##### Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова

##### Кафедра факультетской терапии

##### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

##### Выполнил:

Проверил:

##### ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

**Ф.И.О.:**

**Дата и время поступления в стационар** 27.08.2002

**Возраст:** 21 год

**Семейное положение:** не замужем

**Профессия:** студентка

**Место жительства:** г. Саратов

**I Этап**

##### Жалобы при поступлении

* Больная предъявляет жалобы на периодически возникающие, несимметричные, мигрирующие боли в межфаланговых, пястно-фаланговых и лучезапястных суставах, сопровождающиеся небольшим припуханием.
* Утреннюю скованность до обеда.
* На частое появление синяков, возникающих при незначительных воздействиях.
* На выпадение волос.
* На слабость, утомляемость, рассеянность внимания, снижение работоспособности.
* На периодически возникающие голодные боли в эпигастральной области, проходящие после приемов пищи, антацидов, запоры.

Семейный анамнез: Не замужем, детей не имеет. Жилищные и материальные условия больную удовлетворяют. Питание регулярное, 5-6 разовое, домашнее, ограничивает углеводы, жареную, жирную пищу, поваренную соль.

Аллергологический анамнез: ФИБС - эритема.

Вредные привычки: Со слов больной наркотики не употребляет, не курит, алкоголь употребляет в минимальных количествах.

Эпидемиологический анамнез: Сифилисом и другими венерологическими болезнями не болела. На диспансерном учете по поводу туберкулеза не состоит. Малярией, брюшным и сыпным тифом не болела и с больными контакта не имела. Донором не является. Прямых переливаний крови, а также гемотрансфузий консервированной крови за последние полгода не имела. За последние 3 месяца эпидемиологически неблагополучные регионы не посещала.

Половое развитие: менструации с 13 лет, по 5-7 дней через 28 дней, регулярные, безболезненные.

Беременность: 0 Роды: 0 Аборты: 0

Последний осмотр гинеколога: апрель 2002 г.

Профессиональная деятельность: студентка.

Профессиональные вредности: не выявлено.

Наследственность не отягощена: Отец – артериальная гипертензия. Мать практически здорова. Туберкулезом, гепатитом ни кто из родственников не болел.

**Перенесенные заболевания:**

В детстве часто болела простудными заболеваниями: ангиной, ОРЗ, ОРВИ.

1988 г. - перелом левой кисти.

2001 г. – Краснуха.

**Anamnesis vitae**

Больная родилась в 1980 году 1-м ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставала. С семи лет пошла в школу, учеба давалась легко. В настоящее время учится в технологическом институте г.Саратов.

**Anamnesis morbi**

Больной себя считает с мая 1995 года (14 лет), когда появились утренняя скованность до обеда, боль и припухлость в коленных, а затем всех суставах голеней и кистей, повышение температуры (в течение месяца) до 38°С, появление высыпаний на лице по типу "бабочки". При обследовании выявлена протеинурия, LE-клетки, на основании чего поставлен диагноз Системная красная волчанка. Получала преднизолон - 45 мг/сутки с последующим снижением дозы до 10 мг/сутки (3-4 месяца), азатиоприн. На фоне лечения наблюдалось быстрое исчезновение вышеописанных симптомов. В декабре 1995 года азатиоприн был отменен в связи с повышением уровня трансаминаз, доза преднизолона увеличена до 15 мг/сутки. В ноябре 1996 года в связи с нарастанием протеинурии до 0,03 г. доза преднизолона увеличена до 30 мг/сутки - с последующим снижением до 15 мг/сутки. Проводилась терапия циклофосфаном 600 мг\неделю с интервалом 6 месяцев - проведено 4 курса. В 1997 году переведена в ФТК ММА им. Сеченова, где доза преднизолона была постепенно снижена до 10 мг/сутки. При обследовании в ФТК отмечалась протеинурия - 0.05 г., АНФ 1:640 со смешанным свечением, антитела к ДНК нат. 1,8 и денат. 1,8, LE-клетки, выраженный феномен агглютинации. Рекомендовано увеличение интервалов между приемами циклофосфана до 1,5 месяцев. В течение последних месяцев состояние больной оставалось удовлетворительным, продолжалась пульс-терапия N10. В октябре 1997 года вновь появились болезненность и легкое припухание в мелких суставах кистей, лучезапястных суставах, а также появилась мелкоточечная эритематозная зудящая сыпь на конечностях, резистентная к стероидной терапии - был поставлен диагноз Аллергический дерматит. При обследовании: в моче белок 0,1 г.,лейкоциты - 18-20 в п/зр.

