**Пензенский Государственный Университет**

**Пензенский государственный медицинский институт**

**Кафедра терапии**

Заведующий кафедрой: д.м.н., п------------

Преподаватель: д.м.н. -------------

**История болезни**

--------------------

Клинический диагноз:

Основное заболевание - Подагра, хроническое течение, рецидивирующий хронический полиартрит.

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь II стадии, II степени, риск III степени. Сахарный диабет 2-го типа.

Куратор: --------------

----------------

------------

Время курации: с 22. 12.2007 по 27.12.2007

**Пенза**

**2007**

**Паспортная часть**

ФИО: -------------------------

Пол: мужчина.

Возраст: 51 год.

Место жительства: -------------------

Место работы: центр занятости, инвалид III группы

Поступил: 13 декабря 20007 года в 8.40-9.00

Курирован с 22. 12.20007 по 27.12.20007 года

**Жалобы при поступлении**

На боли, отёчность, гиперемия, ограничение объёма движений в обеих кистях, первых пальцах стоп, обоих голеностопных и коленных суставах, правом плечевом суставе, повышений температуры до 38°С, головные боли.

**История настоящего заболевания**

Считает себя больным с 1983 года, когда впервые появились боли и отёчность в обоих коленных и голеностопных суставах. Лечился в травматологии. С 1986 года стали беспокоить боли в лучезапястных суставах. Лечение проводилось нерегулярно. С 1983 года трижды лечился в отделении ревматологии. В начале девяностых был поставлен постоянный диагноз – ревматоидный полиартрит. С этого времени стали беспокоить боли и отёчность обеих стоп и коленных суставов. В 2002 году появились боли и отёчность мелких суставов кистей. Проходил лечение в отделении ревматологии, с диагнозом ревматоидный полиартрит. Настоящее ухудшение состояния наблюдается больным в течение трёх месяцев, направлен на стационарное лечение в отделение ревматологии в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

**История жизни**

Родился 15 ноября 1956 года в Кузнецке в семье рабочих 1-м ребенком. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. С 7-ми лет пошел в школу. Учился хорошо. Образование среднее. Служил в армии. Половая жизнь с 16 лет, с 21 года - женат, имеет 3 детей. В настоящее время безработный. Проживает в частном доме. Живет в умеренном климате. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Наличие туберкулёза, болезни Боткина, инфекционных заболеваний, операций, переливаний крови в анамнезе больной отрицает. Наличие аллергических реакций отрицает. Инвалид III группы. Наследственность - не отягощена.

**Общий осмотр**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенический тип телосложения, рост - 170 см, масса тела 73 кг. Внешний вид соответствует возрасту. Осанка прямая. Температура тела нормальная. Выражение лица спокойное.

Кожные покровы бледные. Кожа эластична, тургор в норме. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Кровоизлияний, рубцов и видимых опухолей нет. Над областями пораженных подагрой суставов небольшая гиперемия.

Слизистая глаз розовая, влажная, склеры бледные. Высыпаний на слизистых оболочках нет.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отеков не выявлено. При пальпации подкожно-жировой клетчатки болезненности не наблюдается.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Слизистая мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десны не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, чистый, сосочки выражены.

Мышцы развиты удовлетворительно, их тонус сохранен, сила в норме, болезненности при пальпации не наблюдается. Пальпируются тофусы в области обеих локтевых, лучезапястных суставах, обнаружено ограничение объёма движений в обоих коленных и голеностопных суставах и правом плечевом суставе.

**Система органов дыхания**

*Жалобы*

Жалоб со стороны органов дыхания (наличие мокроты, кровохарканье, боль в грудной клетке, одышка, удушье) больной не предъявлял.

*Осмотр*

Форма носа не изменена, дыхание через нос свободное. Отделяемого из носа не было. Носовые кровотечения отсутствуют. Отечность в области гортани отсутствует. Голос чистый. Форма грудной клетки эмфизематозная, над- и подключичные ямки сглажены, межреберные промежутки слегка расширенные, эпигастральный угол около 100 , лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки, ребра идут в горизонтальном направлении. Переднезадний размер грудной клетки приближается к поперечному размеру. Грудная клетка симметрична. Тип дыхания - грудной. Дыхательные движения симметричны. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Глубина дыхания глубокая, ритм дыхания правильный.

*Пальпация*

При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание одинаково в обеих части грудной клетки.

*Перкуссия легких*

Сравнительная перкуссия:

У больного над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия.

Верхняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерии | справа | Слева |
| Высота стояния верхушек спереди | 4 см от ключицы | 3,8 см ключицы |
| Высота стояния верхушек сзади | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка |

Ширина полей Кренига 7 см

Нижняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерии | Справа | Слева |
| По окологрудинной линии | верхний край VI ребра | Не определяется |
| По среднеключичной линии | VI ребро | Не определяется |
| По передней подмышечной линии | VII ребро | VII ребро |
| По средней подмышечной линии | VIII ребро | VIII ребро |
| По задней подмышечной линии | IХ ребро | IХ ребро |
| По лопаточной линии | Х ребро | Х ребро |
| По околопозвоночной линии | на уровне остистого отростка ХI грудного позвонка | на уровне остистого отростка ХI грудного позвонка |

Дыхательная экскурсия нижнего края легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерии | справа | Слева |
| По среднеключичной линии | 5 см | Не определяется |
| По задней подмышечной линии | 6 см | 6 см |
| По лопаточной линии | 4 см | 4 см |

Аускультация

Дыхание везикулярное. Хрипов и других дыхательных шумов нет. Бронхофония одинакова с обеих сторон грудной клетки.

**Система органов кровообращения**

*Жалобы*

Жалобы со стороны органов кровообращения: иногда после нервного перенапряжения испытывает боли в левой половине грудной клетки, одышку.

*Осмотр*

Состояние наружных яремных вен и сонных артерий без изменений. Выпячивания в области сердца не наблюдается. Видимых пульсаций нет.

*Пальпация*

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье, на 1,0 см кнаружи от среднеключичной линии, площадь 2 см, амплитуда высокая, резистентность умеренная. Сердечный толчок не выявляется. Эпигастральная пульсация не выражена. Дрожание в области сердца не выявлено. Болезненности в зоне гиперестезии не выявлено.

*Перкуссия*

Границы относительной сердечной тупости:

* Правая - в 5-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины;
* Левая - в 5-м межреберье, на 1,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии;
* Верхняя - на уровне 3-го ребра.

Поперечник относительной тупости сердца 13,5 см, ширина сосудистого пучка 5 см, конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной сердечной тупости:

* Правая - по левому краю грудины в 5 межреберье;
* Левая - на 2 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости; Верхняя - на уровне 4-го ребра.

*Аускультация*

Тоны сердца ритмичные, ясные, приглушенные; Частота сердечных сокращений - 80. Сердечные шумы не выслушиваются. Шума трения перикарда не обнаружено.

*Исследование сосудов*

При исследовании артерий патологических пульсаций не выявлено, сосуды эластичные. Артериальный пульс хорошо пальпируется на лучевой артерии, pulsus differens и pulsus deficiens отсутствуют. Частота пульса 80 ударов в минуту, ритм правильный, удовлетворительного наполнения, нормальное напряжение, пульсовые волны ритмичны. Артериальное давление на момент исследования 160/100 мм рт. ст.

**Система органов пищеварения**

*Жалобы*

Жалобы на боли в животе, диспепсические расстройства и на нарушения аппетита - отсутствуют. Стул 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленной консистенции, коричневого цвета. Наличие кровотечений больной отрицает.

*Осмотр*

Язык влажный, розовый, чистый, сосочковый слой сохранен. Состояние зубов удовлетворительное. Десны, мягкое и твердое небо розовой окраски, чистые. Запах изо рта отсутствует. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Расширения вен живота не обнаружено.

*Перкуссия*

Перкуторный звук тимпанический. Наличие свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости не выявлено.

*Пальпация*

Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный. Локальной болезненности в эпигастрии не выявлено. Расхождение прямых мышц живота, "мышечной защиты" и опухолей не выявлено.

Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка пальпируется. Желудок не пальпируется.

**Печень и желчный пузырь**

*Жалобы*

Наличие боли в правом подреберье, диспепсических расстройств или желтухи больной отрицает.

*Осмотр*

Отсутствие ограниченного выпячивания в области правого подреберья, без ограничения этой области в дыхании.

*Перкуссия*

Границы печени по Курлову:

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

* по правой срединноключичной линии - 6 ребро.

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

* по правой срединноключичной линии - на уровне реберной дуги,
* по передней срединной линии - на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка,
* по левой реберной дуге - на уровне левой парастернальной линии. Симптом Ортнера отрицательный.

*Пальпация*

Нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги, острый, ровный, эластичный, безболезненный, поверхность печени гладкая.

Размеры печени по Курлову:

* по правой срединноключичной линии - 9 см;
* по передней срединной линии - 8 см;
* по левой реберной дуге - 7 см.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Керра, френикус- , Лепене - отрицательные.

*Аускультация*

Наличие шума трения брюшины в области правого подреберья не обнаружено.

**Селезёнка**

*Жалобы*

Доли в левом подреберье отсутствуют.

*Осмотр*

Наличие небольшого ограниченного выпячивания в области левого подреберья и ограничения этой области в дыхании не наблюдается.

*Перкуссия*

Продольный размер селезенки - 9 см, поперечный размер - 7 см.

*Пальпация*

Селезенка не пальпируется.

