***Паспортная часть:***

Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 59 лет

Домашний адрес: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата поступления в клинику: 11 ноября *1999г.*

***Жалобы на момент курации:***

Больная жалуется на постоянные боли в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей и стоп, в пястнофаланговых, плюснофаланговых, в лучезапястных, локтевых, плечевых, голеностопных, коленных, тазобедренных суставах с двух сторон; Жалобы на болезненность при прикосновении к грудино-ключичному, акромиально-ключичному, грудино-рёберному сочленениям; на ограничение движений, изменения формы в суставах конечностей, утреннюю скованность в течение 2х часов, чувство сердцебиения.

***Anamnesis morbi:***

Считает себя больной с сентября 1972 года, когда появились сильные боли в левом плечевом суставе. Обратилась к хирургу, был выставлен диагноз - миозит. Было проведено лечение в течение 15 дней: ФИЗО, таблетки бутадиона. Осенью в октябре появились боли в правом колене; к врачу не обращалась. Зимой 1972 года появилась боль и припухлость пальцев стоп, за врачебной помощью не обращалась. Весной 1973 года появилась боль в суставах кистей и припухлость, выставлен диагноз – инфекционный полиартрит; лечилась в стационаре. В 1975 году находилась в санатории, где проведено лечение: массаж, нафталановые ванны, лечебная физкультура. После чего отмечает значительное улучшение в течение 3х месяцев. Осенью 1975 года появились вновь боли в плечевом, локтевом, коленном суставах и суставах кистей. Через год проводилось лечение в Евпатории, но эффекта не было. В 1983 году был выставлен диагноз – ревматоидный артрит с поражением сердца. До 1983 года в санатории 4 раза проводилось лечение – радоновые ванны. До 1993 года два раза в год (осенью и весной) лечилась в стационаре. После 1993 года в больнице не лежала, проводила лечение дома “Гербалайфом”.

***Anamnesis vitae:***

Родилась в 1935 году в Ивановской области. До 5 лет были хорошие жилищно-бытовые условия, во время войны условия жизни были плохие; в школе училась с 9 лет, закончила 5 классов. В 16 лет начала работать. С 17 лет проживает в Тюмени, работала в строительной организации штукатуром 30 лет. Менструации с 17 лет, было 4 беременности: 1 роды, 1 аборт, 2 выкидыша. Часто болеет ОРЗ. В семье туберкулёза, сифилиса не было. Злоупотребление спиртными напитками, курение отрицает. Наследственных заболеваний в семье отрицает. В данный момент проживает с мужем в однокомнатной квартире, материально-бытовые условия хорошие. Отмечает аллергические реакции на пенициллин и ортофен.

***Status praesens:***

На момент курации состояние больной по заболеванию средней степени тяжести, сознание ясное, положение вынужденное из-за ограничения движения в суставах, выражение лица спокойное. Кожные покровы бледные, влажные, на стопах и голенях трофические нарушения. Ногти искривлены, слоятся, немного утолщены, жёлтого цвета; видимые слизистые бледные. Подкожная клетчатка умеренно развита, неравномерна больше в области верхнего плечевого пояса, отёки на ногах и руках. Лимфатические узлы не увеличены. Отмечается выраженная атрофия мышц рук и ног, больше вблизи поражённых суставов; сила мышц снижена.

Суставы кистей: пальцы кисти отклонены в ульнарную сторону вследствие подвывихов в пястно-фаланговых суставах с переразгибанием в проксимальном межфаланговом и сгибании в дистальном межфаланговых. Окружность правых пястно-фаланговых суставов равна - 21 мм, а левых – 20,5 см. Суставы кисти немного гиперимированы, отёчны; при пальпации суставы болезненны, температура повышена, отёчность периартикулярной ткани, положительный симптом бокового сжатия. Движение в кисти болезненно и ограничено. Амплитуда пронации и супинации в правой руке полностью сохранена, а в левой руке пронация 60° , супинация 60°, с трудом производит неполное сжатие в кулак левой и правой кисти. Мышечная сила – 3 балла.

