**1.Паспортная часть**

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 66 лет

Пол: мужской

Семейное положение: женат

Профессия: преподаватель

Место работы: не работает (пенсионер)

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в стационар: 20.09.2012 г. 08.15

Диагноз направившего лечебного учреждения: Первичный остеоартроз: двусторонний коксартроз. Длительно выраженный болевой синдром.Рентгенологическая стадия IV. Функциональные нарушения III.

Артериальная гипертензия II степень, риск 3.

Предварительный диагноз при поступлении: Первичный остеоартроз: двусторонний коксартроз. Длительно выраженный болевой синдром.Рентгенологическая стадия IV. Функциональные нарушения III.

Артериальная гипертензия II степень, риск 3.

**2.Жалобы больного при поступлении в клинику и их характеристика**

На сильные боли в тазобедренных суставах, больше в правом, стартовые боли, скованность движений, ограничение движений в тазобедренных суставах, слабость в ногах.

**Расспрос по системам органов:**

**Система органов дыхания**

Жалоб со стороны органов дыхания не предъявляет. Боли в грудной клетке нет. Одышку, кашель, отделение мокроты не отмечает.

**Сердечно-сосудистая система**

Болей в области сердца не отмечает. Одышки, перебоев в работе сердца нет. Отеков нет. Периодическое повышение давление до 160/ 110 мм.рт.ст. Принимает Эналаприл 10 мг.

**Система органов пищеварения.**

Аппетит, насыщаемость обычные. Тошноты, рвоты, боли в животе нет. Стул обычный, регулярный.

**Система органов мочевыделения**

Болей в поясничной области нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-6 раз в сутки. Моча светло-жёлтого цвета, прозрачная.

**Опорно-двигательная система**

Сильные боли в тазобедренных суставах, больше в правом, стартовые боли, скованность движений, ограничение движений, слабость в ногах.

**Эндокринная система**

Вес: 80 кг, рост: 173 см. Развитие по мужскому типу обычное, волосяной покров умеренный.

**Нервная система,органы чувств**

Сознание ясное, сон нормальный. Слух и зрение в норме.

**Лихорадка**

Температура тела в норме (36,6)

**3.История развития настоящего заболевания(anamnes morbi)**

Считает себя больным больше года, когда впервые стали беспокоить боли в области тазобедренных суставов, больше справа, боли по наружной поверхности бедра, скованность движений, ограничение движений в тазобедренных суставах. Обратился в поликлинику по месту жительства. После обследования был госпитализирован в ревматологическое отделение ВОКБ. Дома принимает Хондрозамин, Нимесулид, анальгетики. В сентябре 2012 года был госпитализирован в плановом порядке для решения вопроса о постановке протеза.

**4.История жизни пациента (Anamnes vitae)**

Родился первым ребёнком в семье, рос и развивался соответственно возрасту. Не отставал от сверстников в физическом и умственном развитии. Женат, имеет двух детей. Перенесённые заболевания: детские инфекции, частые простудные заболевания, мочекаменная болезнь, пупочная грыжа. Туберкулез, гепатит, малярию, венерические заболевания отрицает. Операции: аппендэктомия, удаление камня мочевого пузыря. Гемотрансфузии не проводились. Аллергологический анамнез не отягощен.Наследственный анамнез не отягощён. Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет в ограниченных количествах. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное.

**5.Объективное исследование или состояние больного(status praesens)**

Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное, больной контакту доступен. Телосложение гиперстеническое. Внешний вид больного соответствует возрасту и полу. Рост 173 см, вес 80 кг. Кожа сухая, чистая, окраска кожных покровов бледная, эластичность кожи сохранена, видимые слизистые бледно-розовые, влажные. Сыпи, расчёсов, петехий, рубцов нет. Оволосение по мужскому типу. Ногтевые пластинки правильной формы, не слоятся. Отёков, акроцианоза нет. Лимфатические узлы: подчелюстные, шейные, над- и подключичные, локтевые, подмышечные не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена.

**Костно-мышечно-суставная система**

Степень развития мышц нормальная, тонус в норме. Область тазобедренных суставов без особенностей. При пальпации умеренно болезненны. Ограничение активных и пассивных движений в тазобедренных суставах, больше в правом, скованность движений. Амплитуда сгибаний при выпрямленной ноге: правый т/б сустав - 30°, левый- 70°; угол внутренней ротации : правый- 10°, левый -20°; угол наружной ротации: правый- 30°, левый- 30°.

