**Официальные данные**

 **Ф.И.О.: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

 **Возраст:** 58 лет

**Место жительства:** г. Томск, \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Место работы:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Семейное положение**: замужем

**Национальность:** русская

 **Дата поступления:** 27 сентября 2005 года

 **Кем направлен:** ревматологом КДЦ СибГМУ в плановом порядке

 **Клинический диагноз:**

1. **Основное заболевание:** Первичныйполиостеоартроз с преимущественным поражением дистальных и проксимальных межфаланговых суставов (узелки Гебердена), плечевых, локтевых, коленных (II стадия), голеностопных суставов, шейного отдела позвоночника. Медленнопрогрессирующее течение, нарушение функции I степени.
2. **Фоновое заболевание:** Ожирение III степени.
3. **Сопутствующие заболевания:** ИБС: стабильная стенокардия, ФК I. ХСН I ФК по NYHA (I стадия по Стражеско-Василенко). Гипертоническая болезнь, риск IV (гиперхолестеринемия, гипертрофия левого желудочка, ИБС, ХСН, гипертензивная ангиопатия сетчатки). Дислипидемия. Нарушение толерантности к глюкозе. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

 **Жалобы больного**

При поступлении в клинику пациентка \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* активно предъявляла следующие жалобы:

* Боли в коленных, локтевых, плечевых, голеностопных суставах, шейном отделе позвоночника, возникают преимущественно во второй половине дня и по ночам, после сильных физических нагрузок. При наличии признаков воспаления суставов (отек, повышение местной температуры) боли беспокоят в течение всей ночи. Боли проходят самостоятельно в покое и при приеме НПВС.

Дополнительные жалобы:

1. **Дыхательная система**
* одышка инспираторного характера, возникает при физической нагрузке (при подъеме на 2 и более лестничных пролета) и сопровождается ощущением сердцебиения, проходит в покое.
* жалоб на кашель, кровохарканье и боли в грудной клетке, связанные с дыханием, не предъявляет
1. **Сердечно-сосудистая система**
* головные боли сжимающего характера в лобно-височной и затылочной области, возникают при повышении артериального давления свыше 140\90 мм.рт.ст., при стрессах. Головная боль сопровождается сердцебиением, головокружениями. Давление держится стабильным (120-130 мм.рт.ст) при постоянном приеме Конкора по ½ таблетке 1 раз в день.
* боли в области сердца колющего характера, возникают при стрессах и чрезмерной физической нагрузке. Боль самостоятельно проходит в покое в течение 5-10 минут, никаких лекарственных препаратов для купирования боли пациентка не принимает.
* отеки ног до уровня колен, возникают во второй половине дня и самостоятельно проходят к утру.
* наличие варикозных узлов на медиальной поверхности правой голени, на обеих голенях - множественные сосудистые звездочки.
1. **Пищеварительная система**
* изжога возникает после употребления острой, жирной пищи.
* сухость во рту
* дисфагии, болей в области живота, отрыжки, метеоризма, запоров не возникает. Геморроя и трещин заднего прохода со слов больной нет.
1. **Мочеполовая система**
* отеки и темная пигментация под глазами, возникают утром после приема избыточного количества жидкости. Отеки самостоятельно проходят в течение дня.
* дизурических явлений не наблюдается, болей внизу живота нет.

**V. Опорно-двигательная система**

* отек и повышение температуры в области голеностопных, коленных, локтевых суставов и суставов кисти
* судороги в мышцах икр и бедер в ночное время, на холоде и при чрезмерной физической нагрузке
* утренняя скованность в суставах кисти, локтевых, плечевых, коленных и голеностопных суставах, проходящая к 12 часам дня
* боли в поясничном отделе позвоночника, возникают при ходьбе и в покое (преимущественно после употребления мочегонных средств)
* резкие боли в суставах могут возникать при начале движения и постепенно их интенсивность снижается в процессе движения
	1. **Кожа**
		+ зуд при употреблении сладкого
		+ наличие на разгибательной поверхности кистей и предплечий бляшек размером до 5 мм, возвышающихся над уровнем кожи и сходных по цвету с окружающими тканями. Бляшки появляются при плохом самочувствии пациентки и затем самостоятельно проходят в течение 2-3 недель
1. **Нервная система**
* бессонница
* снижение зрения на оба глаза
* онемение пальцев по утрам
* быстрая утомляемость
* характер уравновешенный, больная охотно идет на контакт. Снижения памяти и внимания не отмечает. Обмороков, гиперстезий, анестезий, болей, нарушений движений нет.

 **Анамнез развития настоящего заболевания**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* считает себя больной с 6-летнего возраста, когда впервые после сильной физической нагрузки и длительного переохлаждения возникли очень сильные боли и отек голеностопных суставов, что полностью ограничило подвижность пациентки. Данное состояние длилось в течение 2-3 недель, о проводимом лечении пациентка не помнит. В последующем эпизодически возникали боли в голеностопных и коленных суставах при чрезмерной физической нагрузке, но подвижность значительно не ограничивалась и к врачу пациентка не обращалась. В возрасте 21 года после перенесенной простуды и стресса возникли резкие боли во всех суставах, пациентка не могла совершать никаких движений. Лечение проводилось в санатории-профилактории, со слов больной она получала витамины, обезболивающие и физиопроцедуры. После проведенного лечения состояние улучшилось.

До 21 года пациентка имела нормальный вес, соответствующий росту. После первых родов прибавила в массе 10 кг, после вторых родов - также 10 кг. Далее набирала вес постепенно до 128 кг.

В течение следующих лет отек боли в суставах (преимущественно плечевые, локтевые, коленные и голеностопные) периодически возникали после переохлаждений и физических нагрузок, к врачам больная не обращалась. Последние 20 лет (в возрасте 35-38 лет) боли постепенно стали возникать без заметной связи с физической нагрузкой, преимущественно во второй половине дня и ночью, стали беспокоить боли в суставах кисти и стопы, в шейном отделе позвоночника. Боли сопровождались отеком суставов и повышением местной температуры. По утрам стали возникать скованность движений в крупных суставах и онемение пальцев рук, которые проходят к 12 часам дня. Ночные боли стали сопровождаться сильными судорогами в мышцах икр и бедер, бессонницей, головными болями и болями в области сердца, сердцебиением, головокружением. Однократно пациентка отмечает возникновение резкой боли в левом коленном суставе при подъеме по лестнице, из-за которой она смогла возобновить движение только через 20-30 минут. По поводу болей пациентка многократно обращалась к участковому терапевту и ревматологу в поликлинике, полного обследования не проводилось, для лечения назначались различные НПВС (индометацин, диклофенак) и местные процедуры. При приеме НПВС пациентка отмечает улучшение состояния, проходят боли в суставах, отек и повышение местной температуры, но после прекращения приема через 2-3 недели указанные симптомы возвращаются. В связи со значительным ограничением подвижности и постоянными болями пациентка обратилась к ревматологу в КДЦ СибГМУ и была госпитализирована в клинику факультетской терапии СибГМУ для дальнейшего обследования и лечения.

