1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 79 лет

Профессия: пенсионерка

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

Дата поступления в клинику: 14.09.2012

II. ЖАЛОБЫ

На момент поступления: жалобы на общую слабость, на боли в лучезапястных и голеностопных суставах, периодически возникающие боли в суставах пальцев кисти, отечность их, утреннюю скованность в течение1 часа, повышение АД до 150/95 мм. рт. ст.( «рабочее» давление 140/90 мм.рт.ст)

На момент курации: жалобы на боли в лучезапястных, голеностопных и пястно-фаланговых суставах, утреннюю скованность в теч.1 – 2 часов, повышение АД до 150/95 мм. рт. ст.

III. ANAMNESIS MORBI

Считает себя больной с 2002 года, когда впервые появились боли в обоих голеностопных суставах Боли усиливались при движении. Данное заболевание связыва6ет с перенесенным в детстве ревматизмом или ревматоидным артритом(в названии путается). Постепенно появилась утренняя скованность. Лечилась амбулаторно и стационарно (ВОКБ и Городская поликлиника № 3 г. Витебск). Постоянно принимает метотрексат , НПВС, преднизалон(дозировку не знает) . 11.09.2012 Витебской городской поликлиникой №3 была направлена на стационарное лечение и коррекцию терапии в ВОКБ.

IV. ANAMNESIS VITAE

Родилась в срок. Росла и развивалась нормально. Воспитывалась в детском доме. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, ОРЗ. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический панкреатит и хронический бронхит (подтверждается выпиский из поликлиники). 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. Семейную предрасположенность к ревматоидным заболеваниям не отмечает. Спиртные напитки не употребляет , не курит. Аллергоанамнез не отягощен. . Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное (соблюдает диету:не ест жирную, жареную пищу).

V. STATUS PRAESENS

**ОБЩИЙ ОСМОТР**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

Гиперстенического типа телосложения. Рост 165 см., вес 82 кг. ИМТ=30,1. Ожирение II степени. Кожа сухая, чистая, окраска кожных покровов бледная, небольшая пигментация на коже предплечий, эластичность кожи снижена. Видимые слизистые бледно-розовые. Сыпи, расчёсов, петехий, рубцов нет. Пастозность обеих голеней. Оволосение по женскому типу. Ногтевые пластинки правильной формы, не слоятся. Подкожная клетчатка развита хорошо. При пальпации молочных желез патологии не обнаружено.

Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены.

**КОСТНО-МЫШЕЧНО-СУСТАВНАЯ СИСТЕМА**

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

Отмечается деформация, припухлость, амиотрофия и болезненность при пальпации в голеностопных, лучезапястных, пястно-фаланговых суставах.

Отмечается ограничение движений в суставах:

Голеностопные суставы: сгибание подошвенное = 50О

сгибание тыльное = 20О

Лучезапястные суставы: сгибание = 80О

разгибание = 70О

отведение рад. = 40О

отведение ульнарное = 50О

Больная неспособна быстро сгибать/разгибать пальцы рук в межфаланговых проксимальных и пястно-фаланговых суставах.

При движении во всех перечисленных суставах отмечается болезненность.

Отмечается симптом «суставов исключения» и поражение голеностопных суставов с вальгусным отклонением стопы.

Состояние остальных суставов в пределах нормы.

Состояние позвоночного столба без патологических изменений.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Нос не деформирован, дыхание через нос, свободное.

***Осмотр грудной клетки:***

Форма грудной клетки гиперстеническая. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 18 в 1 минуту. Одышки нет. Дыхание глубокое. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно.

***Пальпация грудной клетки:***

Пальпаторно патологических симптомов не выявлено. Голосовое дрожание проводится над всей поверхностью легких.

***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. 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 – 80 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**

Губы розового цвета. Слизистая ротовой полости чистая, влажная, розовая. Язык влажный, слегка обложен белым налётом у корня. Зев не гиперемирован. Акт глотания не нарушен.

Живот обычной формы и величины, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, б/болезненный. Асцита и висцероптоза нет.

***Пальпация живота:*** живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации во всех отделах.

***Аускультация живота:*** перистальтика кишечника активная, 5 перистальтические волны в минуту.

***Перкуссия печени:*** верхняя граница печени по l. parasternalis dextra – верхний край VI ребра, по l. medioclavicularis dextra – нижний край VI ребра, по l. axillaris ventralis – нижний край VII ребра.