Лучезапястный сустав: резкая деформация правого и левого сустава. Окружность левого – 17 см, правого – 16,5 см. Цвет кожи над суставами не изменен, атрофия мышц разгибателей предплечья больше выраженная в области этих суставов. При пальпации болезненность, отёчность периартикулярной ткани, температура кожи над суставом не изменена. Движения в лучезапястных суставах ограничены. Угол сгибания в правом - 45°, левом - 20°, угол разгибания в правом -10°, левом - 15°. Отклонение правого в локтевую сторону - 15°, левого - 10°, отклонение в лучевую сторону правого - 5°, левого 10°.

Локтевой сустав: Деформация правого и левого локтевых суставов, цвет кожи над суставом не изменён, окружность левого – 42,4 см, правого 25 см, ревматоидные узлы на правом и левом суставе, мышцы прилежащие к суставу атрофичны. При пальпации – резкая болезненность в суставах, отёчность суставов, крепитации и хруста не выявлено. Движения в суставах болезненны, ограничены. Амплитуда сгибания в правом 30°, левом 20°, амплитуда разгибания в правом 170° и левом 170°. Мышечная сила группы сгибателей и разгибателей плеча и предплечья на правой и левой руках – 4 балла.

Плечевой сустав: Деформация правого и левого сустава, левое плечо выше правого, цвет кожи над суставами не изменён; при пальпации отмечается резкая болезненность, отёчность, больше с левой стороны. Окружность правого 42 см, левого 44 см. Истинный угол сгибания в правом и левом 85°, угол сгибания с участием лопатки правый 135°, левый 140°а с участием позвоночника правый 150°, левый 175°. Соединить ладони над головой не может. Отведение истинное правого и левого сустава 90°, а отведение выше 10° правая рука 140°, левая 175°. Правую руку за спину завести не может, левую заводит, но тыльной стороной кисти спины не касается.

Суставы стопы: Деформация суставов, подвывихи в плюснофаланговых суставах, 1 палец отклонён на правой и левой ноге латерально, а 2 и 3 в медиальную сторону. На 1 пальце правой ноги ревматоидный узел – размер 1 см; кожа над суставами трофически изменена, вены извитые, расширенные, пальпация суставов болезненна, выраженная отёчность периартикулярной ткани, температура кожи повышена. Сгибание и разгибание в суставах отсутствуют.

Голеностопные суставы: Деформация суставов, кожа над суставами трофически изменена, расширены подкожные вены, набухшие, извитые. Мышцы голени атрофичны. Пальпация болезненна, температура кожи над суставами повышена, отёчность периартикулярной ткани. Движений в суставе нет. Окружность левого 33 см, правого 31 см.

Коленные суставы: Окружность правого 40 см, левого 38 см. Суставы деформированы, кожа над суставами натянута, гладкая, температура не повышена. При пальпации болезненность в суставах, отёчность периартикулярной ткани, мышцы бедра атрофичны. Сила мышц сгибателей и разгибателей 4 балла, а сила отводящих и приводящих мышц 3 балла. Движения в суставах ограничены. Сгибание в правом 40°, в левом 60°, разгибание в правом 10°, левом 10°.

Тазобедренные суставы: При пальпации суставов отмечается болезненность, кожа над суставом не изменена. Движения болезненны и ограничены. Амплитуда сгибания при выпрямленной ноге правый 75°, левый 85°. Угол отведения левый - 35°, правый 30°. Угол внутренней ротации левый 10°, правый 10°. Угол наружной ротации левый 35°, правый 35°. Положительный симптом “Фабере”. При пальпации грудино-ключичного сочленения, акромиально-ключичного и рёберно-грудинных выявлена болезненность. Пальпация нижнечелюстного сустава болезненна. Конфигурация костей не изменена, болезненности при пальпации не выявлено. Длина правой руки 55 см, левой 56 см, левой ноги 92 см, правой ноги 91см.