 **Анамнез жизни**

**Личный анамнез**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родилась 14 января 1947г. в г. Новокузнецке первым ребенком в полной семье. Со слов пациентки, роды и беременность у матери протекали без осложнений. Росла и развивалась соответственно возрасту, от сверстников не отставала. В детстве часто болела ангинами и простудными заболеваниями, были удалены аденоиды. О перенесенных детских инфекциях не помнит. Условия проживания семьи и питание были хорошими. Окончила среднюю школу, в возрасте 16 лет поступила в ТГУ. В 22 года вышла замуж, родила первого ребенка. В возрасте 27 лет родила второго ребенка. Обе беременности и роды протекали без осложнений.

Менструальный цикл с 13 лет, климакс с 50 лет. Гинекологических заболеваний, абортов небыло. Травмы, операции, инфекционные заболевания отрицает.

Впервые головные боли в лобно-височной и затылочной областях стали возникать около 20 лет назад при сильных стрессах и физической нагрузке, при этом больная отмечала повышение АД до 170\90 мм.рт.ст. Проходила обследование у терапевта, кардиолога, лечилась по поводу артериальной гипертензии в клиниках НИИ фармакологии. По назначению врача для снижения АД принимала клофелин, арифон, верошпирон, энап (по 1 таблетке в день, дозировку пациентка не помнит), энам (по 1 таблетке 2 раза в день, дозировку пациентка также не помнит). При приеме клофелина АД сильно снижалось, прием пациентка прекратила самостоятельно в связи с сонливостью, слабостью и головокружениями. Энап и Энам принимала в течение нескольких лет, но АД держалось на уровне 140-160\80-90 мм.рт.ст., состояние не улучшалось, головные боли стали беспокоить ежедневно, корректировка дозировки не проводилась. С весны 2005г. кардиологом в КДЦ СибГМУ был назначен Конкур (½ таблетки 1 раз в день), при приеме данного препарата головные боли пациентку не беспокоят, АД постоянно держится на уровне 130\80 мм.рт.ст. Дважды за последние 10 лет отмечает внезапное повышение АД до 220\100 мм.рт.ст.

Отеки лица и ног беспокоят около 10 лет. Отеки ног возникают в конце дня, первое время отекали лодыжки, затем отеки стали распространяться до середины голеней, последние 5 лет ноги отекают до уровня колен. Отеки и пигментация вокруг глаз возникают после употребления повышенного количества жидкости. Мочегонные пациентка последние несколько лет не применяла, при приеме арифона и верошпирона значительного улучшения не отмечала.

Одышка инспираторного характера беспокоит последние 8-10 лет, возникает при физической нагрузке (подъем на 2 лестничных пролета) и проходит в покое.

Боли в сердце колющего характера и приступы сердцебиения впервые возникли около 20 лет назад, при сильном стрессе. Боль не иррадиирует, сопровождается чувством страха, проходит самостоятельно в покое в течение 10-15 минут Приступы боли возникают крайне редко, при волнении или чрезмерных нагрузках. Нитроглицерин пациентка не принимает в связи с сильной головной болью и слабостью после его приема. Последние несколько лет отмечает возникновение болей в сердце при сильном повышении АД (свыше 200\100 мм.рт.ст.).

В апреле 2005г. при плановом обследовании обнаружено повышение уровня глюкозы до 6,1 ммоль\л. Эндокринологом назначен препарат фармин-плива по 1 таблетке 2 раза в день (группа бигуанидов) и диета с низким содержанием сахара, которой пациентка придерживается непостоянно. Также больная отмечает возникновение зуда при употреблении сладкого. Регулярного контроля сахара крови не проводится.

**Семейный анамнез**

Мать страдала ГБ, ИБС, беспокоили боли в суставах, была прооперирована по поводу рака шейки матки. Умерла в 80 лет от острой сердечной недостаточности.

Отец страдал ИБС, ГБ, умер от внезапной остановки сердца.

Младшая сестра была прооперирована по поводу опухолевого заболевания щитовидной железы.Младший брат здоров.

Муж здоров. Дочь здорова. У сына - хронический панкреатит.

**Социально-бытовые условия**

Проживает с мужем в благоустроенной квартире. Питание в семье достаточное, полноценное, регулярное. Со слов пациентки алкоголем не злоупотребляет, употребление наркотических и психотропных веществ отрицает. Не курит.

**Профессионально-производственные условия**

В течение 2 лет после окончания ВУЗа работала в школе преподавателем математики. С 24 лет работает в ОАО \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* специалистом в отделе снабжения. В работе отмечает постоянные стрессы, гиподинамию, значительную нагрузку на глаза, нерегулярное питание.

**Аллергологический анамнез.**

Со слов пациентки, аллергии на пищевые продукты, пыль, растения, лекарственные препараты нет.

 **Объективное исследование**

**Общий осмотр.**

*Состояние****:*** удовлетворительное

*Сознание****:*** ясное

*Тип телосложения:* гиперстенический

*Положение больного:* активное

*Выражение лица:* без особенностей

*Рост:* 168см.

*Вес:* 120кг.

*Конституциональный тип по Черноруцкому:* гиперстенический тип

*Индекс Пинье* = рост - (окружность грудной клетки + масса тела) = 168 -(116+108) = -56 говорит о диспропорциональном соотношении между этими параметрами (в норме ИП колеблется около +20 ±10) т.е.имеетсяизбыток веса

*Индекс массы тела (ИМТ)* = масса тела, кг\ (рост, м)² = 120\1,68² = 42,5 - выраженное ожирение

*Кожа, слизистые оболочки:* кожа розового цвета, сухая, тургор не снижен, сыпи, рубцов, расчесов нет. По разгибательной поверхности обеих кистей имеются единичные бляшки размером до 5 мм, слегка возвышающиеся над поверхностью кожи, по цвету сходные с окружающими тканями. В области голеней - сосудистые звездочки и расширение подкожной венозной сети, на внутренней поверхности правой голени - темно-синие узлы варикозно расширенных вен без признаков воспаления. Оволосение по женскому типу, равномерное, волосы седые, сухие. Видимые слизистые розового цвета, чистые, влажные, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет.

*Подкожно-жировой слой:* сильно выражен, отложения жира равномерные. Слабая отечность в области стоп и голеностопных суставов.

*Лимфатические узлы:* при общем осмотре увеличения отдельных лимфатических узлов не наблюдается. Пальпаторно околоушные, затылочные, поднижнечелюстные, шейные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные лимфоузлы не увеличены.

