**Фамилия Имя Отчество:**

**Возраст:** 54 года.

**Пол:** женский

**Семейное положение:**

**Место работы:**

**Домашний адрес:**

**Дата поступления:**

**Клинический диагноз:** Сахарный диабет тип 2, с высоким риском развития микроангиопатии. Диабетическая предпролиферативная ретинопатия. Гиперхолестеринемия. Гипертриглицеридемия. Жировой гепатоз. Артериальная гипертензия Iст. Ревматоидный артрит, серопозитивный, с поражением суставов, вн. органов (интерстициальный нефрит), ст. активности 1, рентгенолог. стадия 2, ФН 1-2. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Медиальные грыжи дисков L1-2, L5-S1, задняя протрузия диска L4-5.

**Жалобы при поступлении:**

Боли в мелких суставах стоп, голеностопных, коленных суставах, усиливающиеся к утру и после физической нагрузки, припухлость голеностопных суставов (больше слева), ограничение объема движений в суставах; головокружение, пошатывание при ходьбе, общую слабость, головные боли при подъеме артериального давления.

**История заболевания:**

Давность суставного синдрома - около года. Впервые боли и припухлость левого голеностопного сустава возникли 19 марта 2001г, кожа над суставом была горячая на ощупь, красного цвета. В поликлинике был рекомендован ортофен в\м, на фоне которого уменьшились боли и припухлость сустава. В последующем появилась боль в мелких суставах обеих стоп, голеностопных суставах. Участковый ревматолог расценил данное состояние как проявления плоскостопия, было назначено физиотерапевтическое лечение с относительным эффектом. В течение последующего года чувствовала себя удовлетворительно. Ухудшение состояния с конца января 2002 года - нарастание болей в мелких суставах стоп, голеностопных суставах, появление припухлости и болей в коленных суставах. Применяет диклофенак 100мг. в свечевой форме. Без НПВП боль в суставах практически постоянная. Около года беспокоят также боли в поясничном отделе позвоночника. Весной 2002 года больная поступила в 20 ГКБ, где после обследования был поставлен настоящий диагноз и назначено лечение. После проведенного курса терапии больная с улучшением была выписана под наблюдения ревматолога и эндокринолога в поликлинике по месту жительства. 20 марта 2003 года больная поступила планово для обследования.

**История жизни:**

Родилась в срок в Москве в 1949 году. Росла и воспитывалась вместе с сестрой в семье. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. Рахитом не болела. В школу пошла в возрасте 7 лет, учеба трудностей не вызывала. Окончила 10 классов, после окончания пошла работать на киностудию, где и работает до настоящего времени. В возрасте 43 лет родила дочь. В настоящее время проживает в Москве в отдельной квартире с дочерью и мужем.

**Гинекологический анамнез:**

Менструации начались в 12 лет; продолжительность: 3 дня, в последующем 5 дней, обильные, безболезненные, регулярные. Менопауза в течение 3 лет. 1 беременность в 43 года, закончившаяся срочными родами с помощью Кесарева сечения – родилась дочь с весом 2. 650 кг.

Беременности: 1; роды: 1.

**Перенесенные (сопутствующие) заболевания:**

В детстве- гнойный кератоконъюнктивит, детские инфекции(дифтерийный круп). Аппендэктомия в 1995г. (подпеченочное расположение аппендикса). Флегмона стопы. В1999г. - сотрясение мозга.

**Наследственный анамнез**:

Мать умерла от рака легкого в 60 лет, отец - умер в 68 лет от сердечно-сосудистой недостаточности, у сестры - ЖКБ, язвенная болезнь 12п. кишки, дочь - здорова.

**Аллергологический анамнез:**

Кожных аллергических сыпей, отека Квинке, крапивницы, сенной лихорадки, удушья, анафилактического шока при соприкосновении с различными пищевыми и лекарственными веществами не отмечалось.

