I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. ФИО больного: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Возраст – 40 лет.
3. Пол – женский.
4. Национальность – белоруска.
5. Семейное положение – замужем.
6. Воинское звание – рядовой.
7. Воинская профессия – связистка.
8. Номер винской части – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
9. Домашний адрес – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Число, месяц, год поступления на военную службу – 01.04.1993 г.
11. Дата поступления в воинское лечебное учреждение – 22.09.11 г. в 8.45
12. Кем направлен пациент – терапевтом поликлиники.
13. Цель направления – госпитализация с обострением.
14. Диагноз направившего учреждения – ревматоидный артрит: полиартрит с системными проявлениями, обострение,
15. Предварительный диагноз при поступлении – ревматоидный артрит: полиартрит с системными проявлениями, обострение.

II. ЖАЛОБЫ

На момент осмотра больная предъявляла жалобы на сильные боли в суставах кистей, левом плечевом суставе, умеренные боли в голеностопных, коленных, правом тазобедренном, локтевых, лучезапястных суставах; на повышение АД; на периодические слабые ноющие боли в эпигастральной области.

ANAMNESIS COMMUNIS.

**Общее состояние**

Самочувствие плохое. Беспокоит общая слабость, быстрая утомляемость, усталость, периодические повышения температуры тела до 37,5°С в течение последнего месяца, периодически возникающая диффузная потливость.

**Система органов дыхания**

Дыхание через нос свободное. Выделений из носа, носовых кровотечений не отмечает. Болей при дыхании, ощущение сухости и першения в горле нет. Голос не изменялся.

Кашля, мокроты, кровохарканья нет. Одышка не беспокоит.

**Костно-суставно-мышечная система.**

Отмечает практически постоянно (больше по утрам) боли в суставах кистей, стоп, локтевых и коленных суставах, в последнее время появились также боли в плечевых и тазобедренных суставах. Боли ноющие, достаточно интенсивные (особенно в последний месяц), усиливающиеся в покое. Боли не иррадиируют, уменьшаются к вечеру, после приема НПВС.

Беспокоит также «утренняя скованность» в вышеперечисленных суставах (особенно межфаланговых и плечевых), выражающаяся в ограничение их подвижности при активных движениях (утром больше, постепенно проходит через 6-7 часов).

Боли не сопровождаются судорогами, изменением окраски кожи над суставами. Периодически появляется чувство онемения, нарушения тактильной чувствительности в кончиках пальцев рук и ног.

**Система кровообращения.**

Жалоб на боли в сердце и перебои не предъявляет. Отмечает периодические сердцебиения при физических нагрузках.

Иногда повышается АД до 150/85-160/90 мм.рт.ст. (после стрессов).

Одышка не беспокоит.

Отеки на нижних конечностях не отмечает.

**Система пищеварения.**

Беспокоят периодические слабые ноющие боли в эпигастральной области, не иррадиирующие, не связанные с приемом пищи, проходящие самостоятельно. Боли несколько участились в течение последнего месяца, стали сопровождаться чувством жжения за грудиной (проходит после приема соды).

Аппетит сохранен. Жевание, глотание – нормальные. Тошноты, рвоты нет. Иногда возникает чувство тяжести в животе (после обильной пищи). Запоров, поносов нет, цвет кала обычный.

**Система мочеотделения.**

Жалоб нет. Боли в пояснице, над лобком, при мочеиспускании не отмечает. Диурез достаточный (соизмерим с количеством выпитой жидкости). Ночью в туалет не встает. Цвет мочи не изменен.

Отечности век, лица не отмечает.

**Система кроветворения.**

Жалобы на слабость.

Повышенной кровоточивости не отмечает.

Иногда беспокоит чувство тяжести и полноты в правом подреберье.

**Эндокринная система.**

Слабость и повышенную утомляемость больная связывает с патологией суставов.

Значительного похудения за короткое время больная не отмечала.

Повышения аппетита, жажды нет.

Сведений о половой функции получить не удалось.

**Нервная система.**

Сон не нарушен. Настроение обычное.

Память на недавние и отдаленные события сохранена.

Беспокоят периодические головные боли (чаще в затылочной области).

Периодически отмечает чувство онемения пальцев кистей и стоп, проходящее после интенсивного их массажа.

