**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1.ФИО- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Возраст-22 года

3.Пол- мужской

4.Семейное положение- не женат.

5.Воинское звание-рядовой

6.Воиская профессия-водитель

7.Номер воинской части-55324

8.Домашний адрес- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

9.Служебная характеристика-состояние здоровья военнослужащего мешает ему в полной мере исполнять служебные обязанности. Командованием рекомендовано отстранить военнослужащего от исполнения служебных обязанностей.

10.Срок поступления на военную службу 12.01.2011 г.

11.Дата поступления 07.09.2011

12. Кем направлен пациент- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

13.Цель направления- лечение основного заболевания

14.Диагноз направившего лечебного учреждения- реактивный артрит,моноартрит.

15.Предварительный диагноз при поступлении- Недифференцированный артрит, моноартрит, активность 3 ст, ФН 2.

**ЖАЛОБЫ**

При поступлении больной жаловался на ноющие боли в правом голеностопном суставе, которые значительно усилились в последнее время, усиление утренней скованности в этом суставе.

 **ANAMNESIS MORBI**

Больным себя считает с июня 2011года, когда впервые появились боли в правом голеностопном суставе. Отмечает частые обострения. Лечился самостоятельно, в течении месяца. Затем обратился по месту жительства, где был выставлен диагноз «Реактивныйный артрит». Принимал НПВС (диклофенак), проводилась базисная терапия (метотрексат, медрол). Состояние ухудшилось в конце августа 2011 года, когда усилились боли в правом голеностопном суставе. Направлен Шумилинской районной поликлиникой в ВОКБ в ревматологическое отделение в связи ухудшением состояния здоровья, для уточнения диагноза и для коррекции лечения.

 **ANAMNESIS VITAE**

## Родился 11 февраля 1988 года в городе Городок в семье рабочих 2-м ребенком. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. С 6-ми лет пошел в школу. Учился нормально. По окончании 9-ти классов учился в колледже. После окончания которого работает гпузчиком производственного сырья на частном предприятии.Материально обеспечен, проживает в двухкомнатной квартире с семьей из 4-х человек. Питание нерегулярное, разнообразное.

**ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

## Перенес детские инфекции (ветряная оспа). В 2004 году была выполнена операция варикоцеле.

**НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ**

## Ближайшие родственники здоровы.

**СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ**

## Не женат, детей нет.

**ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧК**рит с 16-ти лет. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет.

# **АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

## Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

# **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

## Вирусный гепатит,венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечился, инъекции не производились, за пределы города не выезжал..

# STATUS PRAESENS

# ОБЩИЙ ОСМОТР

## Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложения, умеренного питания. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Дермагрофизм белый нестойкий.. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, толщина складки на уровне пупка 1 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

## Слизистая глаз розовая, влажная, чистые. Склеры бледные. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, не обложен налетом, сосочки выражены.

## Лимфоузлы не увеличены, пальпируются овальной формы,эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, безболезненные.

## Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезнен- ные. Мышцы развиты хорошо, симметрично, тонус мышц сохранен. Рост 172 см, вес 59 кг.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Верхушечный толчок визуально не определяется.

# Пальпация

## Пульс симметричный, частотой 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Верхушечный толчок не пальпируется.

# Перкуссия

## Границы относительной сердечной тупости:Правая-в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудиныВерхняя-на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistraeЛевая-в 5-м межреберье, на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

## Границы абсолютной сердечной тупости:Правая-по левому краю грудиныВерхняя-на уровне 4-го ребраЛевая-на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

## Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях

# Аускультация

## Тоны сердца ритмичные, ясные, звучные; соотношение тонов не изменено.

## Артериальное давление 120/80 мм рт. ст.

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания- брюшной. Частота дыхательных движений 21 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

# Пальпация

## Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание не усилено.

# Перкуссия

## Топографическая перкуссия.

## Нижние границы правого легкого:по l. parasternalis- верхний край 6-го ребрапо l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребрапо l. axillaris anterior- 7 ребропо l. axillaris media- 8 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Нижние границы левого легкого:по l. parasternalis- -------по l. medioclavicularis- -------по l. axillaris anterior- 7 ребропо l. axillaris media- 8 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Верхние границы легких: Спереди на 4 см выше ключицы.Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

## Сравнительная перкуссия:

## Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

# Аускультация

## Дыханиевезикулярное над всей поверхностью легких.

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут.

# Пальпация

## Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный.

## 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, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

## Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из-под края реберной дуги; поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус- отрицательные. Селезенка не пальпируется.

# Перкуссия

## Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 9 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

# МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не паль-пируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

1. Общий анализ крови.
2. Биохимический анализ крови (АсТ, АлТ, глюкоза, мочевина, билирубин, общий белок).
3. Определение ревматоидного фактора, ЦИК.
4. Анализ мочи общий.
5. Эхокардиография.
6. Рентгенография правого голеностопного сустава.

 7.Осмотр гастроэнтерологом.

 8.Осмотр урологом

 9.Исследование маркеров вирусов B и C,ВИЧ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови 07.09.2011г.

Цветной показатель: 0,95

Гемоглобин: 145 г/л

 Эритроциты: 5,2х1012 /л

СОЭ: 40 мм в час.

Лейкоциты: 8,4х109 /л

 -палочкоядерные: 4%

 -сегментоядерные: 68%

 -лимфоциты: 26%

 -моноциты: 4%

Тромбоциты: 328х109 /л

2. Биохимический анализ крови 11.09.2011г.

Глюкоза: 4,2 ммоль/л

Билирубин: общий – 12.8, прямой – 2,4 мкмоль/л

Мочевина: 2,5 ммоль/л

Общий белок: 66 ммоль/л

АЛТ: 26 Е/л

АСТ: 25 Е/л

3. Общий анализ мочи 11.09.2011г.