*Щитовидная железа:* определяется пальпаторно, несколько увеличена, при пальпации безболезненна, умеренно подвижная, консистенция эластичная, структура однородная, узлов нет. Пульсации нет.

*Голова:* Череп правильной формы, без аномалий развития. Признаков рахита, акромегалии, гидроцефалии нет. Шея правильной формы, не искривлена, региональных набуханий не наблюдается. Пульсации сонных артерий, набухания наружных ярёмных вен не наблюдается.

*Грудная клетка:* гиперстенического типа, обе половины симметричны. Межрёберные промежутки не расширены, ход ребер косой, над- и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол более 90 градусов. Лопатки плотно прилежат к грудной клетке. Плечевой и тазовый пояс не деформированы.

*Позвоночник:* не искривлен, при пальпации по ходу остистых отростков небольшая болезненность, преимущественно в поясничном и крестцовом отделах. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы, признаков периостита нет.

*Ногти:* нормальной формы, признаков деформации нет. На ногтях стоп имеются признаки онихомикоза.

*Мышечная система:* развита удовлетворительно, симметрично, тонус не снижен, болезненности при прощупывании нет, гипертрофии\атрофии отдельных групп мышц нет.

**Опорно-двигательная система**

*Кисти:* дистальные межфаланговые суставы внешне не изменены, местная температура несколько повышена. По латеральной поверхности на 3 пальце левой руки и 5 пальце правой руки - формирующиеся узелки Гебердена. При пальпации суставы безболезненны, объем движений не ограничен. Проксимальные межфаланговые суставы несколько отечны, местная температура несколько повышена (преимущественно справа). При пальпации суставы безболезненны, объем движений полный. Симптом сжатия отрицателен. Пястно-фаланговые суставы незначительно отечны в области 2-3 пальцев обеих рук, местная температура не повышена, при пальпации безболезненны. Симптом сжатия отрицателен. Запястно-пястные суставы внешне не изменены, местная температура не повышена, при пальпации безболезненны. Лучезапястные суставы не изменены, местная температура не повышена, объем движений полный, пальпация безболезненна.

*Локтевые суставы:* внешне не изменены, местная температура не повышена, при пальпации безболезненны. Движения сохранены в полном объеме, при движениях ощущается крепитация, слышен хруст.

*Плечевые суставы:* внешне не изменены, над правым суставом повышена местная температура. При пальпации болезненность в правом плечевом суставе по ходу суставной щели, левый сустав безболезненный. Объем движений полный, но движения в правом плечевом суставе сопровождаются умеренной болезненностью.

*Стопы:* внешне межфаланговые, плюстефаланговые суставы не изменены, местная температура не повышена, при пальпации суставы безболезненны, симптом сжатия отрицателен. Движения сохранены в полном объеме.

*Голеностопные суставы:* внешне суставы отечны, контуры сглажены. Слева дефигурация более выражена. Местная температура повышена. При пальпации по ходу суставной щели справа умеренная болезненность в медиальном отделе. Движения сохранены в полном объеме, при пальпации слышен хруст.

*Коленные суставы:* левый коленный сустав дефигурирован, правый не изменен. Местная температура над левым суставом повышена (горячее окружающих тканей), над правым не изменена (холоднее окружающих тканей). При пальпации справа болезненность по внутренней поверхности сустава, слева - боли по ходу всей суставной щели. Симптом баллотирования надколенника отрицателен. Объем движений не ограничен, но при максимальном сгибании определяется слабая болезненность. При движениях - крепитация и хруст.

*Тазобедренные суставы:* внешне не изменены, местная температура не повышена, при пальпации безболезненны. Движения сохранены в полном объеме.

**Дыхательная система**

*Осмотр:* Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Функции гортани не нарушены. Выдыхаемый воздух без запаха. Грудная клетка гиперстенического типа, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхательных движениях. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с правой и левой стороны. Ход ребер косой, выпячиваний и ундуляции межреберных промежутков нет. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание глубокое, ритмичное, тип дыхания смешанный. Одышка смешанного характера. Частота дыхания 16 дв\мин.

*Пальпация:* грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание над передней и боковой поверхностями грудной клетки на симметричных участках проводится одинаково, не изменено.

*Перкуссия:* при сравнительной перкуссии по передней, боковой и задней поверхностям грудной клетки над легкими определяется легочной перкуторный звук с оттенком коробочного, одинаковый на симметричных участках. Гамма звучности над передними и задними отделами легких сохранена. Над передними отделами cамый ясный перкуторный звук в III межреберье по l.mediaclavicularis, самый тихий звук в Моренгеймовской ямке. Над задними отделами самый ясный перкуторный звук под лопаткой, самый тихий звук на лопатках.

Высота стояния верхушек легких спереди справа и слева составляет 3см. Высота стояния верхушек легких сзади на 1,5см. ниже VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа и слева составляет 6см. Подвижность нижнего края легкого на вдохе составляет 3см. (второй метод).

|  |
| --- |
|  Нижние границы легких |
| Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| l.parasternalis | V межреберье |  ------------------ |
| l.medioclavicularis | VI ребро |  ------------------ |
| l.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris media  | VIII ребро | VIII ребро |
| l.axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. scapularis  | X ребро | X ребро |
| l.paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

*Аускультация:* над легкими выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. При бронхофонии над периферическими отделами легких выслушивается неразборчивый звук, что соответстует норме.

**Сердечно-сосудистая система**

*Осмотр:* при осмотре выпячиваний, видимой пульсации в области сердца не выявлено, эпигастральной пульсации нет, видимой пульсации сосудов и аорты нет.

*Пальпация:* при пальпации верхушки сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье по l.mediaclavicularis, не разлитой, не усилен, положительного характера, диаметром 2см. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено. Толчок правого желудочка пальпаторно не определяется.

*Перкуссия:*

|  |
| --- |
|  Топографическая перкуссия границ сердца |
| Граница | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая  | IV межреберье на 1,5см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | III ребро | IV ребро |
| Левая | на l.mediaclavicularis в V межреберье |

Ширина сосудистого пучка составляет 6см.

Атриовазальный угол отстоит на 0.5см справа от правого края грудины на уровне хряща III ребра.

*Аускультация:* при аускультации сердца тоны сердца приглушены, выслушивается нормальный ритм, шумов нет.

*Пульс:* одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, напряжения, форма пульсовой волны правильная, пульс ритмичный 72 уд\мин (не учащен), стенка сосуда эластичная.

**Пищеварительная система.**

*Осмотр:* слизистые губ, щек, десен, твердого и мягкого неба, зева, задней стенки глотки розового цвета, чистые, влажные. Небные миндалины обычного размера и цвета. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки умеренно выражены, налета нет. Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка слабо участвует в акте дыхания, участков пигментации нет. Скопления жидкости и газов не определяется. Видимой перистальтики нет.