**Органы чувств.**

Зрение в норме. Слух сохранен.

Больная отмечает снижение тактильной чувствительности за последний год. Обоняние нормальное. Вкус сохранен.

III. ANAMNESIS MORBI

Считает себя больной с 2005 года, когда впервые появились боли и «утренняя скованность» в голеностопных суставах. Причиной заболевания считает частые переохлаждения, с явлениями герпетической инфекции на губах. К врачам не обращалась, лечилась народными средствами. Самочувствие прогрессивно ухудшалось. Через 2 месяца боли усилились, появилась отечность голеностопных суставов, суставов кистей, что заставило обратиться за помощью. Был выставлен диагноз ревматоидного артрита умеренной активности. Неоднократно лечилась в стационаре (НПВС, гормоны, Метотрексат, физиолечение), самочувствие улучшалось временно.

Периоды ремиссии заболевания постепенно сокращались, появились дефигурация и деформация суставов кистей, боли распространились на локтевые, плечевые, коленные суставы. Последняя госпитализация в ревматологическое отделение ВОКБ – февраль 2010 года в связи с резким повышение активности процесса. Улучшение состояния было достигнуто на фоне гормонотерапии и НПВС. Метотрексат отменен. Постоянно принимает Мидрол в дозе 8 мг.

 Настоящее ухудшение состояния – около месяца, когда боли в суставах усилились, появилась отечность в области суставов кисти, локтевых, лучелоктевых суставов, коленных, голеностопных суставов, скованность в плечевых, коленных суставах. Периодически появлялись боли и жжение в эпигастральной области, которые снимались сухим теплом, приемом соды. Начали беспокоить потливость, субфебрильная температура. Обратившись к участковому терапевту, госпитализирована в связи с ухудшением состояния для обследования и лечения.

IV. ANAMNESIS VITAE

Родилась в срок. Росла и развивалась нормально. Окончила среднюю школу, получила среднее специальное образование. В рядах ВС с 22 лет.

Начало трудовой деятельности – в 22 года.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные – живет в отдельной 2-хкомнатной квартире вместе с мужем и 2-мя детьми. Питание регулярное, сбалансированное.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, бронхиты (со слов). Страдает АГ в течение 5 лет. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Контакта с инфицированными больными и больными туберкулезом не было. Переливания крови и кровезаменителей не было. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было. У бабушки было какое-то заболевание с деформацией суставов. Спиртные напитки употребляет редко. Отмечает непереносимость Метотрексата (со слов пациентки) – чувство тяжести в правом подреберье, нарушение стула.

IV. STATUS PRAESENS COMMUNIS

**Общий осмотр**

Общее состояние средней тяжести.

Сознание ясное.

Положение активное.

Нормостенического типа телосложения. Рост 171 см., Вес 80кг. Кожа чистая, сухая. Тургор снижен. Видимые слизистые бледно-розовые. Подкожная клетчатка развита умеренно. При пальпации молочных желез патологии не обнаружено.

Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены.

Щитовидная железа не увеличена, доли не пальпируются, пальпируется перешеек щитовидной железы – 4 мм.

**Костно-мышечная система**

Суставы кистей деформированы (четкая «ульнарная девиация»), активные движения ограничены, пассивные движения – в полном объеме. На боковых поверхностях дистальных межфаланговых суставов пальцев кисти выявляются остеофиты в виде твердых узелков. Кожа над ними гиперемирована. Отмечается гипотрофия межкостных мышц.

Локтевые суставы несколько увеличены в объеме, активные движения в них ограничены из-за болезненности. Под кожей на разгибательной поверхности левого предплечья пальпируются 3 округлых узелка размером до 5 мм, плотно-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, с кожей не связанные.

Лучезапястные суставы болезненны, припухлые, кожа над ними не изменена.

Коленные суставы дефигурированы, движения несколько ограничены из-за боли, отмечается при пальпации баллотирование надколенника.

Голеностопные суставы и суставы пальцев стоп симметричны, припухлые, кожа над ними не изменена, движения болезненны.

Тазобедренные суставы болезненны, активные движения ограничены из-за боли, отмечается гипотрофия мышц бедра, тонус их снижен.

