**I. Паспортные данные.**

*ФИО. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Живет по адресу:

Пенсионерка, работала на КЗС.

Поступила в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Ведущие жалобы**

Поступила с жалобами на выраженную боль в правом и левом коленном суставах, чувство дискомфорта после физической нагрузки в коленных, тазобедренных суставах и пояснице. Отмечает появление «стартовых» болей в обоих коленных суставах по утрам, особенно выражен болевой синдром в правом суставе.

**III. Anamnesis morbi**

Считает себя больной с 1984 года, когда впервые стали беспокоить боли в коленном суставе. Появление болей больная связывает с полученной травмой ноги, но конкретизировать не может. За эти годы больная лечилась консервативно, снимая боль «народными» средствами.

Со временем боли в одном правом коленном суставе распространились на левый, а затем появился дискомфорт в тазобедренных суставах и пояснице. Но ведущими жалобами были жалобы на боли в коленных суставах после работы. Появилось ограниччение движений в коленных суставах.

Весной 1999 года боли в суставах приобрели постоянный непереносимый характер, что вынудило больную поступить в стационар, где на протяжении 2 недель она получала противовоспалительную терапию (шалфей, глюкокортикоиды, гепарин). Наступила ремиссия, продолжавшаяся до осени, когда болевой синдром снова приобрел ясный характер, вынудивший больную снова обратиться к врачу.

**IV. Anamnesis communis**

Общее состояние больной удовлетворительное, работоспособность ограничена, положение активное. Температура тела - 36,8оС, температурная кривая постоянная, не изменяется. Кожные покровы сухие, бледные, тургор нормальный. Отеков не отмечается.

Со стороны органов сердечно-сосудистой больная жалуется на сердцебиения, периодические боли, приступы стенокардии. Боли купируются валидолом, нитроглицерином. Артериальное давление нормальное (120/70).

Дыхание через нос свободное, голос не изменен. Жалоб со стороны дыхательной системы больная не предъявляет. Дыхание в легких везикулярное, патологических шумов и хрипов не обнаружено. Перкуторный звук ясный, не измененный.

Органы пищеварения: аппетит хороший, сухость во рту. Жевание и глотание свободное, изжогу больная отрицает. Жалуется на тошноту и боли в правом подреберье неинтенсивного характера, появляющиеся после погрешности в диете. Больная соблюдает диету. При пальпации печень незначительно увеличена, безболезненна. Желчный пузырь не пальпируется, безболезненный при пальпации. Живот не вздут, без видимых признаков наличия жидкости в брюшной полости. Стул нерегулярный.

Мочевыделительная система: мочеиспускание безболезненное, нормальной частоты с ночным перерывом, затруднений при мочеиспускании больная не испытывает. Цвет мочи соломенно-желтый.

Нервная система: Общая характеристика, данная самой больной – спокойная, подвижная, общительная. Интерес к окружающему и к собственной участи не утрачен, жалуется на сниженную способность передвигаться на ногах вследствие болевого синдрома и ограничения движений. Настроение нормальное. Сон ровный.

Опорно-двигательный аппарат: Больная хромает на правую ногу. Вальгусное отклонение правой голени до < 15-200. Варусная деформация левого коленного сустава. Выраженная сгибательная контрактура правого коленного сустава - < 1600, сгибание болезненно. Выражена атрофия мышц голени и бедра ноги, надколенник справа неподвижен. В левом коленном суставе движения от < 1800 до острого угла, движения болезненны, боль острая, колющая.

Кистовидная перестройка эпифизов справа, больная предъявляет жалобы на постоянные боли в нижних конечностях, связанные с нагрузкой, ограничение движений и нарушение функции в правом коленном суставе, беспокоящее чувство мышечной слабости.

Органы чувств: Зрение, вкус, слух и обоняние не нарушены.

**V. Anamnesis vitae**

Родилась в 1944 году в срок, третьим ребенком в семье. Жилищные условия в период детства оценивает как удовлетворительные. В школу пошла в 8 лет. Больная вспоминает, что приблизительно в это время получила травму конечностей, какую именно уже не помнит. Училась хорошо. В физическом развитии от сверстников не отставала. Из профессиональных вредностей отмечает частые физические перегрузки. Спиртным не злоупотребляет, не курит.

15 лет назад больной был поставлен диагноз хронический гепатит.

Замужем, имеет троих детей. Наследственность не отягощена. Аллергический анамнез не отягощен. Венерические заболевания отрицает.

**VI. Status ortopedicus**

Кожные покровы бледноватого цвета. Кожа сухая, тургор нормальный, без выраженных пигментаций. При пальпации лимфоузлов шейной, грудной паховой областей а также на ногах: увеличений лимфоузлов не выявлено, пальпация безболезненна.

Больная передвигаенся самостоятельно, щадящая хромота на правую ногу. При ходьбе – перекос туловища влево.

Правая нижняя конечность согнута в коленном суставе под < 200. Отмечается вальгусная деформация справа, варусная – слева.

Осмотр позвоночника – физиологические изгибы сглажены. Болезненность при пальпации оститых отростков и паравертебральных точек в шейном и поясничном отделах, отмечается сколиоз поясничного отдела позвоночника. Объем движений ограничен в этих отделах на 1/3.

Осмотр верхних конечностей – оси правильные, область суставов асимметрична, отмечается умеренная дефигурация суставов кистей обеих рук.

