### ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя: Зоя

Отчество: Ивановна

Возраст: 44 лет

Домашний адрес:

Дата поступления в клинику: 17.11.00*.*

### ЖАЛОБЫ НА ДЕНЬ КУРАЦИИ

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

### Anamnesis morbi

Считает себя больной с сентября 1987 года, когда появились сильные боли в левом плечевом суставе. Обратилась к хирургу, был выставлен диагноз - миозит. Было проведено лечение в течение 15 дней: ФИЗО, таблетки бутадиона. Осенью в октябре появились боли в правом колене; к врачу не обращалась. Зимой 1972 года появилась боль и припухлость пальцев стоп, за врачебной помощью не обращалась. Весной 1984 года появилась боль в суставах кистей и припухлость, выставлен диагноз – инфекционный полиартрит; лечилась в стационаре. В 1985 году находилась в санатории, где проведено лечение: массаж, нафталановые ванны, лечебная физкультура. После чего отмечает значительное улучшение в течение 3х месяцев. Осенью 1985 года появились вновь боли в плечевом, локтевом, коленном суставах и суставах кистей. Через год проводилось лечение в Евпатории, но эффекта не было. В 1993 году был выставлен диагноз – ревматоидный артрит с поражением сердца. До 1993 года в санатории 4 раза проводилось лечение – радоновые ванны. До 1993 года два раза в год (осенью и весной) лечилась в стационаре. В период с 1993 года по 2000 год в больнице не лежала, проводила лечение дома “Гербалайфом”. Последний раз госпитализировалась в сентябре 2000 года. Последняя госпитализация плановая, направленая на подбор терапии и проведение плазмофореза.

### Anamnesis vitae

Родилась в 1956 году в Ивановской области. До 5 лет были хорошие жилищно-бытовые условия, во время войны условия жизни были плохие; в школе училась с 9 лет, закончила 5 классов. В 16 лет начала работать. С 17 лет проживает в Тюмени, работала в строительной организации штукатуром 30 лет. Менструации с 17 лет, было 4 беременности: 1 роды, 1 аборт, 2 выкидыша. Часто болеет ОРЗ. В семье туберкулёза, сифилиса не было. Злоупотребление спиртными напитками, курение отрицает. Наследственных заболеваний в семье отрицает. В данный момент проживает с мужем в однокомнатной квартире, материально-бытовые условия хорошие. Отмечает аллергические реакции на пенициллин и ортофен.

### Status presens

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

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

Топографическая перкуссия:

Граница нижнего края легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | Левое легкое |
| L. mediaclavicularis | 5 м/р | - |
| L. axilaris media | 9 м/р | 10 м/р |
| L. scapularis | 11 ребро |
| L. paravertebralis | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

###### Подвижность нижнего края легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| Вдох | Выдох | Суммарное | Вдох | Выдох | Суммарное |
| L. mediaclavicularis | 2см | 1см | 3см | - | - | - |
| L. axilaris media | 2см | 2 см | 4 см | 2 см | 2 см | 4 см |
| L. scapularis | 2 см | 2 см | 4 см | 2 см | 2 см | 4 см |

Высота стояния верхушек лёгких спереди слева 3,5 см, справа 3,5 см, сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Аускультация: дыхание везикулярное, хрипов нет.

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

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

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

Аускультация: тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов нет.

АД на правой руке – 170/80 мм.рт.ст

АД на левой руке – 175/85 мм.рт.ст

Система пищеварения: Слизистая рта бледно-розового цвета, сосочки сглажены на языке, лаковый язык. Живот правильной формы, симметричен, мягкий при пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации сигмовидная кишка расположена сверху вниз слева направо снаружи кнутри, толщиной 1 см, гладкая, безболезненная, толщиной 2 см, урчит. Остальные отделы толстого кишечника – подвздошную кишку, желудок пропальпировать не удалось из-за болезненности в эпигастральной области и выраженного подкожно-жирового слоя. Печень не увеличена, край печени гладкий, ровный, мягкий, безболезненный ординаты Курлова 9(0)х8х7. Селезёнка не пальпируется, перкуторно ординаты по Курлову 06/4., Покалачивание по правой реберной дуге безболезненно. Стул – склонность к запорам.

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

Эндокринная система: Область щитовидной железы не увеличена, щитовидная железа не изменена, не пальпируется, болезненности при пальпации нет. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

Нервная система и органы чувств: Память и сон считает удовлетворительными, настроение хорошее, раздражительности и плаксивости не отмечает, охотно вступает в контакт. Слух снижен. Тремора рук нет.

### Предварительный диагноз

* Ревматоидный полиартрит, прогрессирующее течение, с висцеральными проявлениями, АКТ II. Rg-стадия II-III, Вторичный ДОА крупных суставов Rg-стадия II. НФС II-III.