Позвоночник обычной конфигурации, без патологических изменений, искривлений, движения – в полном объеме.

DAS=5,3

**Система органов дыхания**

*Осмотр грудной клетки*

Форма грудной клетки нормостеническая. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 24 в 1 минуту. Дыхание глубокое. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно.

*Пальпация грудной клетки*

Пальпаторно зон болезненности ригидности мышц не выявлено, патологических симптомов не выявлено. Голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон.

*Перкуссия.*

При сравнительной перкуссии над всей проекцией легких ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

Нижняя граница.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии |  Правое легкое | Левое легкое |
| Парастернальная | Верхний край VI ребра |  |
| Медиоклавикулярная | Нижний край VI ребра |  |
| Передняя аксилярная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя аксилярная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя аксилярная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Паравертебральная | На уровне XI грудного позвонка |

Верхняя граница.

Высота стояния верхушки легкого спереди справа и слева 4 см, сзади справа и слева на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа и слева 6 см.

*Аускультация легких*

При аускультации – по всем легочным полям везикулярное дыхание. Бронхофония не изменена.

**Система органов кровообращения**

*Осмотр области сердца и крупных сосудов*

Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

*Пальпация сердца и сосудов*

Пульс – 78 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, одинаковый на обеих руках. Артериальные стенки плотные, дефицита пульса нет.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, резистентный.

*Перкуссия сердца и сосудистого пучка*

Границы относительной тупости сердца

Правая: в 4-ом межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Левая: в 5-м межреберье на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: верхний край 3-о ребра слева на уровне окологрудинной линии.

Границы абсолютной тупости сердца

Правая: левый край грудины на уровне 4-го межреберья.

Левая: в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: нижний край 4-го ребра слева по окологрудинной линии.

Аускультация сердца и сосудов

Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 78 в 1 мин.

АД – 140/90 мм рт ст.

**Система органов пищеварения**

Язык сухой, обложен беловатым налетом. Зев спокоен. Миндалины не увеличены. Акт глотания не нарушен.

Осмотр живота в вертикальном и горизонтальном положении: пупочная грыжа. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания.

Поверхностная пальпация живота

Живот мягкий, Чувствительный в эпигастрии.

Глубокая пальпация

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка толщиной около 2 см в диаметре, безболезненная, подвижная.(смещается до 4см)

Пальпировать нисходящий отдел толстого кишечника не удалось.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка, урчащая, безболезненная, около 4см в диаметре, подвижная.

Восходящую кишку пальпировать не удалось.

Ниже слепой кишки, косо вниз кнаружи пальпируется терминальный отрезок подвздошной кишки в виде тяжа диаметром около 0,5 см, плотного, урчащего, безболезненного.

Большая кривизна желудка пальпаторно не определена из-за боли. Выявлена аускультативно на 4,5 см выше пупка.

Малую кривизну желудка, привратник и поперечно-ободочную кишку пальпировать не удалось из-за болезненности в эпигастрии.

Симптом Ортнера, Мерфи отрицательны. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Границы абсолютной печеночной тупости:

По передней подмышечной линии: верхняя граница – VII ребро

 Нижняя граница – н/к X ребра

 Размеры – 11см

Срединно-ключичная линия: верхняя граница – н/к VI ребра

 Нижняя граница – по краю реберной дуги

 Размеры – 10см

Окологрудинная линия (правая): Верхняя граница – в/к VI ребра

 Нижняя граница – 1см ниже реберной дуги

 Размеры – 9см

Срединная линия: нижняя граница на границе верхней и средней 1/3 расстояния между мечевидным отростком и пупком.

Окологрудинная линия (левая): край реберной дуги.

Размеры печени по Курлову:

Правая срединно-ключичная линия – 10 см;

Передняя срединная линия – 8 см;

Косой размер – 7 см.

Размеры селезенки

Поперечный – 5см, продольный – 7см.

Селезенка не пальпируется.

**Мочеполовая система**

Мочеиспускание не нарушено. Симптомы поколачивания отрицательны с обеих сторон. Почки не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.

**Психоневрологический статус**

Сознание ясное, больная ориентирована в пространстве, собственной личности.