 Ежегодно находилась на лечении по месту жительства или в ФТК. В январе 2001 года впервые появилась сыпь в области носогубного треугольника - диагноз Димимикоз - местное лечение с положительным эффектом. В мае 2001 года после перенесения краснухи отмечает диффузное выпадение волос на голове - лечилась природными средствами с положительным эффектом.

 Последняя госпитализация - в июне 2001 года: АНФ - 1:40, свечение гомогенное(++), Антитела к ДНК: нат. 0,02 и денат. 0,03. Белка в общем анализе мочи не выявлено. После обследования и лечения получала преднизолон - 10 мг/сутки, с постепенным снижением до 5 мг/сутки. При появлении болей в суставах - доза увеличивается до 10 мг/ сутки. С начала лета 2002 года отмечает появление мелкоточечной пузырьковой сыпи в области носогубного треугольника, максимальное количество высыпаний - июль 2002 года. Дерматологом диагностирован питироспороз, получала лечение доксициклином, димедроловой мазью с положительным эффектом. Для динамического обследования и коррекции терапии госпитализирована в ФТК ММА им. Сеченова.

 *Таким образом, на основании жалоб и данных анамнеза больной можно выявить:*

1. *Суставной синдром в виде периодически возникающего, мигрирующего артрита преимущественно мелких суставов кистей, непродолжительной утренней скованности (жалобы, данные анамнеза).*
2. *Почечный синдром, проявляющийся длительно выявляющейся, медленно прогрессирующей протеинурией (данные анамнеза).*
3. *Кожный синдром в виде высыпаний на лице по типу бабочки, аллопеции (жалобы, анамнестические данные).*
4. *Синдром лихорадки: повышение температуры тела до 38 °С в анамнезе.*
5. *Геморрагический синдром, проявляющийся в виде часто возникающих синяков на коже.*
6. *Астеновегетативный синдром в виде слабости, утомляемости, рассеянности внимания, снижения работоспособности (жалобы).*
7. *Диспепсический синдром в виде периодически возникающих голодных болей в эпигастральной области, запоров (жалобы).*

*Исходя из жалоб и данных анамнеза можно сделать вывод о наличии у данной пациентки системного заболевания соединительной ткани. На основании выявления LE-клеток, АНФ, антител к ДНК в достоверных титрах в 1995 году был поставлен диагноз: Системная красная волчанка подострого течения. Наличие утренней скованности у данной больной заставляет проводить дифференциальную диагностику с ревматоидным артритом. Длительное течение ревматоидного артрита как правило приводит к выраженной деформации суставов, отсутствующей у данной пациентки, однако, окончательно отдифферицировать эти два заболевания станет возможно только на следующих этапах диагностического поиска. Наличие характерных болезни болей в эпигастральной области наводят на мысль о симптоматической язвенной болезни, возможно возникшей как результат длительного лечения кортикостероидами.*

**II Этап**

**Status praesens**

На момент осмотра общее состояние больной удовлетворительное. Положение активное. В сознании, ориентирована, на контакт идет охотно. Нормостенической конституции. Рост – 163 см, вес – 52 кг. Температура тела 36,7  С.

**Состояние кожных покровов**

 Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. В области декольте отмечается мелкоточечная сыпь по типу пиодермии; в области носогубного треугольника отмечается легкая гиперпигментация и субатрофия кожных покровов (следы перенесенного питироспороза). Тургор кожи достаточный. Пастозность голеней и стоп не определяется. Расчесы, телеангиоэктазии отсутствуют. Выявляются немногочисленные геморрагические очаги различной локализации и степени давности. Дермографизм белый, нестойкий. Ногти овальной формы, расслоения не имеют. Сосудистое пятно при надавливании на ногтевые ложа исчезает быстро. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, толщина кожно-жировой складки на лопатке 2,5 см. Визуально подкожно-жировые вены не выявляются.

