**ГБОУ ВПО Алтайский Государственный медицинский университет**

# Кафедра госпитальной и поликлинической терапии с курсом эндокринологии

Зав. Кафедрой: д. м. н, профессор Лычев В.Г.

Преподаватель: к.м.н доцент Гатаулина О.В.

Куратор: студент 523 группы Костырко А.А.

**Академическая история болезни**

Больная О.Н.Ю., 40 лет.

Клинический диагноз: Полиартрит с выраженным болевым синдромом, не уточненной этиологии.

Сопутствующий диагноз: Хроническая железодефицитная анемия с невыясненным источником кровопотери.

Барнаул 2015

***Паспортная часть:***

1. Ф.И.О.: О.Н.Ю.
2. ВОЗРАСТ: 40 лет.
3. ГОД РОЖДЕНИЯ: 23.05.1975 год
4. МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА: Алтайский край, г. Барнаул
5. ВРЕМЯ ПОСТУПЛЕНИЯ: 28.05.2015 год
6. ВРЕМЯ КУРАЦИИ: 28.05.15 г. – 7.06.15г.
7. МЕСТО РАБОТЫ: лудинг – барнаул.

***Жалобы:***

-сильную боль, ломоту в суставах (межфаланговых, лучезапястных, локтевых, плечевых, голеностопных, коленных).

- припухлости в области кистевых суставов.

- утренняя скованность.

- постоянный субфебрилитет (37,1-37,3С.

- периодическое ночное потоотделение

**Дополнительные жалобы и их детализация:**

Система органов дыхания:

Носовое дыхание не затруднено, насморка нет.

Система органов кровообращения:

Давящие боли в области сердца. Отеков не отмечает.

Система органов пищеварения:

Снижение аппетита, возникновение изжоги после приема пищи, которая купируется самостоятельно, вкус не извращен, неприятного запаха изо рта нет. Тошноты и рвоты нет. Стул регулярный, 1-2 раза в сутки, не изменен.

Половая система:

Половая функция снижена. Болей в области наружных половых органов нет.

Эндокринная система:

В последний месяц без изменений. Отмечает повышенную потливость.

Нервная система:

Отмечает нарушение ночного сна в связи с болями в области суставов; жалобы на наличие головных болей не предъявляет; настроение спокойное, ровное; жалоб на ухудшение состояния зрения, слуха, памяти, речи не предъявляет.

**Заключение:**

На основании жалоб предъявляемых больной, можно предположить, что в данный патологический процесс вовлечена костно – суставная система, так как есть суставной синдром; а также нужно отметить наличие интоксикационного синдрома (Общая слабость, связанная с повышением температуры до субфебрильных цифр (38,С)).

***ANAMNAESIS MORBI:***

Заболевание манифестировало в феврале 2015 года. Появились жалобы на припухлость, суставов правой кисти. Затем появилось ограничение подвижности в этих суставах. Через месяц присоединилась боль и ломота в суставах другой кисти, локтевых и плечевых суставах. Затем в течение месяца появились аналогичные симптомы со стороны голеностопных и коленных суставов.

По утрам больная ощущала скованность в суставах, ограничение их функции. Все это время у больной была субфебрильная температура. Своё заболевание ни с чем не связывает. С данной симптоматикой обратилась в больницу. Госпитализирована для уточнения диагноза и подборки адекватной терапии.

***ANAMNAESIS VITAE:***

Родилась доношенным ребенком, развивалась соответственно возрасту. Образование среднее. Работает в фирме по продаже алкогольной продукции . Материально – бытовые условия удовлетворительные. Проживает с мужем и дочерью в благоустроенном доме. Питание полноценное, сбалансированное. В семье никто не болеет.

Наследственность не отягощена. У родственников подобных заболеваний отрицает.

Перенесенные заболевания – простудные. Туберкулез, сифилис, эндокринные заболевания, злокачественные новообразования отрицает. Аллергических заболеваний и реакций нет.

Медикаментозную непереносимость отрицает.

Гемотрансфузий не проводилось

Не курит.

Алкоголем не злоупотребляет.