## Система органов дыхания

Дыхание свободное, тип дыхания смешанный, ЧД 18′ , грудная клетка нормостенического типа. Эластичность межрёберных промежутков снижена, резистентность снижена, при пальпации выявлена болезненность рёбер и грудины. Голосовое дрожание равномерно снижено с обеих сторон в верхней части грудной клетки. При сравнительной перкуссии отмечается укорочение звука над всей поверхностью лёгких и притупление звука слева по задней поверхности.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Окологрудинная линияСерединоключичная линияПередняя подмышечная линияСредняя подмышечная линияЗадняя подмышечная линияЛопаточная Околопозвоночная | 5 межреберье6 ребро7 ребро8 ребро9 ребро10 ребро11 ребро | --6 ребро7 ребро8 ребро10 ребро11 ребро |

Высота стояния верхушек лёгких спереди слева 3,5 см, справа 3,5 см, сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Подвижность лёгочных краёв 3 см. Аускультация: дыхание везикулярное, хрипов нет.

## Сердечно-сосудистая система

При пальпации верхушечный толчок определяется слева в 5 – ом межреберье на 1 см кнаружи от серединоключичной линии, сила верхушечного толчка повышена, S=2,5см – 3см, разлитой.

ЧСС = 78`, ритм правильный, пульс полный, малый. При перкуссии границы сосудистого пучка соответствуют правому и левому краю грудины, ширина сосудистого пучка 5 см.

Границы относительной тупости: правая – 4 межреберье по краю грудины справа. Левая – соответствует верхушечному толчку, верхняя граница – 3 межреберье по парастернальной линии.

Аускультация: тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов нет.

АД на правой руке – 170/80 мм.рт.ст

АД на левой руке – 175/85 мм.рт.ст

## Органы пищеварения

Слизистая рта бледно-розового цвета, сосочки сглажены на языке, лаковый язык, зубные протезы. Живот правильной формы, симметричен, мягкий при пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации сигмовидная кишка расположена сверху вниз слева направо снаружи кнутри, толщиной 1 см, гладкая, безболезненная, толщиной 2 см, урчит. Остальные отделы толстого кишечника – подвздошную кишку, желудок пропальпировать не удалось из-за болезненности в эпигастральной области и выраженного подкожно-жирового слоя. Печень не увеличена, край печени гладкий, ровный, мягкий, безболезненный. Селезёнка не пальпируется.

## Мочевыделительная система

Кожные покровы поясничной области не изменены, отёчности нет. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Пальпация мочеточковых точек безболезненна. Мочеиспускание безболезненно.

## Нервно - эндокринная система

Настроение больной хорошее, сон не нарушен, зрачковые рефлексы снижены, зрачки расширены; в позе Ромберга устойчива, красный дермографизм, проходящий через 2–3 минуты, слух сохранён, зрение снижено. Щитовидная железа неувеличена.

***Предварительный диагноз.***

***На основании жалоб:*** больная жалуется на постоянные боли в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей и стоп, в пястнофаланговых, плюснофаланговых, в лучезапястных, локтевых, плечевых, голеностопных, коленных, тазобедренных суставах с двух сторон; на боли в пояснично-крестцовом отделе, непостоянные боли в нижнечелюстном суставе во время акта жевания. Жалобы на болезненность при прикосновении к грудино-ключичному, акромиально-ключичному, грудино-рёберному сочленениям; на ограничение движений, изменения формы в суставах конечностей, утреннюю скованность в течение 2х часов, на отеки на ногах и руках. На тупые приступообразные боли в эпигастральной области, диарею.

***При объективном исследовании:*** 1. Полиартрит, 2. Симметричность поражения, 3. Артрит кистей, 4. Утренняя скованность, 5. Ревматоидные узлы: можно поставить определённый ревматоидный артрит; суставно-висцеральная форма, так как из анамнеза заболевания известно, что в процесс вовлечены лёгкие. Течение медленно прогрессирующее, так как внутренние органы вовлечены в процесс более, чем через 2 года заболевания. Предварительный диагноз: определённый ревматоидный артрит, суставно-висцеральная форма, медленно прогрессирующее течение.

Больной необходимо провести следующие дополнительные методы исследования: общие анализы крови и мочи, кровь на реакцию Вассермана, кал на яйца глист, рентгеноскопия органов грудной клетки; анализ крови на дерматоловую пробу, С – реактивный белок, АСТ, ААТ, биллирубин, холестерин, мочевину; определение железа в плазме, исследование крови на общий белок, исследование внутренних органов – УЗИ, эзогастродуоденоскопия и консультация окулиста, гинеколога, физиотерапевта.

