# Пензенский государственный медицинский институт при

# Пензенском государственном университете

# Кафедра терапии

## Заведующий кафедрой: д.м.н., проф.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Преподаватель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ***История болезни***

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Клинический диагноз:

## Основное заболевание – Подагра, хроническое течение, рецидивирующий подагрический полиартрит.

## Осложнения:

## Сопутствующие заболевания:

## Куратор: студент 5 курса

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Время курации: с 5.11.07 по 9.11.07

# ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

## ФИО: ---------------------------

## Пол: мужчина.

## Возраст: 50 лет.

## Место жительства: Городищенский район, Средняя Елюзень, село Озёрная 1.

## Место работы: безработный.

## Поступил: 2 сентября 2007 году самостоятельно.

## Курирован с 5 по 9 ноября 2007 года.

# ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

## На момент опроса больной жаловался на небольшие, но постоянные боли в области правого голеностопного сустава.

# ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

## Считает себя больным с осени 2000 года, когда после перенесенной простуды внезапно проснулся от резкой боли в большом пальце левой ноги и голеностопном суставе с выраженной воспалительной реакцией, в связи, с чем обратился в поликлинику по месту жительства, где был поставлен диагноз – подагра, а больной направлен на лечение в ревматологическое отделение ПОКБ им. Бурденко. После проведенного лечения боли больше не беспокоили, однако назначенного после выписки регулярного лечения больной не выполнял. В августе 2007 года такой же приступ внезапной боли повторился уже на правой ноге. Лечился самостоятельно (найз, димексид). В связи с ухудшением состояния за последние 2 дня, 2 сентября 2007 года обратился в поликлинику по месту жительства, откуда в тот же день направлен с диагнозом: полиартрит на лечение в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, где был госпитализирован в ревматологическое отделение.

# ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

## Родился 12 августа 1957 года в Городищенском районе 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 неполное 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 по 1 пачке в день. В детстве часто болел простудными заболеваниями. Наличие инфекционных заболеваний, операций, переливаний крови в анамнезе больной отрицает. Наличие аллергических реакций отрицает. Инвалидности не имеет.

# НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ - Не отягощена.

# ОБЩИЙ ОСМОТР (STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)

## Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенический тип телосложения, рост – 173 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. На обеих нижних конечностях видны варикозно расширенные вены.

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

## Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, жир наиболее отложен на животе и бедрах. 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. В области плюснефаланговых суставов обеих стоп имеются деформации суставов в виде узелка, причем область правой стопы гиперемирована.

# СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

## ***Жалобы.*** Жалоб со стороны органов дыхания (наличие мокроты, кровохарканье, боль в грудной клетке, одышка, удушье) больной не предъявлял. По утрам кашель «курильщика».

# ***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 | 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.*** Жалоб со стороны органов кровообращения (болей в области сердца, одышки, удушья, сердцебиений и отеков) больной не предъявлял.

## ***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 1,5 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 1,5 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 – 75. Сердечные шумы не выслушиваются. Шума трения перикарда не слышно.

## **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 78 ударов в минуту, ритм правильный, удовлетворительного наполнения, нормальное напряжение, пульсовые волны ритмичны. Артериальное давление на момент исследования 125/80 мм рт. ст. На обеих нижних конечностях видны варикозно расширенные вены.

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

## ***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, покрыт беловатым налетом, 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.

## СЕЛЕЗЕНКА

## ***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.

# МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

## ***Жалобы.*** Боли в поясничной области, внизу живота и по ходу мочеточников – отсутствуют. Суточный диурез – 1700 мл, 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 полиартрит. Осложнения: отсутствуют. Сопутствующие заболевания: отсутствуют.

## Больной - мужчина 50 лет, нормостенической конституции, вид соответствует возрасту и нормальному социальному положению. Ведущими симптомами у него при поступлении была резкая боль в большом пальце правой ноги и голеностопном суставе с выраженной воспалительной реакцией, возникшие после погрешностей в питании.

## Из анамнеза заболевания видно, что ранее уже наблюдалось такое состояние - приступ, только на другой ноге. Был поставлен диагноз – подагра и проведено лечение в ревматологическое отделение ПОКБ им. Бурденко. После проведенного лечения боли больше не беспокоили, однако назначенного после выписки регулярного лечения больной не выполнял. Таким образом, последнее обострение можно рассматривать как рецидив.

## При физикальном обследовании выявлена гиперемия правой стопы с деформацией 1 плюснефаланговых суставов за счет узелковых отложений на первых пальцах стоп.