Цвет: соломенно-желтый

Реакция: кислая

Удельный вес: 1,016 г/мл

Прозрачность: полная

Белок: -

Сахар: -

Эпителий: 1-2 в поле зрения (плоский)

Лейкоциты: 2-3 в поле зрения

4. Узи сердца от 09.09.2011г.

Заключение: Множественные дополнительные хорды левого желудочка.

5.Рентгенография правого голеностопного сустав от 13.09.2011г.

По данным рентгенодиагностики стадия не определяетя, изменений не выявлено.

6.Анализ крови на ревматоидный фактор и Анализ крови на ЦИК не определялся.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Необходимо проводить дифференциальный диагноз с некоторыми вариантами таких заболеваний, как острая ревматическая лихорадка, анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), синдром Рейтера, псориатический артрит, остеоартроз.

В дифференциальной диагностике с болезнью Бехтерева решающее значение имеет обнаружение рентгенологических признаков поражения позвоночника. Болезнь начинается с сакроилеита и в дальнейшем распространяется «вверх», к шейному отделу. Анкилозы превращают позвоночник в «бамбуковую палку» неспособную к малейшим изгибам. Для больных типична поза «просителя» с согнутой спиной и наклоненной вниз головой.

Острая ревматическая лихорадка отличается кратковременностью суставной атаки в начальный период заболевания, отсутствием деструктивных изменений суставов, анкилозов. Боли в суставах быстро купируются нестероидными противовоспалительными препаратами.

При синдроме Рейтера в отличие от болезни Бехтерева и ревматоидного артрита отмечаются характерные урологические (уретрит, баланит), глазные (конъюнктивит) и кожные (keratodermia blenorhagica) проявления. При дифференциальной диагностике этих заболеваний с ревматоидным артритом необходимо учитывать развитие их преимущественно у мужчин молодого возраста, что менее свойственно ревматоидному артриту.

Поражение суставов при псориатическом артрите, как правило, отличается от ревматоидного артрита несимметричностью, наличием распространенного периартикулярного отека, вовлечением дистальных межфаланговых суставов кистей, типичных кожных проявлений. Последние могут отмечаться у этих больных непостоянно и локализоваться только на редко осматриваемых частях тела (например, на волосистой части головы).

Вторичный синовит при остеоартрозе с преимущественным поражением суставов кистей отличается от ревматоидного артрита тем, что развивается только в тех суставах, которые чаще вовлекаются в процесс именно при остеоартрозе, — дистальных, реже проксимальных межфаланговых с образованием околосуставных остеофитов – узлов Габердена, и практически не встречается в пястно-фаланговых суставах (за исключением I пальца), а также отсутствием ревматоидного фактора.

В ряде случаев возникает необходимость в проведении дифференциального диагноза с системной красной волчанкой, болезнью Шегрена,саркоидозом, туберкулезным артритом, пирофосфатной артропатией.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

**И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб больного (боли в суставе не только при движениях, но и в покое, скованность продолжается до полудня, выраженное болевое ограничение подвижности в суставе, умеренные стабильные экссудативные явления.); данных объективногона основании ненайденной кишечной инфекции и ИСПП, данных лабораторных и инструментальных исследований (общий анализ крови – СОЭ 40 мм/ч, ЦИК и ревматоидный фактор – не определены, данные рентгенологического исследования-(изменений не выявлено) можно поставить клинический диагноз – **Недифференцированный артрит, моноартрит, степень активности 3, ФН 2.**

**ЛЕЧЕНИЕ**

План лечения данного больного:

режим общий

Стол №10

Нимесулид 2,0 по 1 порошку 2 раза в день (с противовоспалительной целью).

Метотрексат 2,5мг по 1 таблетке 4 раза в неделю- базисная терапия, иммунодепрессант.

 Азитромицин-5 мг, ампициллин – 2-3 г. в сутки-антимикробная терапия-устранение тригерной инфекции.

Sol. Pentoxyphylini 5,0 в 200,0 мл 0,9% NaCl в/в капельно (с целью улучшения микроциркуляции)

**ДНЕВНИКИ**

|  |  |
| --- | --- |
| дата | Дневники |
|  12.09. 11г. | Состоянию больного удовлетворительное. Сознание ясное. Предъявляет жалобы на боли в правом голеностопном суставе, утреннюю скованность, Кожные покровы сухие, чистые, тургор снижен. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 76 в мин. АД – 120/80. Дыхание везикулярное. ЧД – 18 в мин. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное. |
| 13.09. 11г. | Состоянию больного удовлетворительное. Сознание ясное.Жалобы прежние. Кожные покровы сухие. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 77 в мин. АД – 125/85. Дыхание везикулярное. ЧД – 18 в мин. Стул был. Мочеиспускание свободное, безболезненное. |

 **ЭПИКРИЗ**

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. поступил в ревматологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 07/09/2011 по направлению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. При поступлении больной жаловался на ноющие боли в правом голеностопном суставе, которые значительно усилились в последнее время, усиление утренней скованности в этом суставе. Был обследован клинически, лабораторно и инструментально. Был выставлен диагноз – Недифференцированный артрит, моноартрит, степень активности 3, ФН 2. Больной получает лечение: нимесулид 0,2 по 1 порошку 2р в день, метотрексат 2,5мг по 1 таблетке 4 раза в неделю,sol. Pentoxyphylini 5,0 в 200,0 мл 0,9% NaCl в/в капельно, Азитромицин-5 мг, ампициллин – 2-3 г. в сутки Лечение эффективно.