АЛТАИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра госпитальной терапии

Зав. кафедрой: д. м. н. , проф. Лычев В. Г.

Преподаватель: асс. Андриенко А. В.

Куратор: студентка 615 гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Клиническая история болезни

Больная: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Клинический диагноз: Смешанный вариант первичной подагры

БАРНАУЛ 2008

Паспортные данные

Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Пол: мужской

Дата поступления в клинику: 11. 11. 2008 года.

Место работы, должнось: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Жалобы

Больной жалуется на:

1) постоянные сильные боли суставов кистей, стоп и коленных суставов, усиливающиеся при движении, наиболее интенсивные в утренние часы;

2) деформацию суставов кистей и 1-го плюснефалангового;

3) отёчность суставов;

4) ограничение объёма движений в коленных и голеностопных суставах из-за болей;

Anamnesis morbi

Считает себя больным около 20 лет, когда впервые появились боли в суставах стоп. Неоднократно обращался за помощью в поликлинику по месту жительства, где был осмотрен хирургом. Был поставлен диагноз: остеоартроз. Было назначено лечение: НПВС, метотрексат.

Заболевание прогрессировало: постепенно вовлекались новые группы суставов, усиливались боли. Около 5 лет назад был верифицирован диагноз: подагра. Ревматологом был назначен аллопуринол 3 таблетки в сутки, который принимал непродолжительное время. Приём препарата прекратил самостоятельно, т. к. не получил желаемого эффекта. Последние 2 года отмечает значительное усиление болей. В связи с этим постоянно принимал НПВС и трамадол. 11. 11. 2008г. был госпитализирован в ревматологическое отделение ГБ № 4 с целью достижения клинической субремиссии.

Anamnesis vitae

Больной родился и вырос в Алтайском крае. Физическое развитие, условия жизни в детстве, успеваемость в школе со слов больного удовлетворительные. Проживал в удовлетворительных социально-бытовых условиях. В армии не служил. Всю жизнь работал шофёром.

Туберкулёз, вирусные гепатиты, ЗППП отрицает. Операций, травм не было. Гемотрансфузий не проводилось.

Вредных привычек не имеет.

Аллергоанамнез не отягощен.

Хронические заболевания:

-МКБ: камни обеих почек. Хр. пиелонефрит.

Status praesens

Общее состояние больного на момент осмотра удовлетворительное. Сознание ясное, поведение обычное. Эмоции сдержанны. Телосложение правильное, нормального питания.

Кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розовые. Цианоза, иктеричности не наблюдается. Кожные покровы сухие, тургор тканей и эластичность соответствуют возрасту. Внутрикожно в области суставов кистей и коленного сустава справа пальпируются плотные, подвижные, беловато-жёлтого цвета образования. Слизистые чистые, желтушного прокрашивания слизистых и склер нет. Отёков нет.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно.

Периферические лимфатические узлы: не пальпируются.

Органы дыхания: ЧДД-16 в мин., ритм правильный, тип смешанный. Носовое дыхание не затруднено. Пальпация и перкуссия придаточных пазух носа безболезненная. Голос не изменен. Одышки нет. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Движение обеих половин грудной клетки синхронно, без отставания. Межреберные промежутки не изменены, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Пальпация грудной клетки безболезненна, голосовое дрожание не изменено, резистентность - умеренная. При сравнительной перкуссии легких на симметричных участках грудной клетки ясный легочный звук. При аускультации на симметричных участках грудной клетки дыхание везикулярное. Хрипов, крепитации, шума трения плевры нет.

Органы кровообращения: При осмотре области сердца патологических пульсаций не обнаружено. Верхушечный толчок локализуется в 5-м межьреберье на 1, 5см кнутри от среднеключичной линии. Систолического, диастолического дрожания в области верхушки, на основании сердца нет.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца: левая –на 1, 5 см кнутри от среднеключичной линии, правая-на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р, верхняя - в 3 м/р на 1 см кнаружи от левого края грудины.