*Аускультация*

Наличие шума трения брюшины в области левого подреберья отсутствует.

**Поджелудочная железа**

*Жалобы*

Опоясывающие боли в верхней половине живота отсутствуют, диспепсических расстройств не выявлено.

*Пальпация*

Поджелудочная железа не пальпируется. Наличие болезненности в области её проекции на переднюю брюшную стенку отсутствует.

**Система органов мочевыделения**

*Жалобы*

Боли в поясничной области, внизу живота и по ходу мочеточников - отсутствуют. Мочеиспускание свободное, дизурия отсутствует. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачна, без примесей крови. Отеки больной отрицает.

*Осмотр*

В области поясницы и в надлобковой области видимых изменений не обнаружено.

*Перкуссия*

Симптом Пастернацкого отрицателен. При перкуссии мочевого пузыря выявляется тимпанический перкуторный звук.

*Пальпация*

Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Болезненности в области болевых точек не обнаружено.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

*Диагноз основного заболевания:* Подагра, хроническое течение, рецидивирующий хронический полиартрит. Осложнения: отсутствуют. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь II стадии, II степени, риск III степени.

Больной - мужчина 51 год, нормостенической конституции, вид соответствует возрасту и нормальному социальному положению. Ведущими симптомами у него при поступлении были боли, отёчность, ограничение объёма движений в обеих кистях, первых пальцах стоп, обоих голеностопных и коленных суставах, правом плечевом суставе, повышений температуры до 38°С, при пальпации обнаружены тофусы.

**План обследования**

Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови.

2. Биохимический анализ крови

3. Анализ мочи.

Инструментальные исследования:

1. Рентгенограмма грудной клетки

2. Электрокардиография

**Данные лабораторных и инструментальных методов исследования и консультации специалистов**

Результаты лабораторных исследований:

*Общий анализ крови от 14.12.2007 года.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты | Норма |
| Гемоглобин | 128г/л | 118,0-166,0 г/л |
| Эритроциты | 3,97х1012/л | 3,5-5,0 \* 1012/л |
| Тромбоциты | 242\*109/л | 180,0 -320,0 \* 109/л |
| Нейтрофилы: |  |  |
| Палочкоядерные | 6% | 1-6% |
| Сегментоядерные | 59% | 47-72% |
| Эозинофилы | 1% | 0,5-5% |
| Базофилы | 0,7% | 0-1% |
| Лимфоциты | 27,6% | 18-40% |
| Моноциты | 5% | 2-9% |

Заключение: отклонений от нормы не выявлено.

*Биохимический анализ крови от 6.09.2007 года.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты | Норма |
| Ревматический фактор | 21,8 | 40 |
| Креатинин | 119,8 ммоль/л | 44-132 ммоль/л |
| Билирубин | 9,0 ммоль/л | 8,5-20,5 ммоль/л |
| Глюкоза | 10,03 ммоль/л | 3,5-5,5 ммоль/л |
| Ig A | 4,81 | 0,7-4,0 |
| Ig G | 14,89 | 7,0-16,0 |
| Ig M | 2,19 | 0,40-2,30 |
| СРБ | 52,8 | 0 мкг/л |
| Серомукоид | 0,44 | 0,22-0,28 г/л |
| Сиаловая кислота | 3,5 | 0,18-0,22 усл. Ед. |

Заключение: резкое увеличение мочевой кислоты и белков воспаления

 *Микроскопическое исследование*

Эпителий

Переходный 0-1 в п/з

Почечный отсутствует

Лейкоциты 0-2 в п/з

Эритроциты изм 0-0-2 в п/з

Цилиндры 0-0-1 в п/з

Заключение: отклонений от нормы не выявлено.

*Общий анализ мочи от 7.09.2007 года.*

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Результат |
| Количество, мл | 50 |
| Прозрачность | прозрачная |
| Реакция | кислая |
| Цвет | Соломенно-желтая |
| Плотность | 1012 |
| Белок | 0,048 |

*Иммунологический анализ 14.12.20007 год.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Показатели | Норма |
| Циркулирующие иммунные комплексы | 75 | 35-80 |
| Молекулы средней массы | 0,40 | 0,2-0,26 |
| Криопротеин | отрицательно | отрицательно |

Результаты инструментальных исследований - от 13.12.2007 года:

1. Рентгенограмма грудной клетки - рисунки сердца и легких без патологических изменений.

2. Рентгенограмма обеих стоп - на снимке обеих стоп в головках 1 плюсневой кости в эпифизе первых пальцев видны характерные краевые узоры эпифизов с плотными стенками. Заключение: подагрический полиартрит.

3. Электрокардиография - Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 80 в 1 мин, смещение ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка.

1. УЗИ почек – заключение: патологии не выявлено.

**Клинический диагноз и его обоснование**

*Основной диагноз*:

Подагра, хроническое течение, хронический рецидивирующий полиартрит.

