**I.ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

ФИО :

Возраст: 31 год (7.02.1981)

Пол: мужской

Семейное положение: женат

Профессия: слесарь

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в стационар: 16.11.2012 г. в 12.30

Диагноз направившего лечебного учреждения: Подагра

Предварительный диагноз при поступлении: Реактивный артрит, ассоциированный урогенитальной инфекцией. Рентгенологическая стадия 2. Функциональный класс 2.

**II. ЖАЛОБЫ**

В момент поступления пациент предъявляет жалобы на общую слабость,

боль в суставах стоп и коленных суставов, отечность суставов, небольшая скованность при движениях.

На момент курации предъявляет жалобы на утреннюю скованность суставов стоп и коленных суставов их отечность.

**III. ANAMNESIS MORBI**

Болен более 1,5 – 2 лет, когда впервые появились боли в суставах стоп. Спустя полгода стали болеть и коленные суставы и появилась легкая отечность суставов стоп. Еще через полгода появилась отечность коленных суставов и утренняя скованность.

Обследовался в РИПУ г. Минска, где были обнаружены хламидии и трихомонады. Направлен в ВОКБ №2 для лечения.

**IV. ANAMNESIS VITAE**

Родился 07.02.1981г. Родился в срок. Рос и развивался соответственно возрасту. Не отставал от сверстников в физическом и умственном развитии. Женат, есть сын. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Из заболеваний отмечает у себя наличие артериальной гипертензии II, риск III. Контакта с инфицированными больными и больными туберкулезом не было. Наследственный и аллергический анамнез не отягощен. Трансфузий не было. Операции отрицает. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было. Спиртные напитки не употребляет. Курит с 18 лет. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное и полноценное. Условия работы удовлетворительные.

**V. STATUS PRAESENS**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное и адекватное. Ориентирован в месте и времени. Поведение спокойное. Телосложение гиперстеническое. Ожирение II степени. Рост 165 см., вес 83 кг. Кожа сухая, чистая, окраска кожных покровов бледно-розовая, эластичность кожи сохранена, видимые слизистые бледно-розовые, влажные. Отмечается пастозность голеней. Сыпи, расчёсов, петехий, рубцов нет. Оволосение по мужскому типу. Ногтевые пластинки правильной формы, не слоятся. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации, не спаянны с окружающими тканями. Щитовидная железа не увеличена.

**Костно-мышечно-суставная** система развита. Степень развития мышц нормальная, тонус в норме. Область тазобедренных суставов без особенностей. При пальпации умеренно болезненны голеностопные и коленные суставы. Ограничение активных и пассивных движений в коленном и голеностопном суставах. Отмечается деформация стоп. Коленные суставы сгибаются на 105 градусов, а разгибаются на 150 градусов. Отмечается припухлость, амиотрофия при пальпации голеностопных, пястно-фаланговых суставах.

**Система органов дыхания**

Нос не деформирован, дыхание через нос, свободное.

***Осмотр грудной клетки:***

Форма грудной клетки гиперстеническая. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 18 в 1 минуту. Одышка смешанного характера. Дыхание ослаблено. 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 | V межреберье | IV ребро |
| Медиоклавикулярная | VI ребро | 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 жесткое дыхание. Бронхофония не изменена. Хрипов нет. Шума трения плевра и крепитации нет.

**Сердечно-сосудистая система**

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

Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

***Пальпация сердца и сосудов:***

Пульс – 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, одинаковый на обеих руках.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 2 см кнаружи 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 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

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

***Аускультация сердца и сосудов:***

Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 80 в 1 мин. Шумов нет.

АД – 150/90 мм. рт. ст.

**Пищеварительная система.**

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, б/болезненный. Асцита нет. Расчесов, пигментных пятен, петехий нет.

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

***Аускультация живота:*** перистальтика кишечника активная, 5 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 − 11 см; вертикальный по l. mediana − 9 см; косой - 7 см. При пальпации нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 2см по правой среднеключичной линии, гладкий, плотно-эластичный, безболезненный.

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

***Селезенка:*** при перкуссии поперечник – 4,5 см., длинник - 7 см., не пальпируется. Места проекции селезенки и поджелудочной железы б/б.

Перитонеальные симптомы отрицательны.