Нижняя граница печени: по l. axillaris anterior – по нижнему краю Х ребра, по l. medioclavicularis dextra – 2смниже реберной дуги, по l. parasternalis dextra – на 2 см ниже реберной дуги, по l. mediana anterior – на границе верхней и средней трети линии, соединяющей мечевидный отросток и пупок, по l. parasternalis sinister – по нижнему краю левой реберной дуги. Размеры печени по Курлову: вертикальный по l. medioclavicularis dextra − 11 см; вертикальный по l. mediana − 9 см; косой - 7 см. При пальпации нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 2см по правой среднеключичной линии, гладкий, плотно-эластичный, безболезненный.

***Желчный пузырь*** не пальпируется, в месте проекции б/б, с-мы Ортнера, Курвуазье, Кера, Мюси, Мерфи отрицательные.

***Селезенка:*** при перкуссии поперечник – 4,5 см., длинник - 7 см., не пальпируется. Места проекции селезенки и поджелудочной железы б/б.

Перитонеальные симптомы отрицательны.

Стул ежедневный, цвет кала обычный без патологических примесей.

**МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА**

При осмотре поясничной области покраснение, припухлость кожных покровов, отечность кожи не определяются. Почки не пальпируются. Точки почек и мочевыводящих путей безболезненны. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При пальпации и перкуссии в области проекции мочевого пузыря наличие болезненности не отмечается. Моча светло-жёлтого цвета, прозрачная. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-6 раз в сутки. Ночью не мочится.

При аускультации отсутствует шум в реберно-позвоночном углу.

**ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Больная контактна. Речь внятная, внимание сохранено. Сознание ясное, ориентирована в пространстве, собственной личности. Болевая чувствительность не снижена. Парезов и параличей нет. Бессонницы нет. К заболеванию больная относится адекватно, легко вступает в контакт. Мышечная сила соответствует возрасту. Потоотделение при физической нагрузке. Патологических симптомов нет.

VI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больной (на момент поступления: жалобы на общую слабость, на боли в лучезапястных и голеностопных суставах, периодически возникающие боли в суставах пальцев кисти, отечность их, утреннюю скованность в течение часа, повышение АД до 150/95 мм. рт. ст.; на момент курации: жалобы на боли в лучезапястных, голеностопных и пястно-фаланговых суставах, утреннюю скованность в теч.1 – 2 часов, повышение АД до 150/95 мм. рт. ст.), данных анамнеза ( Считает себя больной с 2002 года, когда впервые появились боли в обоих голеностопных суставах Боли усиливались при движении. Данное заболевание связыва6ет с перенесенным в детстве ревматизмом или ревматоидным артритом(в названии путается). Постепенно появилась утренняя скованность. Лечилась амбулаторно и стационарно (ВОКБ и Городская поликлиника № 3 г. Витебск). Постоянно принимает метотрексат , НПВС, преднизалон(дозировку не знает) . 11.09.2012 Витебской городской поликлиникой №3 была направлена на стационарное лечение и коррекцию терапии в ВОКБ. ), имеется хронический пакреатит и хронический бронхит в анамнезе; и результатов клинического исследования (гиперстенического типа телосложения. Рост 165 см., вес 82 кг. ИМТ=30,1, пастозность обеих голеней; отмечается деформация, припухлость, амиотрофия и болезненность при пальпации в голеностопных, лучезапястных, пястно-фаланговых суставах; отмечается ограничение движений в суставах: голеностопные суставы: сгибание подошвенное = 50О; сгибание тыльное = 20О; лучезапястные суставы: сгибание = 80О; разгибание = 70О; отведение рад. = 40О; отведение ульнарное = 50О; больная неспособна быстро сгибать/разгибать пальцы рук в межфаланговых проксимальных и пястно-фаланговых суставах; при движении во всех перечисленных суставах отмечается болезненность; отмечается симптом «суставов исключения» и поражение голеностопных суставов с вальгусным отклонением стопы; *cистема органов кровообращения:* верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, граница относительной тупости сердца расширена слева: в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; АД – 150/95 мм. рт. ст.), можно поставить предварительный диагноз:

1. Основное заболевание: Ревматоидный артритУ; ФК 2.