**Настоящее состояние больной:**

- общее состояние:удовлетворительное

* сознание: ясное
* положение: активное
* выражение лица: спокойное
* гиперстенического телосложения.

Рост 168 см., вес 80 кг.

**Кожные покровы:**

 На момент осмотра: кожа бледно-розовой окраски. Окраска видимых слизистых бледная. На передней поверхности брюшной стенки – послеоперационный рубец (аппендектомия). Влажность и эластичность кожных покровов нормальная. Волосяной покров развит по женскому типу. На ногтевых пластинках пальцев рук и ног отмечается продольная исчерченность.

**Подкожная клетчатка:**

Развита избыточно и неравномерно. Толщина складки на передней брюшной стенке 4-5 см. Подкожно-жировой слой развит преимущественно в области живота.

На момент осмотра отеков и пастозности не наблюдается.

**Лимфатическая система:**

Затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Болезненности в области пальпации не наблюдается. При осмотре гиперемии кожных покровов в областях расположения лимфатических узлов не отмечается.

**Мышечная система:**

Развита умеренно, симметрична, безболезненна при пальпации, нормального тонуса. Местных гипертрофий и атрофий мышц не выявлено.

**Костная система и суставы:**

На момент осмотра:

Движения в конечностях свободные, безболезненные.

Суставы по форме не изменены.

# СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

**Жалобы:**

На момент осмотра жалоб указывающих на патологию органов дыхания не предъявлялось.

**Верхние дыхательные пути:**

Дыхание через нос свободное. Голос чистый, тихий. Болей при разговоре и глотании не возникает. Кашля нет. Гортань при пальпации безболезненна.

**Осмотр грудной клетки:**

Грудная клетка: нормостенического типа, цилиндрической формы. Деформации грудной клетки не отмечается.

Грудная клетка симметрична: лопатки и ключицы расположены на одном уровне по отношению друг к другу. При дыхании движения грудной клетки синхронны, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Дыхание смешанного типа с преобладанием грудного. ЧДД 20 в 1 мин. Одышки не наблюдается. Ритм дыхания правильный.

ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

* в покое 97 см.,
* при глубоком вдохе 98 см.,
* при максимальном выдохе 94 см.

Дыхательная экскурсия грудной клетки: 4 сантиметра.

**Пальпация:**

При пальпации болезненности не выявлено, эластичность грудной клетки снижена, голосовое дрожание нормальное, неизменное с обеих сторон.

**Перкуссия:**

**А) сравнительная:**

Над всем легочным полем слышен легочный звук с обеих сторон.

**Б) топографическая:**

Границы легких не изменены.

**Аускультация:**

Над всем легочным полемнаблюдаетсявезикулярное дыхание. Хрипов, крепитации, шума трения плевры не определяется. Бронхофония нормальная, одинакова с обеих сторон.

**СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**Исследование ССС:**

При осмотре сосудов шеи отмечается нормальная пульсация сонных артерий. При осмотре области сердца сердечного горба и узурации ребер не определяются. Верхушечный толчок не виден. При пальпации верхушечный толчок также не определяется. Пульсация в подложечной области обусловлена пульсацией аорты (при глубоком вдохе пульсация ослабевает). Сердечного толчка нет.

## При перкуссии границы сердца не изменены.

**Аускультация:**

Тоны сердца приглушены. Ритм сокращений сердца правильный, ЧСС 84 в минуту.

Патологические шумы не выслушиваются.

**Пульс:**

Одинаковый на правой и левой лучевой артерии. Ритм правильный, 84 удара в минуту, полного наполнения, умеренного напряжения, нормальной высоты и скорости. Капиллярный пульс не определяется.

На момент осмотра АД 130/80 мм. рт. ст.

**СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ.**

**Жалобы:**

Жалоб, указывающих на заболевание органов пищеварения больная не предъявляет.

**Исследование органов пищеварения:**

Полость рта: запах обычный.