VI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больной на сильные боли в суставах кистей, левом плечевом суставе, умеренные боли в голеностопных суставах и суставах стопы, коленных, правом тазобедренном, локтевых, лучезапястных суставах, «утренняя скованность» в вышеперечисленных суставах; на повышение АД; на периодические слабые ноющие боли в эпигастральной области; данных анамнеза заболевания: неоднократное лечение по поводу ревматоидного артрита с 2005 года, общая слабость, быстрая утомляемость, усталость, периодические повышения температуры тела до 37,5°С в течение последнего месяца, периодически возникающая диффузная потливость; данных анамнеза жизни: простудные заболевания, переохлаждения, герпетическая инфекция, наличие заболевания суставов у родственников (у бабушки); данных объективного осмотра (Суставы кистей деформированы (четкая «ульнарная девиация»), активные движения ограничены, пассивные движения – в полном объеме. На боковых поверхностях дистальных межфаланговых суставов пальцев кисти выявляются остеофиты в виде твердых узелков. Кожа над ними гиперемирована. Отмечается гипотрофия межкостных мышц. Локтевые суставы несколько увеличены в объеме, активные движения в них ограничены из-за болезненности. Под кожей на разгибательной поверхности левого предплечья пальпируются 3 округлых узелка размером до 5 мм, плотно-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, с кожей не связанные. Лучезапястные суставы болезненны, припухлые, кожа над ними не изменена. Коленные суставы дефигурированы, движения несколько ограничены из-за боли, отмечается при пальпации баллотирование надколенника. Голеностопные суставы и суставы пальцев стоп симметричны, припухлые, кожа над ними не изменена, движения болезненны. Тазобедренные суставы болезненны, активные движения ограничены из-за боли, отмечается гипотрофия мышц бедра, тонус их снижен; периодически появляется чувство онемения, нарушения тактильной чувствительности в кончиках пальцев рук и ног) больному можно выставить следующий ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: Ревматоидный артрит: полиартрит с системными проявлениями, обострение.

VII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

1. Анализ крови общий.
2. Анализ крови биохимический.
3. Анализ мочи общий.
4. Электрокардиография.
5. Рентгенография суставов.
6. Иммунологический анализ.
7. Исследование синовиальной жидкости.
8. Эзофагогастродуоденоскопия.

VIII. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ

МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови 23.09.2011

*Цв. показатель:*0,93

*Гемоглобин:* 129 г/л

*Эритроциты:* 4,4х1012 /л

*СОЭ:* 10 мм/ч.

*Лейкоциты:* 7,7х10^9 /л

 *-палочкоядерные:* 5%

 *-сегментоядерные:* 52%

 *-лимфоциты:* 33%

 -*моноциты: 10%*

2. Биохимический анализ крови 21/12/2004

*Сахар:* 3,7 ммоль/л

*Билирубин:* общий – 10,5, прямой – 3,7 мкмоль/л

*Общий белок:* 68 ммоль/л

3. Общий анализ мочи 21/12/2004

*Цвет*: светло-желтый

*Реакция:* кислая

*Удельный вес:* 1,011 г/мл

*Прозрачность:* полная

*Белок: -*

Сахар: -

*Эпителий:* 1-2 в поле зрения

*Лейкоциты:* 2-4 в поле зрения

4. ЭКГ от 22.09.2011

Ритм синусовый, ЧСС 76 в минуту. Отклонение ЭОС влево. Умеренная гипертрофия левых отделов сердца.

5.Анализ крови на ЦИК 23.09.2011

ЦИК – 62 МЕ

6.Эзофагогастродуоденоскопия 22.09.2011

Заключение: Эрозивный гастрит (множественные острые эрозии тела желудка)

IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ранний диагноз ревматоидного артрита нередко затруднен, т.к. комплекс характерных признаков появляется не в первые месяцы. Поэтому в начале болезни необходимо проводить дифференциальный диагноз с некоторыми вариантами таких заболеваний, как анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), синдром Рейтера, псориатический артрит, остеоартроз, подагра.