*Пальпация:* при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При аускультации выслушивается шум перистальтики кишечника. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

 Глубокая пальпация:

* слепая кишка – расположена правильно (в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* сигмовидная кишка расположена правильно (на границе нижней и средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, определяется урчание.
* поперечная ободочная кишка расположена правильно, на 2 см выше пупка, диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* восходящая, нисходящая ободочная кишка - диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.

*Желудок:*

Над желудком определяется низкий тимпанический звук, нижняя граница лежит на 4см выше пупка. Шум плеска не определяется.

Пальпаторно большая кривизна желудка лежит на 4см выше пупка, ровная, эластичная, при пальпации безболезненная.

 *Печень:*

При пальпации край печени не выходит за пределы реберной дуги, закругленный, эластичный, ровный, безболезненный.

Границы печени:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| верхняя | V ребро | VI ребро |
| нижняя | На границе верхней и средней ⅓ расстояния от пупка до основания мечевидного отростка |
| левая | Не выходит за левую l.parasternalis |

Размеры печени по Курлову:

1. От верхней границы абсолютной тупости до нижней границы – 10см.
2. От основания мечевидного отростка до нижней границы – 9см.
3. От основания мечевидного отростка до левой границы – 7см.

*Желчный пузырь:*

Пальпаторно желчный пузырь не определяется, пальпация болезненна. Симптомы Василенко, Ортнера, Айзенберг 1 и Мюсси отрицательные.

*Селезенка:*

Пальпаторно селезенка не определяется.

Длинник = 13см

Поперечник = 5см

Верхняя граница: IX ребро

Нижняя граница: XI ребро

Задний верхний полюс: по l. scapularis

Передний нижний полюс: не выходит за l.costoarticularis

*Поджелудочная железа:*

Пальпация в зонах Шоффара, Мейо-Робсона и Губергрица безболезненная, железа пальпируется.

**Мочевыделительная система**

Область поясницы не изменена. Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон в положении лежа и стоя. Мочевой пузырь пальпаторно не определяется.

**Нервная система**

Больная настроена доброжелательно, охотно идет на контакт. Речь не изменена, чувствительность сохранена. Расстройств координации не наблюдается, походка ровная. Асимметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в сторону не наблюдается. Сухожильные рефлексы сохранены. Симптомы Бабинского, Гордона, Оппенгейма, Россолимо отрицательные. Зрачки равномерно реагируют на свет.

 **Данные лабораторных исследований**

**1.Общий анализ крови (от 28.09.2005г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/лЭритроциты, 1012/лЦветной показательЛейкоциты, 109/лСОЭ, мм/часНейтрофилы с/я, %Нейтрофилы п/я, %Эозинофилы, %Лимфоциты, %Моноциты, % | 120 4,180,96,4236811263 | 115 – 1453,7 – 4,70,85 – 1,054,78 – 7,682-1547 – 720-60-519 – 373 – 11  |

Заключение: повышение СОЭ (признак воспалительной реакции, связанный с реактивным синовитом)

1. **Биохимический анализ крови (от 28.09.2005г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Глюкоза, ммоль\лα-амилаза сыворотки, едТимоловая проба, едЩелочная фосфатаза, Е\лМочевина, ммоль\лКреатинин,ммоль\лМочевая кислота, моль\лОбщий билирубин, мкмоль\лПрямой билирубин, мкмоль\лОбщий белок г\лХолестерин, ммоль\лЛПВП, г\лЛПНП, г\лКоэффициент атерогенности,ТАГ, ммоль\лАСАТ мккат\лАЛАТ мккат\лНатрий, моль\лКалий, моль\лСРБСеромукоиды, едАСЛ-О, ед | 5,913,09,4100,04,00,10,2611,9отрицателен73,07,01,93,52,63,527,042,0144,35,0слабо положителен0,34063 | 3,5-7,512-320-464-3062,5-8,30,044-0,120,08-0,318,55 – 20,05отрицателен65-853,5-5,21,25-4,252,31-5,442,0-2,50,43-1,81До 35,0До 35,0130-1503,4-5,3отрицателен0,13-0,20до 250 ед |

Заключение: повышение острофазовых показателей - СРБ, серомукоиды (связаны с наличием воспаления), повышение общего холестерина, триглицеридов, коэффициента атерогенности (связаны с нарушением обмена жиров), АлАТ.

1. **Показатели свертываемости крови (от 28.09.2005г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Протромбиновый, %АЧТВ, секФибриноген общий, г/лФибриноген В, г/л | 84,4324,2положительный | 80 – 10525 – 352,5 – 3,5отр. |

Заключение: повышение уровня фибриногена, положительный фибриноген В (показатель воспалительной реакции)

1. **Белковые фракции крови (28.09.2005г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| альбумины | 59.7 | 55,0-69,0 |
| α1-глобулины | 2.0 | 1,6-5,8 |
| α2-глобулины | 9,5 | 5,9-11,0 |
| β-глобулины | 14,0 | 7,9-14,0 |
| γ-глобулины | 14,8 | 11,0-18,0  |
| Белковый коэффициент | 1,48 | 0,92-1,56 |

Заключение: белковые фракции крови в пределах нормы.

1. **Гликемический профиль (от 28.09.2005г.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Время | Показатель |
| 8.00 | 6,1 |
| 13.00 | 3,9 |
| 18.00 | 5,0 |
| 22.00 | 5,0 |
| 06.00 | 4,2 |

Заключение: гипергликемия без признаков декомпенсации

1. **Общий анализ мочи (от 28.09.2005г.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| ЦветПрозрачностьУдельный вес БелокМикроскопия осадка | желтыймутная1027отрицательныйлейкоциты 4-6 в поле зрения, эритроциты свежие 0-2 в поле зрения, клетки эпителия +, слизь +. |

Заключение: лейкоцитурия, микрогематурия (для уточнения необходим анализ мочи по Нечипоренко).

1. **Глюкозурический профиль (от 28.09.2005г.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Время | Количество мочи, мл | Удельный вес | Глюкоза |
| 8.00-13.00 | 120,0 | 1022 | отрицательно |
| 13.00-18.00 | 80,0 | 1025 |
| 18.00-22.00 | 110,0 | 1018 |
| 22.00-02.00 | 20,0 | --------------------- |
| 02.00-8.00 | 120,0 | 1027 |

Заключение: в пределах нормы

1. **Анализ кала на яйца гельминтов (от 28.09.2005г.)**

 Заключение: яйца гельминтов не обнаружены

1. **Анализ крови на RW (от 28.09.2005г.)**

Заключение: отрицателен.

 **Данные инструментальных исследований**

1. **ЭКГ (от 28.09.2005г.):**

Заключение: горизонтальное положение ЭОС. Ритм синусовый, 70 ударов в минуту. Признаки гипертрофии ЛЖ (увеличение вольтажа R вV5-V6, S в V1-V2, поворот ЭОС против часовой стрелки).