Язык: Красного цвета, налета нет. Трещин, язв, отпечатков зубов не отмечается.

Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба без особенностей, розового окраса.

**Исследование живота:**

Живот округлой формы, симметричный, выпячиваний и втяжений не отмечается. Подкожные сосудистые анастомозы не выражены. Перистальтика не нарушена. Живот

свободно участвует в акте дыхания.

Окружность живота на уровне пупка 87 см.

**Перкуссия:**

При перкуссии выслушивается тимпанический звук различной степени выраженности во всех отделах, в области печени и селезенки - бедренный звук. Асцита нет.

**ПАЛЬПАЦИЯ:**

**А) Поверхностная:**

При поверхностной, ориентировочной пальпации живот мягкий, отмечается болезненность при пальпации в эпигастральной и правой подреберной областях. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

**Б) Глубокая:**

При пальпации сигмовидной кишки, слепой кишки, восходящего и нисходящего отделов толстой кишки, поперечно-ободочной кишки патологических изменений не выявлено.

**Исследование печени и желчного пузыря:**

Перкуторно границы печени не изменены.

**Пальпация:**

Нижний край печени не пальпируется.

**Аускультация живота:**

По всей поверхности живота выслушиваются нормальные кишечные шумы.

# СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

**Жалобы:**

На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов мочеотделения, не предъявлялось.

Боли в области поясницы и мочевого пузыря отсутствуют. Дизурических расстройств не выявлено.

**Осмотр:**

Гиперемии и припухлости в области почек не обнаруживается.

**Исследование почек:**

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**

Пальпируется правая доля щитовидной железы, в ней, ближе к перешейку определяется округлое образование, при пальпации безболезненное.

###### НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА

Головные боли, головокружения не беспокоят. Обмороков не отмечалось. Больная правильно ориентирована в окружающем пространстве и времени. Легко идет на контакт, восприятие и внимание не нарушено. Способна сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватно окружающей обстановке.

Сон глубокий, ровный, продолжительностью 8-9 часов. Засыпает относительно быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее

Рефлексы Бабинского, Россолимо отрицательные. В двигательной сфере патологических изменений не выявлено.

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

## Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови.
2. Биохимический анализ крови.
3. Анализ мочи.
4. RW, ВИЧ

## Инструментальные исследования:

1. ЭКГ.
2. УЗИ органов брюшной полости.
3. Эхо-КГ
4. Рентгенография органов грудной клетки.

С учетом диагноза, поставленного во время предыдущей госпитализации, также назначаем:

1. Консультацию невропатолога;
2. Консультацию окулиста;
3. ЭГДС;
4. Скенирование щитовидной железы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ И КОНСУЛЬТАЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ**

**АНАЛИЗ КРОВИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результ. | Норма |
|  | Единицы СИ | Единицы, подлежащие замене |
| Гемоглобин  | Ж М | 140 г.% | 130,0—160,0 120,0—140,0 | ã/ë | 13,0-16,0 12,0-14,0 | г.% |
| Эритроциты  | М Ж | 4,3 млн. | 4,0—5,0 3,9—4,7 | \* 1012/л | 4,0—5,0 3,9—4,7 | млн. в 1мм3 (мкл) |
| Цветовой показатель |  | 0,85-1,05 |  | 0,85—1,05 |  |
| Ретикулоциты | 8 | 2—10 | 0/00 | 2—10 | 0/00 |
| Тромбоциты | 207 тыс. | l80,0— 320,0 | \* 109/л | 180,0—320,0 | тыс. в 1 мм3 (мкл) |
| Лейкоциты | 8 тыс. | 4,0—9,0 | \* 109/л | 4,0—9,0 | тыс. в 1 мм3 (мкл) |
|  | Миелоциты | ---- |  | %\*109/л | — | % в 1 мм3 (мкл) |
|  | Метамиелоциты | ---- |  | %\*109/л | — | % в 1 мм3 (мкл) |
|  | Палочкоядерные | --%\*109/л | 1—6 0,040—0,300 | %\*109/л | 1—6 40-300 | % в 1 мм3 (мкл) |
|  | Сегментоядерные | 66%\*109/л | 47—72 2,000—5 500 | %\*109/л | 47—72 2000-5500 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Эозинофилы | 4%\*109/л | 0,5—5 0,020—0,300 | %\*109/л | 0,5—5 20—300 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Базофилы | 1 | 0—1 0—0,065 | %\*109/л | 0—1 0—65 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Лимфоциты | 22%\*109/л | 19—37 1,200—3.000 | %\*109/л | 19—37 1200—3000 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Моноциты | 7%\*109/л | 3-11 0,090—0,600 | %\*109/л | 3-11 90—600 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Плазматические клетки | ----- |  | %\*109/л |  | % в 1 мм3 (мкл) |
| Скорость (реакция) оседания эритроцитов  | М Ж | 16 мм/ч | 2—10 2—15 | мм/ч | 2—10 2-15 | мм/час |

