**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Ф.И.О. пациента

Пол – мужской

Возраст –61 год (03.02.1952г.)

Место прописки –

Место работы, профессия –пенсионер

Дата и время поступления в стационар – 10.03.13 в 8.40

Кем направлен больной –

Диагноз направившего учреждения – ревматоидный артрит активность 2, серонегативный, III стадии, ФК II. АГ II риск 3.

Предварительный диагноз при поступлении - ревматоидный артрит активность 2, серонегативный, III стадии, ФК II.

Окончательный диагноз:

Основной: Ревматоидный артрит, серонегативный, 2 степень активности, 3 рентгенологическая стадия, ФК 2.

Сопутствующий:Хронический брохит,АГ II риск 3.

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ**

Общий стаж работы – 36 лет, из них 26 лет проработал плиточником.

Профессиональные вредности – при работе плиточником:перенапряжение опорно-двигательного аппарата,вынужденное положение тела при выполнении работ,производственная пыль,работа на улице при различных колебаниях температуры,ветра,влажности.

**САНИТАРНО – ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫПОЛНЯЕМОЙ РАБОТЫ**

Выполняемая работа непосредственно связана с физическим трудом

Микроклимат (температура, влажность воздуха, скорость движения воздуха, интенсивность теплового излучения) находится в различных колебаниях показателей температуры,ветра,влажности,т.к. работа проходила на улице.

Рабочая поза: стоя либо сидя.

Работа односменная, время работы с 8.00 до 18.00, обеденный перерыв 1 час с 13.00 до 14.00.

Продолжительность воздействия вредных факторов (профессиональных вредностей) проходила все время.

Отпуск предоставлялся своевременно.

**ЖАЛОБЫ**

На момент курации: жалобы на слабые боли в пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и плечевых суставах, болевое ограничение подвижности. Отмечается хруст в этих суставах при движении, их припухлость, утренняя скованность до 3 часов, также пациент отмечает у себя общую слабость.

При поступлении: ноющие боли в пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и плечевых суставах, которые возникают не только при движении, но и в покое; незначительное ограничение подвижности. Отмечается хруст в этих суставах при движении, их припухлость, утреннюю скованность до 3 часов; общую слабость, одышку, незначительную боль в области сердца, усиливающуюся при физической нагрузке.

**ANAMNESIS MORBI**

Считает себя больным с 1996 года, когда впервые появились интенсивные боли всуставах кистей, припухлость, болезненность при пальпации. По поводу этого пациент обратился в поликлинику к терапевту, был направлен им на консультацию к ревматологу, было назначено и проведено обследование, где на основании полученных данных выставлен диагноз: Ревматоидный артрит. И назначено лечение: метотрексат, фолиевая кислота, нимесулид. Далее в течение последующих лет отмечает периодические обострения, чаще весной. Развилась деформация вторых пястно-фаланговых, коленных, голеностопных суставов. Пациент периодически лечится стационарно. Состоит на учете. Инвалид 3 группы. Поступает 2 раза в год в отделение ревматологии для коррекции лечения и обследования.

**ANAMNESIS VITAE**

Родился в срок, третьим ребёнком в семье. Рос и развивался нормально. Не отставал от сверстников в физическом и умственном развитии. В школу пошёл с 7-ми лет, учился удовлетворительно, физкультурой занимался в основной группе. По окончании школы был призван в армию. После службы, окончил ПТУ. Женат, имеет одного ребёнка (дочь). Детские заболевания (корь, краснуха, скарлатина, дифтерия)перенес. Отмечает наследственную предрасположенность к заболеваниям суставов: у матери были суставные боли. Долгое время проработал плиточником, на работе имели место частые сквозняки и тяжелый физический труд. . В настоящее время пенсинер. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ и с 2005 – Хронический бронхит. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания у себя и у родственников отрицает. Переливаний крови и кровезаменителей не было. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не отмечает.Аллергоанамнез не отягощен.Вредные привычки:курит по 1 пачке в день, алкоголь употребляет в ограниченных количествах. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное.