Поставлен на основе следующих диагностических критериев: наличие тофусов в поражённых суставах, гиперемия над поражёнными суставами, припухание и боль в 1 плюснефаланговом суставе, обнаружение на рентгенограмме специфических эрозий в кости (краевые узуры эпифизов с плотными стенками), максимум воспаления сустава уже в первые сутки, гиперурикемия.

**Дифференциальный диагноз:**

Подагрические узелки (тофусы) внешне схожи с болезнью отложения кристаллов пирофосфата кальция (пирофосфатная артропатия) и болезнью отложения кристаллов фосфата кальция (фосфатная артропатия). Различие будет в физико-химическом строении:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | Подагра | Пирофосфатная артропатия | Фосфатная артропатия |
| Видимость кристаллов на Rg-е (рентгенопозитивность) | - | + (видны пунктирные линии, параллельных суставной щели) | - |
| Вид под микроскопом | игольчатый | клиновидная | - |
| Двойное лучепреломление (в микроскопе) | + | - | - |

По клинике подагру дифференцируют с ревматоидным артритом, где отличием подагры будет гиперурикемия.

Факторы риска по подагре у данного больного:

1. избыточное питание с преобладанием мясной пищи;

2. малоподвижный образ жизни - не работает.

**План лечения**

Режим с покоем пораженного сустава.

Стол № 6 - ограничение употребления салата, шпината, бобовых, жирной и мясной пищи.

Физиотерапия - КВЧ на область пораженного сустава.

Лекарственная терапия - в основе - противовоспалительная терапия:

1) НПВС:

Rp.: Dragee Indometacini 0,025

D.t.d. N. 30

S. По 2 драже в сутки (утром и вечером) в течение 3 дней

2) ГК - Diprospani по 1 мл локально - внутрь пораженного сустава

Rp.: Tab.Prednisoloni 0,005 N.20

D.S. По 1 таблетке 4 раза в сутки в течение 7 дней.

3) Уртикостатические препараты - уменьшают образование уратов:

Rp.: Allоpurinoli 0,1

D.t.d. N.50 in tab.

S. По 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 7 дней.

4)ЛФК - медленные упражнения в пораженном суставе

**Дневники наблюдения**

22.12.2007 год

Состояние удовлетворительное, боли в суставе после обкалывания уменьшились, сон нормальный, аппетит хороший, стул 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленной консистенции, коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено, суточный диурез 1500 мл. Температура тела 36.6. ЧСС 78 в минуту, ЧД 17 в минуту. Пульс 71. АД 150/80 мм.рт.ст.

24.12.2007 год

Состояние удовлетворительное, жалоб нет, сон нормальный, аппетит хороший, стул 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленной консистенции, коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено, диурез 1700 мл. Температура тела 36.6. ЧСС в минуту 76, ЧД 18 в минуту. Пульс 76. АД 140/80 мм.рт.ст.

27.12.2007 год

Состояние удовлетворительное, жалоб нет, сон нормальный, аппетит хороший, стул 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленной консистенции, коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено, суточный диурез 1500 мл. Температура тела 36.6. ЧСС 80 в минуту, ЧД 17 в минуту. Пульс 80. АД 150/90 мм.рт.ст.

**Выписной эпикриз**

---------------------------------, 51 лет, находился в 36-ом ревматологическом отделении ОКБ им. Н. Н. Бурденко. Курирован с 22 по 27 декабря 2007 года.

Клинический диагноз: Подагра, хроническое течение, хронический рецидивирующий полиартрит.

Осложнения: отсутствуют.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь II стадии, II степени, риск III степени. Сахарный диабет 2-го типа.

Поступил 13.12.2007 года с жалобами на боли, отёчность, гиперемия, ограничение объёма движений в обеих кистях, первых пальцах стоп, обоих голеностопных и коленных суставах, правом плечевом суставе, повышений температуры до 38°С, головные боли в ревматологическое отделение ПОКБ им. Бурденко.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

1. Рентгенограмма грудной клетки - рисунки сердца и легких без патологических изменений.

2. Рентгенограмма обеих стоп - Заключение: подагрический полиартрит.

3. Электрокардиография - Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 75 в 1 мин, смещение ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка.

4. УЗИ почек - заключение: патологии не выявлено.

**Рекомендации**

* питание с ограничением рыбы, мяса, алкоголя – стол №6;
* ограничение тяжелых нагрузок
* наблюдение у ревматолога 2 раза в год со сдачей основных анализов (ОАК, БАК, ОАМ) с обязательным контролем уровня мочевой кислоты
* прием найза – по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 1 месяца
* пожизненный прием аллопуринола - по 1 таблетке 2 раза в сутки.
* пожизненный прием энапа - по 1 таблетке 1 раз в сутки