***Вывод:*** Из данных анамнеза жизни не выявлено предрасполагающих факторов в развитии заболевания.

***STATUS PRАESENS COMMUNIS:***

*Общее состояние больной* средней степени тяжести. Положение в постели активное. Сознание ясное. Поведение адекватное. Конституция: нормостеническая. Масса тела 60 кг. Рост 160 см.. Индекс массы тела 24. Кожные покровы обычной окраски, обычной влажности, тургор и эластичность соответствуют возрасту. Слизистая оболочка конъюнктивы, носа, губ, полости рта розового цвета, чистая, влажная, сыпи нет. Ногтевые пластины без деформаций. Оволосение по женскому типу. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Подкожно – жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет. Глазная щель не сужена, зрачки одинаковой величины и формы, реакция зрачков на свет одновременная, равномерная. Слезотечение, конвергенция отсутствует. Нос не деформирован. Губы бледно-розового цвета, сухие, без трещин. Суставы нормальной конфигурации, движения в суставах ограничены, болезненны при пальпации, температура кожи над суставами не изменена. Общее развитие мышечной системы и тонус мышц нормальный. Болезненности при ощупывании мышц нет, атрофии и уплотнений не обнаружено. Шея симметричная, щитовидная железа визуально не определяется, не пальпируется.

*Система органов дыхания:*

Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка нормостеническая, симметричная, искривлений позвоночника нет. -Над и -подключичные ямки умеренно выраженные, одинаковые с обеих сторон. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ход ребер обычный. Тип дыхания - смешанный. Дыхание, ритмичное, частота дыхания 20 дыхательных движений в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Грудная клетка эластична, целостность ребер не нарушена. Болезненности при пальпации нет. Межреберные промежутки не расширены. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон. Над легочными полями выслушивается ясный легочный звук. Хрипов не обнаруживаю.

Нижняя граница правого легкого определяется по правой:

Окологрудинной линии -VI межреберье;

по правой среднеключичной -VI ребро;

по средней подмышечной -VII ребро;

по задней подмышечной -IX ребро;

по правой лопаточной -X ребро;

по околопозвоночной остистый отросток XI vert. thor.

Нижняя граница левого легкого определяется по левой:

по средней подмышечной VII ребро;

по задней подмышечной IX ребро;

по правой лопаточной X ребро;

по околопозвоночной остистый отросток XI vert. thor.

## 

Аускультация: Над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов или крепитации нет.

Sаt: 97%

*Сердечно - сосудистая система:*

Сердечный толчок не определяется, грудная клетка в месте проекции сердца не изменена, верхушечный толчок визуально не определяется, систолического втяжения межреберной области на месте верхушечного толчка нет, патологических пульсаций нет. Верхушечный толчок определяется 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье без патологий. Сердечный толчок Пальпаторно не определяется.

Пульс на обоих лучевых артериях равномерный, твердый, хорошего наполнения и напряжения : частота 76 в мин.,

АД одинаково на обеих руках 120/80 рт. ст. Дефицит пульса отсутствует.

Аускультация: Тоны ясные. Расщепление и раздвоение тонов, ритма галопа и ритма перепела не выявлено. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено.

1. Граница сердца определяется:

правая - по окологрудинной линии в IV межреберье справа,

верхняя - III ребро,

левая - 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье.

*Частота сердечных сокращений 76 уд. в мин.*

*Система пищеварения:*

Слизистая оболочка полости рта и глотки розовая, чистая, влажная.

Миндалины не выступают из-за небных дужек, лакуны не глубокие, без отделяемого из них. Передняя брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики кишечника и желудка нет, грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен живота не определяются. При пальпации выявляется болезненность по левому флангу брюшной полости, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не увеличено, симптом флюктуации отсутствует. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный.

1. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотного тяжа, безболезненна, не урчит при пальпации. Толщина 3 см. Подвижна.

2. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого эластичного цилиндра толщиной 3 см, не урчит. Подвижна. Аппендикс не пальпируется.

3. Восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правой подвздошной области в виде безболезненного тяжа шириной 3 см, эластична, подвижна, не урчит.

4. Нисходящая часть ободочной кишки пальпируется в левой подвздошной области в виде тяжа эластичной консистенции шириной 3 см, безболезненна, подвижна, не урчит.

5. Поперечная ободочная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 2 см, подвижна, безболезненна, не урчит.

6. Большая кривизна желудка определяется на 4 см выше пупка. При пальпации большая кривизна определяется в виде валика эластичной консистенции, безболезненна, подвижна.

