88.82.168.102

Министерство образования Российской Федерации

Северо-восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова

Медицинский институт

Кафедра пропедевтической и факультетской терапии с эндокринологией и ЛФК

Медицинская карта стационарного больного

Выполнил:

Студент МИ ЛД 404-2

Слепцов И.К.

Проверил:

к.м.н. доцент Петрова М.Н.

Якутск-2010

ЯГКБ Tbs-отр.

RW-отр.

Отделение: ревматологическое, палата №5 Я/Г-отр

Педикулез-отр.

Дата поступления: 20.09.2010, 10:00 ч ФЛГ-N.

**Паспортная часть**

Ф.И.О – Ерохина Виктория Александровна

Возраст – 27.02.1989/ 21 год

Национальность – Эвенка

Пол – Женский

Место работы – не работает. Студентка ЯЭПИ IV курса, заочное отделение

Домашний Адрес – Томпонский улус, с. Хандыга ул. Молодежная 8 кв.21 д/т 4-32-28

Кем направлен – ЦРБ

Диагноз при поступлении – Смешанные заболевания соединительной ткани, Ревматоидный артит, СКВ

Диагноз клинический - Overlap syndrome: РА, прогрессирующее течение, ФНС II, СКВ

Диагноз основной – СКВ, РА

Диагноз заключительный - Overlap syndrome: РА, прогрессирующее течение, ФНС II, СКВ

**Жалобы** принял /Слепцов И.К./

При поступлении: жалобы на боли в суставах, припухлость, ограниченность движения, временами боли в поясничном отделе позвоночника, неустойчивый стул, тремор рук, слабость.

# Anamnesis morbi

Заболела 23.01.05 утром встала и почувствовала слабость, кратковременная потеря сознания в течении 3-5 сек, пришла в сознание сама, к вечеру отмечает боль в правом ЛЗС. Обратились по месту жительства к участковому педиатру, назначен элеутерококк, спазган, рибоксин, глицин. 26.12.05 повторная кратковременная потеря сознания в течении 5-10 сек, головокружение, слабость, отек правого ЛЗС, температура к вечеру до 38. Госпитализируют в районную больницу, где продолжает лихорадить, отекают правый, левый ЛЗС, оба ПС, оба КС, из-за боли в суставах не могла спать. С 14.01.06 – 5.02.06 находилась на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении ЯКГБ г. Якутска. С февраля 2006 г. Наблюдается в клинике детских болезней ММА им. И.М. Сеченова с диагнозом: СКВ, подострое течение, 2-3 степень активности: суставной синдром, микролимфаденопатия, тромбоцитопения, гемморагическая сыпь, лихорадка, анемия. В ноябре 2007 г. находилась на стационарном лечении в больнице по месту жительства по поводу обострения заболевания (артриты кистей).

# Anamnesis vitae

Родилась в 1989 году в с. Хандыга. В умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. После окончания средней школы поступила в ЯГСХА на юрфак, затем перевелась на заочное обучние в ЯЭПИ. Девочка от второй беременности.

Социальные условия жизни удовлетворительные, судимость отрицает.

Туберкулез, инфекционный гепатит, венерические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: до 1 году – ОРВИ не часто, на 2 году часто, 3 года потеря сознания в течение 5-6 часов, в 2004 году потеря сознания 2 раза кратковременно, у невропатолога наблюдается с диагнозом РЭП, ВСД. Частые отиты, ОРВИ, ангины до школы. Переболела ветряной оспой. Наследственность: мама 47 лет – ревматизм, тонзиллит, отец 47 лет – панкреатит, тонзиллит.

Аллергологический анамнез: Дисоль

Страховой анамнез. Инвалид II группы.

# Status praesens communis

Общее состояние больного средней тяжести, сознание ясное. Положение больного в постели активное. Конституция нормостеническая. Подкожно жировая клетчатка выражена умеренно. Кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз. Тургор кожи в норме, эластичность в норме. Язык обложен белым налетом, отпечатки зубов. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Кости черепа, позвоночника и конечностей без деформаций.

Антропометрические данные:

Рост больного Р=168,5 см, вес М=55,3 кг

Ростовесовой показатель М\*100/Р=55,3\*100/168,5=32,81

Индекс Пинье Р-(Г+М)=168,5-(87+55,3)=26,2

Индекс пропорциональности Г\*100/Р=51,63

**Органы дыхания:**

Носовое дыхание не затруднено. Форма грудной клетки правильная, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково. Дыхание везикулярное, ослабленное. Частота дыхательных движений - 16 в минуту. При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Резистентность нормальная, голосовое дрожание равномерное.