Стул ежедневный, оформленный, 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.**

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

**VI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб больного(жалобы на боль в суставах стоп и коленных суставов, отечность суставов, небольшая скованность при движениях), данных анамнеза(Болен более 1,5 – 2 лет, когда впервые появились боли в суставах стоп. Спустя полгода стали болеть и коленные суставы и появилась легкая отечность суставов стоп. Еще через полгода появилась отечность коленных суставов и утренняя скованность. Обследовался в РИПУ г. Минска, где были обнаружены хламидии и трихомонады.), данных общего осмотра(Ожирение II степени. Костно-мышечно-суставная система: при пальпации умеренно болезненны голеностопные и коленные суставы. Ограничение активных и пассивных движений в коленном и голеностопном суставах. Отмечается деформация стоп. Коленные суставы сгибаются на 105 градусов, а разгибаются на 150 градусов. Отмечается припухлость, амиотрофия при пальпации голеностопных, пястно-фаланговых суставах. Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 80 в 1 мин. АД – 150/90 мм. рт. ст. Границы сердца расширены.) можно поставить предварительный диагноз: Реактивный артрит, ассоциированный урогенитальной инфекцией. Функциональный класс 2. Артериальная гипертензия II, риск III.

**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( мочевина, креатинин, билирубин, общий белок, АлАт, АсАт, ЩФ, ГГТП)
4. Рентгенография стоп в прямой проекции
5. РФ, ЦИК
6. ЭКГ
7. ФГДС
8. РВГ
9. Сахар крови в 8.00, 13.00, 17.00
10. Осмотр эндокринолога
11. HBs, HCV
12. Cуточная профилактика А/Д
13. УЗИ грудной клетки
14. Анализ крови на стрептолизин О

**VIII. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ**

**МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Рентгенография 19.11.2012

Выполнена рентгенография стоп в прямой проекции. Выявлено сужение межсуставной щели в плюстно-фаланговом суставе Iп. Обеих стоп с явлениями остеопороза, краевыми костными разрастаниями, узурами.

Артрит Iп. Обеих стоп II ст.

ЭКГ 18.11.2012: синусовая брадикардия

УЗИ 20.11.2012: легкие, сердце, аорта без видимых патологических изменений.

ОАМ 20.11.2012:

Цвет – соломенно-желтный

Мутность – полная

Реакция – кислая

Белок – нет

Глюкоза – нет

Эпителий плоский единичный 1-2 в поле зрения

Эритроциты – единичны

Лейкоциты - единичны

Б/Х крови 19.11.2012:

Билирубин общ. – 12,8 ммоль/л

Билирубин прямой – 2,6 ммоль/л

ЩФ – 111 Е/Л

ГГТП – 97 Е/Л

Креатинин 0,083 ммоль/л

Белок общ. 66 г/л

Анализ 19.11.2012:

ЦИК в сыворотке крови – 138 единиц

Анализ крови на стрептолизин О 19.11.2012:

Реакция: отрицательная < 8 мЕ/мл

Д-з:РА

Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой 20.11.2012:

Натощак 3,7 ммоль/л

13.00 – 4,0 ммоль/л

17.00 – 4,2 ммоль/л

ОАК 19.11.2012:

Эритроциты – 5,42х10^12/л

Лейкоциты – 6,6х10^9/л

Гемоглобин 146 г/л

Тромбоциты – 342х10^9/л

СОЭ – 8 мм/ч

Сегменты 50%

Палочки 1%

Лимфоциты 44%

Моноциты 5%

**IХ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Нередко реактивный артрит протекает стерто или бессимптомно, поэтому дифференциальная диагностика заболевания проводится с группой воспалительных артритов, при которых наблюдается моно- или олигоартрит нижних конечностей (ревматоидный артрит, псориатический, подагрический артрит, анкилозирующий спондилоартрит и др.).

Ревматоидный артрит (РА). Заболевание встречается преимущественно у женщин в возрасте 45 лет и старше. В начальном периоде характерно симметричное поражение мелких суставов кистей и стоп, затем в процесс могут вовлекаться лучезапястные, локтевые, коленные и голеностопные суставы. Важными диагностическими симптомами ревматоидного артрита является утренняя скованность более 1 ч, увеличение СОЭ, наличие диагностических титров ревматоидного фактора, высокий уровень СРБ, иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов. Для диагностики заболевания важное значение имеет характерная рентгенологическая картина (околосуставной остеопороз, кистовидная перестройка костной ткани, сужение суставных щелей и наличие узур). Кроме суставного синдрома, у больных ревматоидным артритом наблюдаются и системные проявления - лихорадка, снижение массы тела, периферическая лимфоаденопатия, спленомегалия, поражение кожи, легких, почек, глаз, анемический синдром, тромбоцитоз и др.

Диагностические трудности возникают в случае раннего ревматоидного артритоа. Абсолютно специфических лабораторных тестов, с помощью которых можно было бы провести дифференциальную диагностику между ревматоидным и реактивным артритом, не существует, за исключением антифилаггриновых антител, являющихся специфичными для ревматоидного артрита. Диагностическими критериями раннего ревматоидного артрита являются 3 и более припухших суставов, артрит проксимальных межфаланговых/пястно-фаланговых суставов, утренняя скованность на протяжении 30 мин и более. Особенностью течения раннего ревматоидного артрита является то, что рентгенологические изменения суставов могут наблюдаться еще до развития выраженной манифестации заболевания.