###### Лимфатическая система

Жалоб нет. Визуально периферические лимфоузлы не выявляются. Затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

###### Мышечная система

Жалоб нет. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус несколько снижен, мышечная сила не снижена. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц нет.

###### Костная система

Жалоб нет. Телосложение пропорциональное. Деформации костей нет. Осанка правильная, походка без особенностей. Утолщения и неровностей надкостницы не обнаруживается. Стопы нормальные.

###### Суставы

Мелкие и крупные суставы в размере не увеличены. Кожа над ними не гиперемирована. Пальпация мелких суставов кисти слабо болезненна. Движения в суставах в полном объеме.

**Дыхательная система**

Жалоб нет. Дыхание через нос свободное с участием крыльев носа. Деформации костей носа не определяется. Акт дыхания осуществляется без участия вспомогательной мускулатуры, экскурсия равномерная по всей площади грудной клетки. Частота дыханий 16 в минуту. Тип дыхания грудной. Пальпация грудной клетки, позвоночника, межреберных промежутков безболезненна. Движения половин грудной клетки синхронное. Дыхание ритмичное.

Максимальная дыхательная экскурсия грудной клетки – 6 см.

***Пальпация.***

Болезненность в точках Валле по l. parasternalis, l. medioclavicularis. l. acillaris media, l. paravertebalis – отсутствует. Локальной болезненности и болезненности по ходу межреберий нет. Голосовое дрожание в симметричных участках не ослаблено.

###### *Перкуссия.*

I Сравнительная.

В области над- и подключичных ямок, во всех межреберьях по l. medioclavicularis, l. acillars media, l. scapularis, в надлопаточной области, в межлопаточной и подлопаточной области справа и слева – отмечается легочный звук; с коробочным оттенком в нижне-базальных отделах.

II Топографическая

Верхушки правого и левого легкого выступают спереди над ключицей – 4 см. Высота стояния верхушек сзади – уровень остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кернига: справа – 5 см., слева – 6 см.

**Нижние границы легких**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | **Справа** | Слева |
| l. parasternalis  | 4-е межреберье | - |
| l. medioclavicularis | 6-е ребро | - |
| l. acillaris anterior | 7-е ребро | 7-е ребро |
| l. acillaris media  | 8-е ребро | 8-е ребро |
| l. acillaris posterior | 9-е ребро | 9-е ребро |
| l. scapularis | 10-е ребро | 10-е ребро |
| l. paravertebralis | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

***Аускультация легких.***

При сравнительной аускультации над легкими на симметричных участках определяется везикулярное дыхание с жестковатым оттенком. В задне- нижних и боковых отделах выслушиваются сухие, рассеянные, незвучные хрипы. При форсированном дыхании побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются.

**Сердечно-сосудистая система**

***Осмотр.***

1. Сосуды шеи:

сонные артерии: «пляски каротид» нет, симптом Мюссе – отрицательный.

Набухания яремных вен не отмечается.

1. Осмотр области сердца: сердечный толчек и сердечный горб отсутствуют, вурхушечный толчок визуально не определяется, эктопической пульсацией и систолического втяжения сердечной области нет, во II межреберье справа и слева, в области яремной вырезки пульсации не выявляются.

Пальпации области сердца.

Верхушечный толчок пальпируется в V-м межреберье по среднеключичной линии. Сердечный толчок отсутствует. Эктопическая пульсация в области III межреберья, пульсация легочной артерии во II межреберье справа, аорты во II межреберье слева и в яремной ямке не пальпируются. Симптом «кошачьего мурлыканья» над верхушкой сердца, над аортой, над легочной артерией, и над 3-х створчатым клапаном отсутствует.

 Пульс на лучевой артерии определяется четко, ритмичный, достаточного наполнения и напряжения, частота – 89 в минуту. Пульсация на бедренной артерии четкая, без жесткого компонента. Пульсация на артерии dorsalis pedis dex. et sin. определяется четко.

##### Границы относительной тупости сердца

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | IV межреберье по правому краю грудины |
| Левая | На V межреберье по среднеключичной линии |
| Верхняя | III ребро по линии l. sternalis sinistra |

Поперечный размер относительной тупости сердца: 11 см.