При сравнительной перкуссии притупления перкуторного звука не отмечено. При топографической перкуссии:

высота стояния верхушек легких справа 3 см, слева 4см

ширина полей Кренига справа 6 см, слева 6 см

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы легких | | |
| Линии | Справа | Слева |
| Парастернальная | 4 межреберье | - |
| Среднеключичная | 5 межреберье | - |
| Передняя подмышечная | 6 межреберье | 6 межреберье |
| Средняя подмышечная | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Задняя подмышечная | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Лопаточная | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Паравертебральная | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Подвижность легочного края | | |
|  |  |  |
| Среднеключичная | 3 см | - |
| Средняя подмышечная | 5 см | 5 см |
| Лопаточная | 4 см | 4 см |

Аускультативно: везикулярное ослабленное дыхание, хрипов нет.

**Сердечно-сосудистая система:**

При осмотре и пальпации по ходу перефирических сосудов патологических отклонений не обнаружено. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, напряженный, полный, большой.

|  |  |
| --- | --- |
| **Границы относительной тупости сердца** | |
| Правая | В IV межреберье на 1 см латеральнее правого края грудины |
| Левая | В V межреберье по левой среднеключичной линии |
| Верхняя | В III межреберье слева по окологрудинной линии |
| **Границы абсолютной тупости сердца** | |
| Правая | Левый край грудины в IV межреберье |
| Левая | По среднеключичной линии в V межреберье |
| Верхняя | У левого края грудины в IV межреберье |

Конфигурация сердца митральная. Ширина сосудистого пучка 6 см.

Аускультативно: тоны ритмичные, приглушенные.

ЧСС 96 уд/мин, Артериальное давление 105/65 мм рт. ст.

**Пищеварительная система:**

При осмотре ротовой полости: язык влажный, розовый, с умеренным белым налетом. Десны без воспалительных явлений, бледные. Акт глотания не нарушен. Живот, симметричен, в акте дыхания участвует, пульсаций нет. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Пальпаторно живот мягкий. При поверхностной пальпации областей болезненности не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области, безболезненный. Слепая кишка отчетливо пальпируется в правой подвздошной области. Желудок не пальпируется. Селезенка не увеличена. Печень неувеличена по краю реберной дуги.

Размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| по правой срединно-ключичной линии | 8,5 см |
| по срединной линии | 7 см |
| по рёберной дуге | 6 см |

Свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника. Стул регулярный, оформленный.

**Мочеполовая система:**

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. При глубокой пальпации почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное.

**Эндокринная система:**

Щитовидная железа не увеличена, узлов нет, безболезненна. Глазные симптомы: экзофтальма нет, мигание редкое, блеск глаз умеренный, западения глазных яблок нет, тремор пальцев не отмечается.

**Нервно-психический статус.**

Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены.

**Status localis:**

Отмечается деформация мелких суставов кистей, припухлость правого ЛЗС, боли в правом ПС, деформация ПФС стоп.

**Теоретическая часть**

Системная красная волчанка (СКВ) - аутоиммунное заболевание. Причина его появления до конца не ясна. Однако, предполагается, что болезнь генетически обусловлена. Суть поражений при СКВ сводится к образовании в организме антител к собственным тканям. Иммунная система просто перестает правильно распознавать белки организма и, воспринимая их как "чужие", атакует их.

Клинические проявления системной красной волчанки крайне разнообразны и правильная диагностика возможна в учетом всех проявлений, а так же ряда лабораторных анализов. Наиболее компетентными специалистами в диагностике и лечении этого заболевания, пожалуй. являются ревматологи и иммунологи.

Вкратце остановимся на проявлениях системной красной волчанки. Начало болезни нередко характеризуется слабостью, похуданием, некоторым повышением температуры тела; все эти проявления неспецифичны и могут напоминать банальную простуду или переутомление.

В последующем развиваются типичные признаки системной красной волчанки:

* поражение кожи
* поражение мышц и суставов
* поражение сердечно-сосудистой системы
* поражение нервной системы
* других внутренних органов.

Поражение кожи нередко имеет первостепенное диагностическое значение, не смотря на то, что кожные проявления очень разнообразны. Так, выделяют 28 вариантов кожных изменений при СКВ. Наиболее типичными являются красноватые пятна на лице, шее. груди и в области крупных суставов рук и ног. Пятна эти довольно яркие, могут сливаться друг с другом, но резко очерчены от нормальной кожи. Характерным проявлением является симптом "бабочки" - наличие таких пятен на щеках и переносице, сливающихся друг с другом как бы с образованием формы бабочки. Наряду с пятнами, возможно появление высыпаний в виде красных колец с более бледной кожей внутри кольца. Кожным проявления сопутствует сухость кожи, диффузное выпадение волос, ломкость ногтей. Возможны так же белесоватые высыпания на слизистой рта.