***Результаты дополнительного исследования больного.***

Анализ крови:

12.11.99 эритроциты 3,6; Hb = 95 г/л; лейкоциты 9,3; сегменты 54; лимфоциты 23; моноциты 7; СОЭ – 49 мм/ч, анизоцитоз.

*Заключение: незначительное снижение количества эритроцитов, снижения количества гемоглобина, анизоцитоз, повышение СОЭ. Эти данные свидетельствуют об анемии. Анемия нормоцитарная, гипорегенераторная, гипохромная, в результате нарушения эритропоэза из-за снижения синтеза гемоглобина. Причина – снижение железа в организме, таким образом это железодефицитная анемия.*

2.10.97 глюкоза в крови 5 ммоль/л. Дерматоловая проба «+», СРБ «++», АСТ – 0,35, АЛТ – 0,3, биллирубин 11,0, холестерин 276 м/г, мочевина 9,1.

Анализ мочи:

12.11.99 плотность – 1016, среда кислая, белок 0,33 г/л, сахара нет, лейкоциты 0-1 п/з, клетки эпителия единичные в п/з.

*Заключение: анализ мочи в пределах нормы*

Исследование кала:

12.11.99 форма – оформленный, цвет – коричневый, твёрдой консистенции, реакция на кровь отрицательная. Микроскопическая картина: немного мышечных волокон, немного крахмала, яйца глистов не обнаружены.

*Заключение:* показатели в норме.

12.11.99 УЗИ внутренних органов: без изменений.

12.11.99 ЭХО-ЭКГ: полость сердца не расширена, клапаны не изменены. Аорта плотная 2,0 см.

12.11.99. Rg- остеопороз, снижение ширены суставной щели, множественные узоры.

***Дифференциальный диагноз.***

**1. Артроз**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПРИЗНАКИ | АРТРОЗ | Ревматоидный артрит |
| БолиСкованностьАтрофия мышцСОЭРевматический факторРентгенТечение  | Непостоянные, после нагрузкиНетЕсть, но прогрессирует медленноВ нормеНетСубхондральный склероз; остеофитыОчень медленно прогрессирует | ПостоянныеЕсть Быстро прогрессируетПовышеноЕстьОстеопороз; подвывихиПостоянно прогрессирует, даже при лечении |

**2. Ревматический артрит.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПРИЗНАКИ | Ревматический артрит | Ревматоидный артрит |
| БольСкованность Атрофия мышц СОЭДерматоловая пробаРентген  | Только в острую стадию, кратковременнаяНетНет Повышено только в острый периодОтрицательнаяБез изменений | ПостояннаяЕстьЕсть Всегда повышенПоложительнаяОстеопороз; подвывыхи |

**3. Туберкулёзный артрит** имеет общие черты в клинике с ревматоидным артритом: боль в суставе, повышение температуры кожи над суставом, изменение формы, повышение СОЭ, имеются характерные черты: в анамнезе – туберкулёз в прошлом, длительный контакт с больным туберкулёзом, симптомы туберкулёзной интоксикации, моноартрит, натёчные процессы и свищи в гнойном отделяемом, положительные пробы Манту и Пирке, на рентгенограмме: сужение суставной щели, деструкция костной ткани с наличием секвестров; ревматоидный фактор отрицательный.

**4. Гонорейный артрит** обычно он возникает в течение первого месяца болезни, но может появиться и через несколько месяцев на фоне хронического гонорейного уретрита. Для чего характерно острое начало, выраженные боли и экссудативные явления в суставе. Поражается один сустав, иногда два (коленные, голеностопные), в процесс вовлекаются сухожильные влагалища. При осмотре отмечается ограниченная припухлость в месте прикрепления ахиллова сухожилия, болезненность, боли при надавливании на мышцу. В отличие от гонорейного олигоартрита ревматоидный артрит не имеет связи с урогенитальной инфекцией, начинается менее остро, характерно поражение мелких суставов, в крови ревматоидный фактор.

**5. Постдизентерийный артрит** возникает на 2-3 неделе заболевания, но иногда через 1-2 месяца после выздоровления. Протекает в виде моно или полиартрита, чаще поражаются крупные суставы, боль в суставах, припухлость, гиперемия. В отличие от ревматоидного артрита прослеживается связь с перенесённой инфекцией – дизентерией, отсутствуют костные эрозии.