Определяется высокий тимпанический звук. Симптом Менделя отсутствует. Свободная жидкость или газ в брюшной полости не определяется. Выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют, расширения кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют.

Нижний край печени закругленный, ровный, эластичной консистенции.

|  |
| --- |
|  |

Граница абсолютной тупости печени:

Верхняя:

по l.parasternalis dexra - верхний край VI ребра.

по l.medioclavicularis dextra VI ребро.

по l.axillaris ant. Dextra VII ребро.

по l.scapularis dextra IX ребро.

по l.paravertebralis dextra X ребро

Нижняя:

по l.parasternalis sinistra край ребрной дуги.

по l.medialis anterior на границе 1\3 расстояния от мечевидного отростка до пупка.

по l.parasternalis dextra на 2см. ниже реберной дуги.

по l.medioclavicularis dextra реберная дуга.

по l.axillaris anterior dextra X ребро.

Высота печеночной тупости:

по l.axillaris anterior dextra 10см.

по l.medioclavicularis dextra 9см.

по l.parasternalis dextra 8см.

Размеры печени по Курлову: 11/ 9,5 / 8,5 см.

|  |
| --- |
|  |

При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье в фазе вдоха выпячивания и фиксации этой области не обнаружено. Желчный пузырь не прощупывается. Симптом Ортнера отрицательный. Пальпаторно селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не определяется.

*Мочеполовая система:*

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. При бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении почки не определяются. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 – 4 раза в сутки. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

*Эндокринная система:*

Щитовидная железа не увеличена при пальпации безболезнена, мягко-эластичной консистенции. Симптомов гипертиреоза нет. Вторичные половые признаки развиты по женскому типу.

*Нервная система:*

Поведение больной адекватное, речь правильная, мышление логичное, больная спокойна, полностью ориентирована во времени и пространстве. Координация движений не нарушена. Проба Ромберга отрицательна, тремор конечностей отсутствует. Сухожильные и кожные рефлексы вызываются легко, живые, без особенностей. Сознание больной ясное. Навязчивых идей, аффектов и особенностей поведения нет.

Болевая, тактильная, температурная чувствительность не нарушена.

Зрачки круглой формы, средних размеров. Реакция на свет прямая, живая, содружественная, Аккомодация и конвергенция не нарушена. Движения глазных яблок в полном объеме.

Status Localis: Суставы нормальной конфигурации, движения ограничены в кистевых, локтевых и пястно – фаланговых суставах, болезненны при пальпации, температура кожи над суставами не изменена. Общее развитие мышечной системы и тонус мышц нормальный. Болезненности при ощупывании мышц нет, атрофии и уплотнений не обнаружено.

***Предварительный диагноз***

Учитывая:

- жалобы больной на слабость, недомогание, сильную боль и ломоту в суставах а так же утреннюю скованность в суставах. Из данных симптомов можно выделить интоксикационный и суставной синдром.

- данные анамнеза, а именно появились жалобы на **припухлость суставов** правой кисти. Затем появилось ограничение подвижности в этих суставах. **Через месяц присоединилась боль и ломота в суставах другой кисти, локтевых и плечевых суставах**. Затем в течение месяца появились аналогичные симптомы со стороны голеностопных и коленных суставов.

**По утрам больная ощущала скованность в суставах, ограничение их функции**. Все это время у больной была **субфебрильная температура**.

- данные объективного обследования: При обследовании костно – суставного аппарата выявлено – суставы нормальной конфигурации, движения ограничены в кистевых, локтевых и пястно – фаланговых суставах, болезненны при пальпации, температура кожи над суставами не изменена. Общее развитие мышечной системы и тонус мышц нормальный. Болезненности при ощупывании мышц нет, атрофии и уплотнений не обнаружено.

Данная клиническая картина характерна для ревматоидного артрита. Но необходимо проводить дифференциальную диагностику с группой воспалительных артритов, при которых наблюдается моно- или олигоартрит нижних или верхних конечностей. Железодефицитная анемия может быть проявлением системного процесса, это тоже нужно обязательно учитывать. Так как при системных патологиях, таких как ревматоидный артрит , присутствует поражение ЖКТ и проявляется это синдромом мальабсорбции, будет нарушено всасывание железа, отсюда возможно появление железодефицитной анемии.

|  |
| --- |
|  |

Диагностические критерии ревматоидного артрита (Американская ревматологическая ассоциация, 1987 г.).