Практически во всех случаях системной красной волчанки появляются боли в суставах. Боль в одном или нескольких суставах может продолжаться от нескольких минут до нескольких дней. При большой активности заболевания, боли могут быть стойкими, с развитием воспаления и припухлости сустава. Особенно часто поражаются фаланги и запястья кистей рук, коленные суставы. Поражение суставов обычно симметрично. Характерна утренняя скованность суставов: после пробуждения утром болезненность в суставах особенно выражена, а движения в них затруднены; необходимо некоторое время. чтобы "расходиться" и разработать суставы. Поражения суставов очень хорошо поддаются лечению адекватными для системной красной волчанки препаратами.

При волчаночном поражение сердца в патологический процесс вовлекаются все его оболочки, но чаще всего наружная - перикард, или "сердечная сумка". Появляется боль за грудиной, которая усиливается при смехе и чихании, одышка, возможно появление сердечных отеков на ногах, передней стенке живота.

Лечение системной красной волчанки необходимо начинать как можно раньше, чтобы избежать необратимого поражения органов. Основными препаратами в терапии являются противовоспалительные препараты, кортикостероиды и средства, подавляющие активность иммунной системы.

# Предварительный диагноз

На основании жалоб больного, анамнеза ставится предварительный диагноз: Системная красная волчанка с поражением суставов, артриты IV стадия, гематологические нарушения: анемия, тромбоцитопения. Ф НС II. Подвывихи.

**План обследования:**

1. Лабораторные исследования:

* ОАК с подсчетом эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитарной формулы;
* Биохимический анализ Общий анализ мочи;

1. Функциональные исследования органов:

* Электрокардиография;
* ЭХОдопплерокардиография- с определением объема полостей сердца, ударного и минутного объемов;
* УЗИ внутренних органов;
* ФЭГДС на наличие гастрита, ввиду длительного приема ЛС, раздражающих с/о желудка;

1. Рентгенография стоп и кистей.

# Результаты исследований

* Общий анализ крови от 21.09.10:

Гемоглобин 98 г/л

Эритроциты 4,28x10¹²/л

СОЭ 42 мм/ч

Тромбоциты 477х10 /л

Лейкоциты 10,7х10 /л

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфо-циты | Моно-циты |
| 1 | 0 | 1 | 70 | 25 | 3 |

* Общий анализ крови от 24.09.10:

Гемоглобин 88 г/л

Эритроциты 3,84x10¹²/л

СОЭ 30 мм/ч

Тромбоциты 373х10 /л

Лейкоциты 9,6х10 /л

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфо-циты | Моно-циты |
| 1 | 0 | 1 | 72 | 21 | 4 |

Анизоцитоз в сторону микро (++)

Пойкилоцитоз (+)

Гипохромия Эр (++)

* Биохимический анализ крови от 21.09.10:

Мочевина 7,0 мкмоль/л

Креатинин 8,7 ммоль/л

Общий билирубин 9,8 мкмоль/л

Сахар 4,3 ммоль/л

Холестерин 3,6 ммоль/л

АЛТ 8,5

АСТ 20,7

* Биохимический анализ крови от 24.09.10:

Мочевина 7,0 мкмоль/л

Креатинин 8,7 ммоль/л

Общий билирубин 8,9 мкмоль/л

Сахар 4,3 ммоль/л

Холестерин 3,6 ммоль/л

АЛТ 11,1

АСТ 16,4

* Общий анализ мочи (21.09.10):

Количество: 100 мл

Цвет соломенно-желтый

Удельный вес – 1019

Прозрачная

Белок – отрицательно

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские – 4-3-3

Эритроциты 3-2-3

Лейкоциты – 2-6-6

Слизь - +

Бактерии -

*Заключение:* без патологии

* Общий анализ мочи (24.09.10):

Количество: 100 мл

Цвет соломенно-желтый

Удельный вес – 1011

Прозрачная

Белок – отрицательно

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские – 11-13-7

Эритроциты 3-3-3

Лейкоциты – 3-2-1

Слизь -

Бактерии -

*Заключение:* без патологии

* ЭКГ от 21,09.10:

Заключение: ритм синусовый частотой 83 в мин., замедление в/желудочковой проводимости по правой ножке пучка Гиса.

* ФЭГДС 5.10.10

Заключение: Поверхностный рефлюкс-эзофагит, поверхностный гастрит.