### План обследования

* Общий анализ крови
* Общий анализ мочи
* Кал на Я/Г
* Кровь на RW
* Кровь на ВИЧ
* Кровь на HbsAg
* Кровь на группу
* Кровь на биохимию
* Биллирубин
* Сывороточное железо
* АЛТ
* АСТ
* Общий белок и фракции
* Креатинин
* Холестерин
* Серормукоид
* Фибриноген
* Мочевина
* Глюкоза
* РФ
* Моча на суточную потерю белка
* Анализ мочи по Ничепоренко
* УЗИ органов брюшной полости
* ЭхоЭКГ
* Rg кистей
* Консультация кардиолога
* Консультация эндокринолога

### Данные обследования

* ОАК от 20.11.00

Эр – 2,8\*1012, Нв 93 г/л, ЦП 1,0, ТР – 260\*109, L 4,1\*109, П 4; С 65; Л 25; М 6;

Заключение: нормохромная анемия легкой степени тяжести, сдвиг лейкоформулы вправо.

* ОАМ от 20.11.00

цвет – светло-желтая

Реакция кислая

Прозрачность – мутная

Сахар – отрицательный

Белок – 0,1 г/л

Эп.пл – единичный п/з

L – 1-3-1 в п/з

Эр – 1-0-1-2 в п/з

Протеинурия, микрогематурия.

* Анализ мочи по Ничепоренко

L – 1,0\*106

Эр – отр.

В пределах нормы

* Биохимия крови от 20.11.00

Биллирубин – 11,1 ммоль/л

АЛТ – 9,6 U/L ↓

АСТ – 14,0 U/L

О. Белок – 71 г/л

 Альб – 48%

 α1 – 6%

α2 – 11%

β - 11%

γ- 24%

 Серомукоид – 0,31

 Фибриноген - 2,2

 Мочевина – 7,2 г/л

 Креатинин – 0,09 ммоль/л

Холестерин – 6,3 ммоль/л

Глюкоза - 4,3 ммоль/л

Сывороточное железо – 5,3 umol/l ↓

РФ – титр 1:20

Снижение уровня АСТ и сывороточного железа, слабый титр РФ.

* ЭКГ от 20.11.00

Вольтаж снижен, ритм синусовый 90 в1 минуту, признаки обменно-дистрофических изменений в миокарде. Синдром CLC (PQ – 0,10")

* Rg – кистей, от 21.11.00

На Rg определяется ревматоидный артрит IV стадии. В основном с поражением лучезапястных суставов и костей запястья. Имеется костный анкилоз левого лучезапястного сустава, костей запястья и запястно-пястных сочленений, частичный анкилоз правого лучезапястного сустава и костей запястья, сужение пястно фаланговых суставов.

### Клинический диагноз, обоснование и диференциальный диагноз

**На основании объективного обследования:**

1. Полиартрит,
2. Симметричность поражения,
3. Артрит кистей,
4. Утренняя скованность,
5. Ревматоидные узлы:

можно поставить диагноз ревматоидный полиартрит, прогрессирующее течение, с висцеральными проявлениями, АКТ II. Rg-стадия II-III, Вторичный ДОА крупных суставов Rg-стадия II. НФС II-III. Течение медленно прогрессирующее, так как внутренние органы вовлечены в процесс более, чем через 2 года заболевания.

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

**Диференциальный диагноз:**

**1. Артроз**

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

**2. Ревматический артрит.**

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

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

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

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

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

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

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

### План лечения

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

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

Rp: Solutionis Crilanoli Oliolae 5%-1ml

D.t.d №25 in ampullis

Signa по 1 ml внутримышечно.

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

Rp: Tabullettarum delagili 0,5 №20

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

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

Rp: Tabullettarum leucerani 0,02 №50

D.S. по 1 таблетке 3 раза в день.

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

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

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

Rp: Tabullettorum levomisoli 0,15 №30

D.S. по 1 таблетке 3 раза в день

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

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

Rp: Salazosulfopyridini 0,5

D.t.d. №50 in tabulettis

S. по 1 таблетке 4 раза в день

Побочные действия: образование камней в желчных и мочевыводящих путях.

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

Rp: Tabulettarum Prednisoloni 0,005 №50

D.S. по 1 таблетке 2 раза.

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

**3.Симптоматическое лечение:**

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

Rp: Tabulettarum Ortopheni 0,025 №30

D.S. по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp: Tabulettarum indometacini 0,025 №30

D.S. по 1 таблетке 3 раза в день.

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

**4. Общеукрепляющая терапия:**

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

Rp: Dragge “Ferroplex” №100

D.S. по 1 драже 2 раза в день.

Rp: Solutionis Pyridoxini 5%-1ml

D.t.d. №10 in ampullis

S. по 1 мл в/м 2 раза.

Rp: Cyanocobalomini 0,01%-1ml

D.t.d №10 in ampullis

S. по 1 мл в/м

Rp: Tabulettarum “Ascorutini”

D.S. по 1 таблетке.

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

Санаторно курортное лечение.

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

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

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

### прогноз

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

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

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

Куратор /Суровов А.А./

### литература

1. лекции кафедры
2. Руднева Л.Ф. "Избранные разделы внутренних болезней" Тюмень 1998г
3. Е.Н. Дормидонтов «Ревматоидный артрит», медицина 1981г.
4. Н.И. Коршунов «Ревматоидный артрит», медицина 1980 г.
5. В.М. Чапой «Диагностика и лечение болезней суставов», медицина 1990г.