**STATUS PRAESENS COMMUNIS**

**Общий осмотр**

**Общее состояние:** удовлетворительное

**Сознание:** ясное

**Положение:** активное

**Телосложение:** гиперстеничное, рост 167 см., вес 74 см., ИК-26

**Кожа:** цвет бледно-розовый, очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения, рубцов – нет

**Видимые слизистые оболочки:** цвет бледно-розовый, высыпаний, кровоизлияний, петехий, изъязвлений – нет

**Состояние подкожно-жирового слоя:** повышенное

**Отеки:** стоп, голеней

**Периферические лимфатические узлы:** шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые не увеличены, размеры 1-1.5 см., безболезненны, не спаяны с кожей.

**Костно-мышечно-суставная система:**

Депигментация, пигментация, язвенные дефекты, точечные некрозы – отсутствуют.

Мышечная система развита умеренно, тонус и сила мышц несколько снижены. Мышцы при пальпации безболезненны.

Форма черепа и его размеры нормальные.

*Позвоночник* – сколиоз, наклон таза, контрактура околопозвоночных и ягодичных мышц – отсутствует. Мышцы умеренно развиты, при пальпации безболезненны, судорог нет.

*Тазобедренный сустав* (с обеих сторон) – хромота, «утиная походка» - отсутствуют.

*Коленный сустав* (с обеих сторон) – сгибательная контрактура, припухлость и болезненность суставов при пальпации.

*Голеностопный сустав* (с обеих сторон) – отмечается деформация, припухлость, амиотрофия и болезненность при пальпации.

*Голеностопные суставы*: сгибание подошвенное = 50О

сгибание тыльное = 20О

*Предплюсневые суставы* – болезненно при пальпации суставов обеих ног.

*Плюсне-фаланговые суставы* – болезненно при пальпации всех пальцев стоп.

*Межфаланговые суставы* – болезненно при пальпации проксимальных суставов пальцев стоп. Деформация стопы по типу hallus valgus.

*Плечевой сустав* (с обеих сторон) - ограничения подвижности, болезненности при пальцации.

*Локтевой сустав* (с обеих сторон)– ограничения подвижности, болезненности при пальцации, деформаций и дефигураций не выяленно.

*Лучезапястный сустав*: деформация правого и левого сустава. Кожа над суставами обычной окраски. При пальпации болезненность, отёчность периартикулярной ткани, температура кожи над суставом не изменена. Движения в лучезапястных суставах ограничены. Угол сгибания в правом - 60, левом - 50, угол разгибания в правом -60, левом - 60.

*Пястно-фаланговые суставы кистей*: пальцы кисти отклонены в ульнарную сторону вследствие подвывихов в пястно-фаланговых суставах с переразгибанием в проксимальном межфаланговом и сгибании в дистальном межфаланговом. Суставы кисти отёчны; при пальпации суставы болезненны, температура кожи над суставами нормальная. Движение в кисти болезненно и ограничено. Амплитуда пронации и супинации в правой и левой руке пронация 60 , супинация 60.

**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 патологических симптомов не выявлено. 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 5 см.

*Аускультация легких:*При аускультации выслушивается жесткое дыхание в нижних отделах. 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 – 85 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, одинаковый на обеих руках.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

*Перкуссия сердца и сосудистого пучка:*

Границы относительной тупости сердца

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

Левая: в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

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

*Аускультация сердца и сосудов:*

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

АД – 150/95 мм. рт. ст.

**Система органов пищеварения:**

Жалоб нет. Слизистая ротовой полости чистая, влажная, розовая. Язык влажный, налёта нет. Живот правильной формы, симметричный, мягкий, доступен глубокой пальпации. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного цилиндра, шириной 2 см., безболезненная. Слепая кишка пальпируется в виде мягкого цилиндра, шириной 3 см., безболезненная. Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 2 см. ниже пупка в виде мягкого цилиндра, шириной 3 см., безболезненная. Край печени ровный, эластической консистенции, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10 х 8 х 7 см. Пальпация точек желчного пузыря безболезненна. Стул оформленный, один раз в сутки. Селезёнка не пальпируется.