Границы абсолютной тупости: левая - на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости в 5 м/р, правая - по левому краю грудины в 4 м/р, верхняя- в 4 м/р на 1 см кнаружи от левого края грудины.

При аускультации тоны сердца ясные. Ритм правильный. Экстрасистол нет. Шумы отсутствуют. ЧСС 68 уд/мин.

Пульс: частота 68 уд/мин. , ритм правильный, большого наполнения, твердый, синхронный на обеих руках. АД - 120/80 на обеих руках. При аускультации периферических сосудов патологических шумов не обнаружено.

Органы пищеварения: Язык влажный, налётом не обложен. Десны розовые, кровотечений и дефектов нет. Зев чистый, не отечный, чуть красноватый, миндалины не увеличены, не выступают из-за нёбных дужек. Ротовая полость санирована. Слюнные железы не увеличены, безболезненны. Аппетит хороший, срыгивания и рвоты нет.

Исследование живота:

Живот обычной формы, симметричен. Мышцы брюшной стенки участвуют в акте дыхания. Грыжевые выпячивания в положении стоя не выявлены. Видимой перистальтики желудка, кишечника нет. Венозных коллатералей нет.

Поверхностная ориентировочная пальпация. При поверхностно–ориентировочной пальпации зон кожной гиперальгезии нет. Диастаз прямых мышц живота отсутствует. Живот не напряжен. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.

При глубокой методической скользящей пальпации по Образцову-Стражешко–Василенко патологии не выявлено.

При перкуссии определяется кишечный тимпанит разной степени выраженности, болезненности и свободной жидкости не обнаружено.

Аускультация. Перистальтика кишечника сохранена, патологические шумы отсутствуют.

Поджелудочная железа: не пальпируется.

Исследование печени и желчного пузыря:

Желчный пузырь не пальпируется, болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует, перкуторно не определяется. Симптомы Ортнера, Карвуазье, френикус-симптом - отрицательные.

Печень. Пальпируется на уровне края рёберной дуги. Край мягкий, закруглённый, безболезненный. Размеры по Курлову: 9\*8\*7 см.

Селезёнка: Не пальпируется.

Стул 1 раз в день, оформленный, коричневого цвета.

Органы мочевыделения: При осмотре области почек патологических изменений не выявлено. Почки не пальпируются, пальпируемая область безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный. Болезненность при пальпации по ходу мочеточников отсутствует. Диурез 3-4 раза в день, мочеиспускание свободное.

Нервная и эндокринная система: Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Больной в полном сознании. Интеллект соответствует уровню развития. Нарушения памяти, внимания не отмечено. Настроение ровное, больной адекватно реагирует на все, что её окружает, контактен, общителен, обладает правильной и развитой речью. Патологических проявлений со стороны эндокринной системы не выявлено. Щитовидная железа пальпируется. При пальпации патологических изменений в области щитовидной железы не обнаружено.

Костно-мышечная система: Ось позвоночника сохранена. Паравертебральные мышцы не напряжены, при пальпации безболезненны во всех отделах позвоночника. Объем движений в 3-х плоскостях не ограничен.

Лучезапястные суставы: болезненность при пальпации по суставной щели, припухлость. Анкилоз левого лучезапястного сустава.

Дистальные межфаланговые суставы: болезненны при пальпации, припухлость околосуставных мягких тканей, деформированы.

Коленные суставы: болезненность при пальпации суставной щели, припухлость околосуставных мягких тканей, ограничение движений в суставах.

Голеностопные суставы: болезненность при пальпации суставной щели, припухлость околосуставных мягких тканей, ограничение движений в суставах.

Плюснефаланговые суставы: болезненность при пальпации, припухлость.

1-й плюснефаланговый сустав: болезненность при пальпации, припухлость, деформирован.

Кожа над поражёнными суставами гиперемирована.

Мышцы развиты соответственно возрасту. Мышечный тонус без патологических изменеий.