Правая и левая границы сосудистого пучка расположены по краям грудины во II-м межреберье.

##### Границы абсолютной тупости сердца

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | IV межреберье по правому краю грудины |
| Левая | V межреберье 0,5 см. кнаружи от линии l. media clavicularis |
| Верхняя | IV ребро по линии l. sternalis sinistra |

***Аускультация сердца.***

Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 89 в минуту. В точках выслушивания клапанов патологических шумов не определяется.

***Исследования сосудов.***

Вены шеи не расширены, отмечается слабая пульсация в нижних третях сосудов. Стенка артерии эластичная, симптом «жгута», «щипка» отрицательные. Артериальная пульсация пальпируется на доступных для пальпации артериях (общей сонной, височной, лучевой, плечевой, бедренной, подколенной, задней большеберцовой). При аускультации бедренной артерии тон Траубе и шум Виноградова – Дюрозье не выслушиваются.

**Измерения артериального давления по Короткову:**

Левая рука: систолическое - 110 мм. рт. ст.

 диастолическое - 80мм. рт. ст.

 пульсовое - 30 мм. рт. ст.

Правая рука: систолическое - 110 мм. рт. ст.

 диастолическое - 80 мм. рт. ст.

 пульсовое - 30 мм. рт. ст.

**Пищеварительная система.**

***Осмотр полости рта***

Слизистая оболочка внутренней поверхности ротовой полости розовой окраски; высыпания изъязвления отсутствуют, запах обычный. Десны нормальной окраски, не кровоточат. Язык в объеме не увеличен, полностью помещается в ротовой полости. География языка без видимой патологии, центральная борозда выражена не сильно, не рифленая, доходит до кончика языка, нормальной влажности, сосочки не атрофированы. Пятнистости на языке нет.

Осмотр живота

Живот не увеличен, участвует в акте дыхания, симметричен. Пупочное кольцо втянуто. Подкожные вены на передней поверхности живота не ярко выражены. Локальных выбуханий на передней стенки живота не определяется.

***Пальпация живота.***

*Поверхностная пальпация:*

Симптомов раздражения брюшины нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. При поверхностной ориентировочной пальпации по Образцову и Стражеско над симметричными участками живот мягкий, умеренно безболезненный в эпигастральной области. При исследовании слабых мест передней брюшной стенки (пупочного кольца, апоневроза белой линии живота, паховых колец), грыжевых выпячивания не наблюдается.

*Глубокая пальпация*

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, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется. Печень пальпируется на уровне нижнего края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заостренный, легко подворачивающийся, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Мерфи, Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси, френикус - отрицательные. Селезенка не пальпируется.

***Аускультация живота.***

При аускультации кишечная моторика активная, шума плеска нет.

***Перкуссия живота***

Умеренно болезненная в правом подреберье, с иррадиацией в правую поясничную область. В латеральных каналах притупления не определяется, свободной жидкости в брюшной полости нет.

*Размеры печеночной тупости по Курлову:*

По правой среднеключичной линии 8 см.

По передней срединной линии 7 см.

Косой размер 9 см.

**Перкуссия селезенки**

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя граница | IX ребро |
| Нижняя граница | На уровне XI ребра |
| Передняя граница | Не выходит за левую реберно – суставную линию |

Размер селезенки 6x4 см. Пальпаторно не определяется.

***Пальпация поджелудочной железы.***

Пальпаторно поджелудочная железа не определяется. Болезненность при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо-Робсона отрицательный.

##### Мочеполовая система

Жалоб нет. Симптом поколачивания с обеих сторон, отрицательный. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек, а также поясничных мышц отсутствует. Мочевой пузырь перкуторно не выступает на лонным сочленением. При пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание самостоятельное, активное, безболезненное, тонкой струей до десяти раз в сутки.

 Вторичные половые признаки развиты удовлетворительно. Оволосение по женскому типу.

**Эндокринная система**

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага – отрицательные. При осмотре области щитовидной железы асимметрии, отклонения трахеи, выпячивания, изменения вен не наблюдается. Щитовидная железа пальпаторно определяется – мягкая, безболезненная, эластичная, не спаянная с кожей.