В дифференциальной диагностике с болезнью Бехтерева решающее значение имеет обнаружение рентгенологических признаков саркоилеита, а также антигена гистосовместимости В27, встречающегося при ревматоидном артрите не чаще, чем в популяции (5—8%), а при болезни Бехтерева — в 90—95% случаев. При синдроме Рейтера также повышена частота выявления антигена гистосовместимости В27, но в отличие от болезни Бехтерева и ревматоидного артрита отмечаются характерные урологические (уретрит, баланит), глазные (конъюнктивит) и кожные (keratodermia blenorhagica) проявления. При дифференциальной диагностике этих заболеваний с ревматоидным артритом необходимо учитывать развитие их преимущественно у мужчин молодого возраста, что менее свойственно ревматоидному артриту.

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

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

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

X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб больной на сильные боли в суставах кистей, левом плечевом суставе, умеренные боли в голеностопных суставах и суставах стопы, коленных, правом тазобедренном, локтевых, лучезапястных суставах, «утренняя скованность» в вышеперечисленных суставах; припухлость суставов; на повышение АД до 160/90 мм.рт.ст.; на периодические слабые ноющие боли в эпигастральной области; данных анамнеза заболевания: неоднократное лечение по поводу ревматоидного артрита с 2005 года, общая слабость, быстрая утомляемость, усталость, периодические повышения температуры тела до 37,5°С в течение последнего месяца, периодически возникающая диффузная потливость; данных анамнеза жизни: простудные заболевания, переохлаждения, герпетическая инфекция, наличие заболевания суставов у родственников (у бабушки); данных объективного осмотра (Суставы кистей деформированы (четкая «ульнарная девиация»), активные движения ограничены, пассивные движения – в полном объеме. На боковых поверхностях дистальных межфаланговых суставов пальцев кисти выявляются остеофиты в виде твердых узелков. Кожа над ними гиперемирована. Отмечается гипотрофия межкостных мышц. Локтевые суставы несколько увеличены в объеме, активные движения в них ограничены из-за болезненности. Под кожей на разгибательной поверхности левого предплечья пальпируются 3 округлых узелка размером до 5 мм, плотно-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, с кожей не связанные. Лучезапястные суставы болезненны, припухлые, кожа над ними не изменена. Коленные суставы дефигурированы, движения несколько ограничены из-за боли, отмечается при пальпации баллотирование надколенника. Голеностопные суставы и суставы пальцев стоп симметричны, припухлые, кожа над ними не изменена, движения болезненны. Тазобедренные суставы болезненны, активные движения ограничены из-за боли, отмечается гипотрофия мышц бедра, тонус их снижен; периодически появляется чувство онемения, нарушения тактильной чувствительности в кончиках пальцев рук и ног; DAS=5,3); данных лабораторных и инструментальных исследований (ЦИК – 62 МЕ, Лейкоциты: 7,75х10^9 /л, СОЭ: 10 мм/ч;.ФГДС: эрозивный гастрит) можно поставить следующий КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

**Основной:** Ревматоидный артрит: полиартрит с системными проявлениями (Ревматоидные узелки, гипотрофия мышц, периферическая полиневропатия), серопозитивный, развернутая стадия, активность III степени, АЦЦП ? (не исследована), рентгенологически стадия не определена.

**Осложнения:** Функциональная недостаточность суставов II степени.

**Сопутствующий:** НПВС- ассоциированный эрозивный гастрит, средней степени тяжести. Узлы Гебердена. АГ II ст., риск 3.

XI. ЛЕЧЕНИЕ

Для лечения ревматоидного артрита предложены различные методы, выбор которых зависит от формы болезни, степени активности процесса, течения, характера изменений суставов, системных проявлений и других факторов.

Базисная терапия включает в себя применение на фоне индивидуально подобранного лечения нестероидными противовоспалительными средствами (НСПВ) препаратов золота, иммунодепресантов, D-пенициламина (купренила), сульфаниламидных противовоспалительных и аминохинолиновых препаратов.

 Применяются следующие НСПВ:

* Производные арилуксусной кислоты.
	+ Диклофенак-натрий (ортофен) 0,025-0,05 – 3 раза в день внутрь.
* Производные арилпропионовой кислоты.
	+ Ибупрофен 0,8 – 3-4 раз в день внутрь.
	+ Напроксен 0,5–0,75 2 раза в день внутрь.
* Производные индолуксусной кислоты.
	+ Индометацин 0,025-0,05 – 3 раза в день внутрь.
* У больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки применяются нестероидные противовоспалительные препараты, обладающие селективным блокирующим действием на ЦОГ-2.
	+ Нимесулид 0,1 – 2 раза в день внутрь.