* 1. **УЗИ органов малого таза (от 28.09.2005г.):**

 Заключение: диффузные изменения миометрия.

* 1. **УЗИ щитовидной железы (от 28.09.2005г.):**

 Заключение: эхоструктура щитовидной железы не нарушена.

* 1. **Остеоденситометрия (от 28.09.2005г.):**

 Заключение: в пределах нормы.

* 1. **Рентгенография коленных суставов (от 28.09.2005г.):**

Суставные щели обоих суставов незначительно сужены, преимущественно в медиальных отделах справа. По суставным поверхностям - субхондральные участки разрежения костной структуры (признаки остеосклероза). По боковым поверхностям - признаки намечающихся остеофитов.

 Заключение: признаки артроза коленных суставов I-II степени

 **Консультации узких специалистов**

1. **Консультация эндокринолога:**

Заключение: метаболический синдром, ожирение III степени. Нарушение толерантности к углеводам. Рекомендовано:

* + диета с низким содержанием углеводов
	+ формин-850, по 1 таблетке 2 раза в день
	+ дообследование: УЗИ щитовидной железы, ТТГ, Т4, Т3, кортизол.

1. **Консультация окулиста:**

 Заключение: начальная катаракта обоих глаз, гипертензивная ангиопатия сетчатки

1. **Консультация невропатолога:**

Заключение: ХЦВБ, шейный остеохондроз.

 **Эпикриз**

Пациентка \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 58 лет, поступила в клинику факультетской терапии СибГМУ 27.08.2005г. в плановом порядке по направлению ревматолога КДЦ СибГМУ. При поступлении больная предъявляла следующие жалобы:

* Боли в коленных, локтевых, плечевых, голеностопных суставах, шейном отделе позвоночника, возникают преимущественно во второй половине дня и по ночам, после сильных физических нагрузок. При наличии признаков воспаления суставов (отек, повышение местной температуры) боли беспокоят в течение всей ночи. Боли проходят самостоятельно в покое и при приеме НПВС.
* отек и повышение температуры в области голеностопных, коленных, локтевых суставов и суставов кисти
* судороги в мышцах икр и бедер в ночное время, на холоде и при чрезмерной физической нагрузке
* утренняя скованность в суставах кисти, локтевых, плечевых, коленных и голеностопных суставах, проходящая к 12 часам дня
* боли в поясничном отделе позвоночника, возникают при ходьбе и в покое (преимущественно после употребления мочегонных средств)
* одышка инспираторного характера, возникает при физической нагрузке (при подъеме на 2 и более лестничных пролета), проходит в покое.
* головные боли сжимающего характера в лобно-височной и затылочной области, возникают при повышении артериального давления свыше 140\90 мм.рт.ст., при стрессах. Головная боль сопровождается сердцебиением, головокружениями. Давление держится стабильным (120-130 мм.рт.ст) при постоянном приеме Конкора по ½ таблетке 1 раз в день.
* боли в области сердца колющего характера, возникают при стрессах и чрезмерной физической нагрузке. Боль самостоятельно проходит в покое в течение 5-10 минут, никаких лекарственных препаратов для купирования боли пациентка не принимает.
* отеки ног до уровня колен, возникают во второй половине дня и самостоятельно проходят к утру.
* наличие варикозных узлов на медиальной поверхности правой голени, на обеих голенях - множественные сосудистые звездочки.
* изжога возникает после употребления острой, жирной пищи.
* сухость во рту
* отеки и темная пигментация под глазами, возникают утром после приема избыточного количества жидкости. Отеки самостоятельно проходят в течение дня.
	+ - зуд при употреблении сладкого
		- наличие на разгибательной поверхности кистей и предплечий бляшек размером до 5 мм, возвышающихся над уровнем кожи и сходных по цвету с окружающими тканями. Бляшки появляются при плохом самочувствии пациентки и затем самостоятельно проходят в течение 2-3 недель
* бессонница
* снижение зрения на оба глаза
* онемение пальцев по утрам
* быстрая утомляемость

Из анамнеза установлено, что \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* считает себя больной с 6-летнего возраста, когда после сильной физической нагрузки и переохлаждения впервые возникла резкая боль в голеностопных суставах с полной потерей подвижности на несколько недель. В возрасте 21 года после перенесенной простуды и стресса возникли резкие боли во всех суставах, пациентка не могла совершать никаких движений. Лечение проводилось в санатории-профилактории, состояние улучшилось. Боли после лечения прошли, состояние улучшилось. Последние 20 лет боли в суставах стали возникать без заметной связи с физической нагрузкой, преимущественно во второй половине дня и ночью, стали беспокоить боли в суставах кисти и стопы, в шейном отделе позвоночника. Боли периодически сопровождаются отеком суставов и повышением местной температуры, при этом боль носит постоянный характер. По утрам стали возникать скованность движений в крупных суставах и онемение пальцев рук, которые проходят к 12 часам дня. Ночные боли стали сопровождаться сильными судорогами в мышцах икр и бедер, бессонницей, головными болями и болями в области сердца, сердцебиением, головокружением. По поводу болей пациентка многократно обращалась к участковому терапевту и ревматологу в поликлинике, полного обследования не проводилось, для лечения назначались различные НПВС (индометацин, диклофенак) и местные процедуры. В связи со значительным ограничением подвижности и постоянными болями пациентка обратилась к ревматологу в КДЦ СибГМУ и была госпитализирована в клинику факультетской терапии СибГМУ для дальнейшего обследования и лечения.

При объективном исследовании установлено:

* значительное превышение массы тела (ИМТ = 42,5 - выраженное ожирение)
* По латеральной поверхности дистальных фаланг кистей на 3 пальце левой руки и 5 пальце правой руки - формирующиеся узелки Гебердена. Проксимальные суставы дефигурированы, местная температура повышена. Плечевые суставывнешне не изменены, над правым суставом повышена местная температура. При пальпации болезненность в правом плечевом суставе по ходу суставной щели, левый сустав безболезненный. Объем движений полный, но движения в правом плечевом суставе сопровождаются умеренной болезненностью. Голеностопные суставы внешне суставы дефигурированы, более выражено слева. Местная температура повышена. При пальпации по ходу суставной щели справа умеренная болезненность в медиальном отделе. Движения сохранены в полном объеме, при пальпации слышен хруст. Левый коленный сустав дефигурирован, местная температура повышена (горячее окружающих тканей), При пальпации справа болезненность по внутренней поверхности сустава, слева - боли по ходу всей суставной щели. Симптом баллотирования надколенника отрицателен. Объем движений не ограничен, но при максимальном сгибании определяется слабая болезненность. При движениях - крепитация и хруст.
* При пальпации позвоночника по ходу остистых отростков небольшая болезненность, преимущественно в поясничном и крестцовом отделах.