2. Осложнение основного заболевания: АГ III риск 4

3. Сопутствующая патология: Хронический пакреатит, ремиссия; хронический бронхит; Абдоминальное ожирение 2 степени

VII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Исходя из предполагаемого диагноза и удовлетворительного состояния больного необходимо провести следующие лабораторные и инструментальные исследования:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови (фибриноген, фибрин, серомукоид, СРП, альфа-2-глобулин, гаптоглобин)
4. Рентгенография кистей, ОГК
5. Иммунологический анализ (анализ крови на ревматоидный фактор, анализ крови на ЦИК, анализ крови на стрептолизин «О»)
6. ЭКГ
7. Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой
8. Консультация эндокринолога

VIII. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ

МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови (30.08.12)

Цв. показатель:0,9

Гемоглобин: 127 г/л

*Эритроциты:* 4,08х1012 /л

***СОЭ:* 31 мм в ч.**

*Лейкоциты:* 8,1х109 /л

-палочкоядерные: 1%

-сегментоядерные: 52%

-лимфоциты: 38%

-моноциты:8%

-эозинофилы 1%

*Тромбоциты:* 323х109/л

Общий анализ крови (06.09.12)

Цв. показатель:0,9

Гемоглобин: 126 г/л

*Эритроциты:* 4,11х1012 /л

***СОЭ:* 31 мм в ч.**

*Лейкоциты:* 8,2х109 /л

-палочкоядерные: 2%

-сегментоядерные: 65%

-лимфоциты: 31%

-моноциты:1%

-эозинофилы 1%

*Тромбоциты:* 285х109/л

Заключение: Повышение СОЭ

2. Биохимический анализ крови (30.08.12)

*Глюкоза:* 10,0 ммоль/л

*Билирубин:* общий – 12,5 мкмоль/л, прямой –4,2 мкмоль/л

*Мочевина:* 5,4 ммоль/л

*Общий белок*: 73 ммоль/л

*АсАТ* – 45 Е/л

*АлАТ* – 67 Е/л

*Креатинин* - 0,085 ммоль/л

*ЩФ*- 53 Е/л

***СРП* 24,9 мг/л**

Заключение: Повышение СРП (норма до 6,0 мг/л)

3. Общий анализ мочи (30.08.12)

*Цвет*: соломенно-желтый

Реакция: кислая

Удельный вес: 1,015

Прозрачность: полная

Белок: -

Сахар: -

*Эпителий (плоский):* 1-4 в поле зрения

*Эритроциты:*1-3 в поле зрения

*Лейкоциты:* 1*-*2 в поле зрения

4. Анализ крови на ревматоидный фактор от 30.08.12

**Положительная реакция 104 МЕ/ мл (норма < 8МЕ/мл)**

5. Анализ крови на стрептолизин «О» (30.08.09): отрицательный (<200 МЕ\мл)

6. ЦИК в сыворотке крови (30.08.12): **116 ед.**

7. Рентгенография кистей от 30.08.12: определяется остеопороз, сужение суставной щели ДМФС. Кисты основания и головок пястных костей, дистальных, средниз, проксимальных фаланг I-V пальцев с обеих сторон. Узура головки III пястной кости справа. Сужение межзапястных суставов с признаками анкилозирования. Резкое сужение СЗС. Субкапсулярный склероз суставных поверхностей МФС, ПФС.

*Заключение***: Rtg картина РА III ст.**

Rg органов грудной клетки от 30.08.12 г.

*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.

8. Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой от 30.08.12:

Концентрация глюкозы в 1300 5,3 ммоль/л

Концентрация глюкозы в 1700 5,7 ммоль/л

Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой от 04.09.12:

Концентрация глюкозы в 800  6,1 ммоль/л

Концентрация глюкозы в 1300 5,5 ммоль/л

Концентрация глюкозы в 1700 5,6 ммоль/л

Осмотр эндокринолога: заключение - сахарный диабет 2 типа, компенсация; оперированная ЩЖ, эутиреоз; Абдоминальное ожирение 2 степени

9. ЭКГ от 30.08.12 Ритм синусовый, положение ЭОС нормальное, признаки гипертрофии левого желудочка.