 При серопозитивном РА показаны препараты золота. Эффект кризотерапии наступает не раньше чем через 6-8 недель. Применяют:

* Кризанол – пробная доза 17 мг, лечебная – 34 мг 1 раз в неделю, поддерживающая – 34 мг 1 раз в 2-3 недели. Вводится внутримышечно.
* Тауредон – внутримышечно 2 раза в неделю. В каждую из первых 3 инъекций вводят по 10 мг, 4-6 инъекции – по 20 мг, далее по 50 мг. После достижения ремиссии переходят на поддерживающее лечение - 50 мг 1 раз в неделю.
* Ауранофин – 6 мг в день. Суточная доза принимается внутрь за 1-2 приема во время еды.

Иммунодепресанты назначаются при умеренной и высокой активности РА, системных проявлениях заболевания в течение 3-6 месяцев. Эффект иммунодепрессивной терапии ожидают после 3-4 недель лечения. Препараты применяют перорально:

* Метотрексат –7,5-15 мг в неделю.
* Азатиоприн - 50-150 мг в сутки.
* Циклофосфан - 100-150 мг в сутки.

D–пенициламин (купренил) используется у больных с серопозитивным РА, выраженными системными проявлениями заболевания. Особенно показан больным с ревматоидным поражением легких, при синдроме Фелти.

* Купренил - 0,25-0,75 в сутки в течение 6-9 месяцев. Первые 8 недель дают максимально переносимую дозу. Если в течение 4 месяцев нет эффекта, препарат отменяют.

Сульфаниламидные противовоспалительные препараты применяют у больных РА без системных проявлений. Длительность лечения 4-6 месяцев.

* Сульфасалазин – первая неделя пероральный прием по 1,0 г в сутки, вторая – 1,5 г в сутки, с третьей недели – 2,0 г в сутки.
* Салазопиридазин – . первая неделя пероральный прием по 1,0 г в сутки, вторая – 1,5 г в сутки, с третьей недели – 2,0 г в сутки.

Аминохинолиновые препараты целесообразно назначать при средней и минимальной активности РА. Эффект от их применения возможен через 6-12 месяцев непрерывного лечения.

* Делагил 0,25 в день перорально.
* Плаквенил 0,2 – 2 таблетки внутрь на ночь в течение 2-3 месяцев. Затем по 1 таблетке на ночь еще 3 месяца.

Глюкокортикоидные препараты обладают наиболее мощным и быстрым противовоспалительным эффектом. Эффективны следующие методы их использования:

* Назначение малых, от 5 до 7,5 мг в сутки доз преднизолона, обычно в комбинации с НСПВ и базисными средствами. Однократный прием 5-7,5 мг препарата в 2 часа ночи дает такой же эффект, как в два раза большая доза, но принятая днем.
* При высокой активности РА, выраженных системных проявлениях применяется пульс-терапия метилпреднизолоном по 1000 мг в сутки в течение 3 дней подряд. При активном ревматоидном васкулите с тяжелыми некротическими поражениями внутренних органов во второй день дополнительно вводят 1000 мг циклофосфана. Для достижения устойчивого противовоспалительного и иммунодепрессивного эффекта пульс-терапию повторяют трижды 1 раз в 2 недели, затем дважды 1 раз в 3 недели. Такое лечение позволяет поддерживать ремиссию в течение 4-8 недель. Это бывает крайне необходимым чтобы дождаться результата применения базисных препаратов, наступающего не ранее чем через 1-2 месяца с начала их приема.

Внутрисуставное введение глюкокортикоидов.

* Метилпреднизолон или депомедрол по 40 мг с повторным введением через 1-5 недель.
* Гидрокортизона гемисукцинат по 125 мг 1 раз в неделю.

В крупные суставы вводят полную дозу, в средние 50%, в мелкие - 25% указанных дозировок.

Эффективным методом патогенетического лечения РА является плазмоферез. Показан больных с высоким содержанием циркулирующих иммунных комплексов, высоким титром ревматоидного фактора. Позволяет устранить избыток иммунных комплексов, ревматоидного фактора, острофазовых белков и цитокинов из циркуляции в крови.

