**Фамилия**:

**Дата поступления:**  17 февраля 2000г. в плановом порядке

**Возраст**: 47 лет

**Вес**: 52 кг

**Рост**: 172 см

**Семейное положение**: женат, имеет две дочери 21 и 27 лет

**Профессия и место работы**: сторож

**Место жительства**:

**Диагноз клинический**:

* ***Основное заболевание****:* Ревматоидный полиартрит с внесуставными проявлениями (ревматоидные узелки на обоих предплечьях), серопозитивный, медленно прогрессирующее течение, степень активности - III, стадия рентгенологических изменений - III, ФН - II.
* ***Сопутствующие заболевания:***

Хронический бескаменный холецистит, латентное течение.

Хронический, не обструктивный катаральный бронхит с редкими обострениями,без осложнений, фаза ремиссии, ДН I ст.

**II . Анамнез данного заболевания.**

( anamnesis morbi ):

***1. Жалобы при поступлении:***

* Боли острого характера во всех группах суставов верхних и нижних конечностей (за исключением IV и V пястно-фаланговых суставов на левой кисти и IV пястно-фалангового — на правой; тазобедренных, II плюсне-фалангового сустава на левой стопе и II, III плюсне-фаланговых суставов — на правой ), не иррадиируют, не уменьшаются в покое, наиболее интенсивны во вторую половину ночи и утром, усиливаются при пальпации суставов, уменьшаются после начала движений к 12 часам дня, однако полностью не исчезают
* Умеренная гипертермия и отечность болезненных суставов
* Ограничение объема движений в пораженных суставах, максимально выраженное в правом коленном (до полного разгибания остается 30 — 400 ), сжатие кистей в кулак — 75%
* Утренняя скованность в суставах в течение 2 - 3 часов
* Появление на внешней стороне предплечий в области локтевого сустава на локтевых костях обеих рук плотных болезненных несмещаемых гребневидных образований 1х1,5 см,возвышающихся над поверхностью кожи на 0,5 см
* Слабость, утомляемость.

**Активно выявленные жалобы:**

* Плохой аппетит
* Нарушение сна — сон поверхностный, чуткий, утром нет чувства отдыха
* Снижение массы тела от начала заболевания на 12 кг.
* Кашель, усиливающийся по утрам, с выделением светлой слизистой мокроты в небольших количествах (< 50 мл ). Примерно, 1- 2 раза в год (на протяжении 25 лет), чаще осенью, кашель усиливается, а количество отделяемой мокроты возрастает до 100мл\сут, одышка беспокоит только при значительной физической нагрузке.

2. ***Начало и дальнейшее развитие заболевания:***

Осенью 1994 г. у пациента впервые внезапно (1- 2 дня) возникло воспаление плюсне-фалангового сустава I пальца правой ноги, сопровождаемое резкой болезненностью,снижением функции, выраженной гипертермией, покраснением и отечностью данного сустава в течение 2 недель, на протяжении которых больной непрерывно делал аппликации с димексидом, применял мази ”Троксевазин” и “Финалгон”, после чего воспаление стихло, но деформация осталась. В течение года 3 раза наблюдалось обострение в этом суставе, однако меньшей выраженности. В конце лета 1995 г. аналогичное воспаление началось в левом голеностопном, через неделю — в левом коленном, а еще через неделю — в правом коленном суставах; одновременно произошло вовлечение в процесс правого лучезапястного сустава, что заставило пациента в конце 1995 г. обратиться к знакомому врачу. Диагноз поставлен не был, но пациенту сделали внутрисуставные инъекции кеналога в левый голеностопный, правый лучезапястный, коленные суставы, после чего наблюдалось значительное улучшение состояния (устранение боли, нормализация формы, температуры и функции суставов). Через 3 месяца (начало1996 г.) — вновь обострение воспаления в прежних суставах, которое пациент в течение 1 месяца самостоятельно пытался снять компрессами с димексидом, но эффект был минимальным, что заставило повторно обратиться к врачу, который сделал внутрисуставные инъекции кенолога в те же суставы. Ремиссия продолжалась до декабря 1996 г. При очередном обострении больной обратился в клинику факультетской терапии СГМУ, где у него была заподозрена болезнь Рейтера (конъюнктивит и уретрит отсутствовали). Три последовательно сделанных бактериологических анализа на наличие хламидий дали различный результат (1-положит; 2 - ±; 3- отриц),но пациенту провели курс лечения — сумамед, диклофенак Nа, дихлоран. При выписке, в январе 1997 г. — незначительные улучшения (отечность и гипертермия суставов уменьшилась, однако сниженная функция и выраженные боли в них продолжали беспокоить). Больной отмечает, что боли стали усиливаться при изменении погоды. В конце 1997 г. пациент получил лечение в больнице УВД (диклофенак Na, индометацин, vit В1 , В2 , В6 ), поставлен диагноз — Полиартрит. Выписан без улучшения . В начале 1998 г. встал на учет в поликлинику у ревматолога. В апреле 1998 г. пациент прошел обследование в ОКБ, где был поставлен диагноз: Ревматоидный полиартрит, прогрессирующее течение; а болезнь Рейтера — отвергнута. По данным УЗИ внутренних органов выявлен перегиб желчевыводящего протока и поставлен диагноз: Хронический холецистит. Назначен курс лечения — дихлоран (5 дней), диклофенак Na, индометацин, внутрисуставные инъекции кенолога в голеностопные и плечевые суставы, базовое лечение — метотрексат 7,5 г\ нед. Со значительным улучшением (функция суставов восстановилась на 90%, боли, гипертермия и отечность исчезли) переведен на амбулаторное лечение — диклофенак 0,5 г\ день, метотрексат 7,5 г\ нед. Чувствовал себя удовлетворительно до октября 1999 г., когда из-за финансовых трудностей был вынужден отменить прием метотрексата, после чего стал замечать возобновление болей в суставах, а в декабре — явное обострение с вовлечением новых пястно-фаланговых, плюсне-фаланговых и межфаланговых суставов на кистях и стопах, что заставило опять обратиться к врачу. Произведены внутрисуставные инъекции кенолога — по 60 мг в каждый лучезапястный сустав, которые принесли временное облегчение, однако в феврале 2000 г. острые боли возобновились и пациент 17 февраля обратился за помощью в клинику факультетской терапии СГМУ, где в настоящее время проходит курс лечения. За все время заболевания у пациента сохраняется способность к самообслуживанию, но профессиональная способность (манипуляции руками в период работы массажистом и необходимость постоянного передвижения на ногах при работе сторожем) утрачивается во время обострения.