При осмотре нижних конечностей – вальгусное отклонение оси справа под < 200, варусная деформация слева под < 150. Контуры коленных суставав дефигурированы, болезненны при пальпации - болезненность по ходу суставной щели, более выраженная в медиальных отделах, ощущение “хруста” при движении в суставе. Повышения кожной температуры не наблюдается. Объем движений справа: 0/20/900, слева 0/0/1200.

**VII. Описание рентгенограммы:**

рентгенологически определяется, что суставная щель почти полностью отсутствует, суставные поверхности четкие, резко деформированы и расширены за счет краевых разрастаний. Выражены краевые остеофиты мыщелков. На фоне остеопороза отмечаются грубый склероз соприкасающихся участков и единичные кистовидные просветления. Видны “суставные мыши” и обызвестление параартикулярной ткани.

**VIIІ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ :**

Предположительный диагноз: *двусторонний деформирующий остеоартроз коленных суставов.*

***IX. План обследования***

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Биохимическое исследование крови

4. Коагулограмма

5. ЭКГ

***X. Лабораторные исследования***

**Общий анализ крови :**

Эр. 4.8 \* 1012

Hb 125 г\л

Цв. п. 0,9

Тромбоциты 286\*109 1/л

Лейкоциты 12,5 \* 109 1/л

Эоз. 3, баз. 0,

Нейтр.: ю. - 3, п. 7, с. 50

Лимфоциты 37

Моноциты 10

СОЭ 15 мм\ч

Свертываемость крови 2’50”

**Коагулограмма:**

Протромбиновый индекс - 80%

Фибриноген: 1.32

**Биохимия крови:**

Общий белок: 61 г/л

Сахар крови 5.5 ммоль\л,

Холестерин 8.5 ммоль\л,

a-липопротеиды 20%,

б-липопротеиды 80 %,

Альбумины 60 %,

А1 глобулины 5 %,

А2 глобулины 8 %,

В глобулины 15 %,

Г глобулины 12%,

АлТ 0,4 ммоль\л , АсТ 0,3 ммоль\л.

Сиаловая кислота 0.2 ед опт. пл.

Мочевина 5.55 ммоль/л

Остаточный азот 23.4 мг%

Креатинин 68.4 мкмоль/л

С-реактивный белок (-)

**Общий анализ мочи :** к-во 200 мл., цвет св. жел., уд.вес. 1030, ацетон (-), м\скопия осадка : цилиндры (-), эпителий 2-4 в п\з, эр. (-), лейк. 6-8 в п\з.

Белок 0.023 г/л.

**ЭКГ**: ЧСС=84 уд/мин

R-R=0.71”

PQ=0.18”

QT=0.32”

QRS=0.08”

Ритм синусовый, правильный. Нормограмма. Умеренно выражены диффузные изменения в миокарде.

**XI. Дифференциальная диагностика**

При дифференциальной диагностике с другими заболеваниями суставов (прежде всего артритами) учитывают возраст больных, характер боли в суставах (боль “механического” характера с усилением к концу рабочего дня, при ходьбе и физических нагрузках), локализацию процесса (пястно-фаланговые и лучезапястные суставы характерны для ревматоидного артрита, межфаланговые суставы кистей — при деформирующем остеоартрозе), отсутствие признаков сакроилеита (при дфииеренциальной диагностике со спондилоартритами), меньшую выраженность воспалительных изменений (лишь при присоединении реактивного синовиита), характерыне рентгенологические признаки: сужение суставной щели из-за разрушения хряща, субхондральный остеосклероз, остеофиты, кистовидную перестройку эпифизов, очень редко — узурацию суставных поверхностей, а также результаты клинико-биохимических исследований крови (незначительное повышение показателей воспалительного процесса).

Диагноз деформирующего остеоартроза верифицируют данными исследования синовиальной жидкости (плотный муциновый сгусток, высокая вязкость, нормальный цитоз), биопсией синовиальной оболочки (атрофия ворсин, малое число сосудов, поля фиброза или жирового перерождения)

**XII. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

*двусторонний гоноартроз III степени справа и II степени слева.*

Диагноз поставлен на основе анамнестических данных, свидетельствующих о постепенном прогрессировании заболевания, начавшегося 15 лет назад; жалоб больной на боли в нижних конечностях после нагрузки, ограничение сгибания и разгибаний в коленном суставе правой и левой нижних конечностей, наличие “стартовых” болей; объективного исследования, показавшего наличие щадящей хромоты, искривления позвоночника, вальгусной деформации справа (угол 200), варусной - слева (угол 150), наличие сгибательной контрактуры правой конечности в коленном суставе (угол 1600), дефигурации как правого, так и левого коленных суставов.

**XIІІ. План лечения**

Рекомендуется разгрузка пораженных суставов - не носить тяжестей, избегать длительной ходьбы, стояния, пользоваться опорой при ходьбе.

Назначение физ. процедур, массажа, ЛФК.

Рекомендуется использование корсетов, супинаторов.

Медикаментозное лечение: биогенные стимуляторы (алоэ, гумизоль, стекловидное тело); сосудистые препараты (компламин, никошпан); хондропротекторы (румалон и артепарон).

Внутрисуставное введение ингибиторов протеолитических ферментов (трасилол) препаратов гиалуроновой кислоты, поливинилпироллидона.

При выраженном нарушении функции сустава (в данном случае это двусторонний гонартроз) показана хирургическая коррекция.