**Нервно-психическая сфера**

Больная правильно ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. На контакт с врачом идет охотно. Интеллект соответствует возрасту и образованию. Восприятие не нарушено, внимание не ослаблено. Память сохранена, поведение адекватное.

 Парезов и параличей нет. Тактильная и болевая чувствительность локальная и общая не нарушена. Менингиальных симптомов нет.

*Таким образом, на основании данных, полученных в ходе II этапа диагностического поиска можно выявить:*

1. *Отсутствие деформации, ограничения подвижности в суставах, наличие небольшой локальной болезненности в мелких суставах кисти. (Что делает диагноз ревматоидного артрита маловероятным).\*
2. *Наличие "синяков" на коже подтверждает выявленный в анамнезе геморрагический синдром.*
3. *Наличие локальной болезненности в эпигастральной области подтверждает первоначальное предположение о поражении желудка и/или 12-п.к., возникшее как возможное осложнение длительной стероидной терапии.*

*Третий этап диагностического поиска позволит уточнить степень активности СКВ.*

**План обследования больной:**

**Лабораторные и инструментальные методы исследования:**

**I Общеклинические методы:**

1. **Клинический анализ крови**
2. **Общий анализ мочи**
3. **Биохимический анализ крови**
4. **Коагулограмма**
5. **Определение Ig, комплемента, LE-клеток, АНФ, антител к ДНК, Ревматоидного фактора.**
6. **Определение суточной протеинурии.**
7. **Проба Реберга, скорость фильтрации**

**II Инструментальные методы**

1. **Э.К.Г.**
2. **Эхокардиография**
3. **Рентгенограмма органов грудной клетки, кистей, стоп.**
4. **УЗИ органов брюшной полости**
5. **ЭГДС**

**Клинический анализ крови**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | Результаты | Норма | Ед. измерения |
| Гемоглобин | 126 | 120-160 | Г/л |
| Эритроциты | 4,2 | 4,2-5,4 | 10 /л |
| Цвет. Показатель | 0.88 | 0,85-1,1 |  |
| Гематокрит | 39,3 | 37-47 | % |
| Объем эритроцита | 83 | 75-99 | Мкм(3)  |
| Сод. гемоглобина в э. | 31,92 | 27,0-33,3 | пг |
| К-я гемоглобина в эр. | 33,65 | 30-38 | % |
| Диаметр эритроцита | 7.2 | 6,9-7,7 | Мкм |
| Тромбоциты | 320 | 180-320 | 10 /л |
| СОЭ | 20 | 2-15 | Мм/ч |
|  Лейкоциты | 7,89 | 4,0-10,8 | 10 /л |
| Палочкоядерные | 2 | 1-6 | % |
| Лимфоциты | 19,11 | 19-37 | % |
| Моноциты | 8 | 3-11 | % |
| Эозинофилы | 4 | 0,5-5 | % |

**Биохимический анализ крови**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | Результат | Норма | Ед. измерения |
| Общий белок | 8,0 | 6,0-8,0 | Г/% |
| Альбумин | 4,1 | 3,5-5,0 | Г/% |
| Креатинин | 0,6 | 0,7-1,4 | Мг/% |
| Билирубин общий | 1,0 | 0,1-1,0 | Мг/% |
| Билирубин прямой | 0,4 | 0,0-0,3 | Мг/% |
| Билирубин не прямой |  |  |  |
| Щел фосфатаза | 72 | 32-92 | Ед/л |
| Г-ГТ | 26 | 7-49 | Ед/л |
| АСТ | 19 | 0-40 | Ед/л |
| АЛТ | 32 | 0-40 | Ед/л |
| Неорг. фосфор | 3,6 | 2,5-4,5 | Мг/% |
| Глюкоза | 90 | 80-120 | Мг/% |
| Азот мочевины | 12 | 10-20 | Мг/% |

**Анализ крови на определение Антител (ИФА) и HIV (ВИЧ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | Результат |
| Реакция в ИФА | Отрицательно |

**Анализ крови – реакция Вассермана**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | **Результат** |
| Микрореакция преципитации с кардиолипиновым антигеном | Отрицательно |

