**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Возраст – 42 года
2. Пол – женский
3. Профессия – продавец
4. Домашний адрес – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Дата поступления – 25. 10.12г.
6. Направившее учреждение – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Диагноз направившего учреждения – Ревматоидный артрит
8. Диагноз при поступлении - Ревматоидный артрит

 **ЖАЛОБЫ**

При поступлении больная жаловалась на ноющие боли в коленных и лучезапястных суставах, которые значительно усилились в последнее время, беспокоят выраженные боли в грудной клетке по ходу межреберий, усиление утренней скованности.

 **ANAMNESIS MORBI**

Больной себя считает с июля 2011 года, когда впервые появились боли и отеки коленных суставов. В этом же году был выставлен диагноз «Ревматоидный артрит». Отмечает частые обострения. Лечилась по месту жительства и в стационаре (последний раз в январе 2011 года), принимала НПВС (диклофенак), проводилась базисная терапия (метотрексат, медрол). Состояние ухудшилось с октября 2012 года, когда усилились боли в коленных суставах и в грудной клетке. Направлена поликлиникой в ВОКБ в ревматологическое отделение в связи ухудшением состояния здоровья и для коррекции лечения.

 **ANAMNESIS VITAE**

Родилась в срок. Росла и развивалась нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Контакта с инфицированными больными и больными туберкулезом не было. Операций не было, переливания крови и кровезаменителей не производилось. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было. Спиртные напитки не употребляет. Аллергоанамнез не отягощен.

**САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТКА УСЛОВИЙ ТРУДА**

 Работает продавцом на рынке в течение 12-ти лет, где имеют место постоянные сквозняки, переохлаждение, работа стоя. Рабочий день около 7 часов. Отпуск 24 рабочих дня, предоставлялся не всегда, обычно в осеннее время. Рабочая неделя 6 дней. В настоящее время работает также вахтером в спортшколе.

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МАРШРУТ**

После окончания 9 классов средне-образовательной школы, работала нянечкой в детском саду, затем ушла в отпуск по уходу за ребенком. С февраля 1999 работает продавцом на рынке. В настоящее время работу продавца совмещает с работой вахтера.

**STATUS PRAESENS COMMUNIS**

**Общий осмотр**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

Нормостенического типа телосложения. Рост 155 см., вес 60 кг. Кожа чистая, сухая. Тургор нормальный. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Подкожная клетчатка развита умеренно. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, плотноэластической консистенции. При пальпации молочных желез патологии не обнаружено.

**Костно-мышечная система**

Припухлость в области коленных суставов. Активные и пассивные движения в суставе ограничены из-за резкой болезненности. Дефигурация кистей по ревматоидному типу (ульнарная девиация). Остальные области без особенностей.

**Система органов дыхания**

*Осмотр грудной клетки*

Форма грудной клетки нормостеническая. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 17 в 1 минуту. Дыхание глубокое. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно.

*Пальпация грудной клетки*

Пальпаторно выявлена болезненность по ходу 7-8 межреберий. Голосовое дрожание в норме.

*Перкуссия.*

При сравнительной перкуссии над всей проекцией легких ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

Нижняя граница.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии |  Правое легкое | Левое легкое |
| парастернальная | V межреберье | IV ребро |
| медиоклавикулярная | VI ребро | VI ребро |
| 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 выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов, крепитации, шума трения плевры нет.

**Система органов кровообращения**

*Осмотр области сердца и крупных сосудов*

Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

*Пальпация сердца и сосудов*

Пульс – 80 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, одинаковый на обеих руках.Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберьи на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

*Перкуссия сердца и сосудистого пучка*

Границы относительной тупости сердца

Правая: в 4-ом межреберьи по правому краю грудины.

Левая: в 5-м межреберье на уровне левой срединно-ключичной линии.

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

Аускультация сердца и сосудов

Тоны сердца ритмичные, приглушены. Шумов нет. ЧСС – 80 в 1 мин.

АД – 120/80 мм. рт. ст.

**Система органов пищеварения**

Язык влажный, не обложен. Акт глотания не нарушен.

Живот симметричный, участвует в акте дыхания всеми отделами.

При перкуссии живота определяется тимпанит над кишечником.

Границы абсолютной печеночной тупости:

По передней подмышечной линии: верхняя граница – VII ребро

 нижняя граница – н/к XI ребра

 размеры – 10,5см

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

 нижняя граница – по краю реберной дуги

 размеры – 11.5см

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 селезенки

Поперечный – 5см, продольный – 7см.

Поверхностная пальпация живота

Живот мягкий, безболезненный.

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. Выявлена аускультативно на 4,5 см выше пупка.

Малую кривизну желудка, привратник и поперечно-ободочную кишку пальпировать не удалось.

Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Симптом Ортнера, Мерфи отрицательны. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Стул регулярный, оформленный.

**Мочеполовая система**

Мочеиспускание свободное безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный. Почки не пальпируются.

**Психоневрологический статус**

Сознание ясное, больная спокойна, ориентирована в пространстве, времени и собственной личности.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ**

1. Общий анализ крови
2. Биохимический анализ крови (АсТ, АлТ, глюкоза, мочевина, билирубин, общий белок).
3. Определение ревматоидного фактора.
4. Анализ мочи общий
5. Электрокардиография
6. Рентгенография грудной клетки, коленных суставов, кистей с лучезапястными суставами.

 **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови 25.10.2012г.

Цветной показатель: 0,95

Гемоглобин: 131 г/л

 Эритроциты: 4,58х1012 /л

СОЭ: 40 мм в час.

Лейкоциты: 5,9х109 /л

 -палочкоядерные: 4%

 -сегментоядерные: 68%

 -лимфоциты: 26%

 -моноциты: 4%

Тромбоциты: 328х109 /л

2. Биохимический анализ крови 25.10.2012г.