За период лечения в клинике пациентке проводились следующие лабораторные и инструментальные обследования:

* ОАК (повышение СОЭ до 28 мм\ч)
* ОАМ (лейкоцитурия, микрогематурия - для уточнения диагноза необходимо провести анализ мочи по Нечипоренко)
* БАК повышение уровня острофазовых показателей - СРБ (слабо положителен), серомукоиды (0,340 ед), повышение общего холестерина(7,0 ммоль\л), триглицеридов (3,5 ммоль\л), коэффициента атерогенности (2,6), АлАТ (42 мккат\л).
* Свертывающая система крови (повышение уровня общего фибриногена. положительный фибриноген В
* Белковые фракции крови (в пределах нормы)
* Гликемический профиль (нарушение толерантности к глюкозе)
* Глюкозурический профиль (в пределах нормы)
* Анализ кала на яйца глист (отрицательный)
* Анализ крови на RW (отрицательный)
* ЭКГ (признаки гипертрофии левого желудочка)
* УЗИ органов малого таза (диффузные изменения миометрия)
* УЗИ щитовидной железы (в пределах нормы)
* Остеометрия (в пределах возрастной нормы
* Рентгенография коленных суставов (признаки артроза коленных суставов I-II степени)

Также пациентке проводились консультации узких специалистов:

* 1. Консультация эндокринолога: метаболический синдром, ожирение III степени. Нарушение толерантности к углеводам.
	2. Окулист: начальная катаракта обоих глаз, гипертензивная ангиопатия сетчатки.
	3. Невропатолог: ХЦВБ, шейный остеохондроз.

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных пациентке был выставлен клинический диагноз:

**Основное заболевание:** Первичныйполиостеоартроз с преимущественным поражением дистальных и проксимальных межфаланговых суставов (узелки Гебердена), плечевых, локтевых, коленных (II стадия), голеностопных суставов, шейного отдела позвоночника. Медленнопрогрессирующее течение, нарушение функции I степени.

**Фоновое заболевание:** Ожирение III степени.

**Сопутствующие заболевания:** ИБС: стабильная стенокардия, ФК I. ХСН I ФК по NYHA (I стадия по Стражеско-Василенко). Гипертоническая болезнь, риск IV. Гипертензивная ангиопатия сетчатки. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Нарушение толерантности к глюкозе.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

**1. Основное заболевание** - первичный полиостеоартроз ставится на основании жалоб пациентки, данных анамнеза, объективного и инструментального обследования:

* характерный возраст манифестации заболевания (по-видимому, эпизоды поражения суставов в детстве и в молодом возрасте имели другую природу), по данным анамнеза пациентка отмечает возникновение болей данного характера в возрасте 35-38 лет
* у пациентки имеется ожирение Ш степени, что является фактором, провоцирующим развитие остеопороза
* пораженные суставы (межфаланговые суставы кисти, локтевые, плечевые, коленные и голеностопные суставы, шейный отдел позвоночника) типичны для остеоартроза
* боли в суставах носят преимущественно механический характер (боль усиливается при физической нагрузке и проходит в покое, преимущественно боль беспокоит в первую половину ночи)
* пациентка отмечает стартовый характер боли (боль в суставах возникает при физической нагрузке, затем в процессе интенсивность боли постепенно уменьшается)
* боли становятся более продолжительными при обострении синовита (пациентка отмечает в эти периоды дефигурацию суставов, отек, повышение местной температуры) и длятся всю ночь
* в анамнезе у пациентки имеется эпизод резкой боли в левом коленном суставе по типу «блока сустава» при подъеме по лестнице, из-за которой пациентка была вынуждена на длительный период полностью прекратить движение
* у пациентки имеется утренняя скованность в пораженных суставах, продолжительностью более 30 минут
* в пораженных суставах при объективном осмотре наблюдается дефигурация, ограничение подвижности, болезненность при пальпации и движениях, хруст и крепитация. В дистальных межфаланговых суставах кистей - узелки Гебердена.
* в анализах - повышение воспалительных и острофазовых показателей (СОЭ, серомукоиды, СРБ), что может указывать на наличие синовита
* первичный тип остеоартроза устанавливается на основании того, что пациентка не имела каких-либо травм или операций в области пораженных суставов. Также на первичный тип указывает наличие узелков Гебердена и данных семейного анамнеза, по которым мать пациентки имела сходное поражение суставов кисти (заболевание передается по наследству по женской линии).
* II рентгенологическая стадия поражения коленных суставов ставится на основании рентгенологических признаков (сужение суставной щели менее 50%, субхондральный остеосклероз, наличие формирующихся остеофитов).
* Медленнопрогрессирующее течение остеоартроза ставится на основании того, что заболевание у пациентки развивалось постепенно в течение 20 лет и не привело к значительным деформациям и нарушению функции в пораженных суставах
* Нарушение функции суставов I степени ставится на основании того, что у больной сохранена профессиональная способность

Таким образом, у данной пациентки имеются все диагностические критерии (боли в суставах во второй половине дня и первой половине ночи, боли механического характера, деформация суставов за счет узелков Гебердена, по данным рентгенографии - сужение суставной щели, остеосклероз, остеофитоз), позволяющие поставить диагноз остеоартроза.

**2. Фоновое заболевание** - ожирение III степени, ставится на основании подсчета ИМТ (42,5) и индекса Пинье (-56). Ожирение является фоновым заболеванием для остеоартроза в связи со значительно повышающейся нагрузкой на суставы.

**3. Сопутствующие заболевания**

*а) ИБС: стабильная стенокардия ФК I. ХСН II ФК по NYHA (I стадия по Стражеско-Василенко) ставится на основании:*

* жалоб на боли в области сердца колющего, сжимающего характера, возникают при стрессах и чрезмерной физической нагрузке. Боль самостоятельно проходит в покое в течение 5-10 минут, никаких лекарственных препаратов для купирования боли пациентка не принимает.
* Функциональный класс стенокардии I ставится на основании того, что приступы стенокардии возникают у пациентки только при очень сильной физической нагрузке и стрессе, не ограничивая обычной физической активности
* ХСН ставится на основании жалоб пациентки на одышку инспираторного характера, возникающую при физической нагрузке (при подъеме на 2 и более лестничных пролета), проходящую в покое,
* I ФК ХСН по NYHA ставится на основании того, что симптомы ХСН незначительно ограничивают обычную физическую активность пациентки и отсутствуют в покое (появление инспираторной одышки при подъеме по лестнице).
* I стадия ХСН по Стражеско-Василенко ставится на основании того, что ХСН протекает латентно и симптомы (инспираторная одышка) возникают только при физической нагрузке

*б) Гипертоническая болезнь, риск IV ставится на основании:*

* жалоб пациентки на головные боли сжимающего характера в лобно-височной и затылочной области, возникают при повышении артериального давления свыше 140\90 мм.рт.ст., при стрессах и физической нагрузке. Головная боль сопровождается сердцебиением, головокружениями. Давление держится стабильным (120-130 мм.рт.ст) при постоянном приеме Конкора по ½ таблетке 1 раз в день.
* данных анамнеза о повышении у пациентки АД до 220\100 мм.рт.ст.
* Степень артериальной гипертензии не устанавливается в связи с тем, что пациентка постоянно принимает гипотензивные препараты.
* Риск IV ставится на основании наличия у пациентки факторов риска (возраст старше 55 лет, повышение уровня холестерина более 6,5 ммоль\л, дислипопротеинемия, отягощенный по сердечно-сосудистым заболеваниям семейный анамнез), поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка по данным ЭКГ), наличия ассоциированных заболеваний (ИБС, гипертоническая ангиопатия сетчатки, нарушение толерантности к глюкозе).