**III. Анамнез жизни**

( anamnesis vitae )**:**

Пациент — единственный ребенок в семье, беременность и роды проходили без осложнений. Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. В возрасте около 3-4 лет перенес двустороннюю крупозную пневмонию. Детские болезни — не помнит.

В 10 лет — фолликулярная ангина.

В 11 лет — травма шеи.

В 12 лет — аденоидэктомия.

В 16 лет — аппендэктомия.

Окончил школу № 6. Активное занятие лыжным спортом и борьбой.

В 1975 г.(22 года) — окончил военно-медицинский факультет при ТМИ.

В 20 лет — женился, имеет две дочери — 21 и 27 лет.

1975 - 1985 служба в армии в Монголии, где из-за плохого питания (нехватка фтора) потерял 15 зубов.

С 1983 - 1989 г. — работа врачом в Областном врачебном физкультурном диспансере.

В 1987 г. — сотрясение головы I - II ст.

В 1989 - 1998г. — врач-массажист в ТОО “Пульсар”, уволен из-за сокращения штатов.

С 1999г. — сторож ВВО.

1. **Социально-бытовой**

Пациент материально обеспечен плохо, длительное время проживает в благоустроенном жилье (двухкомнатная квартира, 2 -й этаж). Питается не регулярно, без злоупотребления отдельными видами продуктов. Вредные привычки – курит с 20 лет по 1-1,5 пачки папирос в день, в возрасте 26 -33 г. — злоупотреблял алкоголем.

Туберкулез и венерические заболевания отрицает.

1. **Семейный.**

Мать — жива, отец умер от цирроза печени в возрасте — 53 года, бабушка по материнской линии умерла в 93 года (причина неизвестна), дедушка — репрессирован в 1937 г.(причина смерти не известна). Болезни суставов у родственников отрицает.

**III. Аллергологический анамнез:**

Аллергических реакций у больного и родственников не отмечалось. Все медикаменты переносит удовлтетворительно.

**IV. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ.**

Status praesens.

**Рост -** 172см

**Вес -** 52 кг

**Температура тела** - 36.5 С

**Положение** – активное.

**Пропорциональность развития -** пропорционально

**Общее состояние** – удовлетворительное.

**Состояние кожи -** бледного цвета, теплая, эластичная, умеренной жирности,тенденция к сухости, в области передней поперхности правого плеча имеется округлое, мягкое, смещаемое, безболезненное образование 1,5 см. в диаметре, возвышающееся над поверхностью кожи на 0,7 см.