**6. Болезнь Бехтерева** в отличие от ревматоидного артрита поражаются суставы позвоночника. Характерны боли в пояснично-крестцовой области, поражение крупных суставов вблизи позвоночника, симптом сакроилеита, симптом спелого арбуза, поражение грудино-ключичных и акромиально-ключичных сочленений, ирит, ревматоидный фактор отрицательный, специфические антигены HLB B27, окостенение боковых связок позвоночника – бамбуковая палка, на ранних этапах слаженность всех отделов позвоночника.

**7. Подагрический артрит** – для него характерно появление сильных болей, покраснение кожи, отёк сустава. Поражается первый плюсневый сустав стопы, но могут поражаться и другие суставы. Первый приступ заканчивается через 5-8 дней, может развиться стойкая деформация, на рентгенограмме сужение суставной щели, краевые остеофиты и округлые дефекты костной ткани в эпифизах, повышение мочевой кислоты; при осмотре – узелки тофусы в ушных раковинах и околосуставных тканях.

**8. Системная красная волчанка** – в процесс вовлекаются мелкие суставы, лучезапястный, голеностопный, характерны мигрирующие боли, образование сгибательных контрактур, поражение кожи – волчаночная бабочка, много волчаночных клеток в крови, поливисцелиты которые предшествуют поражению суставов, на рентгенограмме воспалительные процессы только в периартикулярной ткани.

***Клинический диагноз и его обоснование.***

На основании предварительного диагноза и дополнительных методов исследования: положительная дерматоловая проба, симметричность поражения суставов; полиартрит, артрит кистей, утренняя скованность, ревматоидные узлы – ставится ревматоидный артрит. Суставно-висцеральная форма, повышены все белковые фракции Серопозитивный – так как положительная дерматоловая проба, I-II степени активности, так как имеются клинические признаки: 1) припухлость более 3х суставов, 2) скованность до 2х часов, 3) гипертермия суставов; лабораторные признаки: 1) СОЭ 30-50 мм/ч, 2) СРБ «++», 3) α2 – 12 – 15%.

Нарушение функции суставов II степени, так как профессиональная способность утрачена.

**Основной клинический диагноз** – Ревматоидный артрит, 3 – Rg стадия, гормонозависимая форма. Кушиноид. активность I-II стадии, НФС II степени.

**Сопутствующий диагноз** – на основании жалоб, клиники: головные боли, стойкое повышение АД, максимально до 210/105 мм.рт.ст, на основании осмотра – смещение верхушечного толчка влево на 1 см кнаружи от серединоключичной линии в 5-ом межреберье, на основе данных перкуссии – левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком; – ставится диагноз гипертоническая болезнь II стадии.

 ***Этиология и патогенез.***

Ревматоидный артрит – хроническое заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов, по типу эрозивного артрита. Это заболевание неизвестной этиологии со сложным аутоиммунным механизмом. Одна из теорий – это участие в процессе гемолитического стрептококка группы В, локализующегося в миндалинах, носоглотке. Причём инфекция играет роль лишь первичного пускового механизма, за которым следует сложная реакция не на первичный бактериальный аллерген, а на аутоаллерген. В результате вырабатываются антитела, которые взаимодействуют с аутоаллергенами и комплементами, поступают в ток крови и фиксируются на синовиальной оболочке, а также во внутренних органах. Это происходит при сниженной реактивности организма.

Получены данные непосредственного первичного участия кишечника в патогенезе ревматоидного артрита. Согласно представленной гипотезе он развивается у генетически предрасположенных к нему лиц при антигенном воздействии бактериальной флоры кишечника (Clostridium perfringeus) или ассоциации нескольких бактерий условно-патогенной флоры на лимфоидную ткань кишки, возможно подготовленную для этого воздействия её естественной возрастной инволюции. Далее происходит «поломка» иммуннокомпетентных клеток, образование мигрирующих лимфоцитов с последующим проникновением их в синовиальную оболочку суставов. Эти лимфоциты с участием HLA II антигенов и индуцируют иммунные механизмы хронического иммунного воспаления, характерного для ревматоидного артрита. Несмотря на возможную спорность предложенной гипотезы, несомненно однодетальное изучение микрофлоры кишечника, функционального состояния его лимфоидного аппарата при ревматоидном артрите имеет научную значимость.