Предварительный диагноз и его обоснование

На основании жалоб больного на:

- постоянные сильные боли суставов кистей, стоп и коленных суставов, усиливающиеся при движении, наиболее интенсивные в утренние часы;

- деформацию суставов кистей и 1-го плюснефалангового;

- отёчность суставов;

- ограничение объёма движений в коленных и голеностопных суставах из-за болей, предполагаем, что в патологический процесс вовлечена опорно-двигательная система.

Исходя из анамнеза заболевания: сначала появились жалобы на припухлость и боль в суставах стоп. Затем присоединилось поражение голеностопных, коленных и суставов кистей. Далее заболевание прогрессировало: боли с каждым приступом усиливались, НПВС перестали оказывать эффект, из-за чего больной перешёл на наркотические анальгетики.

А также опираясь на данные объективного обследования:

-внутрикожно в области суставов кистей и коленного сустава справа пальпируются плотные, подвижные, беловато-жёлтого цвета образования;

-лучезапястные суставы: болезненность при пальпации по суставной щели, припухлость. Анкилоз левого лучезапястного сустава;

-дистальные межфаланговые суставы: болезненны при пальпации, припухлость околосуставных мягких тканей, деформированы;

-коленные суставы: болезненность при пальпации суставной щели, припухлость околосуставных мягких тканей, ограничение движений в суставах;

-голеностопные суставы: болезненность при пальпации суставной щели, припухлость околосуставных мягких тканей, ограничение движений в суставах;

-плюснефаланговые суставы: болезненность при пальпации, припухлость;

-1-й плюснефаланговый сустав: болезненность при пальпации, припухлость, деформирован;

-кожа над поражёнными суставами гиперемирована, можно поставить предварительный диагноз: Первичная подагра, смешанный вариант. Полиартрит. НФС II.

План обследования

1) Общий анализ крови

2) Общий анализ мочи

3) БАК (мочевина, билирубин с фракциями, , АсАТ/АлАТ, креатинин)

4) Исследование фильтрационной и реабсорбционной функций почек

5)Рентгенография кистей и стоп

Лабораторные исследования

ОАК

Нв-117 г/л

Эритроциты-4, 46\*1012/л

Тромбоциты-225\*109/л

Лейкоциты-6, 1\*109/л

Гематокрит-38, 1%

Лимфоциты-1, 8\*109/л

Моноциты-0, 4\*109/л

Гранулоциты-3, 9\*109/л

ОАМ

Цвет – соломенно-желтый

Реакция - кислая

Уд. Вес – 1020

Глюкоза-нет

Кет. тела-нет

Прозр. –прозрачная

Белок – не обнар.

Эпителиальные кл. ( плоские) – 1-3 в п/з

Лейкоциты –отр.

Эритроциты – 0-1 в п/з

Биохимический АК от 12. 11. 08.

Мочевина-3, 4 ммоль/л

Мочевая кислота-686

Билирубин общий-14, 9 мкмоль/л

Непрямой-11, 0мкмоль/л

Прямой-3, 9 мкмоль/л

АсАТ/АлАТ-13/12

Креатинин-170 ммоль/л

Общий белок-71г/л

СРБ-29

МНО-1, 02

Фибриноген-3, 12

Сахар крови-4, 7 ммоль/л

Биохимический АК от 18. 11. 08.

Мочевина-7, 8 ммоль/л

Мочевая кислота-238

СРБ-0

МНО-0, 96

Фибриноген-2, 0

Исследование фильтрационной и реабсорбционной функций почек

Креатинин крови-0, 167

Креатинин мочи-9, 9 г/сут.

Клубочковая фильтрация-38, 04

Реабсорбция-98%

Суточ. кол-во-1000 мл

Минутный диурез-0, 69

Суточ. потеря белка-0, 066

Рентгенография кистей и стоп

Мягкие ткани не измененные. В 1-м ПФС стоп, в ПФСи МФС кистей имеются крупные кистовидные просветления, эрозия, остеофиты до 3-5 мм. Суставные щели значительно сужены.