**Подкожная клетчатка -** выражена слабо, отека - нет

**Состояние слизистых оболочек** – чистые, бледно-розовые без патологических образований. Окраска склер — субиктеричная

**Исследование полости рта -** язык обложен бело-желтым налетом, миндалины не увеличены, десны - разрыхлены, количество зубов — 7

**Волосы -** с коричневым оттенком, не жирные, выпадений не отмечено

**Выражение лица** - нормальное

**Сознание -** ясное

**Поведение -** без особенностей, пациент легко вступает в контакт

**Лимфатические узлы** - увеличение подчелюстных ЛУ (0.7 х 0.4), при пальпации — подвижные, безболезненные, овальной формы; подмышечные и паховые ЛУ не пальпиуются

**Щитовидная железа -** пальпируются две равных доли, не увеличена, движется вместе с гортанью, поверхность - ровная

**Череп** - деформаций нет

**Грудная клетка -** астенической формы, над- и подключичные ямки умеренно выражены, межреберные промежутки косовосходящего направления, симметричность обеих половин грудной клетки, эпигастральный угол 90 0

**Позвоночник** - обычной конфигурации, болезненности остистых отростков при перкуссии в шейном отделе

**Суставы** - деформации правых I,II,III,V пястно-фаланговых и левых I,II,III пястно-фаланговых суставов (увеличены,примерно, в 1,5 раза по сравнению со здоровыми), болезненны при пальпации и движениях, объем движений около 85%; дефигурация коленных и голеностопных суставов — сглаженость контуров, явная деформация I правого и левого плюсне-фаланговых суставов. В коленных и плечевых суставах при активных и пассивных движениях определяется хруст

|  |  |
| --- | --- |
| **суставы** | **окружность суставов, см** |
| *правый коленный* | 36 |
| *левый коленный* | 34 |
| *правый голеностопный* | 22 |
| *левый голеностопный* | 25 |

**Ногти -** умеренной прозрачности, прочные

**Мышечная система** - общая гипотрофия мышц, сглаженность областей тенара и гипотенара, западение межпястных промежутков на обеих кистях, пониженный тонус мышц, мышцы при ощупывании безболезненны.

**Характеристика конституции по Черноруцкому:** астенический тип

индекс Пинье = Рост-(окр.гр.кл + масса тела) =172-(86+52)= **+34** говорит о диспропорциональном соотношении между этими параметрами (в норме ИП колеблется около +20 ±10) т.е.имеется недостаток веса

**ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ.**

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ.

Состояние носа, носовых путей — без деформаций, носовое ды-

хание — свободное

Частота дыхания - 18 движ\мин, отношение вдоха к выдоху = 4\5

равномерное участие в дыхании обеих половин грудной клетки, тип дыхания - брюшной

*Пальпация грудной клетки*: эластичная, голосовое дрожание в симметричных участках — одинаковой силы, не усилено.

*Сравнительная перкуссия*: над передними, боковыми, задними отделами грудной клетки в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочный с коробочным оттенком

*Гамма звучности* над задними отделами: самый ясный, низкий и продолжительный звук - под лопатками; между лопатками, над ними, под лопатками - звук становится тише, короче, выше

над передними отделами: самый ясный звук - во II и III межреберьях; в I межреберье, над верхушками - звук становится короче, тише, выше.

в моренгеймовской ямке - звук наиболее тихий

*Окружность грудной клетки:*

|  |  |
| --- | --- |
| при спокойном дыхании | 86 см |
| при глубоком вдохе | 89 см |
| при глубоком выдохе | 83 см |

*Топографическая перкуссия легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| нижняя граница: | левая | правая |
| парастернальная линия | — | 5 межреберье |
| срединноключичная | — | 6 ребро |
| передняя подмышечная | 7 | 7 |
| средняя подмышечная | 8 | 8 |
| задняяя подмышечная | 9 | 9 |
| лопаточная | 10 | 10 |
| околопозвоночная | 11 | 11 грудной позвонок |

*Высота верхушки легкого:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 4 см | 4.5 см |
| сзади | 1 см кнаружи ост. от | ростка 7 ш.позвонка |

Подвижность легочного края - слева: 7см справа: 8см

Аускультация легких:

- при бронхофонии на периферии прослушиваются неразборчивые звуки, что соответствует норме.