*в) Варикозная болезнь болезнь вен нижних конечностей ставится на основании:*

* жалоб пациентки на наличие варикозных узлов на медиальной поверхности правой голени, на обеих голенях - множественных сосудистых звездочек, на отеки ног до уровня колена, возникающие к вечеру и самостоятельно проходящие к утру.
* данных объективного осмотра - наличие в области голеней сосудистых звездочек и расширенной подкожной венозной сети, на внутренней поверхности правой голени - темно-синих узлы варикозно расширенных вен без признаков воспаления.

*г) Нарушение толерантности к глюкозе ставится на основании:*

* данных анамнеза, по которым в апреле 2005г. при плановом обследовании обнаружено повышение уровня глюкозы до 6,1 ммоль\л.
* консультации эндокринолога (метаболический синдром: ожирение III степени, нарушение толерантности к глюкозе).

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

После установления клинического диагноза необходимо провести дифференциальный диагноз между первичным полиостеоартрозом и ревматоидным артритом в связи со сходной клинической картиной:

*Сходство:* у пациентки имеется поражение типичных для РА суставов (кисти, коленных), наличие у пациентки утренней скованности в суставах продолжительностью более 60 минут, признаки артрита 3 и более суставов, артрит суставов кисти, симметричный артрит, повышение в крови уровня воспалительных и острофазовых показателей (СОЭ, СРБ, серомукоиды).

*Отличие:* у данной пациентки в процесс вовлечены также голеностопные суставы и шейный отдел позвоночника, что при РА наблюдается редко и только на поздних стадиях при быстропрогрессирующем течении заболевания. Не смотря на длительное течение заболевания отсутствуют деформации пораженных суставов и значительное ограничение функции. Боли в суставах носят преимущественно механический характер, что при Ра не наблюдается. У пациентки никогда не наблюдалось ревматических узелков, а на дистальных фалангах имеются узелки Гебердена, что является характерным признаком остеоартроза. У пациентки также отсутствуют системные поражения, которые обычно развиваются при длительном течении РА. На рентгенограмме отсутствуют характерные для РА признаки (остеопороз, эрозии, деформации и анкилозы), однако имеются все типичные признаки остеоартроза (остеосклероз, сужение суставной щели, остеофиты).

На основании дифференциального диагноза у данной пациентки можно исключить наличие ревматоидного артрита. Для точного исключения РА необходим анализ на ревматоидный фактор, который при остеоартрозе отсутствует.

**ЛЕЧЕНИЕ**

На догоспитальном этапе у пациентки наблюдались следующие ошибки в лечении:

* пациентке не проводилось должное обследование и лечение, не был правильно установлен диагноз, в связи с чем не применялись базисные препараты.
* пациентке проводилось только симптоматическое лечение НПВС и местными процедурами на область пораженных суставов.
* у пациентки в качестве симптоматической терапии был использован индометацин, применение которого при остеоартрозе противопоказано, т.к. препарат ухудшает метаболизм хряща.
* длительное время пациентке не проводилась адекватная коррекция артериальной гипертонии, в связи с чем заболевание прогрессировало.
* лечение ИБС не проводилось.

Современные подходы к лечению остеоартроза складываются из следующих принципов: базисная терапия (предотвращает дальнейшую дегенерацию хряща), улучшение метаболизма хряща, уменьшение реактивного синовита, улучшение функции суставов.

**Базисная терапия** предполагает прежде всего разгрузку пораженных суставов, что предусматривает уменьшение нагрузки на сустав (пациенту запрещают длительную ходьбу, стояние на ногах, поднятие тяжестей, частые подъемы и спуски по лестницам) и нормализацию массы тела, что особенно актуально у данной пациентки. К лекарственным препаратам базисной терапии относятся румалон, артрон, артепарон, мукартрин. Данные препараты являются экстрактами биологически активных веществ нормального хряща, улучшают метаболизм хондроцитов и повышают их резистентность к факторам агрессии. Хондропротекторы назначаются повторными курсами через 6 месяцев в течение нескольких лет, возможно внутримышечное, внутрисуставное введение и пероральный прием. Современные направления - внутрисуставное введение ингибиторов ферментов (гордокс, ингитрил, контрикал) и применение искусственной синовиальной жидкости, которая улучшает конгруэнтность суставов и уменьшает дегенерацию суставного хряща.

**Для улучшения микроциркуляции** в субхондральных отделах кости и синовии используют курантил, трентал, теоникол. Также метаболизм хряща улучшает большой перечень физиотерапевтических процедур (индуктотермия, ультразвуковая терапия, микроволновая терапия, электрофорез и т.д.).

**Уменьшение реактивного синовита** предполагает использование НПВС.Препараты применяют в основном в течение 5-6 дней до купирования признаков синовита, так как многие НПВС при длительном приеме способствуют дегенерации хряща. Предпочтительно использование короткоживущих быстровыводящихся препаратов. Считается, что пироксикам и вольтарен лишены дегенеративного влияния на хрящ. При активном процессе либо невозможности приема НПВС может быть использовано внутрисуставное введение глюкокортикоидов, но не более 1 раза в 3 месяца в один сустав. Для лечения синовита также применяют физиотерапевтические процедуры с противовоспалительным действием (УФо, УВЧ, магнитотерапия, фонофорез и т.д.). Широко применяются местные методы лечения - аппликации противовоспалительных и болеутоляющих мазей, компрессы.

**Улучшение функции сустава** включает ЛФК и массаж. Занятия ЛФК проводятся по щадящей методике в режиме разгруженных суставов (лежа, сидя в бассейне) с максимальным использованием дыхательных упражнений, дифференцированной разработкой ослабленных мышц, чередованием активных и пассивных движений с изометрическим сокращением мышц, обучением больных расслаблению мышц, особенно при наклонности к периартритам и контрактурам. Массаж играет большую роль в восстановлении функции суставов, но он должен быть щадящим, особенно при наличии периартрита. Массаж регионарных мышц укрепляет эластичность тканей, улучшает венозное кровообращение, расслабляет мышечный спазм, снижает повышенную нервную возбудимость.