Диагноз ревматоидного артрита ставят при наличии не менее четырех из перечисленных ниже критериев:

- Утренняя скованность в течение I ч и более, сохраняющаяся по крайней мере 6 нед

- Увеличение объема трех и более суставов в течение по крайней мере 6 нед

- Увеличение объема лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов в течение по крайней мере 6 нед

- Симметричность поражения суставов

- Типичные изменения, выявляемые при рентгенографии кистей: эрозии суставных поверхностей и остеопороз

|  |
| --- |
|  |

- Ревматоидные узелки

- Наличие ревматоидного фактора в сыворотке

***План дополнительных методов обследования***

1. Общий анализ крови  
2. Общий анализ мочи  
3. Биохимический анализ крови( мочевина, креатинин, билирубин, общий белок, АлАт, АсАт, ЩФ, ГГТП)  
4. Рентгенография кистевых суставов, плечевых и локтевых суставов.  
5. РФ, ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы).  
6. ЭКГ (для исключения сердечной патологии).   
7. ФГДС  
8. РВГ  
9. Сахар крови

|  |
| --- |
|  |

***Результаты дополнительных методов обследования***

1.Общий анализ крови :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | результат | норма |
| Эритроциты | 3.65 | 4-5,5\*10 12/л |
| Гемоглобин | 101 г/л | 130-160 г/л |
| Тромбоциты | 312 | 180-400 тысяч |
| Лейкоциты | 3.8 | 6-8 тысяч |
| Эозинофилы | 2 | 1-5 |
| Палочкоядерные | 5 | 1-4 |
| Сегментоядерные | 57 | 47-72 |
| Лимфоциты | 32 | 24-40 |
| Моноциты | 4 | 3-9 |
| СОЭ | 40 | 2-10 мм/час |

Заключение: Легкая железодефицитная анемия. Повышение СОЭ – это реакция крови на воспаление. Степень увеличение СОЭ определяется распространенностью и тяжестью процесса. СОЭ не является специфическим показателем, так как может появляться практически при всех острых воспалительных процессах в организме (грипп, ангина и др.).

2.Биохимический анализ крови :

Общий билирубин- 9,0 мкмоль/л

Мочевина – 9,1 ммоль/л

К+ - 4,65 ммоль/л

Na+ - 141ммоль/л

СРБ – +++

Общий белок – 65,9 г/л

Трансаминазы: АсАТ 0, 38 мкмоль/ч

АлАТ 0, 68мкмоль/ч

***Заключение:*** наблюдается резкое повышение уровня СРБ (повышение уровня показателей возможно при различных заболеваниях воспалительного характера).

3. Коагулограмма:

ПТИ – 112%

Фибриноген – 5,4 г/л

Этанол. тест - отриц

МНО – 0,9

4. Общий анализ мочи :

Количество – 1000,0

Цвет: соломенно-желтый

Уд. вес – 1023, прозрачная,

Белок и сахар – отрицательно.

Микроскопия осадка: эпителиальные клетки плоские – 1-2 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты – 1-2.

***Заключение:*** показатели в пределах нормы.

5.Серологические исследования :

Пробы на вирусы гепатита В и С, ВИЧ, RW – отрицательны.

6.ЭКГ (29.05.15)

ЧСС- 84 уд/мин, RII > RI > RIII, RIII < SIII, P – 0.1// , PQ – 0.14//,

QRS – 0.09//, QT – 0.4 (д – 0.37//), T – без особенностей,

ST – на изолинии.

**Заключение:** Ритм синусовый, ЧСС-84 уд/мин. Вертикальное положение ЭОС. Умеренные метаболические изменения в миокарде ЛЖ.

7. Rg – суставов кистей и плечевых суставов: Костно – деструктивных изменений нет. Контуры ровные, суставные поверхности конгруэнтны, суставная щель не изменена.

Заключение: Патологического процесса не выявлено.

***Клинический диагноз и его обоснование***

Учитывая:

жалобы больной на слабость, недомогание, сильную боль и ломоту в суставах а так же утреннюю скованность в суставах. Из данных симптомов можно выделить интоксикационный и суставной синдром.