- над всеми отделами легких тип дыхания — жесткое, хрипов нет

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

Осмотр грудной клетки, сосудов шеи - видимой пульсации нет

Пальпация верхушечного толчка - пальпируется в V м\р по срединноключичной линии, локализован, не усилен

*Перкуссия сердца:*

|  |  |
| --- | --- |
| **границы** | **относительной тупости** |
| **левая** | 0.5 см кнутри от левой ср.ключичной линии |
| **правая** | 1 см не дойдя правого края грудины |
| **верхняя** | 3 ребро по левой парастернальной линии |
| **высота правого атриовазального угла** | 3 реберный хрящ справа |
| **ширина сосуд. пучка** | 6 см |
| **длинник** | 15 см |
| **поперечник** | 14 см |

Аускультация сердца:

1. Тоны ясные, ритмичные, соотношение сохранено

2. Соотношение силы и высоты II тона на аорте и легочной артерии:

- на аорте II тон громче и выше, усилен

3. В области верхушки сердца — изолированный систолический шум (не проводится в подмышечную область), не изменяется в положении пациента лежа на спине, на левом боку

Аорта и сосуды: видимой пульсации аорты, расширения вен — не обнару жено

Пульс : на лучевой артерии — ритмичный, частота — 72 уд\ мин, умеренного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках, стенка сосуда эластичная.

- на тыльных артериях стоп - пульсация сохранена

Артериальное кровяное давление:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | на правой руке | на левой руке |
| систолическое | 140 мм.рт.ст. | 135 мм.рт.ст. |
| диастолическое | 80 мм.рт.ст. | 80 мм.рт.ст. |
| пульсовое | 60 мм.рт.ст. | 55 мм.рт.ст. |

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

Ротовая полость - слизистая ровная, розового цвета; миндалины - не увеличены; язык - обложен бело-желтым налетом; десна - рыхлые, зубы шатаются. Зубная формула:

7 2 2

4 3 3 4

Живот - нормальной формы, развитие подкожно-жировой клетчатки — умеренное. При поверхностной пальпации болезненности нет, тонус брюшных мышц умеренный, дыхательные движения обеих половин брюшной стенки симметричные, видимой перистальтики нет

*Желудок:*

Видимой перистальтики - нет

Определение нижней границы:

- перкуторно - 3 см выше пупка

- пальпация большой кривизны - расположена на 3 см выше пупка, ровная,эластичной консистенции, подвижность около 2 см, безболезненна

*Кишечник:* все области кишечника, доступные пальпации (слепая кишка; восходящий, поперечно-ободочный и нисходящий отделы толстого кишечника, сигмовидная кишка) при исследовании — эластичные, безболезненные, расположены правильно

*Поджелудочная железа* не пальпируется

*Печень:*

-нижний край печени по срединноключичной линии совпадает с краем реберной дуги

- при пальпации - нижний край острый, эластичной консистенции, поверхность гладкая

- *границы печени*:

1.верхняя по срединноключичной линии глубокой перкуссией IV ребро, поверхностной перкуссией — V ребро

2. нижняя по срединноключичной линии — совпадает с краем реберной дуги

3. по срединной линии — между верхней и средней третями от пупка до мечевидного отростка

4. левая — совпадает с левой парастернальной линией

Размеры печени по М.Г.Курлову:

- от верхней границы по срединноключичной линии до нижней 9.5см

- от основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии 9 см

- от основания мечевидного отростка до левой границы 8 см

*Желчный пузырь —* не пальпируется, что соответствует норме.

- симптом Мэрфи, с-м Ортнера, с-м Мюсси — отрицательны

*Селезенка:*

- верхняя граница - IX ребро (по средней лопаточной линии)

- нижняя граница - XI ребро (по средней лопаточной линии)

- задний верхний полюс - по лопаточной линии

- передний нижний полюс -1 см от центра поперечника селезенки по направлению к пупку

* поперечник ( верхняя — нижняя граница) — 8 см
* длинник (задний верхний — передний нижний полюс) — 10 см

МОЧЕ - ПОЛОВАЯ СИСТЕМА.

Симптом Пастернацкого ( поколачивания ) - отрицательный

Пальпация почек - не пальпируются

Дизурические явления — не выявлены

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Интеллект - не снижен

Настроение - устойчивое

Реакция на окружающее - адекватная, без раздражительности

Головные боли, головокружение - не отмечено

Сон - поверхностный, чуткий

Речь - без нарушений

Координация движений - сохранена

В позе Ромберга - устойчив

Органы чувств: слух, обоняние - без отклонений, зрение - удовлетворительное

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА .

Щитовидная железа - не увеличена., признаков тиреотоксикоза или гипотиреоза не выявлено

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Общий анализ крови: (18. 02. 2000) (1.03.2000)**

норма

Гемоглобин 116 г\ л 120 130-160 г\л

Эритроциты 4.12 \* 1012 4.04 4-5\*1012 в1л

СОЭ 40 мм\ ч 39 2-10 мм\ч

Цветн.показ. 0.8 0.9

Лейкоциты: 9.6 \* 109 11.0 4-9\*109 в 1л

С/Я 59 % 73 47-72 %

Моноциты 8% 2 3-11%

Эозинофилы 4% 1 0.5-5 %

Лимфоциты 29% 24 19-37 %

Заключение: легкая эритропения и анемия, высокая СОЭ, умеренный лейкоцитоз

**Биохимический анализ крови: (18. 02. 2000 )**

норма

Билирубин общ 10,9 мкмоль \ л 3.5 -19 мкмоль\ л

Билирубин прям. отриц

Тимоловая проба 3,4 Ед 0 -4 Ед

Глюкоза 4,7 ммоль\ л 3.5 - 6.1 ммоль\ л

АсАТ 29,7 мккат\ л до 38 мккат \л

АлАТ 9,3 мккат\ л до 40 мккат\л

Серомукоиды 0,4

С реакт белок ++

RW отриц

RF (по Ваалер -Розе) 1: 64

Заключение: признаки ревматоидного воспаления — СРБ ++, диагностически положительный титр ревматоидного фактора 1: 64

**( 1. 03. 2000 )**

норма

RF(по Ваалер -Розе) 1: 32 < 1: 64

С-реакт белок + отриц

ЦИКи 159 усл.ед <100 усл.ед

ПТИ 92,8 % 90 - 105%

Фибриноген плазмы 3 г\л 2,5 - 3 г\ л

Антистрептолизин-О 63 МЕ\ мл < 250 МЕ\ мл

Заключение: по сравнению с данными от 18.02.2000 сохраняются признаки иммунного воспаления — высокий уровень ЦИК, СРБ +; снижение титра RF

до 1:32 (на фоне лечения)

**Исследование крови на антигены:**

|  |  |
| --- | --- |
| ***антигены*** | ***результат*** |
| **на псевдотуберкулез** | отриц |
| **на кишечный иерсиниоз** | отриц |
| **дизентерийный** | отриц |
| **сальмонеллезный** | отриц |

**РИФ крови с боррелиозным АГ — 1: 10 (**диагностический титр 1: 80)

**Общий анализ мочи: ( 18. 02 .2000 )**

Цвет соломенно-желтый

Прозрачность прозрачная

Уд. Вес 1010

Лейкоциты единичные в поле зрения

Белок отриц.

Заключение: показатели в пределах нормы

**Исследование мочевого осадка по методу Нечипоренко (18.02.2000)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***количество в 1 мл*** | ***норма*** |
| Лейкоциты | 1750 | до 4000 |
| Эритроциты | 500 | до 1000 |

Заключение: показатели соответствуют норме

**ЭКГ**

**21.02.2000.**

Заключение: угол а = 40 0 , нормальное положение электрической оси сердца, ритм синусовый 68 уд\ мин. ЭКГ без выраженных изменений.

**Ультразвуковое исследование**

**Печени :** не увеличена, ткань однородна, обычной эхогенности.

**Желчный пузырь:** не увеличен, перегиб в теле, стенка неравномерно утолщена, содержание однородное.

**Поджелудочная железа:** контуры четкие, нормальной эхогенности.

**Почки:** лежа расположены обычно, контуры ровные; паренхима хорошо дифференцируется от почечного синуса, однородна; чашечно-лоханочная система не расширена.

Заключение: хронический бескаменный холецистит.

**Рентгенография**

**13.04. 1999. тазобедренных суставов:**

Умеренный околосуставной остеопороз справа в сакроилеальном сочленении, суставы не изменены, тазобедренные суставы без особенностей, симфиз с неровными, нечеткими контурами.

**26.04.1998. кистей:**

Субхондральный склероз, околосуставной остеопороз, единичные узуры во II,III пястно-фаланговых суставов обеих кистей и правом проксимальном II межфаланговом суставе

**коленных суставов:**

Умеренное повышение прозрачности концов костей, образующих коленные суставы; суставные поверхности гладкие, множественные узуры наружных поверхностей эпифизов бедренных костей; умеренные краевые остеофиты надколенников.

Заключение: признаки ревматоидного полиартрита,

рентгенологическая стадия III.

**ЭПИКРИЗ**

Пациент 47 лет, сторож ВВО, поступил в клинику факультетской терапии СГМУ 17февраля 2000 в плановом порядке.