**Мочевыделительная система:**

Жалоб нет. Кожные покровы поясничной области не изменены, отёчности нет. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Психоневрологический статус:**

Сознание ясное, больной несколько возбужден, ориентирован в пространстве, собственной личности.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб пациента: ноющие боли в пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и плечевых суставах, которые возникают не только при движении, но и в покое; незначительное ограничение подвижности. Отмечается хруст в этих суставах при движении, их припухлость, утреннюю скованность до 3 часов.

Из анамнеза жизни:тяжелый физический труд (рабол 26 лет плиточником).Отмечает наследственную предрасположенность к заболеваниям суставов: у матери были суставные боли.

Исходя из данных анамнеза заболевания: выставлен диагноз ревматоидный артрит с 1996 г. И назначено лечение: метотрексат, фолиевая кислота, нимесулид. Далее в течение последующих лет отмечает периодические обострения, чаще весной. Развилась деформация вторых пястно-фаланговых, коленных, голеностопных суставов. Пациент периодически лечится стационарно. Состоит на учете. Инвалид 3 группы. Поступает 2 раза в год в отделение ревматологии для коррекции лечения и обследования. Данных объективного исследования: Мышечная система развита умеренно, тонус и сила мышц несколько снижены. Отмечается деформация, припухлость, амиотрофия и болезненность при пальпации в голеностопных, лучезапястных, пястно-фаланговых суставах. Отмечается ограничение движений в этих суставах. При движении во всех перечисленных суставах отмечается болезненность. Состояние остальных суставов в пределах нормы. Состояние позвоночного столба без патологических изменений. Можно выставить следующий предположительный диагноз: Ревматоидный артрит.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. РФ, ЦИК, СРБ

4. Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, глюкоза, общий белок, АлАТ, АсАТ, ГГТП, общий билирубин, прямой билирубин)

5. ЭКГ

6. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки

7. Рентгенография пястно-фаланговых, лучезапястных суставах правой и левой кисти, правого и левого коленного сустава.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**1.ОАК 11.03.13 г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты | Норма |
| Эритроциты | 3,8\*10¹² /л | 3,5-5,1\*10¹² /л |
| Гемоглобин | 130 г/л | 130 -160г/л |
| ЦП | 0,84 | 0,8-1,0 |
| Лейкоциты | 8,0 \*109/л  П – 2%  С – 46%  Л – 45%  М – 6%  Э – 1 | 4-9\*109/л  1-4%  40-70%  19-37%  2-11%  0,5-5% |
| Тромбоциты | 256\*109/л | 180-320\*109/л |
| СОЭ | 35 мм/ч | 1-10 мм/ч |

Заключение: Увеличено процентное содержание лимфоцитов(45%), повышена СОЭ(35 мм/ч).

**2. ОАМ 11.03.13 г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты | Норма |
| Цвет | Светло-желтый | Светло-желтый |
| Мутность | Отсутствует | Отсутствует |
| Реакция | Кислая | Кислая |
| Плотность | 1015 | 1004 – 1024 |
| Белок | Отсутствует | До 0,033% |
| Сахар | Отсутствует | Отсутствует |
| Эритроциты | Нет | До 3 в поле зрения |
| Лейкоциты | 2-3 в поле зрения | До 3-4 в поле зрения |

Заключение: данный анализ мочи без отклонений от нормы.

**3. БАК 11.03.13 г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты | Норма |
| Белок | 70 г/л | 60 – 80 г/л |
| Глюкоза | 4,28 ммоль/л | 3,5 – 6,1 ммоль/л |
| Билирубин общий | 4,3 мкмоль/л | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Билирубин прямой | 3 мкмоль/л | 2,1-5,1 мкмоль/л |
| Мочевина | 4,7 ммоль/л | 3,8-8,3 мкмоль/л |
| Креатинин | 0,07 ммоль/л | 0,07 – 0,11 ммоль/л |
| С-реактивный белок | 1,3 мг/л | 0-0,6 мг/л |
| Холестерин | 5,2 ммоль/л | 3,5-5,5 ммоль/л |
| АлАТ | 21Е/л | До 56ЕД/л |
| АсАТ | 28Е/л | До 40 ЕД/л |

Заключение: в данном биохимическом анализе крови наблюдается увеличение С-реактивного белка почти в 3 раза, остальные показатели в пределах нормы.