**Система органов дыхания**

Нос не деформирован, дыхание через нос, свободное. Грудная клетка цилиндрической формы, ключицы на одном уровне, ход рёбер косо вниз, межрёберные промежутки не выбухают и не западают. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, проводят голосовое дрожание. Частота дыхания 18 в минуту. Дыхание через нос свободное, глубокое, ритмичное, живот участвует в акте дыхания. Перкуторно над лёгочными полями ясный лёгочный звук. Локальных изменений звука нет. Данные топографической перкуссии: высота стояния верхушек лёгких - спереди – 3 см. с обеих сторон, сзади – на уровне остистого отростка 7-ого шейного позвонка. Ширина полей Кернига 5 см с обеих сторон. Подвижность нижнего края лёгких по среднеключичной линии 5 см. с обеих сторон. Дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет.

Пальпация

Болезненных областей при пальпации не выявлено. Грудная клетка резистентная. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

Перкуссия сравнительная: на симметричных участках ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница | | |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| L.parasternalis | Верхний край 6-го |  |
| L. mediaclavicularis | Нижний край 6-го |  |
| L.axillaris anterior | Нижний край 7-го | Нижний край 7-го |
| L.axillaris media | Нижний край 8-го | Нижний край 8-го |
| L.axillaris posterior | Нижний край 9-го | Нижний край 9-го |
| L. scapularis | Нижний край 10-го | Нижний край 10-го |
| L. paravertebralis | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | |

Спереди высота стояния верхушек слева на 4 см выше ключицы, справа на 3 см выше ключицы. Сзади высота стояния верхушек на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка.

**Сердечно-сосудистая система**

При осмотре области сердца сердечного горба, усиления верхушечного толчка, выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией не обнаружено. Одышки, перебоев в работе сердца нет. Отеков нет. Пульс 72 удара в минуту одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Верхушечный толчок пальпируется в 5-ом межреберье кнутри от левой среднеключичной линии на 1,5 см, площадь 1 см, средней высоты, резистентный.

Перкуссия сердца

Границы относительной сердечной тупости:

Правая- в 4-ом межреберье справа на 0,5 см кнаружи от правого края грудины.

Левая – в 5-ом межреберье слева на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Верхняя – верхний край 3-го ребра слева.

Конфигурация сердца нормальная. Поперечник сердца 11 см: слева- 8 см. справа- 3 см. Ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье 5 см.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая- в 4-м межреберье по левому краю грудины, левая- в 5-м межреберье на 1.5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя- нижний край 4-го ребра слева.

Аускультация сердца:

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Патологических шумов нет. АД – 140/90 мм рт. ст., ЧСС-72. Над сосудами патологических шумов не выявлено.

Аорта и сосуды.

Пульсации аорты не обнаружено. Извитости и видимой пульсации

области височных артерий, ``пляски каротид'', симптома Мюссе и

капиллярного пульса нет. Вены конечностей не переполнены.

Сосудистых звездочек и ``caput medusae'' нет. Венный пульс не

определяется.

Пульс: синхронный, ритмичный, одинакового наполнения на обеих руках, частота 72 в мин.

**Система органов пищеварения**

Губы бледно-розового цвета. Слизистая ротовой полости чистая, влажная, розовая. Язык влажный, не обложен. Живот обычной формы и величины, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Асцита и висцероптоза нет. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного цилиндра, шириной 2 см., безболезненная. Слепая кишка пальпируется в виде мягкого цилиндра, шириной 3 см., безболезненная. Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 2 см. ниже пупка в виде мягкого цилиндра, шириной 3 см., безболезненная.

Pancreas не пальпируется, что является нормой.

Перкуссия печени

|  |  |
| --- | --- |
| Линии | граница |
| Верхняя граница | |
| Правая парастернальная | Верхний край 6-го |
| Правая среднеключичная | Нижний край 6-го |
| Передняя подмышечная | Нижний край 7-го |
| Нижняя граница | |
| Правая передняя подмышечная | Верхний край 10-го |
| Правая среднеключичная | Нижний край реберной дуги |
| Правая окологрудинная | На 2 см ниже реберной дуги |
| Срединная линия | Между верхн. И нижн. Третью отрезка от пупка до мечев. отростка |
| Левая окологрудинная | Нижний край реберной дуги |

Размеры печени по Курлову:

Правая среднеключичная линия- 9 см

Передняя срединная линия – 8 см

Косой размер – 7 см

Пальпация печени: печень располагается по краю реберной дуги. Край печени ровный, эластической консистенции, безболезненный. Пальпация точек желчного пузыря безболезненна. Стул, со слов больного, оформленный, один раз в сутки.

Селезенка.

Перкуссия без особенностей.

Поперечник селезенки - 5 см, длинник - 7 см.