При поступлении предъявлял **жалобы:**

* Боли острого характера во всех группах суставов верхних и нижних конечностей (за исключением IV и V пястно-фаланговых суставов на левой кисти и IV пястно-фалангового — на правой; тазобедренных, II плюсне-фалангового сустава на левой стопе и II, III плюсне-фаланговых суставов — на правой ), не иррадиируют, не уменьшаются в покое, наиболее интенсивны во вторую половину ночи и утром, усиливаются при пальпации суставов, уменьшаются после начала движений к 12 часам дня, однако полностью не исчезают
* Умеренная гипертермия и отечность болезненных суставов
* Ограничение объема движений в пораженных суставах
* Утренняя скованность в суставах в течение 2 - 3 часов
* Боли острого характера во всех группах суставов верхних и нижних конечностей (за исключением IV и V пястно-фаланговых суставов на левой кисти и IV пястно-фалангового — на правой; тазобедренных, II плюсне-фалангового сустава на левой стопе и II, III плюсне-фаланговых суставов — на правой ), не иррадиируют, не уменьшаются в покое, наиболее интенсивны во вторую половину ночи и утром, усиливаются при пальпации суставов, уменьшаются после начала движений к 12 часам дня, однако полностью не исчезают
* Умеренная гипертермия и отечность болезненных суставов
* Ограничение объема движений в пораженных суставах, максимально выраженное в правом коленном (до полного разгибания остается 30 — 400 ), сжатие кистей в кулак — 75%
* Утренняя скованность в суставах в течение 2 - 3 часов
* Слабость, утомляемость.
* Плохой аппетит, снижение массы тела от начала заболевания на 12 кг.
* Нарушение сна — сон поверхностный, чуткий, утром нет чувства отдыха
* Кашель, усиливающийся по утрам, с выделением светлой слизистой мокроты в небольших количествах (< 50 мл ). Примерно, 1- 2 раза в год (на протяжении 25 лет), чаще осенью, кашель усиливается, а количество отделяемой мокроты возрастает до 100мл\сут, одышка беспокоит только при значительной физической нагрузке.

Из анамнеза выяснено, что болен с 1994 г., течение заболевания — волнообразное (ремиссии и обострения), с каждым последующим обострением затрагивались пораженные суставы, а также, вовлекались новые. Ремиссии достигались приемом НПВС (диклофенак натрий, индометацин), и проведением внутрисуставных инъекций препарата “Кенолог”. Длительность ремиссий — от 3 до 6 месяцев. С апреля 1998 г. по октябрь 1999 г. удовлетворительное состояние наблюдалось на фоне базовой терапии — метотрексат 7,5 г\ нед.(отменен из-за финансовых трудностей пациента). Последнее обострение возникло в конце декабря 1999 г., в январе 2000 г произведены внутрисуставные инъекции кенолога — по 60 мг в каждый лучезапястный сустав, которые принесли временное облегчение, однако в феврале 2000 г. острые боли возобновились и пациент 17 февраля обратился за помощью в клинику факультетской терапии СГМУ, где в настоящее время проходит курс лечения.

Данные **объективного исследования** выявили:

* дефицит массы тела — индекс Пинье +34
* общая гипотрофия мышц, сглаженность областей тенара и гипотенара, западение межпястных промежутков на обеих кистях, пониженный тонус мышц
* в области наружной поверхности предплечий обнаружены ревматоидные узелки
* увеличение подчелюстных ЛУ (0.7 х 0.4), при пальпации — подвижные, безболезненные, овальной формы;
* деформации правых I,II,III,V пястно-фаланговых и левых I,II,III пястно-фаланговых суставов (увеличены,примерно, в 1,5 раза по сравнению со здоровыми), болезненны при пальпации и движениях, объем движений около 85%; дефигурация коленных и голеностопных суставов — сглаженость контуров, явная деформация I правого и левого плюсне-фаланговых суставов. В коленных и плечевых суставах при активных и пассивных движениях определяется хруст
* при аускультации над всеми отделами легких тип дыхания — жесткое, хрипов нет
* при аускультации сердца в области верхушки — изолированный систолический шум (не проводится в подмышечную область), не изменяется в положении пациента лежа на спине, на левом боку
* артериальное давление на руках — 140 \80 мм.рт.ст.

***По другим органам и системам патологии не выявлено.***

**Данные лабораторных исследований выявили** легкую эритропению

(4.04\*1012 в1л) и анемию (гемоглобин 116 г\л), высокую СОЭ (40 мм\ч), умеренный лейкоцитоз (11.0\*109 в 1л), СРБ ++, диагностически положительный титр ревматоидного фактора (1: 64), высокий уровень ЦИК =159 усл.ед , признаки хронического бескаменного холецистита по данным УЗИ, по рентгенограммам кистей,стоп, коленных суставов — признаки ревматоидного полиартрита, рентгенологическая стадия III.