* УЗИ внутренних органов

Заключение: Патологии не выявлено.

* Рентгенография стоп и кистей 21.09.10

Заключение: Р-признаки артрита стоп 3-4 ст.

Р-признаки артрита кистей 4 ст.

# План ведения больного

- режим стационарный (постельный режим, достаточный сон, послеобе-

денный отдых, отказ от перегрузок).

- диета стол N 5 (ограничение УВ и клетчатки, обогащенная солями

калия и белками, полное исключение сокогонных и экстрагированных

блюд. Достаточное количество витаминов, особенно группы В и аскорбиновая кислота)

- преднизолон 15 мг ч/з день (основное патогенетическое средство

лечения)

- кальция глицерофосфат 0,5 \* 3 раза в день (как общеукрепляющее и

тонизирующее средство при переутомлении, истощении нервной системы. Действие связано с усилением анаболических процессов).

- панангин 1/2 таб. \* 3 раза в день (является переносчиком калия и магния и способствует их проникновению во внутриклеточное пространство. Поступая в клетки включается в процессы метаболизма.Используют при лечении коронарной недостаточности (уменьшает гипоксические нарушения метаболизма миокарда, связанных с ухудшением коронарного кровообращения).

-Найз 100 мг 1 т 2 раза в день (НПВП)

-Метотрексат 2,5 мг

-Мабтера в/в 100,0 мл

-Фолиевая кислота 1т 3 раза в день

**Дневник курации**

|  |
| --- |
| **21.09.10** Жалобы на боли, отечность в ЛЗС, МФС кистей рук. Общее состояние средней степени тяжести, положение активное. Кожные покровы бледные, слизистые бледные анемичные, язык обложен белым налетом.  Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД=15  Сердечные тоны ритмичные, шумов нет. АД=105/65 ЧСС=89  Живот б/б, мягкий. Стул, диурез адекватные.  Status localis: отмечается деформация МФС кистей рук с экссудативными явлениями. Отечность правого ЛЗС с местным повышением температуры. |
| **22.09.10** Жалобы на боли, отечность в ЛЗС, МФС кистей рук. Отмечаем положительную динамику после Мабтера и Дексаметазон в/в – уменьшение отечности и болевого синдрома. Общее состояние средней степени тяжести, положение активное. Кожные покровы бледные, слизистые бледные анемичные, язык обложен белым налетом.  Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД=16  Сердечные тоны ритмичные, шумов нет. АД=100/65 ЧСС=85  Живот б/б, мягкий. Стул, диурез адекватные.  Status localis: отмечается деформация МФС кистей рук с экссудативными явлениями. Отечность правого ЛЗС с местным повышением температуры. |
| **23.09.10** Жалобы на боли, отечность в ЛЗС, МФС кистей рук. Общее состояние средней степени тяжести, положение активное. Кожные покровы бледные, слизистые бледные анемичные, язык обложен белым налетом.  Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД=15  Сердечные тоны ритмичные, шумов нет. АД=100/7 ЧСС=92  Живот б/б, мягкий. Стул, диурез адекватные.  Status localis: отмечается деформация МФС кистей рук Отечность правого ЛЗС. |

**Эпикриз**

Пациентка Ерохина Виктория Александровна, 21 год, поступила в ЯГКБ ревматологическое отделение 20.09.10 жалобы на боли в суставах, припухлость, ограниченность движения, временами боли в поясничном отделе позвоночника, неустойчивый стул, тремор рук, слабость.

Из анамнеза известно, что больная страдает СКВ. За времянахождения в стационаре были проведены следующие диагностические исследования: анализ крови общий и биохимический, анализ мочи, ЭКГ, рентгенография, ВЭГДС. Проводилась терапия: фармакологическая - преднизолон, кальция глицерофосфат, панангин, Найз, Метотрексат 2,5 мг, Мабтера в/в, Фолиевая кислота, Дексаметазон в/в. В результате проведенного лечения самочувствие больного отметилось улучшение: уменьшилась отечность суставов, болевой синдром, скованность движений.

**Рекомендации**:

* Наблюдение ревматолога, ЛОР-врача, эндокринолога, невролога, окулиста;
* Избегать переохлаждений, инсоляции, физических и нервных перегрузок;
* Отвод от проф. прививок;
* Соблюдение диеты с исключением животных жиров, острой, жирной, жареной пищи, легкоусвояемых углеводов;
* Начать снижение дозы ГКС (при хорошем самочувствии)

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Overlap syndrome: СКВ, РА, прогрессирующее течение, ФНС II.