***Лечение ревматоидного артрита.***

.**1. Этиологическое лечение:** Этиология заболевания неизвестна, следовательно необходимо выявить все хронические очаги и их устранение.

**2. Патогенетическое лечение:** Препараты необходимо назначать на длительный срок до нескольких месяцев. Базисными препаратами являются препараты золота, назначаются при чёткой картине раннего прогрессирующего ревматоидного артрита, при наличии стойких экссудативных процессов в суставах. Основной механизм – замедление деструкции хряща (т.к. повышается уровень растворимого коллагена), обладают иммуннодепрессивным эффектом, уменьшая избыточную продукцию иммунноглобулинов.

Rp: Solutionis Crilanoli Oliolae 5%-1ml

D.t.d №25 in ampullis

Signa по 1 ml внутримышечно.

Побочные эффекты: тяжёлый нефрит, токсический гепатит, снижение количества лейкоцитов, тромбоцитов.

Rp: Tabullettarum delagili 0,5 №20

D.S. по 1 таблетке после еды, на ночь.

Цитостатики: их назначают в результате того, что выявлена аутоиммунная природа ревматоидного артрита, увеличение антител, появление ревматоидного фактора и антинуклеарного фактора. Они уменьшают рост коллагена, удаляют ревматоидный фактор, тормозят обмен веществ в мезенхиме. Назначаются лейкеран и депинициламин.

Rp: Tabullettarum leucerani 0,02 №50

D.S. по 1 таблетке 3 раза в день.

Побочные эффекты – угнетение кроветворения (анемия, лейкопения, тромбоцитопения), инфекционные осложнения.

Иммунностимуляторы назначают, так как при ревматоидном артрите предполагается качественная и количественная неполноценность T-супрессоров.

Механизм: они оказывают стимулирующее действие на Т-лимфоциты и фагоцитирующие клетки.

Rp: Tabullettorum levomisoli 0,15 №30

D.S. по 1 таблетке 3 раза в день

Побочные действия: агранулоцитоз, лихорадка, кожная сыпь, нервозность, бессоница, депрессия, тошнота, диарея, анорексия.

Сульфаниламиды: назначают для устранения воспалительных процессов и инфекционного агента и коррекции иммунной системы.

Rp: Salazosulfopyridini 0,5

D.t.d. №50 in tabulettis

S. по 1 таблетке 4 раза в день

Побочные действия: образование камней в желчных и мочевыводящих путях.

Глюкокортикоиды назначают из-за нарушений при ревматоидном артрите в адаптационной системе организма гипофиз-надпочечники. Механизм уменьшает проницаемость капилляров (антиэкссудативный эффект), стабилизирует мембраны лизосом и предупреждает деструктивные процессы, антипролиферативное действие, снижение синтеза коллагена.

Rp: Tabulettarum Prednisoloni 0,005 №50

D.S. по 1 таблетке 2 раза.

Побочные эффекты: синдром отмены, изменение трофики желудка, синдром Иценко-Кушинга, развитие сахарного диабета, отёки, психические расстройства.

**3.Симптоматическое лечение:**

Применяют НПВС для снижения воспалительного процесса. Механизм: 1) Влияние на медиаторные процессы воспаления. 2) Взаимодействие с клеточными мембранами. 3) Влияют на обмен коллагеновых белков и обмен НК. 4) Стимуляция секреции эндогенных глюкокортикоидов.

Rp: Tabulettarum Ortopheni 0,025 №30

D.S. по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp: Tabulettarum indometacini 0,025 №30

D.S. по 1 таблетке 3 раза в день.

Побочный эффект – повышение АД, гепатотоксичность, уменьшение тромбоцитов (носовые кровотечения), лейкопения, бронхоспазм.

**4. Общеукрепляющая терапия:**

При ревматоидном артрите часто возникает атрофический гастрит и необходимо назначить витамин В12 из-за сниженной всасываемости в желудке и с целью предупреждения железодефицитной анемии – препараты железа.

Rp: Dragge “Ferroplex” №100

D.S. по 1 драже 2 раза в день.