Для псориатического артрита характерным является суставной синдром, однако поражаются не крупные суставы нижних конечностей, а дистальные межфаланговые суставы кистей и стоп. При этом нередко наблюдается осевой тип поражения (три сустава одного пальца). Отличительным признаком являются типичные псориатические изменения кожи, поражения ногтей, а также «мумификация» рук и «колбасовидная» форма пальцев. Кроме того, для псориатического артрита характерно развитие суставных деформаций, рентгенологически диагностируется остеолиз и деструкция костей, сакроилеит, развитие паравертебральных оссификаций.

Подагрический артрит чаще встречается у мужчин в возрасте 40-50 лет. Характерными признаками заболевания являются гиперурикемия (уровень мочевой кислоты в крови у мужчин выше 0,42 ммоль/л и у женщин - 0,36 ммоль/л), типичная острая суставная атака с поражением I пальца стопы, голеностопных и лучезапястных суставов. При хроническом течении подагры в области ушных раковин и в околосуставных областях формируются тофусы, рентгенологически выявляются дефекты костной ткани в эпифизах костей по типу «пробойников», нередко развивается подагрическая нефропатия. В синовиальной жидкости и биоптатах синовиальной оболочки суставов у больных подагрой обнаруживаются кристаллы мочевой кислоты.

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Дебют заболевания характерен в молодом возрасте, мужчины болеют значительно чаще, чем женщины. Начало постепенное, с появления жалоб на боли и скованность в поясничной области. Боли усиливаются в утренние часы и уменьшаются после физических упражнений и горячего душа. В последующем процесс распространяется на вышележащие отделы позвоночника, развивается его тугоподвижность. Объективно определяется сглаженность или полное исчезновение поясничного лордоза, выявляются положительные симптомы Кушелевского, Форестье, Шобера и Томайера. Рентгенологически диагностируются признаки двустороннего сакроилеита, спондилита, при длительном течении - «квадратизация» позвонков, позвоночник приобретает вид «бамбуковой палки». Диагностические трудности возникают в том случае, если дебют заболевания характеризуется появлением болей в суставах нижних конечностей, энтезопатиями, что при наличии антигена HLA-B27 требует исключения реактивного артрита. Характерная клиническая и рентгенологическая картина, отрицательный тест на хламидии и возбудители кишечных инфекций позволяют исключить реактивный артрит.

Для болезни Бехчета характерны рецидивирующие афтозные изъязвления полости рта, поражения глаз (передний и задний увеит), суставной синдром по типу моно- или олигоартрита с преимущественным поражением крупных суставов верхних и нижних конечностей (артрит, как правило, неэрозивный), разнообразные кожные проявления (узловатая эритема, папулезная и пустулезная сыпь и др.), неврологические расстройства, тромбозы поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. При проведении дифференциальной диагностики необходимо учитывать, что при болезни Бехчета язвы на слизистых оболочках полости рта и половых органов чрезвычайно болезненны и многократно рецидивируют, в то время как при реактивном артрите они безболезненны. Различен и характер поражения глаз: при реактивном артрите - это конъюнктивит, а при болезни Бехчета - увеит. Перенесенная мочеполовая или кишечная инфекция за 2-4 нед. до появления первых признаков артрита свидетельствует в пользу реактивного артрита.

Болезнь Лайма (лаймовский боррелиоз) - инфекционное природно-очаговое заболевание, вызываемое спирохетами рода боррелий и передаваемое иксодовыми клещами. После проникновения боррелий в кожу в месте укуса клеща появляется эритема, имеющая центробежный рост (клещевая мигрирующая эритема), в последующем может произойти диссеминация возбудителя из первичного очага. Для заболевания характерно поражение суставов, связок и мышц (артрит, артралгии, тендинит, миозит, энтезопатии, фиброзит) и разнообразные системные проявления с поражением кожи, нервной системы, сердца, печени, глаз и др. Неврологические расстройства свидетельствуют о поражении как центральной (менингит, энцефалит, миелит, энцефалопатия), так и периферической нервной системы (краниальные нейропатии, радикулопатии и др.). Наиболее типичным признаком поражения сердца, развивающимся через 3-12 нед. от начала заболевания, является атриовентрикулярная блокада различной степени выраженности.