Для лечения вторичного амилоидоза используется диметилсульфоксид (димексид). Начинают с 1 г в сутки - 100 мл 1% раствора внутрь после еды. Еженедельно дозу увеличивают на 1 г, доводя ее до 3-5 г в день. Препарат не только подавляет процессы формирования амилоида, но также способствует растворению уже отложившегося.

 Местная терапия:

* Аппликации 0,5% раствора димексида.
* Местное нанесение мазей, содержащих НСПВ.
* Инфильтация околосуставных тканей новакоином с преднизолоном.
* Электрофорез, фонофорез противовоспалительных средств.

Санаторно-курортное лечение показано при отсутствии выраженной активности воспалительного процесса. Больные направляются на курорты с сероводородными, родоновыми, азотно-кремниевыми источниками, запасами лечебных грязей, нафталана.

План лечения данной больной:

1. режим общий
2. диета №1
3. Лефлуномид 100 мг\*1р/сутки в течение 3 дней, затем по 20 мг\*1р/сутки
4. Медрол 0,004 \*2р/день
5. Оксимал 0,015 \*1р/день
6. Sol. Emoxypharmi 100,0 мл в/в капельно

7. Альмагель 200 ml по 1-2 чайные ложки\*4р/день

 8.Омепрозол 0,02\*1 р/день

 9. Lizitari 0,01\*2 р/день

XII. ДНЕВНИКИ

|  |  |
| --- | --- |
| дата | Дневники |
| 22.09.11 | Предъявляет жалобы на боли в суставах: плечевых, локтевых, лучезапястных, суставах кистей, тазобедренных, коленных, утреннюю скованность, слабость. При объективном обследовании: состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Суставы кистей деформированы. Кожные покровы сухие, чистые, тургор снижен. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 76 в мин. АД – 140/90. Дыхание везикулярное. ЧД – 22 в мин. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Отеков нет. Т – 37,4°С. |
| 26.09.11 | Предъявляет жалобы на снижение интенсивности боли в суставах: плечевых, локтевых, лучезапястных, суставах кистей, тазобедренных, коленных. Утреннюю скованность скованность сохранена. При объективном обследовании: Состоянию больной удовлетворительное. Сознание ясное. Суставы кистей деформированы. Кожные покровы сухие, чистые, тургор снижен. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 80 в мин. АД – 145/90. Дыхание везикулярное. ЧД – 20 в мин. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Отеков нет. Т – 37,0°С. |

XIV. ЭПИКРИЗ

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 40 лет, связистка, госпитализирована в ревматологическое отделение 22.09.2011 года с жалобами на сильные боли в суставах кистей, левом плечевом суставе, умеренные боли в голеностопных, коленных, правом тазобедренном, локтевых, лучезапястных суставах; на повышение АД; на периодические слабые ноющие боли в эпигастральной области.

На основании жалоб больной, данных анамнеза заболевания, данных анамнеза жизни, данных объективного осмотра, данных лабораторных и инструментальных исследований был поставлен следующий КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

**Основной:** Ревматоидный артрит: полиартрит с системными проявлениями (Ревматоидные узелки, гипотрофия мышц, периферическая полиневропатия), серопозитивный, развернутая стадия, активность III степени, АЦЦП ? (не исследована), рентгенологически стадия не определена.

**Осложнения:** Функциональная недостаточность суставов II степени.

**Сопутствующий:** НПВС- ассоциированный эрозивный гастрит, средней степени тяжести. Узлы Гебердена. АГ II ст., риск 3.

 За время пребывания в стационаре больная получала: стол №1, Лефлуномид 100 мг\*1р/сутки в течение 3 дней, затем по 20 мг\*1р/сутки, Медрол 0,004 \*2р/день, Оксимал 0,015 \*1р/день, Sol. Emoxypharmi 100,0 мл в/в капельно, Альмагель 200 ml по 1-2 чайные ложки\*4р/день, Омепрозол 0,02\*1 р/день, Lizitari 0,01\*2 р/день, физиолечение. Отмечается положительная динамика.

Больная остается в стационаре.

Лечение продолжить.