- данные анамнеза, а именно появились жалобы на **припухлость суставов** правой кисти. Затем появилось ограничение подвижности в этих суставах. **Через месяц присоединилась боль и ломота в суставах другой кисти, локтевых и плечевых суставах**. Затем в течение месяца появились аналогичные симптомы со стороны голеностопных и коленных суставов.

**По утрам больная ощущала скованность в суставах, ограничение их функции**. Все это время у больной была **субфебрильная температура**.

- данные объективного обследования: При обследовании костно – суставного аппарата выявлено – суставы нормальной конфигурации, движения ограничены в кистевых, локтевых и пястно – фаланговых суставах, болезненны при пальпации, температура кожи над суставами не изменена. Общее развитие мышечной системы и тонус мышц нормальный. Болезненности при ощупывании мышц нет, атрофии и уплотнений не обнаружено.

***Проведено обследование:***

*Лабораторные методы исследования:*

-Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, эритроцитов, тромбоцитов, определением гемоглобина, СОЭ, с целью выявления изменений, свойственных для воспаления;

-Биохимический анализ крови (глюкоза, креатинин, СРБ);

-Общий анализ мочи;

-Серологические исследования: пробы на вирусы гепатита В и С, ВИЧ, RW;

*Инструментальные методы исследования:*

-Рентгенография кистевых и плечевых суставов

-ЭКГ в 12 отведениях(чтобы исключить патологические изменения со стороны сердца);

Но для постановления диагноза ревматоидного артрита нужно обязательно провести анализ на РФ. Заключение: пока диагноз звучит следующим образом – Полиартрит с выраженным болевым синдромом, не уточненной этиологии.

Сопутствующий диагноз: Хроническая железодефицитная анемия с невыясненным источником кровопотери.

***Дифференциальный диагноз***

Ревматоидный артрит (РА). Заболевание встречается преимущественно у женщин в возрасте 45 лет и старше. В начальном периоде характерно симметричное поражение мелких суставов кистей и стоп, затем в процесс могут вовлекаться лучезапястные, локтевые, коленные и голеностопные суставы. Важными диагностическими симптомами ревматоидного артрита является утренняя скованность более 1 ч, увеличение СОЭ, наличие диагностических титров ревматоидного фактора, высокий уровень СРБ, иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов. Для диагностики заболевания важное значение имеет характерная рентгенологическая картина (околосуставной остеопороз, кистовидная перестройка костной ткани, сужение суставных щелей и наличие узур). Кроме суставного синдрома, у больных ревматоидным артритом наблюдаются и системные проявления - лихорадка, снижение массы тела, периферическая лимфоаденопатия, спленомегалия, поражение кожи, легких, почек, глаз, анемический синдром, тромбоцитоз и др.  
  
Диагностические трудности возникают в случае раннего ревматоидного артритоа. Абсолютно специфических лабораторных тестов, с помощью которых можно было бы провести дифференциальную диагностику между ревматоидным и реактивным артритом, не существует, за исключением антифилаггриновых антител, являющихся специфичными для ревматоидного артрита. Диагностическими критериями раннего ревматоидного артрита являются 3 и более припухших суставов, артрит проксимальных межфаланговых/пястно-фаланговых суставов, утренняя скованность на протяжении 30 мин и более. Особенностью течения раннего ревматоидного артрита является то, что рентгенологические изменения суставов могут наблюдаться еще до развития выраженной манифестации заболевания.  
  
Для псориатического артрита характерным является суставной синдром, однако поражаются не крупные суставы нижних конечностей, а дистальные межфаланговые суставы кистей и стоп. При этом нередко наблюдается осевой тип поражения (три сустава одного пальца). Отличительным признаком являются типичные псориатические изменения кожи, поражения ногтей, а также «мумификация» рук и «колбасовидная» форма пальцев. Кроме того, для псориатического артрита характерно развитие суставных деформаций, рентгенологически диагностируется остеолиз и деструкция костей, сакроилеит, развитие паравертебральных оссификаций.  
  
Подагрический артрит чаще встречается у мужчин в возрасте 40-50 лет. Характерными признаками заболевания являются гиперурикемия (уровень мочевой кислоты в крови у мужчин выше 0,42 ммоль/л и у женщин - 0,36 ммоль/л), типичная острая суставная атака с поражением I пальца стопы, голеностопных и лучезапястных суставов. При хроническом течении подагры в области ушных раковин и в околосуставных областях формируются тофусы, рентгенологически выявляются дефекты костной ткани в эпифизах костей по типу «пробойников», нередко развивается подагрическая нефропатия. В синовиальной жидкости и биоптатах синовиальной оболочки суставов у больных подагрой обнаруживаются кристаллы мочевой кислоты.  
  
Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Дебют заболевания характерен в молодом возрасте, мужчины болеют значительно чаще, чем женщины. Начало постепенное, с появления жалоб на боли и скованность в поясничной области. Боли усиливаются в утренние часы и уменьшаются после физических упражнений и горячего душа. В последующем процесс распространяется на вышележащие отделы позвоночника, развивается его тугоподвижность. Объективно определяется сглаженность или полное исчезновение поясничного лордоза, выявляются положительные симптомы Кушелевского, Форестье, Шобера и Томайера. Рентгенологически диагностируются признаки двустороннего сакроилеита, спондилита, при длительном течении - «квадратизация» позвонков, позвоночник приобретает вид «бамбуковой палки». Диагностические трудности возникают в том случае, если дебют заболевания характеризуется появлением болей в суставах нижних конечностей, энтезопатиями, что при наличии антигена HLA-B27 требует исключения реактивного артрита. Характерная клиническая и рентгенологическая картина, отрицательный тест на хламидии и возбудители кишечных инфекций позволяют исключить реактивный артрит.

***Лечение***

При отсутствии ярких внесуставных проявлений (например, высокой лихорадки, синдрома Фелти или полиневропатии) лечение суставного синдрома начинают с подбора нестероидных противовоспалительных средств:

индаметацина (75 - 150 мг/сут),

[ортофена](http://med-site.narod.ru/v385.htm) (75 - 150 мг/сут),

[напроксена](http://med-site.narod.ru/v387.htm) (500 - 750 мг/сут),

реже [ибупрофена](http://med-site.narod.ru/v384.htm) (1 - 2 г/cут); их применяют длительно (не курсами), годами.

Одновременно в наиболее воспаленные суставы вводят кортикостероидные препараты (гидрокортизон, метипред, кеналог). Иммунокомплексная природа болезни делает показанным проведение курсов плазмафереза, в большинстве случаев дающего выраженный эффект. Нестойкость результатов указанной терапии является показанием к присоединению так называемых

базисных средств: [кризанола](http://med-site.narod.ru/v1271.htm) (34 мг золота, содержащегося в 2 мл 5% или в 1 мл 10% раствора препарата 1 раз в неделю в/м), 0-пеницилламина (купренил, металкаптазе, 300 750 мг/сут), делагила (0,25 г/сут) или сульфасалазина (2 г/сут). Эти препараты действуют медленно, поэтому должны применяться не менее 6 мес, а при отчетливом положительном эффекте лечение ими обязательно продолжается и дальше (годами).  
Кортикостероиды внутрь при отсутствии ярких внесуставных проявлений назначают как можно реже, обычно лишь при выраженных болях в суставах, некупирующихся нестероидными противовоспалительными средствами и внутрисуставным введением кортикостероидов, в небольших дозах, (не более 10 мг/сут [преднизолона](http://med-site.narod.ru/v910.htm)), на небольшой срок и в сочетании с базисными средствами, позволяющими впоследствии уменьшить дозу гормонов и полностью их отменить. Кортикостероиды (преднизолон внутрь 20 - 30 мг/сут, иногда до 60 мг/сут или в виде пульс-терапии: метипред в/в 1 г в течение 3 дней) абсолютно показаны при наличии высокой лихорадки, генерализованного ревматоидного васкулита.