**4. Иммунологические анализ:**

11.03.13 г.

Анализ на ревматоидный фактор отрицательный

11.03.13 г.

ЦИК в сыворотке крови 186 Ед. норма: 30-90 Ед.

Заключение: Повышено содержание ЦИК в сыворотке крови

**5**. **Рентгенологическое исследование органов грудной клетки 07.03.13:**

Заключение. Легочные поля прозрачны. Легочный рисунок несколько деформирован в н/долях обоих легких, больше справа. Корни тяжистые. Органы средостения занимают обычное местоположение. Сердце расширено за счет дуги левого желудочка. Аорта склерозирована.

**6. Рентгенография пястно-фаланговых, лучезапястных суставах правой и левой кисти, правого и левого коленного сустава 07.03.13:**

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 3-й степени.

Рентгенография коленных суставов

Диагноз: явления полиартрита 3-й степени.

**7. ЭКГ 07.03.13**

Ритм синусовый, ЧСС – 85 уд. в мин., ось сердца отклонена влево. Имеются диффузные изменения миокарда.

**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.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб больного: ноющие боли в пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и плечевых суставах, которые возникают не только при движении, но и в покое; незначительное ограничение подвижности. Отмечается хруст в этих суставах при движении, их припухлость, утреннюю скованность до 3 часов, также пациент отмечает у себя общую слабость, одышку, незначительную боль в области сердца, усиливающуюся при физической нагрузке.

Исходя из данных анамнеза заболевания: выставлен диагноз ревматоидный артрит с 1996 г. И назначено лечение: метотрексат, фолиевая кислота, нимесулид. Далее в течение последующих лет отмечает периодические обострения, чаще весной. Развилась деформация вторых пястно-фаланговых, коленных, голеностопных суставов. Пациент периодически лечится стационарно. Состоит на учете. Инвалид 3 группы. Поступает 2 раза в год в отделение ревматологии для коррекции лечения и обследования.

Данных анамнеза жизни: Долгое время работал плиточником, на работе имели место частые сквозняки и тяжелый физический труд. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ и с 2005 – Хронический бронхит.

Данных объективного исследования: Мышечная система развита умеренно, тонус и сила мышц несколько снижены. Отмечается деформация, припухлость, амиотрофия и болезненность при пальпации в голеностопных, лучезапястных, пястно-фаланговых суставах. Отмечается ограничение движений в этих суставах. При движении во всех перечисленных суставах отмечается болезненность. Состояние остальных суставов в пределах нормы. Состояние позвоночного столба без патологических изменений.

Имеются хрипы в нижних долях легких. Также имеет место расширение границ сердца. Повышение АД до 150/90 мм.рт.ст.

Данных лабораторных и инструментальных методов исследования: повышена СОЭ(35 мм/ч), наблюдается увеличение С-реактивного белка почти в 3 раза, анализ на ревматоидный фактор отрицательный, повышено содержание ЦИК в сыворотке крови.

Рентгенография пястно-фаланговых, лучезапястных суставах правой и левой кисти, правого и левого коленного сустава выявила: сужение различной степени суставных щелей кистей и лучезапястных суставов, узурация суставных поверхностей 2-3 пястно-фалангового сочленений справа и в области лучезапястного сустава. Также изменения в коленных и голеностопных суставах, соответствующие явлению полиартрита III стадии. ЭКГ-исследования Ритм синусовый, ЧСС – 85 уд. в мин., ось сердца отклонена влево. Имеются диффузные изменения миокарда.

Принимая во внимание все вышесказанное можно выставить следующий клинический диагноз:

Основной: Ревматоидный артрит, серонегативный, 2 степень активности, 3 рентгенологическая стадия, ФК 2.