Rp: Solutionis Pyridoxini 5%-1ml

D.t.d. №10 in ampullis

S. по 1 мл в/м 2 раза.

Rp: Cyanocobalomini 0,01%-1ml

D.t.d №10 in ampullis

S. по 1 мл в/м

Rp: Tabulettarum “Ascorutini”

D.S. по 1 таблетке.

Для восстановления функции поражённых суставов надо назначить физиотерапию, УВЧ в острый период, через неделю – скипидарные ванны №10, фонофорез с гидрокортизоном №10 и через 10 дней назначаются тепловые процедуры озекерит, парафин №10, массаж, ЛФК, лазеротерапия, иглорефлексотерапия если не использовалось лечение глюкокортикоидами.

Санаторно курортное лечение.

Противопоказания: активность больше минимальной, наличие висцеритов, анкилоза, и если больной в стационаре получал глюкокортикоиды.

Можно направить на лечение больного в Малые или Большие Соли, на грязевые курорты в Сочи, Одессу.

Хирургическое лечение: на ранних стадиях болезни основной операцией является синовэктомия и теносиневоэктомия. Хирургическое лечение заключается в удалении синовиальной оболочки до развития полиартрита повышает шансы на благоприятный исход.

***Дневник курации***

**13.11.99** Состояние средней тяжести, кожные покровы трофически изменены на стопах и голенях. Дыхание в лёгких жёсткое, трескучие хрипы в нижних отделах, ЧД 16`. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шум на верхушке. ЧСС 84`, АД на правой руке 210/105 мм.рт.ст.

Назначения: ортофен 1 таблетка 2 р/в день с 3.10.97 по 31.10.97; адельфан ½ таблетки 3 р/в день с 17.10.97 по 5.11.97.

Цинолизин – 1 таблетка 3 раза в день до 10.11.97. Инъекции: стрептомицин 3,0 в/м 2 раза в день с 17.10.97 – 10.11.97.

Компресс с димексидином, инъекции трентала 5,0-200 ml . На физ растворе, медленно с 20.10.97 до 5.11.97

**15.11.99** Жалобы на зудящие покраснения на шее, груди, на руках, больная связывает с непереносимостью ортофена. Кожа лица гиперемирована, отёчна, следы расчёсов и сухость кожи плеч, предплечий, спины. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧД 20`, ЧСС 84`, АД 170/85 на правой руке, тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. Назначения: адельфан 1 таблетка утром, ½ день, ½ вечером. Ортофен отменить; индометацин – 1 таблетка с 10.10.97 до 30.11.97. Инъекции: супрастина 1,0 в/м, Общий анализ крови, мочи, кровь на белковые фракции, анализ мочи по Нечипоренко. Осмотр врача окулиста, физиотерапевта, врача ЛФК, кардиолога, гинеколога, осмотр фтизиатра.

***Этапный эпикриз***

Филиплва Нина Федоровна, 59 лет, поступила в ОКБ 11.11.99 Диагноз ревматоидного артрита поставлен в 1983 году. В течение этого времени заболевание медленно прогрессирует. Активность I-II степени. В результате проведённого лечения: ортофеном, индометацином, адельфаном, массаж, лечебная физкультура – есть незначительные улучшения. После выписки лечение необходимо продолжать дома, чтобы не было обострений. Заболевание хроническое, прогрессирующее, поэтому возможно дальнейшее поражение внутренних органов. Больная подлежит наблюдению и обязательно должно проводиться стационарное обследование.

***Прогноз и экспертиза трудоспособности***

Прогноз в отношении заболевания неблагоприятный, так как ревматоидный артрит имеет хроническое прогрессирующее течение.

Прогноз в отношении жизни – благоприятный, так как не угрожают жизненно важные осложнения.

Прогноз в отношении трудоспособности неблагоприятный, больная является инвалидом II группы.

**Список использованной литературы:**

* Е.Н. Дормидонтов «Ревматоидный артрит», медицина 1981г.
* Н.И. Коршунов «Ревматоидный артрит», медицина 1980 г.
* В.М. Чапой «Диагностика и лечение болезней суставов», медицина 1990г.
* Сборник трудов кафедры терапии ЯГМА «Ревматоидный артрит и ревматические заболевания», Ярославль 1996г.