На основании жалоб , анамнеза, объективных и лабораторных показателей пациенту поставлен  **Диагноз клинический**:

* ***Основное заболевание****:* Ревматоидный полиартрит с внесуставными проявлениями (ревматоидные узелки на обоих предплечьях), серопозитивный, медленно прогрессирующее течение, степень активности - III, стадия рентгенологических изменений - III, ФН - II.
* ***Сопутствующие заболевания:***

Хронический бескаменный холецистит, латентное течение.

Хронический, не обструктивный катаральный бронхит с редкими обострениями, без осложнений, фаза ремиссии, ДН I ст.

Клинический диагноз поставлен на основании выявленных данных, соответствующих критериям основного заболевания.

1. **Утренняя скованность более 1 часа.**

У нашего пациента имеются жалобы на трудность движений, не связанных с болью, в пораженных суставах (больше в руках), в течение 2-3 часов после пробуждения и начала активных движений.

1. **Артрит трех или большего числа суставов.**

На это указывают жалобы о воспалительном характере боли в пораженных суставах —боли острого характера во всех группах суставов верхних и нижних конечностей, не иррадиируют, не уменьшаются в покое, наиболее интенсивны во вторую половину ночи и утром, усиливаются при пальпации суставов, уменьшаются после начала движений к 12 часам дня, однако полностью не исчезают

*Объективно:* заинтересованные суставы верхних и нижних конечностей отечны, наблюдается умеренная гиперемия и гипертермия , болезненность при пальпации, нарушение функций суставов (ограничение движений в них) и их деформация.

1. **Артрит суставов кисти.**

Жалобы на боли артритического характера в суставах кистей , больше в проксимальных группах .

Объективно — признаки воспаления суставов кистей ( их отечность, умеренная гиперемия и гипертермия , болезненность при пальпации, нарушение функций суставов)

1. **Симметричный характер артрита.**

Объективно наблюдаются признаки воспаления в следующих суставах :

- *на верхних конечностях* — все группы межфаланговых суставов (преимущественно проксимальные) на обеих кистях; I,II,III пястно-фаланговы сустав на левой кисти и I,II,III,IV пястно-фаланговые суставы на правой кисти; оба пястно-запястные, локтевые и плечевые суставы

- *на нижних конечностях* — все группы межфаланговых суставов (преимущественно проксимальные) на обеих стопах; I,III,IV,V плюсне-фаланговые суставы на левой стопе и I,IV,V плюсне-фаланговые суставы на правой стопе; оба голеностопные и коленные суставы

То есть, наблюдается симметричное поражение суставов, что характерно для ревматоидного артрита.

1. **Наличие ревматоидых узелков.**

Из анамнеза: появление, в период последнего обострения заболевания, на внешней стороне предплечий в области локтевого сустава на локтевых костях обеих рук плотных болезненных несмещаемых узелковых образований 1х1,5 см, возвышающихся над поверхностью кожи на 0,5 см

1. **Ревматоидный фактор в сыворотке крови.**

Данные лабораторных исследований сыворотки крови от 18.02. 2000 выявили наличие ревматоидного фактора по методу Ваалер-Розе в титре 1: 64 ( титр является диагностическим )

1. **Характерные рентгенологические изменения.**

сужение суставной щели, околосуставной остеопороз, эрозии на рентгенограммах кистей и стоп, узуры наружных поверхностей эпифизов бедренных костей;

**8) Неуклонное прогрессирование заболевания.**

Из анамнеза известно, что течение заболевания — ремиттирующее. В период каждого нового обострения усиливается воспаление в уже пораженных суставах, увеличивая их деформацию, а так же в процесс вовлекаются новые суставы.

*Диагноз достоверен* при наличии 4 и более диагностических критериев. В нашем случае — наличие 8 критериев, можно говорить об убедительной достоверности диагноза ревматоидного артрита у данного пациента.

**Выявленные факультативные признаки ревматоидного артрита.**

**а)** Легкая анемия норма

Гемоглобин 116 г\ л 130-160 г\л

Эритроциты 4.04 \* 1012 4-5\*1012 в1л

**б)** Ускоренное

СОЭ 40 мм\ ч 2-10 мм\ч

**в)** Умеренный лейкоцитоз

Лейкоциты: 11.0 \* 109 4-9\*109 в 1л

**г)** С реакт белок ++ отриц

**д)** ЦИКи 159 усл.ед <100 усл.ед

Данные показатели говорят об имеющейся активности воспаления, а увеличение ЦИКов указывает на его иммунную природу, что характерно для РА.

**Серопозитивность** на основании выявления ревматоидного фактора в титре 1:64, который является диагностическим

Течение болезни — м**едленно прогрессирующее,** так как заболевание протекает в течении 6 лет, и это не привело к тяжелой инвалидизации пациента, (возможность полного самообслуживания, профессиональная способность утрачивается только во время обострения), отсутствие на данный момент серьезных внесуставных проявлений (кроме ревматоидных узелков).