Селезенка не пальпируется, что соответствует норме.

Аускультативно шума трения брюшины не выявлено.

**Органы мочевыделения**

Почки не пальпируются. Болевых ощущений при поколачивании по поясничной области нет. Моча светло-жёлтого цвета, прозрачная. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-6 раз в сутки.

**6.План обследования:**

1. ОАК
2. ОАМ
3. БАК(глюкоза, о.белок,о. билирубин,пр. билирубин, мочевина,креатинин, АлАТ,АсАТ ,СРП, холестерин, сиаловые кислоты)
4. Тест на ревматоидный фактор
5. ЭКГ
6. Rtg правого тазобедренного сустава
7. Реовазографическое исследование нижних конечностей

**7. Лабораторные и инструментальные данные, консультации специалистов**

**ОАК:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **21.09.2012** | **норма** |
| Эритроциты | 4,09\*10/л | 4,0 - 5,0\*10 /л |
| Гемоглобин | 135г/л | 130 - 160г/л |
| цветной показатель | 0,9 | 0,85 - 1,05 |
| Лейкоциты | 5,9\*10/л | 4,0-7,0 /л |
| Палочкоядерн. | 1% | 2 - 4% |
| Сегментоядерные | 70% | 40 - 70% |
| Лимфоциты | 25% | 19-37% |
| Моноциты | 2% | 2 - 8% |
| Базофилы | 1% | 0-1% |
| Эозинофилы | 1% | 1-5% |
|  |  |  |
| Тромбоциты | 201\*10/л | 180 - 320\*10 /л |
|  |  |  |
| СОЭ | 5мм/ч | 1 -15мм/ч |

Заключение: Показатели общего анализа крови без патологических отклонений. Эритроцитарные индексы : MCV=93(N=80-95фл), MCH=33(N=27-31пг), MCHC=355(N=320=370г/л) в пределах нормы.

**ОАМ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **21.09.12** | **норма** |
| Цвет  Прозрачность | светло-желтая  Полная | светло-желтая  Полная |
| Плотность | 1030 | 1004 - 1024 |
| клетки эпителия | 0-1 в п/з | 0-3 в п/з |
| Лейкоциты | 0-1 в п/з | до 4 в п/з |
| Эритроциты | Отсутствуют | 0-1 в п/з |
| Реакция | Слабокислая | нейтр-слабокислая |
| Белок  Глюкоза | Отсутствует  Отсутствует | до 0,033%  Отсутствует |

Заключение: в пределах нормы.

**Биохимический анализ крови:**

**21.09.12г.**

общий белок 61г/л норма: 65г/л

глюкоза 5,2 норма: 3,7-6,1ммоль/л

мочевина 8,6 норма: 2,51-8,35мкмоль/л

общий билирубин 17,6 норма: 8,5-20,5мкмоль/л

прямой билирубин 3,6 норма 2,1-5,1мкмоль/л

креатинин 0,07 норма: 0,07-0,11ммоль/л

АлАТ 47Е/л норма: 8-56Е/л

АсАт 33Е/л норма: 5-40Е/л

СРП 2,6 мг/л норма:0,07-8,2 мг/л

Заключение: в пределах нормы

**Определение циркулирующих иммунных комплексов 21.09.12**

ЦИК в сыворотке крови 91 единица норма:30-90 единиц

Заключение: верхняя граница нормы

**ЭКГ 21.09.2012**

Синусовая брадикардия, 50 ударов в минуту, ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка.

**Rtg тазобедренных суставов**

На предоставленной рентгенограмме правого тазобедренного сустава от 09.08.2012 г. Суставная щель резко сужена, местами не определяется, с признаками анкилозирования. В верхнем полюсе головки на фоне разреженной костной ткани определяются участки кистовидной перестройки с переходом на вертлужную впадину. Головка деформирована, шейка бедренной кости укорочена.

Заключение: Rtg-признаки коксартроза IV степени.

**РВГ нижних конечностей 21.09.12**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Левая конечность | | Правая конечность | |
| значение | комментарий | значение | комментарий |
| ЧСС(уд/мин) | 51 | Умеренно снижен | 51 | Умеренно снижен |
| Реографический  Индекс(ОМ) | 0,049 | Умеренно снижен | 0,052 | Умеренно снижен |
| Индекс эластичности(%) | 57,8 | В пределах нормы | 67,6 | В пределах нормы |
| Индекс периферического сопротивления | 21,8 | В пределах нормы | 13,3 | Резко снижен |
| Диастолический индекс(%) | 19,5 | снижен | 16,5 | снижен |
| Пульсовой прирост крови(мл) | 3,85 | В пределах нормы | 4,20 | В пределах нормы |
| Объёмная скорость кровотока(мл/мин) | 10,54 | В пределах нормы | 11,51 | В пределах нормы |
| Число комплексов | 4 |  | 8 |  |

Клинический статус: клинические признаки нарушения периферического кровообращения отсутствуют.