БИОХИМИЯ КРОВИ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Единицы | Единицы СИ |
| Общий белокГлюкозаКреатининМоч. кислотаОбщий билирубинОбщ. холестеринТриглицериды | 684,560 мг%1449,57,33,9 | 6,5-8,5г%80-120 мг% | 65-85 г/л4,44-6,66 ммоль/л50-115мкмоль\л149-444 мкмоль\л8,6-20,5 мкмоль/лменее 5,2 ммоль\л0,5 – 2,1 ммоль\л |

|  |  |
| --- | --- |
| **Анализ мочи от 19.02.2003** | Анализ мочи от 25.02.2003 |
| Количество: 150Цвет: светло-желтыйРеакция: щелочУдельный вес: 1015Прозрачность: полнаяБелок: нетСахар: ---Ацетон: ---Уробилин: в N.Плоские эпителиальные клетки: немногоЛейкоциты: 0-1 в п. з.Эритроциты: --Цилиндры: ---Слизь: --Бактерии: -- | Количество: 150Цвет: светло-желтыйРеакция: щелочнУдельный вес: 1012Прозрачность: полнаяБелок: 0,012Сахар: нетАцетон: нетУробилин: в N.Плоские эпителиальные клетки: немногоЛейкоциты: --Эритроциты: --Билирубин 240 мг.Цилиндры: ---Слизь: немногоБактерии: немного |

###### ЭКГ

Заключение: Синусовый ритм. ЧСС 78 в мин, нормальное положение ЭОС. Отр. Т III

###### ЭГДС

*ЭГДС 25.02.03: Язва антрального отдела желудка.*

*ЭГДС от 18.03.03: Постязвенный дефоект антрального отдела желудка.*

###### УЗИ

 Печень не увеличена, сосуды и желчные протоки не расширены. .Желчный пузырь не увеличен, стенки не утолщены, в полости гомогенное содержимое, поджелудочная железа плотная, не увеличена, селезенка не увлеичена, Обе почки нормальных размеров, контуры четкие, ЧЛС не расширена, синдром «гиперэхогенных пирамид». Мочевой пузырь не наполнен. Щитовидная железа: правая доля 1,6 х 1,6 х 3,8; перешеек - 0,2; левая доля 1,2 х 1,5 х3,9 см.; общий объем 7,9 мл. В правой доле определяется узловое образование диаметром 1,5х0,7 см.

# Консультация невропатолога.

# Остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Медиальные грыжи дисков L1-2, L5-S1, задняя протрузия диска L4-5. Начальные признаки периферической полинейропатии.

**Консультация окулиста:**

 VOD 0,9 б/к. VOS =1,0 б/к

Гл. дно: Вены не резко расширены, артерии извиты, сужены. Диагноз: диабето-гипертоническая ангиопатия сетчатки.

