**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессионального образования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г.

**Ситуационные задачи**

**ЗНАНИЙ по теме: Подагра**

**Задача 1**

Больной М., 55 лет, водитель. При поступлении жалуется на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них.

Из анамнеза установлено, что страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. Одновременно обнаружено было припухание, покраснение и повышение кожной температуры в области поражения. Самостоятельный прием анальгетиков привел к значительному уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов. В последующем было замечено, что рецидивирование артрита 1-го плюсне-фалангового сустава возникает после праздничных застолий или интенсивной физической работы. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Периодически в области порвженных суставов отмечается треск при ходьбе, особенно по неровной поверхности.

Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 х 0,2 см, белесоватые на изгибе. Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Тургор тканей сохранен. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюсне-фаланговых суставов рпавой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Симптом бокового сжатия правой стопы - положительный. Незначительное ограничение движений 1-го и 2-го пальцев правой стопы. Правый голеностопный сустав припухший, горячий и болезненный при пальпации. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли.

Внутренние органы без существенных видимых изменений.

**Задание к ситуационной задаче**

1. Установить предварительный диагноз.

1. 2. Составить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.

2. Провести дифференциальный диагноз.

3. Наметить тактику лечения.

**Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче**

1. Клин. анализ крови: Нв - 158 г/л, эр. - 4,5х1012/л, лейк. - 7,9х109/л, СОЭ - 26 мм/час.

2. Анализ крови на сахар - 4,66 ммоль/л, ПТИ - 87%.

3. Биохимический анализ крови: билирубин - 13,5 мкмоль/л, холестерин - 5,8 ммоль/л, креатинин - 65 мкмоль/л, остаточный азот - 16,5 ммоль/л.

4. Биохимический анализ крови на ревмопробы: мочевая кислота - 589 мкмоль/л, СРБ - 2, ревматоидный фактор - 0, АСЛ-О - 125 ед., сиаловые кислоты - 2,99 ммоль/л (по нейтраминовой кислоте), общий белок - 77,5 г/л, белковые фракции - альбумины - 53%, глобулины а1 - 3%, а2 - 9%, в - 14%, у - 21%.

5. Общий анализ мочи: уд. вес - 1015, реакция слабо-кислая, белок - 0,066 г/л, эр. - 0-2 в п/зр., лейк. - 0-2-4 в п/зр.

6. Кал на я/г - отрицательный.

7. ЭКГ - прилагается.

8. Исследование синовиальной жидкости: наличие игольчатых кристаллов, расположенных внутриклеточно и двоякопреломляющих свет в поляризационном микроскопе. Цитоз 10 000 - 60 000 клеток на мм3 (преимущественно нейтрофилы).

9. Аспирация содержимого тофусов - наличие кристаллов мочевой кислоты.

10. УЗИ почек - почки расположены типично, подвижность сохранена, чашечно-лоханный комплекс не изменен. В области кортикальной зоны левой почки прослеживаются очаги незначительно выраженной гиперэхогенности и симптомы микролитиаза.

11. Анализ мочи по Нечипоренко: эр. - 1000х103/л, лейк. - 4000х103/л.

12. Анализ мочи по Зимницкому: дневной диурез - 1200 мл, ночной диарез - 700 мл, уд. вес - 1003-1015 ед.

13. Компьютерная томография области почек: обнаружены очаги интерстициального фиброза и микроконкременты в области кортикального слоя левой почки.

14. Консультация уролога: данных за микробное поражение почек нет. Картина почечной патологии не противоречит метаболической нефропатии.

15. Рентгенография - прилагается.

**Эталон ответов к ситуационной задаче**

1. Предварительный диагноз: подагра, смешанная форма, олигоартрит 1-го и 2-го правых плюсне-фаланговых суставов и правого голеностопного сустава, активность 1-2 степени. Подагрическая нефропатия. Вторичный олигоостеоартроз 1-го и 2-го плюсне-фаланговых и голеностопного суставов справа. ФНС 1 степени.