Иммунодепрессанты (хлорбутин - 6 - 8 мг/сут, [азатиоприн](http://med-site.narod.ru/v1267.htm) - 100 - 150 мгlсут, цикпофосфамид - 100 - 150 мгlсут, [метотрексат](http://med-site.narod.ru/v1638.htm) - 2,5 - 7,5 мгlсут в течение одного дня каждой недели) являются препаратами выбора при наличии ярких внесуставных проявлений (полиневропатия, генерализованный васкулит и т. п.), а в других случаях их применяют лишь при неэффективности всей предшествующей терапии. Применение базисных средств лечения ревматоидного артрита должно проводиться под постоянным наблюдением врача, знающего все аспекты действия этих препаратов.  
Важное значение в лечении имеет лечебная физкультура, направленная на поддержание максимальной подвижности суставов и сохранение мышечной массы.  
Физиотерапевтические процедуры (электрофорез нестероидных противовоспалительных средств, фонофорез [гидрокортизона](http://med-site.narod.ru/v907.htm), аппликации [димексида](http://med-site.narod.ru/v395.htm)) и санаторно-курортное лечение имеют вспомогательное значение и применяются лишь при небольшой выраженности артрита.  
При стойком моно- и олигоартрите проводят синовэктомию либо введением в сустав изотопов золота, иттрия и др. , либо хирургическим путем. При стойких деформациях суставов проводят реконструктивные операции.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Таблица 50-5 | | Базисные противоревматические препараты | |
| ***Препарат*** | ***Эффект*** | ***Доза*** | ***Токсичность*** |
| Метотрексат | 1—2 мес | 7,5-15 мг/нед внутрь дробно или парентерально; максимально 17,5-25 мг/нед; фолиевая кислота 1 мг/сут | Поражение ЖКТ, стоматит, сыпь, алопеция, головные боли, поражение печени, редко МС, гиперчувствительный , пневмонит |
| Гндроксихло-рохин | 2-6 мес | 400 мг/сут (6 мг/кг/сут) внутрь в 2 приёма после еды | Редко: сыпь, кожный зуд, диарея, ретинопатия, нейромиопатия |
| Сулъфасалазин | 1—2 мес | 0,5 г/сут внутрь с постепенным увеличением до 2-3 г /сут в 2 приёма после еды | Сыпь, редко МС, поражение ЖКТ, гемолитическая анемия, лейкопения, тромбоцитопения, увеличение содержания печёночных ферментов, олигоспермия |
| Соли золота | 3—6 мес | Вначале пробная доза 10 мг в/м, затем 25 мг; поддерживающая доза 50 мг/нед (суммарная доза 1000 мг); затем 50 мг в 2-4 нед | Сыпь, стоматит, МС, тромбоцитопения, протеинурия, гиперчувствительный пневмонит |
| Азатиоприн | 2-3 мес | 50—100 мг/сут внутрь; максимально допустимая доза 2,5 мг/кг/сут | МС, редко поражение печени, лихорадка, поражение ЖКТ, инфекции (герпес и др.), риск опухолей |
| Пеницилламин | 3-6 мес | 250—500 мг/сут внутрь в 2 приёма с постепенным увеличением до 750-1000 мг/сут | Сыпь, кожный зуд, протеинурия, гематурия, цитопения, гиперчувствительный пневмонит, СКВ, полимиозит, миастения |
| Илклофосфа-мид | 2-3 мес | 50—100 мг/сут внутрь; максимально допустимая доза 2,5 мг/кг/сут | Тошнота, аменорея, МС, геморрагический цистит, риск инфекции и опухолей |
| Циклоспорин | 1—2 мес | < 5 мг/кг/сут | Нарушение функции почек, артериальная гипертензия |

***Прогноз***

**Прогноз при ревматоидном артрите**

Причинами неблагоприятного прогноза при ревматоидном артрите являются длительный период времени между началом болезни и назначением адекватной противоревматической терапии, а также еще ряд факторов:

* раннее поражение крупных суставов;
* высокая активность заболевания, не купирующаяся проводимой иммуно-супрессивной терапией;
* выявление ревматоидных факторов в сыворотке крови больного в течение первого года заболевания;
* раннее появление костных узур;
* носительство антигенов HLA-DR4/DW4.

Неблагоприятный жизненный прогноз определяется прогрессирующим поражением суставов и внутренних органов, а также токсическим воздействием лекарственной терапии. Так, согласно данным зарубежных исследователей, продолжительность жизни больных ревматоидным артритом, по сравнению с популяционной, снижается в среднем на 5-10 лет, а стандартизованный уровень смертности составляет 2,26. Увеличение смертности обусловлено инфекционными осложнениями (острые пневмонии, пиелонефрит), септическими и гнойными процессами, развивающимися на фоне лекарственного (постцитостатического) агранулоцитоза, патологией желудочно-кишечного тракта (кровотечения, перфорации), а также сердечно-сосудистыми катастрофами (инфаркт миокарда, инсульт).