IХ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Симптомы и сущность болезней | **Ревматоидный артрит** | **Болезнь Бехтерева** | **Синдром Рейтера** | **Подагра** | **Остеоартроз (первичный)** |
| Суставный синдром | 2-3 пястно-фаланговые суставы, проксимальные межфаланговые суставы | Крестцово-подвздошное сочленение, межпозвонковые, реберно-позвонковые суставы | Коленные, голеностопные суставы, мелкие суставы стоп | Дебют заболевания: 1 плюсневый сустав, артрит другой локализации | "Нагруженные" суставы нижних конечностей (тазобедренный, коленный) |
| Особенности клинического течения | Быстро прогрессирующее, медленно прогрессирующее | Формы: центральная, ризомиелическая, периферическая, скандиловская. Болеют молодые мужчины | Тяжесть течения определяется поражением кожи и внутренних органов. Болеют молодые мужчины | Клинические формы: ревматоидоподобная, мигрирующий полиартрит, подострая, артритическая | Эволютивное |
| Рентгеноло-гические данные | Эпифизарный остеопороз, "узуры" хряща, кисты, анкилозы | Двусторонний сакроилеит, периартикулярный остеосклероз, сужение суставной щели | Околосуставный диффузный остеопороз, асимметричные эрозии суставных поверхностей | Сужение суставных щелей, дефекты костной ткани в эпифизах, "пробойники", эрозии суставных поверхностей | Неравномерное сужение суставной щели, уплотнение и расширение замыкающей пластинки эпифизов (остеофит) |
| Синовиоцито- грамма | Лимфоцитарный цитоз, увеличение содержания белка, ревматоидные факторы | Полинуклеарный цитоз, увеличение содержания белка, снижение вязкости | Нейтрофилы (до 50 х 103 мл), цитофагоцитирующие макрофаги, высок уровень комплемента | Кристаллы уратов в синовиальной жидкости | Нормальная вязкость синовиальной жидкости, нейтрофилез = 50% |
| Биопсия синовиальной оболочки | Пролиферативный синовит, "палисадообразные клетки" | Пролиферативный синовит, лимфоциты, макрофаги, плазматизация | Отек, гиперемия, слабая лимфоидная инфильтрация тканей | Синовит с гиперемией, пролиферацией синовиоцитов, лимфоидной инфильтрацией | Фиброзно-жировое перерождение без пролиферации покровных клеток, ворсины атрофичны |
| Изменения со стороны крови | Увеличение СОЭ, диспротеинемия, ревматоидные факторы | В период обострения увеличение СОЭ и другие показатели активности процесса | Лейкоцитоз, увеличение СОЭ | Повышение содержания мочевой кислоты в крови (0,3 ммоль/л) | Отсутствуют. При наличии синовита увеличение СОЭ до 20-25 мм/ч |
| Поражения внутренних  органов | Иридоциклит, поражение почек (нефрит, амилоидоз), ревматоидные узелки, полисерозиты, увеличение селезенки | Иридоциклит, ирит, аортиты, амилоидоз почек | Кожа, слизистые оболочки, кератодермия ладоней и подошв, лимфаденопатия | Подагрическая нефропатия; тофусы в области суставов, век, крыльев носа | Отсутствуют |
| Сущность заболевания | Хроническое системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением периферических суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита | Хроническое системное поражение суставов, преимущественно позвоночника, с ограничением его подвижности за счет анкилозирования апофизарных суствов, формирование синдестофитов | Уретро-окуло-синовиальный синдром, возникающий вследствие хламидийной инфекции мочеполового тракта | Хроническое заболевание, связанное с нарушением мочекислого обмена, отложением в тканях кристаллов натриевой соли мочевой кислоты (уратов) | Дегенеративное поражение суставного хряща со снижением механической стойкости |