**Сканирование щитовидной железы:**

Щитовидная железа обычно расположена, представлена лишь правой долей небольших размеров с резко неравномерным распределением РФП. В нижнем полюсе, ближе к перешейку, в обл. пальпируемого образования накопления препарата нет. В обл. левой доли и перешейка накопление РФП отсутствует.

**Дифференциальный диагноз**

Из жалоб больной видно, что ведущими симптомами являются симптомы, входящие в «суставной синдром», который требует дифференциальной диагностики.

Суставным синдромом принято обозначать клинический симптомокомплекс, обусловленный поражением анатомических структур суставов при разнообразных заболеваниях и патологических процессах. Клинические проявления поражения суставов неспецифичны и характеризуются болями, местными признаками воспаления (припухлость, местная гипертермия и гиперемия), нарушением функции, деформациями. Эти симптомы могут наблюдаться в различных сочетаниях в зависимости от характера поражения суставов, активности патологического процесса и стадии заболевания. Ниже рассмотрены заболевания, которые встречаются достаточно часто и при которых суставной синдром является основным проявлением клиники.

**Ревматоидный артрит**. Суставной синдром при РА может встречаться в различных клинических вариантах. Наиболее часто наблюдается полиартрит (обычно симметричный) с поражением суставов кистей (II и III пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые), плюснефаланговых, коленных лучезапястных, голеностопных. Приблизительно у трети больных суставной синдром, по крайней мере в раннем периоде, протекает по типу моно- или олигоартрита. Ревматоидный моно- или олигоартрит встречается чаще у мужчин и подростков, характеризуется стойким подострым артритом (чаще коленного сустава), доброкачественным течением. Дифференциальную диагностику с другими моноартритами проводят с помощью рентгенографии суставов, исследования синовиальной жидкости, а в ряде случаев биопсии синовиальной оболочки. Известно, что рентгенологические признаки деструкции выявляются обычно не ранее чем через 1 - 1,5 года течения активного суставного процесса, поэтому рентгенологическое исследование крупных суставов на ранних стадиях утрачивает свое диагностическое значение. Особенностью РА, которую необходимо учитывать при дифференциальной диагностике, является рецидивирующее и прогрессирующее течение, постепенное вовлечение в процесс новых суставов с развитием мышечных атрофий, поражением периартикулярных тканей, деформации суставов и нарушением их функции. Висцеральные проявления при РА многообразны и включают ревматоидные узелки, дигитальный артериит, лимфоаденопатию, увеличение селезенки, легочный фиброз, полисерозиты, поражение почек (нефрит, амилоидоз).

**Анкилозирующий спондилоартрит** (болезнь Бехтерева) - хроническое воспаление суставов с преимущественным поражением суставов позвоночника, ограничением его подвижности за счет анкилозирования, образования синдесмофитов и кальцификации спинальных связок. Заболевают молодые мужчины, носители антигена В 27 системы HLA (у 90% больных болезнью Бехтерева выявляется данный антиген при наличии его в общей популяции лишь у 7-10%). Различают несколько клинических форм заболевания: центральную форму с поражением только всего позвоночника или некоторых его отделов; ризомелическую с поражением позвоночника и коренных (am...rhiso - корень) суставов (плечевых и тазобедренных); периферическую форму с поражением позвоночника и периферических суставов; скандинавскую - поражение позвоночника и мелких суставов кистей и стоп. Основные трудности дифференциальной диагностики суставного синдрома возникают при периферической форме, тем более что поражение периферических суставов может возникать до появления симптомов спондилита и сакроилеита. Суставной синдром проявляется подострым несимметричным моно- или олигоартритом с поражением суставов нижних конечностей. Артрит обычно нестойкий, но может рецидивировать и редко принимает хроническое течение. В редких случаях поражения мелких суставов кистей и стоп (скандинавский вариант) возникают трудности дифференциальной диагностики с РА. Обязательным признаком заболевания является наличие двустороннего сакроилеита. Внесуставные проявления при болезни Бехтерева включают поражение глаз (ириты, иридоциклиты), аортиты, амилоидоз почек.