Глюкоза: 4,2 ммоль/л

Билирубин: общий – 12.8, прямой – 2,4 мкмоль/л

Мочевина: 2,5 ммоль/л

Общий белок: 66 ммоль/л

АЛТ: 26 Е/л

АСТ: 25 Е/л

3. Общий анализ мочи 25.10.2012г.

Цвет: соломенно-желтый

Реакция: кислая

Удельный вес: 1,020 г/мл

Прозрачность: полная

Белок: -

Сахар: -

Эпителий: 1-2 в поле зрения (плоский)

Лейкоциты: 2-3 в поле зрения

4. ЭКГ от 26.10.2012г.

Ритм синусовый, ЧСС 80 в минуту. Нормальное положение ЭОС.

5.Рентгенография кистей от 26.10.2012г.

 Отмечается различной степени сужение суставных щелей кистей и лучезапястных суставов, узурация суставных поверхностей 2-3 пястно-фалангового сочленений справа и в области лучезапястного сустава.

Диагноз: полиартрит 2-й степени.

Рентгенография коленных суставов

Диагноз: явления полиартрита 2-й степени.

Рентгенография легких

Патологии нет. Сердце и аорта без особенностей.

 6.Анализ крови на ревматоидный фактор от 26.10.2012г.

Ревматоидный фактор – положительный.(224 МЕ/мл)

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Необходимо проводить дифференциальный диагноз с некоторыми вариантами таких заболеваний, как острая ревматическая лихорадка, анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), синдром Рейтера, псориатический артрит, остеоартроз.

В дифференциальной диагностике с болезнью Бехтерева решающее значение имеет обнаружение рентгенологических признаков поражения позвоночника. Болезнь начинается с сакроилеита и в дальнейшем распространяется «вверх», к шейному отделу. Анкилозы превращают позвоночник в «бамбуковую палку» неспособную к малейшим изгибам. Для больных типична поза «просителя» с согнутой спиной и наклоненной вниз головой.

Острая ревматическая лихорадка отличается кратковременностью суставной атаки в начальный период заболевания, отсутствием деструктивных изменений суставов, анкилозов. Боли в суставах быстро купируются нестероидными противовоспалительными препаратами.

При синдроме Рейтера 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 с образованием околосуставных остеофитов – узлов Габердена, 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.

 **КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб больной (ноющие боли в коленных и лучезапястных суставах, усиливающиеся при движениях, утреннюю скованность); анамнеза (больной себя считает с июля 2011 года, когда впервые появились боли и отеки коленных суставов. В этом же году был выставлен диагноз «Ревматоидный артрит». Отмечает частые обострения. Лечилась по месту жительства и в стационаре (последний раз в январе 2011 года), принимала НПВС (диклофенак), проводилась базисная терапия (метотрексат, медрол). Состояние ухудшилось с октебря 2012 года, когда усилились боли в коленных суставах и в грудной клетке.); данных объективного исследования (суставы кистей деформированы по ревматоидному типу(ульнарная девиация, движения в суставах ограничены, болезненны.); данных лабораторных и инструментальных исследований (общий анализ крови – СОЭ 40 мм/ч, ревматоидный фактор – положительный, данные рентгенологического исследования) можно поставить клинический диагноз – Ревматоидный артрит, полиартрит, серопозитивний, активность 2, 2-я стадия, ФК 1.

 **ЛЕЧЕНИЕ**

 План лечения данной больной:

1. режим общий
2. Стол №10
3. Нимесулид 2,0 по 1 порошку 2 раза в день (с противовоспалительной целью).
4. Метотрексат 2,5мг по 1 таблетке 4 раза в неделю.
5. Медрол 4 мг по 2 таблетки 1 раз в день.
6. Фолиевая кислота 0,1 1 таблетка в день.

 7.Sol. Pentoxyphylini 5,0 в 200,0 мл 0,9% NaCl в/в капельно (с целью улучшения микроциркуляции)

 **ДНЕВНИКИ**

|  |  |
| --- | --- |
| дата | Дневники |
| 25.10.12г. | Состоянию больной удовлетворительное. Сознание ясное. Предъявляет жалобы на боли в коленных и лучезапястных суставах, утреннюю скованность, боли по ходу 7-8 межреберий. Кожные покровы сухие, чистые, тургор снижен. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 77 в мин. АД – 120/80. Дыхание везикулярное. ЧД – 17 в мин. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное. |
| 26.10.12г. | Состоянию больной удовлетворительное. Сознание ясное. Жалобы прежние. Кожные покровы сухие. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 79 в мин. АД – 125/85. Дыхание везикулярное. ЧД – 17 в мин. Стул был. Удовлетворительных свойств. Мочеиспускание свободное, безболезненное. |

 **ЭПИКРИЗ**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ поступила в ревматологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 25/10/2011 по направлению поликлиники. При поступлении больная предъявляла жалобы на ноющие боли в коленных и лучезапястных суставах, усиливающиеся при движениях, утреннюю скованность, боли по ходу 7-8 межреберий. Работает продавцом на рынке в течение 12-ти лет, где имеют место постоянные сквозняки, переохлаждение, работа стоя. Была обследована клинически, лабораторно и инструментально. Был выставлен диагноз – Ревматоидный артрит, полиартрит, серопозитивный, активность 2, 2-я стадия, ФК 1. Больная получает лечение: нимесулид 0,2 по 1 порошку 2р в день, метотрексат 2,5мг по 1 таблетке 4 раза в неделю, медрол 4мг по 2 таблетки в день,sol. Pentoxyphylini 5,0 в 200,0 мл 0,9% NaCl в/в капельно. Лечение эффективно.