Заключение: Выявлены нарушения функционального состояния сосудов нижних конечностей.

**8.Окончательный клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного на сильные боли в тазобедренных суставах, больше в правом, стартовые боли, скованность движений, ограничение движений в тазобедренных суставах, слабость в ногах , данных анамнеза (повторная госпитализация по поводу данного заболевания, периодическое повышение давления до 160/110 мм.рт.ст.,принимает Эналаприл 10 мг), объективного обследования ( при пальпации тазобедренные суставы умеренно болезненны. Ограничение активных и пассивных движений в тазобедренных суставах, больше в правом, скованность движений. Амплитуда сгибаний при выпрямленной ноге: правый т/б сустав - 30°, левый- 70°; угол внутренней ротации : правый- 10°, левый -20°; угол наружной ротации: правый- 30°, левый- 30°), данных лабораторно-инструментальных методов обследования (Rtg-признаки коксартроза IV степени) выставлен диагноз: Первичный остеоартроз: двусторонний коксартроз. Длительно выраженный болевой синдром. Рентгенологическая стадия IV. Функциональные нарушения III.Артериальная гипертензия II степень, риск 3.

**9.Дифференциальная диагностика:**

Остеоартроз необходимо дифференцировать с:

1) Ревматоидный артрит. В отличие от РА при ОА лабораторные и биохимические пробы свидетельствуют об отсутствии хронического воспалительного процесса. В крови отсутствует повышенное содержание иммунных комплексов, отрицательный тест на ревматоидный фактор. При рентгенологическом исследовании в пораженных суставах у больных с РА отсутствует типичная для ОА зона субхондрального склероза и остеофиты. С другой стороны, при ОА отсутствуют остеопороз и узуры суставов, типичные для РА.

2) Трохантерит. Трохантерит развивается достаточно быстро, в течение 3—15 дней, как правило, после физической нагрузки, ношения тяжестей, долгой ходьбы (особенно по неровной местности, подъеме в гору или спуске с нее). Также воспаление бедренных сухожилий может быть спровоцировано травмой (падением на бок, ударом в бедро) или переохлаждением, простудой. Иногда бедренные сухожилия воспаляются после гриппа. Проявляется трохантерит приступами болей по наружной поверхности бедра — область «галифе». Болевые ощущения возникают чаще всего при ходьбе или в положении лежа на больной стороне. Боль с самого начала бывает достаточно интенсивной, но в отличие от коксартроза при трохантерите нет укорочения ноги и нет ограничения движения в тазобедренном суставе. Нога без труда отводится в сторону и вращается свободно во всех направлениях. Человек, болеющий трохантеритом, может свободно положить ногу на ногу, без затруднений завязать шнурки, способен легко сесть «верхом» на стул, широко раздвинув ноги — в отличие от человека, болеющего коксартрозом, которому эти действия удаются с трудом или не удаются вовсе.

3) Синдромом грушевидной мышцы и корешковый синдром, возникающие при повреждениях поясничного отдела позвоночника. В отличие от артроза, при корешковом синдроме и при синдроме грушевидной мышцы боль обычно возникает резко, чаще всего за 1—2 дня, после подъема тяжести, неудачного движения, резкого поворота в наклоне, или после сильного психического переживания, стресса. Во многих случаях приступу предшествуют острые или хронические боли в пояснице. В 80% случаев боль распространяется только в одну ногу, и только в 20% случаев страдают обе ноги. Наибольшая интенсивность боли при синдроме грушевидной мышцы отмечается в области ягодицы; боли в области поясницы тоже бывают довольно сильными, но могут быть незначительными или отсутствовать вовсе.

При корешковом синдроме боль обычно распространяется ниже. Она идет от ягодицы или от бедра, по задней либо по боковой поверхности ноги (по «лампасам») до самой пятки или до пальцев ноги. Поясница в 90% случаев почти не болит .