Дифференциальная диагностика

Псориатический артрит необходимо дифференцировать с ревматоидным артритом.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | Подагра | Ревм. артрит |
| Начало заболевания | Острое | У ½-постепенно, у ½-остро |
| Преимущественное поражение суставов | 1-й плюснефаланговый, мелкие суставы кистей и стоп | Запястья, пястнофаланговые, проксим. межфаланговые, голеностопные |
| Симметричность | - | + |
| Ревм. узелки | - | + |
| Тофусы | + | - |
| Внесуст. проявл.  | - | + |
| Поражение почек | МКБ, хр. уратная нефропатия | Амилоидоз, васкулит, нефрит |
| Гиперурикемия | + | - |
| Ревм. фактор | - | + |

Клинический диагноз и его обоснование

На основании жалоб больного на:

- постоянные сильные боли суставов кистей, стоп и коленных суставов, усиливающиеся при движении, наиболее интенсивные в утренние часы;

- деформацию суставов кистей и 1-го плюснефалангового;

- отёчность суставов;

- ограничение объёма движений в коленных и голеностопных суставах из-за болей, предполагаем, что в патологический процесс вовлечена опорно-двигательная система.

Исходя из анамнеза заболевания: сначала появились жалобы на припухлость и боль в суставах стоп. Затем присоединилось поражение голеностопных, коленных и суставов кистей. Далее заболевание прогрессировало: боли с каждым приступом усиливались, НПВС перестали оказывать эффект, из-за чего больной перешёл на наркотические анальгетики.

А также опираясь на данные объективного обследования:

-внутрикожно в области суставов кистей и коленного сустава справа пальпируются плотные, подвижные, беловато-жёлтого цвета образования;

-лучезапястные суставы: болезненность при пальпации по суставной щели, припухлость. Анкилоз левого лучезапястного сустава;

-дистальные межфаланговые суставы: болезненны при пальпации, припухлость околосуставных мягких тканей, деформированы;

-коленные суставы: болезненность при пальпации суставной щели, припухлость околосуставных мягких тканей, ограничение движений в суставах;

-голеностопные суставы: болезненность при пальпации суставной щели, припухлость околосуставных мягких тканей, ограничение движений в суставах;

-плюснефаланговые суставы: болезненность при пальпации, припухлость;

-1-й плюснефаланговый сустав: болезненность при пальпации, припухлость, деформирован;

-кожа над поражёнными суставами гиперемирована, мы поставили предварительный диагноз: Первичная подагра, смешанный вариант. Полиартрит. НФС II.

Дополнительные методы обследования, а именно:

-биохимический АК: гиперурикемия;

-рентгенография кистей и стоп: мягкие ткани не измененные. В 1-м ПФС стоп, в ПФСи МФС кистей имеются крупные кистовидные просветления, эрозия, остеофиты до 3-5 мм. Суставные щели значительно сужены,

позволяют нам выставить окончательный диагноз: Первичная подагра, смешанный вариант. Полиартрит. НФС II. Rg ст. III.

Лечение

1)Нимесулид 0, 1 2 раза в сутки

2)Аллопуринол 0, 3г в сутки

3)Кетопрофен 100 мг в/м

Пентоксифиллин

4)Физиолечение: ”Полюс” на обл. коленных и голеностопных суставов №10.

Выписной эпикриз

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. находился в Городской больнице №4 в ревматологическом отделении с 11 ноября по 26 ноября 2008 года с диагнозом: Первичная подагра, смешанный вариант. Полиартрит. НФС II. Rg ст. III.

За время нахождения в стационаре проведено исследование:

ОАК Нв-117 г/л, эритроциты-4, 46\*1012/л, тромбоциты-225\*109/л, лейкоциты-6, 1\*109/л, гематокрит-38, 1%, лимфоциты-1, 8\*109/л, моноциты-0, 4\*109/л, гранулоциты-3, 9\*109/л.

ОАМ Цвет-соломенно-желтый, реакция-кислая, уд. вес – 1020, прозр. –прозрачная, белок– не обнар. , глюкоза-нет, кет. тела-нет, лейкоциты–0 в п/з, эритроциты– 0-1 в п/з.