X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб больной (на момент поступления: жалобы на общую слабость, на боли в лучезапястных и голеностопных суставах, периодически возникающие боли в суставах пальцев кисти, отечность их, утреннюю скованность в теч. всего дня, повышение АД до 150/95 мм. рт. ст.; на момент курации: жалобы на боли в лучезапястных, голеностопных и пястно-фаланговых суставах, утреннюю скованность в теч.1 – 2 часов, повышение АД до 150/95 мм. рт. ст.), данных анамнеза (cчитает себя больной с 2009 года, когда впервые появились боли в обоих голеностопных суставах и пястно-фаланговых суставах 2 и 3 пальца правой кисти. Боли усиливались при движении. Постепенно появилась утренняя скованность. 03.01.2012 в ВОДЦ установлен диагноз: ревматоидный артрит. Лечилась амбулаторно и стационарно (УЗ НЦГБ и РТМО г. Витебск), постоянно принимает метотрексат 12,5 мг/сут, НПВС; Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, ОРЗ. Из перенесенных заболеваний отмечает сахарный диабет 2 типа (принимает метформин 850 мг 2 раза в день), оперирована щитовидная железа 20 лет назад по поводу узловатого зоба) и результатов клинического исследования (гиперстенического типа телосложения. Рост 165 см., вес 82 кг. ИМТ=30,1, пастозность обеих голеней; отмечается деформация, припухлость, амиотрофия и болезненность при пальпации в голеностопных, лучезапястных, пястно-фаланговых суставах; отмечается ограничение движений в суставах: голеностопные суставы: сгибание подошвенное = 40О; сгибание тыльное = 15О; лучезапястные суставы: сгибание = 70О; разгибание = 60О; отведение рад. = 30О; отведение ульнарное = 40О; больная неспособна быстро сгибать/разгибать пальцы рук в межфаланговых проксимальных и пястно-фаланговых суставах; при движении во всех перечисленных суставах отмечается болезненность; отмечается симптом «суставов исключения» и поражение голеностопных суставов с вальгусным отклонением стопы; *cистема органов кровообращения:* верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, граница относительной тупости сердца расширена слева: в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; АД – 150/95 мм. рт. ст.); данных лабораторных и инструментальных исследований (ревматоидный фактор – положительный; СРП 24,9 мг/л, СОЭ 31 мм/час, ЦИК 116 ед., Rtg картина РА III ст., ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка; осмотр эндокринолога: заключение - сахарный диабет 2 типа, компенсация; оперированная ЩЖ, эутиреоз; ожирение 2 степени) выставляется окончательный диагноз:

1. Основное заболевание: Ревматоидный артрит, серопозитивный; 3 степень активности; III рентгенологическая стадия; ФК 2.

2. Осложнение основного заболевания: АГ III риск 4

3. Сопутствующая патология: Сахарный диабет 2 типа, компенсация; Оперированная ЩЖ, эутиреоз; Абдоминальное ожирение 2 степени

XI. ЛЕЧЕНИЕ

План лечения:

1. Режим палатный;
2. Диета Бд;
3. С базисной целью: tab. Metotrexati, 2,5 mg (10 мг в неделю): вторник в 900 – 1 таблетка, 2100 – 2 таблетка; среда в 900 – 1 таблетка, в 2100 – 1 таблетка; Метотрексат является антиметаболитом, который влияют на нормальный клеточный метаболизм нуклеиновых кислот.
4. Для уменьшения побочного действия метотрексата: фолиевая кислота 0,1 – в дни не приема метотрексата; по 1 таблетки утром
5. С противовоспалительной целью: Indapamide 2,5 мг утром;

Oksimal 7,5 мг по 1 таб. 2 раза в сутки после еды

1. Для лечения сопутствующей патологии

Метформин 850 мг по 1 таб. 2 раза в сутки

Лизиноприл 10 мг утром

Бикард 10 мг по 1 таб. вечером

1. Плазмоферез №3;
2. ЛФК
3. Массаж
4. Физиолечение

XII. ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни благоприятный. Он ухудшается при появлении клинических признаков васкулита и присоединении амилоидоза. Сравнительно худший прогноз в отношении функционального состояния суставов отмечается у больных при начале ревматоидного артрита в возрасте до 30 лет, при сохраняющейся активности процесса в течение более 1 года от начала болезни, при наличии подкожных ревматоидных узелков и высокого титра ревматоидного фактора в сыворотке крови.