## Таким образом, наличие 1 острой атаки артрита в анамнезе; максимум воспаления сустава уже в первые сутки; поражение в виде узелков именно 1 плюснефалангового сустава – позволяют поставить предварительный диагноз: Подагра, хроническое течение, рецидивирующий полиартрит.

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

## *Лабораторные исследования:*

1. Общий анализ крови.
2. Биохимический анализ крови: общий белок, белки воспаления, мочевая кислота, креатинин, мочевина, ХС, глюкоза.
3. Анализ мочи.

## *Инструментальные исследования*:

1. Рентгенограмма грудной клетки
2. Электрокардиография
3. Рентгенологическое обследование обеих стоп
4. УЗИ почек

Дополнительно при затруднении в диагностике:

1. Исследование синовиальной жидкости
2. Пункционная биопсия тофусов

# ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты | Норма |
| Гемоглобин | 129г/л | 118,0-166,0 г/л |
| Эритроциты | 4,4х1012/л | 3,5-5,0 \* 1012/л |
| Цветной показатель | 0,88 | 0,8-1,1 |
| Тромбоциты | 242\*109/л | 180,0 -320,0 \* 109/л |
| Лейкоциты | 8 х 109/л | 4,0-9,0 \* 10 9л |
| Нейтрофилы  Палочкоядерные | 6% | 1-6% |
| Сегментоядерные | 59% | 47-72% |
| Эозинофилы | 1% | 0,5-5% |
| Базофилы | 1% | 0-1% |
| Лимфоциты | 24% | 18-40% |
| Моноциты | 6% | 2-9% |
| СОЭ | 10 мм/ч | 1-16 мм/ч |

## *Результаты лабораторных исследований:*

Общий анализ крови от 6.09.2007 года.

##### Заключение: отклонений от нормы не выявлено.

Биохимический анализ крови от 6.09.2007 года.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты | *Норма* |
| Общий белок | 66 г/л | *65-85 г/л* |
| Мочевина | 5,4 *ммоль/л* | *2,5-8,3 ммоль/л* |
| Креатинин | 127 ммоль/л | *44-132 ммоль/л* |
| Билирубин | 17,2 *ммоль/л* | *8,5-20,5 ммоль/л* |
| Глюкоза | 4,9 ммоль/л | *3,5-5,5 ммоль/л* |
| АСТ | 17 ед/л | *5-36 ед/л* |
| АЛТ | 8 ед/д | *5-36 ед/л* |
| Мочевая кислота | 340 | *0,1 - 0,2 ммоль/л* |
| Амилаза | 17,3 *гч/л* | *16 -30 гч/л* |
| СРБ | 37 | *0 мкг/л* |
| Серомукоид | 0,73 | *0,22-0,28 г/л* |
| Сиаловая кислота | 3,2 | *0,18-0,22 усл. Ед.* |

Заключение: резкое увеличение мочевой кислоты и белков воспаления

Общий анализ мочи от 7.09.2007 года.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | *Результат* |
| *Физико-химические свойства* | |
| Количество, мл | *150* |
| Прозрачность | *прозрачная* |
| Реакция | *кислая* |
| Глюкоза | *отсутствует* |
| Цвет | *Светло-желтая* |
| Плотность | *1015* |
| Белок | *отсутствует* |
| *Микроскопическое исследование* | |
| Эпителий плоский | *много* |
| Переходный | *отсутствует* |
| Почечный | *отсутствует* |
| Лейкоциты | *1-2 в п/з* |
| *Цилиндры* | *отсутствует* |
| *Слизь* | *много* |
| *Бактерии* | *отсутствует* |

Заключение: отклонений от нормы не выявлено.

## *Результаты инструментальных исследований - от 6.09.2007 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 75 в 1 мин : патологии не выявлено
4. УЗИ почек – заключение: патологии не выявлено.

## **Клинический диагноз и его обоснование**

## ***Основной диагноз:*** Подагра, хроническое течение, рецидивирующий полиартрит. Поставлен на основе следующих диагностических критериев: наличие 1 острой атаки артрита в анамнезе; максимум воспаления сустава уже в первые сутки; поражение в виде узелков именно 1 плюснефалангового сустава; гиперурикемии; обнаружение на рентгенограмме специфических эрозий в кости (краевые узуры эпифизов с плотными стенками).

***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.

Индивидуальный этиология и патогенез:

Факторы риска по подагре у данного больного:

1. избыточное питание с преобладанием мясной пищи;
2. малоподвижный образ жизни – не работает.

###### Патогенез

В основе – нарушение метаболизма мочевой кислоты.