Сопутствующий: Хронический бронхит. АГ II риск 3.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение РА проводится симптом-модифицирующими и болезнь-модифицирующими препаратами. К группе СМАРП относятся нестероидные противовоспалительные средствам (НСПВ) и глюкокортикоиды.

Средства из группы СМАРП являются симптоматическими и они не влияют на процессы формирования и прогрессирования костно-хрящевой деструкции. Их основное значение уменьшить активность воспалительного процесса, устранение болезненных ощущений.

Чаще всего применяются:

1)Производные арилуксусной кислоты:

Диклофенак-натрий (ортофен) 0,025-0,05 – 3 раза в день внутрь.

2)Производные арилпропионовой кислоты:

Ибупрофен 0,8 – 3-4 раз в день внутрь.

Напроксен 0,5–0,75 2 раза в день внутрь.

3)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.

мелоксикам по 0,015 (1-2 раза в день).

Глюкокортикоидные препараты обладают наиболее мощным и быстрым противовоспалительным эффектом, они назначаются для подавления высокой активности РА.

Эффективны следующие методы их использования:

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.

1)Метилпреднизолон или депомедрол по 40 мг с повторным введением через 1-5 недель.

2)Гидрокортизона гемисукцинат по 125 мг 1 раз в неделю.

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

К главным БМАРП относится метотрексат. Он является на данный момент «золотым стандартом» в лечении РА. Препарат обладает не только способностью задерживать и даже предотвращать образование эрозий, костных анкилозов, но также и прямым противовоспалительным действием.

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

1)Делагил 0,25 в день перорально.

2)Плаквенил 0,2 – 2 таблетки внутрь на ночь в течение 2-3 месяцев. Затем по 1 таблетке на ночь еще 3 месяца.

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:

1)Аппликации 0,5% раствора димексида.

2)Местное нанесение мазей, содержащих НСПВ.

3)Инфильтация околосуставных тканей новакоином с преднизолоном.

4)Электрофорез, фонофорез противовоспалительных средств.

Новейший класс противоревматических препаратов – биологические агенты – обещают значительные преимущества большему количеству больных ревматоидным артритом. Эти препараты могут предотвращать и замедлять эрозию суставов, и даже обеспечить длительную ремиссию заболевания, поскольку воздействуют непосредственно на иммунную систему – существенный фактор развития ревматоидного артрита.

Биологические агенты, такие как Актемра, Ембрел, Хумира, Кинерет, Оренция и Ремикад, одобрены Управлением по контролю за продуктами и лекарствами (США) как препараты, предназначенные для лечения ревматоидного артрита. Они подавляют функцию вырабатываемых иммунной системой клеток, цитокинов, которые вызывают воспалительный процесс и эрозию суставов. Даже при неэффективности применения других лекарственных средств, биологические агенты могут смягчать симптомы заболевания и поддерживать функциональную активность, предотвращая дальнейшую эрозию суставов.

Санаторно-курортное лечение показано при отсутствии выраженной активности воспалительного процесса. Также применяют различного физиотерапевтические методы лечения.

**План лечения данного пациента:**

1. Режим: палатный.

2. Стол: Общий.

3. Симптом-модифицирующие антиревматические препараты:

- нестероидные противовоспалительные препараты

Таb. Nimesulidi 2,0 № 1\*2 раза в день перед едой

4. Болезнь-модифицирующие антиревматические препараты.

Tab. Methotrexati 2,5 mg (среда 9:00 -1 таблетка, 21:00 – 2 таблетки; четверг 9:00 -1 таблетка, 21:00 – 2 таблетки).

+Фолиевая кислота 0,1 №1 в дни свободные от приема метотрексата.

5. С гастропротективной целью: омепразол 20 мг. 1 раз в день;

6.С целью улучшения метаболизма: Эмоксипин 3% 5.0 в/в капельно 1 раз в день

7. ЛФК, массаж пястно-фаланговых, лучезапястных суставов правой и левой кисти, голеностопных суставов.