Боли могут быть выражены сильно как днем, так и ночью. Иногда больному бывает трудно найти удобное положение по ночам, а иногда болеющий человек просыпается от боли в 3—4 часа ночи. Однако у половины больных боли возникают только при движениях и ходьбе. При этом ограничение движения в тазобедренном суставе при вращении ноги отсутствует. Нога легко отводится в сторону и вращается в полном объеме. Человек, болеющий синдромом грушевидной мышцы или корешковым синдромом, легко может сесть «верхом» на стул, широко раздвинув ноги — в отличие от человека, болеющего коксартрозом, которому это действие удастся с трудом или не удастся вовсе. Но зато при синдроме грушевидной мышцы и при корешковом синдроме нередко возникает острая боль в пояснице или в бедре (особенно по задней поверхности бедра) при попытке поднять выпрямленную ногу или наклониться вперед стоя с прямыми ногами. При коксартрозе такие движения резких болевых ощущений почти никогда не вызывают — если только артроз не сочетается с поясничными проблемами.

**10.Лечение и его обоснование**

1.Режим-палатный

2.Стол-Б

3.S.Кеторолак 2.0 внутримышечно при болях

4.Т. Нисит 100 мг 2 раза в день после еды.

Нисит является нестероидным противовоспалительным средством (НПВС) из класса сульфонанилидов. Оказывает противовоспалительное, обезболивающее и жаропонижающее действие, механизм которого обусловлен селективным ингибированием циклооксигеназы-2, что приводит к подавлению биосинтеза простагландинов в очаге воспаления. Препарат в терапевтических дозах не оказывает негативного влияния на синтез простагландинов в желудочно-кишечном тракте и почках, что обуславливает хорошую переносимость нимесулида. Однако терапевтическое действие нимесулида обусловлено также его воздействием и на ряд других факторов: подавление фактора активации тромбоцитов, фактора некроза опухолей альфа, подавление протеиназ и гистамина и др.

5.Т. Омепразол 20 мг до ужина.

Ингибитор протоновой помпы.Назначается на фоне прёма НПВС.

6.Т. Хондрозамин 250 мг по 2 таблетки 3 раза в день после еды. Комбинированный препарат,содержащий гликозамин сульфат и хондроитин сульфат, хондропротектор.Как и НПВП,обладает противовоспалительным эффектом, может задержать развитие ОА.

7.Эналаприл 10 мг 2 раза в день до еды.

Ингибитор АПФ.Антигипертензивное средство.

8.Физиотерапевтическое лечение

**11.Дневники наблюдения**

25.09.12 Состояние удовлетворительное, жалобы на боли в правом тазобедренном суставе,ограничение объёма движений.

Дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет.ЧД-18 в 1 минуту.

Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД – 130/80 мм.рт.ст.; пульс- 76 удара/мин.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Стул, диурез в норме.

26.09.12. Состояние удовлетворительное. Сохраняются боли в правом тазобедренном суставе, ограничение объёма движений, скованность по утрам.

Дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет.ЧД- 17 в1 минуту.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 125/80 мм.рт.ст.; пульс- 76ударов/мин.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Стул, диурез в норме.

27.09.12 Состояние удовлетворительное. Беспокоят боли в правом тазобедренном суставе , скованность движений, слабость. Отмечает улучшение самочувствия.

Дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет.ЧД-17 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД – 130/90мм.рт.ст.; пульс-77ударов/мин.

Живот мягкий, безболезненный.

Стул, диурез в норме.

**12.Эпикриз**

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 66 лет, 20.09.12г. был планово госпитализирован в ревматологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: « Первичный остеоартроз: двусторонний коксартроз. Длительно выраженный болевой синдром. Рентгенологическая стадия IV.Функциональные нарушения III.Артериальная гипертензия II степень, риск 3». При поступлении предъявлял жалобы на сильные боли в тазобедренных суставах, больше в правом, стартовые боли, скованность движений, слабость в ногах. На основании жалоб больного на сильные боли в тазобедренных суставах, больше в правом, стартовые боли, скованность движений, слабость в ногах,

данных анамнеза (повторная госпитализация по поводу данного заболевания), объективного обследования (ограничение активных и пассивных движений в тазобедренных суставах, больше в правом), данных лабораторно-инструментальных методов обследования(Rtg-признаки коксартроза IV степени) выставлен диагноз: Первичный остеоартроз: двусторонний коксартроз. Длительно выраженный болевой синдром.Рентгенологическая стадия IV. Функциональные нарушения III.Артериальная гипертензия II степень, риск 3.

Было назначено лечение:Кеторолак 2.0 в/м при болях, т.Нисит 100 мг 2 раза в день после еды, т.Омепразол 20 мг до ужина,т.Хондрозамин 250 мг по 2 т. 3 раза в день после еды,т.Эналаприл 10 мг 2 раза в день до еды, физиотерапевтическое лечение.

На момент последней курации отмечает улучшение состояния. Продолжает консервативное лечение.

**Прогноз**

Прогноз относительно благоприятный в связи с возможностью эндопротезирования тазобедренных суставов.