2. План обследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови на ревмопробы (уровень мочевой кислоты, ревматоидный фактор, АСЛ-О, сиаловые кислоты, белковые фракции), исследование синовиальной жидкости на наличие кристаллов мочекислого натрия методом поляризационной микроскопии, аспирация содержимого тофусов на кристаллы мочевой кислоты, кал на я/г, УЗИ - обследование почек, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко и Зимницкому, при необходимости - ренография и компьютерная томография области почек, консультация уролога, ЭКГ, рентгенография пораженных суставов.

3. Дифференциальный диагноз со вторичным синовитом при первичном остеоартрозе, с ревматоидным артритом, с болезнью Рейтера, с псевдоподагрой, с паранеопластическим процессом, с амилоидозом почек.

4. Тактика лечения: купирование острого приступа подагры:

а) покой и иммобилизация пораженных суставов

б) диета с ограничением продуктов, богатых пуринами и отказ от алкоголя

в) колхицин или большие дозы НПВС коротким курсом

г) при отсутствии эффекта рекомендуется внутрисуставное введение глюкокортикоидов

Базисная терапия в данном случае будет состоять из соблюдения диеты и приема аллопуринола на 4-6 месяцев под контролем уровня мочевой кислоты в крови

**Задача 2**

Больная Н., 43 лет. Больной себя считает в течение последних 5 лет, когда впервые появились боли в мелких суставах кистей, локтевых суставах, отмечала умеренное припухание указанных суставов, однако к врачу не обращалась, принимала анальгетики. В этот же период стала отмечать появление стойкой эритемы на щеках и спинке носа в весенне-летний период, периодически без видимой причины повышалась температура тела до субфебрильных цифр. Через 4 года от начала заболевания больная стала отмечать боли практически во всех суставах, в поясничной области. Лечилась амбулаторно по поводу пояснично-крестцового остеохондроза, принимала НПВП, физиопроцедуры с незначительным эффектом. За последние 6 месяцев стала отмечать одышку при незначительной физической нагрузке, отеки ног в вечернее время, боли в правом подреберье и в правой половине грудной клетки, похудела не 10 кг. За 2 недели до обращения к врачу заметила увеличение размеров живота, появление болей за грудиной постоянного характера, одышка стала беспокоить а покое, облегчалась сидя и в коленно-локтевом положении, температура повышалась ежедневно до 38-38,5 С. С амбулаторного приема больная направлена в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, пониженного питания, кожа бледная, эритема на щеках и спинке носа. Пальпируются умеренно увеличенные задне-шейные, подмышечные лимфоузлы подвижные, эластичные, безболезненные. При осмотре суставов отмечается небольшая дефигурация пароксизмальных межфаланговых, пястно-фаланговых суставов, деформаций суставов не отмечается, пальпация умеренно болезненна. При перкуссии грудной клетки выявлено укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа от уровня 4 межреберья, в зоне притупления дыхание не проводится, выше места притупления выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД - 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье по срединно-ключичной линии, тоны приглушены, ритмичны, выслушивается шум трения перикарда, ЧСС - 100 в мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, распластан, при перкуссии определяется притупление по боковым флангам живота, смещающееся вниз при перемене положения тела. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Отеки голеней. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон.

**Задание к ситуационной задаче**

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Определить тактику лечения.

**Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче**

1. Общий анализ крови: СОЭ 45 мм/час, Нв - 87 г/л, эр. - 3,8х1012/л, цв.п. - 0,68 , лейк. - 2,6х109/л, б - 0%, э - 2%, п/я - 8%, с/я - 71%, лимф. - 13%, мон. - 6%, тромб. - 40х109/л.

2. Общий анализ мочи: прозрачная, слабо-кислая, белок - 0,99 г/л, сахара нет, лейк. - 2-6 в п/зр., эр. - 4-8-12 в п/зр., цилиндры гиалиновые - 2-4 в п/зр.