8.С гипотензивной целью: Лизиноприл 10 мг. 1 раз в день; Бикард 2.5 мг. 1 раз в день утром.

**ДНЕВНИКИ**

|  |  |
| --- | --- |
| дата | дневники |
| 12/03/13 | Состояние пациента удовлетворительное. Сознание ясное. Предъявляет жалобы на боли в суставах, утреннюю скованность. Кожные покровы сухие, чистые, тургор снижен, пастозность нижних конечностей. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 76 в мин. АД – 140/90. Дыхание везикулярное. ЧД – 22 в мин. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное. |
| 13/03/13 | Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Предъявляет жалобы на боли в суставах, утреннюю скованность до 2 часов. Кожные покровы сухие. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 78 в мин. АД – 135/85. Дыхание везикулярное. ЧД – 24 в мин. Стул был. Удовлетворительных свойств. Мочеиспускание свободное, безболезненное. |
| 14/03/13 | Состояние удовлетворительное. Предъявляет жалобы на боли в суставах, утреннюю скованность. Кожные покровы сухие, чистые. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 76 в мин. АД – 135/90. Дыхание везикулярное. ЧД – 21 в мин. Стул, диурез в норме. |

**ЭПИКРИЗ**

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1952 г.р. поступил в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10.03.13 по направлению \_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: ревматоидный артрит активность 2, серонегативный, III стадии, ФК II. Хронический бронхит, АГ II риск 3. На момент поступления пациент предъявлял следующие жалобы: ноющие боли в пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и плечевых суставах, которые возникают не только при движении, но и в покое; незначительное ограничение подвижности. Отмечается хруст в этих суставах при движении, их припухлость, утреннюю скованность до 3 часов, также пациент отмечает у себя общую слабость, одышку, незначительную боль в области сердца, усиливающуюся при физической нагрузке. Из анамнеза заболевания известно (неоднократное лечение по поводу ревматоидного артрита с 1996 года); из анамнеза жизни: долгое время работал плиточником, на работе имели место частые сквозняки и тяжелый физический труд. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ и с 2005 – Хронический бронхит; данных объективного исследования (дефигурация суставов по ревматоидному типу. Движения в суставах ограничены, болезненны.); имеются хрипы в нижних долях легких. Также имеет место расширение границ сердца. Повышение АД до 150/90 мм.рт.ст. Из данных лабораторных и инструментальных методов исследования: повышена СОЭ(35 мм/ч), наблюдается увеличение С-реактивного белка почти в 3 раза, анализ на ревматоидный фактор отрицательный, повышено содержание ЦИК в сыворотке крови. Рентгенография соответствует III стадии. ЭКГ-исследования Ритм синусовый, ЧСС – 85 уд. в мин., ось сердца отклонена влево. Имеются диффузные изменения миокарда. Принимая во внимание все вышесказанное был выставлен следующий клинический диагноз: Основной: Ревматоидный артрит, серонегативный, 2 степень активности, 3 рентгенологическая стадия, ФК 2.

Сопутствующий: Хронический бронхит, АГ II риск 3.

И назначено лечение:Режим: палатный; Стол: Общий; Таb. Nimesulidi 2,0 № 1\*2 раза в день перед едой Tab. Methotrexati 2,5 mg (среда 9:00 -1 таблетка, 21:00 – 2 таблетки; четверг 9:00 -1 таблетка, 21:00 – 2 таблетки) + Фолиевая кислота 0,1 №1 в дни свободные от приема метотрексата; омепразол 20 мг. 1 раз в день; Эмоксипин 3% 5.0 в/в капельно 1 раз в день; ЛФК, массаж пястно-фаланговых, лучезапястных суставов правой и левой кисти, голеностопных суставов; Лизиноприл 10 мг. 1 раз в день; Бикард 2.5 мг. 1 раз в день утром.

На данный момент состояние пациента удовлетворительное, продолжает лечение в ревматологическом отделении ВОКБ.

**ПРОГНОЗ**

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

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