На санторно-курортное лечение направляются больные остеоартрозом I и II степени активности без синовита или при нерезком его обострении. Показаны грязевые курорты с хлоридными, натриевыми и другими минеральными водами (Баллоне, Бердянск, Друскининкай, Евпатория, Краинка, Липецк, Нальчик, Одесса, Пятигорск, Саки, Светлогорск), грязевые курорты с сероводородными водами (Арчман, Бакирово, Балдоне, Пятигорск), курорты с радоновыми водами (Белокуриха, Пятигорск, Цхалтубо, Хмельники), курорты с азотными слабоминерализованными кремнистыми термальными водами (Иссык-Куль, Горячинск, Джалал-Абад). На курортное лечение не направляются больные остеоартрозом III степени с резким обострением синовита и общими противопоказаниями к курортному лечению.

**Обоснование лечения на госпитальном этапе:**

* 1. Rp.: Sol. Rumaloni - 1ml

D.t.d. № 25

S.: вводить глубоко внутримышечно по 1ml через день, 25 инъекций на курс.

Румалон - препарат базисной терапии остеоартроза, экстракт хряща и костного мозга молодых животных. Препарат содержит биологически активные вещества матрикса хряща - пептиды, протеогликаны, аминокислоты, нуклеотиды, хондроциты, клетки костного мозга. Препарат стимулирует синтез гликозаминогликанов хондроцитами в поврежденном хряще, увеличивает синтез гиалуроновой кислоты, тормозит распад гликозаминогликанов и хондроцитов, улучшает состав синовиальной жидкости и смазку суставов.

1. Rp.: Tab. «Voltareni-retard» 0,1

D.t.d. № 20

S.: принимать по 1 таблетке 1 раз в день.

Вольтарен-ретард относится к группе НПВС, применяется для купирования боли и явлений реактивного синовита. Препарат является пролонгированной формой диклофенака-натрия, не оказывает дегенеративного действия на хрящ.

1. Rp.: Tab. «Concor» 0,005

D.t.d. № 20

S.: принимать по 1 таблетке 1 раз в день (утром натощак или во время завтрака) неразжевывая.

Конкор (бисопролол) - препарат группы β1-адреноблокаторов, у данной пациентки назначен для лечения артериальной гипертензии. Кроме этого, препарат оказывает положительное действие при ИБС и ХСН, которые также имеются у больной. Максимальное действие развивается через 1-3 часа после приема внутрь и продолжается в течение 24 часов. Требуется осторожность при приеме в связи с тем, что у пациентки имеется нарушение толерантности к глюкозе и ей дополнительно назанчены сахаропонижающие препараты, а конкор может усугубить гипогликемию.

1. Rp.: Tab. «Formin-pliva» 0,85

D.t.d. № 20

 S.: принимать по 1 таблетке 2 раза в день

Препарат группы бигуанидов, назначен эндокринологом в связи с имеющимся нарушением толерантности к глюкозе у данной больной. Усиливает периферическую утилизацию глюкозы, тормозит глюконеогенез в печени, уменьшает всасывание глюкозы из ЖКТ, в результате чего снижает повышенный уровень глюкозы в крови

1. Режим общий
2. Диета № 8 (гипокалорийная, со сниженным содержанием углеводов) назначена в связи с тем, что пациентка имеет выраженный избыток массы тела, что крайне усугубляет течение как основного заболевания, так и сопутствующих. Пациентке реокмендуется придерживаться диеты до достижения массы тела, приближенной к нормальной. Также рекомендуется проведение разгрузочных дней (яблочных, арбузных, творожных и т.д.).
3. Массаж области пораженных суставов для улучшения микроциркуляции и питания как окружающих тканей (способствует снятию напряжения мышц и болевого синдрома), так и непосредственно самого сустава.
4. Микроволновая терапия на область пораженных суставов №10, назначается для улучшения метаболизма хряща и снятия явлений реактивного синовита. Наличие у пациентки ИБС не является противопоказанием для микроволновой терапии.

За период прибывания пациентки в стационаре наблюдается значительное улучшение состояния пациентки: почти полностью прошли боли в пораженных суставах, уменьшились признаки реактивного синовита (уменьшилась дефигурация и гипертермия суставов), восстановилась подвижность. Удалось снизить массу тела пациентки на 10,5 кг. Отеки ног и лица полностью прошли, одышка при физической нагрузке больную практически не беспокоит. Пациентка отмечает улучшение общего состояния, хороший сон. На момент окончания курации пациентка находится в клинике, лечение продолжает.

**ПРОГНОЗ**

Первичный остеоартроз на сегодняшний день является хроническим заболеванием (неизлечим), и при эффективном лечении можно добиться только уменьшения прогрессирования заболевания, устранить симптомы воспаления в пораженных суставах, не допустить формирования стойких деформаций суставов, что обеспечит сохранение функциональной способности пациента. В связи с этим прогноз на выздоровление неблагоприятный. Трудовой прогноз для пациентки в целом благоприятный при условии снижения массы тела до нормальных значений и соблюдения рекомендаций по лечению. Трудоспособность может быть снижена при обострениях реактивного синовита. При остеоартрозе опасных для жизни осложнений не развивается.

**РЕКОМЕНДАЦИИ**

При выписке из стационара пациентке даны следующие рекомендации:

1. Продолжить соблюдать предложенную диету (стол №8) до нормализации массы тела (68-70 кг). После достижения нормальной массы тела рекомендуется соблюдать диету с ограничением количества углеводов. В питание в достаточном количестве должны присутствовать витамины и минеральные вещества.
2. Для разгрузки пораженных суставов избегать длительной ходьбы, стояния на ногах. подъема тяжестей, частых подъемов и спусков по лестнице.
3. Наблюдение у ревматолога поликлиники
4. Через 6 месяцев - повторная госпитализация и проведение курса базисной терпаии препаратами группы хондропротекторов
5. При появлении признаков реактивного синовита (отек, боли в суставах, повышение местной температуры) принимать Вольтарен-ретард по 1 таблетке 1 раз в день в течение 5-6 дней до стихания симптомов.
6. Продолжить прием Конкора по 1 таблетке (0,005 гр) 1 раз в день утром натощак или во время завтрака, не разжевывая.
7. Постоянный контроль АД.
8. Продолжить прием Формин-плива (0,85 гр) по 1 таблетке 2 раза в день.
9. Наблюдение эндокринолога в поликлинике.
10. Обследование у гинеколога по поводу диффузных изменений миометрия (по данным УЗИ)
11. Обследование у хирурга и лечение варикозной болезни вен нижних конечностей.
12. Обследование и лечения у окулиста по поводу начальной катаракты обоих глаз