3. ЭКГ - прилагается.

4. Рентгенограмма - прилагается.

5. Гликемия: 4,23 ммоль/л, ПТИ - 95%.

6. Биохимический анализ крови: СРБ - 2, ДФА - 300 ед., сывороточное железо - 20 ммоль/л, ревматоидный фактор - 0.

7. Иммунологический анализ крови: ЦИК - 120 ед., СРБ - 98 мг/л, АТ к нативной ДНК - 360 Ме, АНФ - 1/28, гомогенное свечение.

8. Анализ крови на LЕ-клетки +++.

**Эталон ответов к ситуационной задаче**

1. Предварительный диагноз: системная красная волчанка, подострое течение, активность 2 степени, лимфоаденопатия, артрит, полисерозит - плеврит, перикардит, пневмонит, нефрит.  
Осложнение: НК 2-Б ст.

2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, с целью подтверждения нозологической единицы - иммунологический анализ крови на АТ к нативной ДНК, на антинуклеарный фактор, анализ крови на LЕ-клетки, с целью подтверждения характера поражения легких (плеврит, пневмонит) - рентгенография грудной клетки, УЗИ плевральный полостей с определением кол-ва жидкости, плевральная пункция с анализом экссудата общим и на LЕ-клетки, с целью уточнения характера поражения сердца (перикардит, люпус-кардит?) - эхокардиоскопия, с целью оценки функции почек - пробы Зимницкого и Реберга.

3. Ревматоидный артрит с системными проявлениями, лимфогранулематоз (полилимфоаденопатия, плеврит), туберкулез (пневмонит, плеврит, полилимфоаденопатия).

4. Тактика лечения: снижение активности воспалительного процесса, подбор постоянной иммуносупрессивной терапии.

**Задача 3**

Больной 45 лет, директор автобазы, длительное время страдает артериальной гипертензией, ожирением. Полгода назад был эпизод артрита правого голеностопного сустава с резчайшей болью, опуханием и покраснением в области сустава, прошедшей самостоятельно в течение 5 дней.

Несколько дней назад поехал на охоту, где употреблял большое количество мясной пищи, алкоголя, дважды посещал сауну. На 3-1 день пребывания в отъезде состояние внезапно резко ухудшилось: появились тошнота, рвота, головная боль, резко снизился диурез, моча имела окраску с осадком в виде толченого кирпича. В тяжелом состоянии доставлен в клинику машиной скорой помощи.

При осмотре: ожирение, тофусы в области ушных раковин. В легких дыхание жесткое. Сердечные тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 110 в минуту. АД 220/130 мм рт.ст. Живот болезненный, мягкий при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные, Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Диурез 100 мл в сутки.

**Обследование:**

Общий анализ мочи: относительна плотность – 1038, белок следы, Le – 8-10 в п/зр., эр. – 10-15 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 85 г/л, мочевина, креатинин

Общий анализ крови: эр. 4,8 10/л, Hb 145 г/л, le 15,2 10/л, б1%, э2%, п8%, с64%, л25%, м10%. СОЭ 20 мм/ч

1. Ваш диагноз?

2. Какие факторы способствовали острой почечной недостаточности у больного?

3. Какие исследования необходимо выполнить для уточнения генеза ОПН ?

4. Какие лечебные мероприятия необходимо проводить больному?

**Эталон:**

1. Подагра с поражением суставов, почек. Острая мочекислая блокада почечных канальцев.

2. Избыточное поступление мочевой кислоты и обильная мясная пища, дегидратация.

3. Исследовать отношение концентрации мочевой кислоты и креатинина в моче, при величине этого отношения 1,0 и более следует диагностировать ОМБ.

4. Немедленная регидратация, назначение мочегонных, ощелачивание мочи (бикарбонаты в/в), аллопуринол. При неэффективности – гемодиализ.