**Остеоартроз (ОА)** - хроническое заболевание суставов, характеризующееся дегенерацией суставного хряща, структурными нарушениями субхондральной кости и вторичным воспалением синовиальной оболочки. Заболевание обычно развивается у женщин пожилого возраста с избыточной массой тела, нередко сочетается с хронической венозной недостаточностью. Различают первичный (идиопатический) ОА, в возникновении которого установлена роль генетических факторов (мутации гена коллагена II) и вторичный ОА, развивающийся на фоне различных заболеваний опорно-двигательного аппарата (травмы, РА), эндокринной и нервной систем, нарушений метаболизма (подагра и псевдоподагра), врожденных соединительнотканных дисплазий. В зависимости от локализации выделяют две клинические формы заболевания - локальный ОА (моно- и олигоартроз) и генерализованный (полиосеоартроз) с поражением трех суставов и более. Локальные формы проявляются поражением главным образом коленных, тазобедренных, реже - голеностопных суставов. При полиостеоартрозе поражаются преимущественно дистальные (узелки Гебердена) и проксимальные (узелки Бушара) межфаланговые суставы.

Основные диагностические трудности возникают при развитии в пораженных суставах воспалительного процесса (вторичного синовита). Чаще всего синовит возникает в коленных суставах, а также в проксимальных и дистальных межфаланговых суставах. В связи с этим ОА включается в круг диагностического поиска у больных как хроническим моно- и олигоартритом, так и при наличии хронического полиартрита. Дифференциальный диагноз при ОА приходится проводить с ранними стадиями РА, ПА (при поражении суставов пальцев), подагрическим артритом, туберкулезным поражением суставов (при хронических моноартритах, в частности коленного сустава). Диагностика ОА и его разграничение с другими ревматическими заболеваниями базируется главным образом на клинической симптоматике (боль механического ритма, скованность, хруст при движении, узелки Гебердена и Бушара), данных рентгенологического исследования суставов (сужение суставной щели, субхондральный склероз, остеофитоз), наличии факторов риска (возраст, избыточная масса тела, генетическая предрасположенность, фоновые заболевания и др.).

**Ревматический полиартрит** (ревматическая лихорадка) представляет собой одну из форм реактивного ИА, в основе которого лежит острая стрептококковая инфекция b-гемолитическим стрептококком группы А у предрасположенных лиц, обычно у детей и подростков. Суставной синдром характеризуется острым полиартритом с поражением коленных, локтевых, голеностопных, лучезапястных суставов, кратковременным течением, хорошим ответом на салицилаты и другие нестероидные противовоспалительные препараты. Полиартрит может носить мигрирующий характер. Среди внесуставных проявлений отмечаются признаки поражения сердца (ревматический кардит), нервной системы (ревматическая хорея), ревматические узелки (плотные, безболезненные малоподвижные узелки в подкожной клетчатке, фасциях, апоневрозах, суставных сумках).

**Обоснование диагноза**

СД – 2 с высоким риском развития микроангиопатии был поставлен в предыдущую госпитализацию по данным диагностических проб и подтвержден консультациями специалистов

Гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия – на основании лабораторных данных.

Ревматоидный артрит – на основании рентгеновских снимков, клиники и серологических тестов (проводились в предыдущую госпитализацию).

 Остеохондроз поясничного отдела позвоночника и медиальные грыжи дисков – проведено исследование в предыдущую госпитализацию (МРТ)

**Терапия:**

1. Гипоуглеводная диета;
2. Метатрексат 12,5 мг 1 раз в нед;
3. Целебрекс 200 мг/д;
4. Фолиевая к-та 0,001;
5. Глицин;
6. Мультитабс В-компелекс;
7. Омез 40 мг/сут, затем 20 мг/сут.