XIII. ДНЕВНИКИ

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Дневники |
| 7.09.12. | Жалобы на боли в голеностопных, лучезапястных и пястно-фаланговых суставах, утреннюю скованность (1 – 2 часа).  Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки сухие, чистые, тургор снижен. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 80 уд. в мин. АД – 140/90 мм.рт.ст.. Дыхание везикулярное. ЧД – 18 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное.  Эксудативно-пролиферативные изменения в кистях рук и голеностопных суставах по ревматоидному типу.  Назначенное лечение продолжать. |
| 10.09.12. | Состоянию больной удовлетворительное. Отмечает значительное улучшение самочувствия, уменьшение болей в суставах, исчезновение отечности, снижение болезненности при движении.  Кожный покров и водимые СО чистые, бледно-розовые. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 74 в мин. АД – 130/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. ЧД – 17 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Отмечается регрессирование эксудативно-пролиферативной реакции в кистях рук. |

IV. ЭПИКРИЗ

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,1954 г.р. поступила 29.08.2012 в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в плановом порядке для коррекции лечения с жалобами на общую слабость, на боли в лучезапястных и голеностопных суставах, периодически возникающие боли в суставах пальцев кисти, отечность их, утреннюю скованность в течение всего дня, повышение АД до 150/95 мм. рт. ст.

Болеет ревматоидным артритом с 2009г.

Были проведены исследования:

ОАК (Эритроциты – 4,08х1012 /л, Гемоглобин – 127 г/л, Лейкоциты – 8,1х109 /л, Тромбоциты – 323\*109/л, СОЭ – 31 мм/ч, Лейкоцитарная формула: Пал. – 1%, Сегм. – 52%, Эоз. – 12%, Мон. – 8%, Лимф. – 38%);

ОАМ (Цвет – с/ж, Реакция – кислая, Прозрачность – полная, Уд. вес – 1015, Белок – отр., Сахар – отр., Эпителий – 1-4 в п/зр., Лейкоциты – 1-3 в п/зр.);

БАК (Глюкоза 10,0 ммоль/л, Билирубин общ. – 12,5 мкмоль/л, прям. - 4,2 мкмоль/л, Мочевина – 5,4 ммоль/л, Общ. белок – 73 ммоль/л, СРП - 24,9 мг/л, АсАТ – 45 Е/л, АлАТ – 67 Е/л, Креатинин - 0,085 ммоль/л, ЩФ- 53 Е/л);

ЦИК (116 ед);

Анализ крови на ревмофактор (Положительная реакция 104 МЕ/ мл)

Rtg кистей (Заключение: Rtg картина РА III ст.)

Осмотр эндокринолога: заключение - сахарный диабет 2 типа, компенсация; оперированная ЩЖ, эутиреоз; ожирение 2 степени

На основании комплексного клинико-лабораторного обследования выставлен диагноз:

1. Основное заболевание: Ревматоидный артрит, серопозитивный; 3 степень активности; III рентгенологическая стадия; ФК 2.

2. Осложнение основного заболевания: АГ III риск 4

3. Сопутствующая патология: Сахарный диабет 2 типа, компенсация; Оперированная ЩЖ, эутиреоз; Абдоминальное ожирение 2 степени

За время нахождения в стационаре больная получала: стол Бд, с базисной целью tab. Metotrexati, 2,5 mg (10 мг в неделю): вторник в 900 – 1 таблетка, 2100 – 2 таблетка; среда в 900 – 1 таблетка, в 2100 – 1 таблетка; фолиевая кислота – в дни не приема метотрексата; по 1 таблетки утром; Indapamide 2,5 мг утром; Oksimal 7,5 мг по 1 таб. 2 раза в сутки после еды; Метформин 850 мг по 1 таб. 2 раза в сутки; Лизиноприл 10 мг утром; Бикард 10 мг по 1 таб. вечером; Плазмоферез №3; ЛФК; Массаж; Физиолечение

Отмечается улучшение состояния.

Рекомендовано:

1. Наблюдение терапевта, эндокринолога по Д «III» гр.
2. tab. Metotrexati, 2,5 mg по 1 таблетке 5 раз в неделю под контролем ОАК ежемесячно;
3. Фолиевая кислота 0,1 по схеме
4. Оксимал 7,5 мг 2 раза в день
5. Метформин 850 мг по 1 таб. 2 раза в сутки
6. Лизиноприл 10 мг утром
7. Indapamide 2,5 мг утром
8. Бикард 10 мг по 1 таб. вечером
9. Препараты кальция 3 раза в год
10. ЛФК, фитотерапия