Гонококковый артрит чаще встречается у женщин, течение заболевания острое, с лихорадкой и ознобами, характерно поражение крупных суставов нижних и верхних конечностей, возможно изъязвление слизистых оболочек полости рта и половых органов. Как правило, не бывает поражения глаз, крестцово-подвздошных сочленений, не выявляется антиген HLA-B27. Диагноз считается доказанным при обнаружении гонококковой инфекции и быстром обратном развитии артрита под влиянием терапии антибиотиками пенициллинового ряда.

**Х. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб больного(жалобы на боль в суставах стоп и коленных суставов, отечность суставов, небольшая скованность при движениях), данных анамнеза(Болен более 1,5 – 2 лет, когда впервые появились боли в суставах стоп. Спустя полгода стали болеть и коленные суставы и появилась легкая отечность суставов стоп. Еще через полгода появилась отечность коленных суставов и утренняя скованность. Обследовался в РИПУ г. Минска, где были обнаружены хламидии и трихомонады.), данных общего осмотра(Ожирение II степени. Костно-мышечно-суставная система: при пальпации умеренно болезненны голеностопные и коленные суставы. Ограничение активных и пассивных движений в коленном и голеностопном суставах. Отмечается деформация стоп. Коленные суставы сгибаются на 105 градусов, а разгибаются на 150 градусов. Отмечается припухлость, амиотрофия при пальпации голеностопных, пястно-фаланговых суставах. Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 80 в 1 мин. АД – 150/90 мм. рт. ст. Границы сердца расширены.),данных инструментального исследования(Выявлено сужение межсуставной щели в плюстно-фаланговом суставе Iп. Обеих стоп с явлениями остеопороза, краевыми костными разрастаниями, узурами. Артрит Iп обеих стоп IIст.), данных лабораторного исследования( ОАК: Лимфоциты 44%, Моноциты 5%, Анализ крови на стрептолизин О:Реакция: отрицательная < 8 мЕ/мл, ЦИК в сыворотке крови – 138 единиц, Б/Х крови: ГГТП – 97 Е/Л, ЭКГ: синусовая брадикардия) можно поставить клинический диагноз: Реактивный артрит, ассоциированный урогенитальной инфекцией. Рентгенологическая стадия 2. Функциональный класс 2. Артериальная гипертензия II, риск III.

**XI. ЛЕЧЕНИЕ**

1. Метронидазол 100 х 2 раза в сутки внутривенно капельно
2. Эналаприл 10 мл х 2 раза в сутки
3. Сульфасалазин 500 мл х 2 раза в сутки
4. Азитромицин 500мг 1 раз в 5 дней.
5. Рифампицин 0,15 х раза в сутки
6. Нимесил 100мг х 2 раза в сутки
7. Режим палатный
8. Диета Б

**XII. ДНЕВНИКИ**

* + 1. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

Жалобы на общую слабость, боль в суставах.

Сердечные тоны ритмичные, приглушенные. ЧСС 80/мин.

АД 140/90 мм.рт.ст. ЧД 18/мин. В легких дыхание ослаблено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Стул оформленный, без примесей. Диурез достаточный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Отеков нет.

* + 1. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

Отмечает уменьшение интенсивности болей в суставах.

Сердечные тоны ритмичные, приглушенные. ЧСС78/мин.

А/Д 140/85мм.рт.ст. В легких дыхание ослаблено.

ЧД 15/мин. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Стул в норме. Диурез достаточный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**ХIII. ЭПИКРИЗ**

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 31 год, 1981 года рождения 16.11.2012 был направлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом Подагра с жалобами на общую слабость, боль в суставах стоп и коленных суставов, отечность суставов, небольшая скованность при движениях. Больному были проведены лабораторные и инструментальные исследования и установлен клинический диагноз: реактивный артрит, ассоциированный с урогенитальной инфекцией. Рентгенологической стадией 2. Функциональный класс 2. Сопутствующее заболевание: Артериальная гипертензия II, риск III. Больному проводится лечение метронидазолом, нимесилом, эналаприлом, Сульфалазином, азитромицином, рифампицином. На данный момент находится в стационаре и продолжает дальнейшее лечение. Отмечается положительная динамика.

**XIV.ПРОГНОЗ**

Прогноз для жизни и длительного сохранения функциональной способности в целом благоприятный. Факторами неблагоприятного прогноза при реактивном артрите считаются: частые обострения суставного синдрома, наследственная предрасположенность к ревматическим заболеваниям, носительство HLA-B27 антигена, неэффективность противовоспалительной и антибактериальной терапии.

Смертельные исходы при реактивном артрите встречаются редко, основная причина – развитие осложнений, в частности поражение сердца (кардит, миокардит).

Для уменьшения риска развития осложнений и предотвращения перехода острого течения реактивного артрита в хронический необходимо своевременное и адекватное лечение инфекционного процесса воспалительного процесса, что требует постоянного наблюдения врача- ревматолога.