**Коагулограмма:**

**Заключение:** В пределах нормы.

**Иммунология**

**IgA - 335**

**IgM - 74 Мг\%**

**IgG - 322**

**Комплемент - 32,2**

**LE - клетки не обнаружены**

**АНФ - отрицательный.**

**Общий анализ мочи**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | **Результаты** |
| Количество | 240мл |
| Цвет | Соломенно-желтая |
| Прозрачность | Неполная |
| Относительная плотность | 1012 |
| Реакция | 6,0 |
| Белок | Отсутствует |
| Глюкоза |  |
| Кетоновые тела | Отсутствует |
| Реакция на кровь | Отсутствует |
| Билирубин | Отсутствует |
| Уробилиноиды | Отсутствует |
| Желчные кислоты | Отсутствует |
| Индикан | Отсутствует |

Микроскопия осадка мочи:

Эпителий плоский – незн. кол-во

Эритроциты – 1-2.

Лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Слизь – много.

Бактерии – умеренное кол –во.

**Электрокардиограмма**

**ЧСС –** 90/мин.

***Заключение:*** Ритм синусовый. Положение ЭОС в пределах нормы. признаки гипертрофии левого желудочка.

**Эхокардиография**

Ф. И.………………………………74%

Камеры сердца не расширены, стенки левого желудочка не утолщены. Зон гипокинезий не выявлено, клапаны не изменены. При ДКГ – турбулентных потоков нет. (Е/А – 1,0/0,77)

**Рентгенография грудной клетки.**

На обзорных рентгенограммах органов грудной полости свежие, очаговые и инфильтративные изменения не определяются. Легочный рисунок обогащен за счет как сосудистого, так и интерстициального компонентов. Корни легких не расширены. Плевральные синусы свободны. Диафрагма расположена свободно. Сердце нормальной конфигурации, не расширено. Аорта уплотнена, тень усилена.

**Рентгенография кистей и стоп**

Определяются единичные мелкие кисты, суставные щели не сужены.

**УЗИ брюшной полости**

 Размеры печени не увеличены, контуры ровные, паренхима гомогенная. Внутри и внепеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь нормальных размеров, с перегибом в шейке, стенки не уплотнены, камней нет. Поджелудочная железа не увеличена, контуры ровные, паренхима повышенной эхогенности. Селезенка не увеличена, гомогенная. Вены портальной системы не расширены. Почки без существенной патологии.

**ЭГДС**

Слизистая желудка гиперемирована, в правой стенке 12-и п.к. определяется плоская язва до 0,7-0,8 см.

**Клинический диагноз:**

Учитывая жалобы больной, а также физикальное обследование и дополнительные лабораторные и инструментальные данные мною был выставлен следующий клинический диагноз:

 Системная красная волчанка, подострое течение, А-1 ст. с поражением кожи (дерматит, аллопеция в анамнезе), суставов (полиартрит в анамнезе), почек (латентный нефрит), леченная кортикостероидами и цитостатиками (пульс-терапия циклофосфаном N10.

Осложнения: Гастродуоденит; стероидная язва 12-и перстной кишки.

**Обоснование клинического диагноза:**

Диагноз: Системная красная волчанка ставится на основании данных анамнеза (впервые диагноз был поставлен в мае 1995 года - LE-клетки, АНФ, антитела к ДНК, протеинурия, полиартрит, лихорадка, бабочка), жалоб больной (периодически возникающие, несимметричные, мигрирующие боли в межфаланговых, пястно-фаланговых и лучезапястных суставах, сопровождающиеся небольшим припуханием, утренней скованностью до обеда, частое появление синяков, возникающих при незначительных воздействиях, выпадение волос). Степень активности ставится на основании лабораторных показателей (СОЭ - 20 мм/час) при отсутствии других признаков активности процесса.

Отсутствие ревматоидного фактора и характерных изменений рентгенологической картины позволяет окончательно отвергнуть диагноз ревматоидного артрита.

**Лечение**

1. Преднизолон - 5 мг/сутки
2. Плаквенил - 0,2 г.
3. Ранитидин - 150 мг утром и вечером. (3 недели).
4. Фосфалюгель - 1 пакетик за 30 минут до еды.