Факторы риска при наличии дефектов ферментов в системе синтеза мочевой кислоты (происходит снижение гипоксантин-гуанин-фосфорибозилтрансферазы и повышение 5-фосфорибозил-1-синтетазы) → повышение синтеза мочевой кислоты с одновременным снижением ее экскреции с мочой → увеличивается содержание в организме мочевой кислоты→ отложение уратов в тканях в виде микротофусов, прежде всего в синовиальной мембране и хрящах (зоны недостаточного кровоснабжения, облегчающие кристаллизацию уратов) → попадание кристаллов–уратов в суставную полость→активация комплемента и Ig c опсонизацией (обволакиванием) уратов → фагоцитоз нейтрофилами уратов с высвобождением лизосомальных ферментов→развитие воспаления.

При хронизации процесса: кристаллы взаимодействуют с хондроцитами, приводя к дегенерации хряща и лизису кости с образованием тофусов (узелки желтоватого цвета, содержащие ураты, окруженные соединительной тканью, локализуются чаще на ушных раковинах, на пальцах кистей и стоп; образуются при высокой гиперурикемии и длительности заболевания свыше 5-6 лет).

**План лечения и его обоснование:**

Цели лечения: Устранение факторов, способствующих рецидиву болезни, приостановление прогрессирования или регресс болезни, улучшение прогноза, трудоспособности.

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**

6.11.2007

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 1800 мл. Температура тела 36.6. ЧСС 63 в минуту, ЧД 17 в минуту. Пульс 71. АД 120/80 мм.рт.ст.

Куратор:

7.11.2007

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 68, ЧД 16 в минуту. Пульс 75. АД 120/80 мм.рт.ст.

Куратор:

8.11.2007

Состояние удовлетворительное, жалоб нет, сон нормальный, аппетит хороший, стул 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленной консистенции, коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено, суточный диурез 1800 мл. Температура тела 36.6. ЧСС 63 в минуту, ЧД 17 в минуту. Пульс 68. АД 120/80 мм.рт.ст.

Куратор:

Прогнозирование

Прогноз для здоровья благоприятный

Прогноз для жизни благоприятный

Прогноз для работы благоприятный

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

## Мужчина, 50 лет, находился в 36-ом ревматологическом отделении ОКБ им. Н. Н. Бурденко. Курирован с 5 по 9 ноября 2007 года. Клинический диагноз: Подагра, хроническое течение, рецидивирующий полиартрит. Осложнения: отсутствуют. Сопутствующие заболевания: отсутствуют. Поступил 2.09.2007 года с жалобами на резкую боль в большом пальце правой ноги и голеностопном суставе с выраженной воспалительной реакцией 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.

Общий анализ крови: гемоглобин 129г/л, эритроциты 4, 4х1012/л, цветовой показатель 0,88, лейкоциты 8\*10 г/л, П-6, С-59, Э-1, Б-1, Л-24, М-6, СОЭ 10 мм в час.

Биохимический анализ крови: Общий белок 66 г/л, мочевина 5,4 ммоль/л*,* креатинин 127 ммоль/л, билирубин 17.2 мкмоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л, АСТ 17 ЕД, АЛТ 8 ЕД, Амилаза17,3 гч/л, Мочевая кислота 340 ммоль/л, СРБ-37, Серомукоид 0,73 г/л, Сиаловая кислота3,2 усл. Ед.

Общий анализ мочи: количество 150, цвет светло-желтый, прозрачная, плотность 10215 реакция кислая, белок - отсутствует; много плоского эпителия и слизи, лейкоциты 1-2 в п. з., эритроциты отсутствуют.

Было проведено лечение: Стол № 6; Физиотерапия - КВЧ на область пораженного сустава. Противовоспалительная терапия:

Индометацин - по 2 драже после еды 2 раза в сутки в течение 3 дней;

Дипроспан - по 1 мл локально - внутрь пораженного сустава

Преднизолон - по 1 таблетке 4 раза в сутки в течение 7 дней;

Аллопуринол - по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 7 дней

4)ЛФК – медленные упражнения в пораженном суставе

5) Энап - по 1 таблетке 1 раз в сутки пожизненно

Рекомендовано:

-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.

**Литература**

1. Комаров В.Т. Лекция по подагре, - Пенза, 2007.
2. Мартынов А. И., Мухин Н. А., и др. Внутренние болезни в 2 т. – Т.2. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004
3. Терапевтический справочник Вашингтонского университета, - М.: Практика, 2005.
4. Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней - М.: Медицина, 1998
5. Чиркин А.А. Диагностический справочник терапевта. – Минск, Беларусь, 1993.