Биохимический АК Мочевина-3, 4ммоль/л, бил. общий-14, 8 мкмоль/л, непрямой-11, 0млмоль/л, прямой-3, 9мкмоль/л, АсАТ/АлАТ-13/12 мкмоль/(мл\*ч), креатинин-170 ммоль/л, общий белок-71г/л, СРБ-29, мочевая кислота-686.

Рентгенография кистей и стоп: мягкие ткани не измененные. В 1-м ПФС стоп, в ПФСи МФС кистей имеются крупные кистовидные просветления, эрозия, остеофиты до 3-5 мм. Суставные щели значительно сужены.

Исследование фильтрационной и реабсорбционной функций почек: креатинин крови-0, 167, креатинин мочи-9, 9 г/сут, клубочковая фильтрация-38, 04, реабсорбция-98%, суточ. кол-во- 1000 мл, минутный диурез-0, 69, суточ. потеря белка-0, 066.

Было проведено лечение:

1)Нимесулид 0, 1 2 раза в сутки

2)Аллопуринол 0, 3г в сутки

3)Кетопрофен 100 мг в/м

Пентоксифиллин

4)Физиолечение: ”Полюс” на обл. коленных и голеностопных суставов №10.

В ходе лечения купировался болевой синдром, исчезла отёчность околосуставных мягких тканей, увеличился объём движений. Цель госпитализации была достигнута.

Больному была дана рекомендация: в дальнейшем продолжать лечение амбулаторно, соблюдать низкокалорийную и низкоуглеводную диету с включением полиненасыщенных жирных кислот, консультация ревматолога 2 раза в год.

Прогноз

Прогноз для жизни благоприятный, для здоровья-неблагоприятный, т. к. заболевание имеет хроническое и рецидивирующее течение.

Дневник

13. 11. 08г. Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Улучшения состояния на фоне лечения не отмечает. Продолжают беспокоить интенсивные боли в суставах, а также их припухлость, гиперемия.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 76 уд/мин. АД 120/80мм. рт. ст. на обеих руках.

Периферических отёков нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Лечение получает тоже.

14. 11. 08г. Состояние больного удовлетворительное, без изменений. Боли продолжают беспокоить, гиперемия и припухлость сохраняются.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 69 уд/мин. АД 125/80мм. рт. ст. на обеих руках.

Периферических отёков нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Лечение получает.

17. 11. 08г. Состояние больного удовлетворительное. Больной начал отмечать незначительные улучшения в состояния: снизилась интенсивность боли.

Дыхание везикулярное, хрипов, крепитации нет. ЧДД 19 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 71 уд/мин. АД 120/80мм. рт. ст. на обеих руках.

Периферических отёков нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Лечение получает.

19. 11. 08г. Состояние больного удовлетворительное. Больной отмечает улучшение состояния.

Дыхание везикулярное, хрипов, крепитации нет. ЧДД 18 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 69 уд/мин. АД 120/80мм. рт. ст. на обеих руках.

Периферических отёков нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Стул 1 раз в сутки.

Лечение получает.

21. 11. 08г. Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. На фоне лечения положительная динамика: боли в покое купировались, при движении сохраняются в меньшей степени, припухлость околосуставных мягких тканей исчезла. Объем движений увеличился.

Дыхание везикулярное, хрипов, крепитации нет. ЧДД 16 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 66 уд/мин. АД 110/70мм. рт. ст. на обеих руках.

Периферических отёков нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Лечение получает.

25. 11. 08г. Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. На фоне лечения положительная динамика: боли в покое и при движении купировались. Увеличился объем движений.

Дыхание везикулярное, хрипов, крепитации нет. ЧДД 16 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет. ЧСС 66 уд/мин. АД 120/80мм. рт. ст. на обеих руках.

Периферических отёков нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Лечение получает.

26. 11. 08г. Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. На фоне лечения положительная динамика: боли не беспокоят. Объем движений восстановился.

Дыхание везикулярное, хрипов, крепитации нет. ЧДД 18 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет. ЧСС 68 уд/мин. АД 120/80мм. рт. ст. на обеих руках.

Периферических отёков нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Больной выписывается. Назначено амбулаторное лечение.