**Степень активности III —**  поставлена основании клинических и лабораторных данных:

Утренняя скованность до 12 часов дня — 2 б.

Гипертермия суставов умеренная — 2 б.

Эксудативные явления – выраженные – 3 б.

СРБ ++ — 2 б.

СОЭ 40мм\ ч – 4 б.

Общее количество баллов = 13 т.е. больше 11, что характеризует активность III степени.

**Рентгенологическая стадияIII**поставлена на основании:

1. сужения суставной щели
2. наличие околосуставного остеопороза
3. наличие эрозий
4. наличие множественных узур — ориентирующий критерий
5. отсутствие анкилозов суставов

**Функциональная недостаточность I - II**

В период стихания активности процесса может выполнять профессиональную деятельность (работа сторожем), что соответствует ФН I. При повышении активности заболевания — профессиональная способность полностью утрачиавется,однако больной полностью себя обслуживает, не требуя постороннего ухода, что характерно для ФН II.

**ОБОСНОВАНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

* ***Сопутствующие заболевания:***

Хронический бескаменный холецистит, латентное течение.

Хронический, не обструктивный катаральный бронхит с редкими обострениями, без осложнений, фаза ремиссии, ДН I ст.

Диагноз хронического бескаменного холецистита поставлен на основании лабораторных данных УЗИ внутренних органов: ЖПне увеличен, перегиб в теле (фактор, способствующий застою желчи), стенка неравномерно утолщена, содержание однородное.

Клинически: в прошлом и в данное время у больного не выявлено жалоб со стороны гепато-билиарной системы.

Объективно: симптомы при холецистите ( с-м Мэрфи, с-м Мюсси, с-м Ортнера) отрицательны.

Отсутствие субъективных и объективных данных о воспалении желчного пузыря заставляет указать на латентный тип течения холецистита.

* Диагноз хронического бронхита выставлен на основании следующих данных: *жалобы* на кашель, усиливающийся по утрам, с выделением светлой слизистой мокроты в **небольших количествах** (<50 мл\ сут) т.е.в наличии — слабо выраженный бронхитический синдром;
* *из анамнеза* — стаж курения 27 лет, предпочтение низкокачественным папиросам, выкуривает 1 -1,5 пачки в день; примерно, 1- 2 раза в год (на протяжении 25 лет), чаще осенью, кашель усиливается, количество отделяемой мокроты возрастает до 100мл\сут, но она остается светлой и слизистой — данные говорят о возникновении обострений каждый год, носящих **катаральный** характер,  **в течение 25 лет** (критерием хронического бронхита является наличие бронхитического синдрома в течение 3 мес. каждый год в течение 3 лет)
* одышка беспокоит больного только при значительной физической нагрузке, что характеризует **дыхательную недостаточность I ст.**

*объективно* — при аускультации легких тип дыхания жесткий; отсутствие хрипов — признак свободной проходимости бронхов (**нет** явных симптомов **обструкции**).

Нормальная температура у пациента и малое количество светлой слизистой мокроты т.е. указывают на **фазу ремиссии.**

В процессе постановки клинического диагноза ревматоидного полиартрита возникла необходимость провести **дифференциальную диагностику** с другими заболеваниями с наличием суставного синдрома.

**1. С подагрой.**

* Внезапное начало среди полного здоровья — из анамнеза пациента: начало заболевания внезапное
* Чаще мужчины в возрасте 30 -50 лет; наш пациент — мужчина 47 лет
* Характерная локализация — I плюсне-фаланговый сустав — именно с него начался процесс у нашего больного.

**Однако:**

Для подагры характерно быстрое (в течение нескольких часов, чаще за ночь) развитие признаков местного воспаления с распространением отека за пределы сустава с крайней выраженностью болевого симптома. Унашего больного процесс нарастал постепенно в течение 2 суток, а боль в суставе носила интенсивный, но терпимый характер (пациент самостоятельно ходил на работу,опираясь на больную ногу), признаки воспаления были четко локализованы в суставе.

Для подагры характерно самостоятельное (без лечения) стихание острого воспаления через 2 -3 дня, а через 1,5 -2 недели полное обратное разрешение артрита. У нашего пациента, несмотря на непрерывное применение аппликаций с димексидом на пораженный сустав, признаки острого воспаления уменьшались медленно (2 - 2,5 недели), после чего осталась деформация сустава.

Отсутствие у нашего пациента тофусов.

Кроме того, последующее вовлечение в процесс симметрично расположенных проксимальных суставов кистей, стоп; коленных, локтевых, плечевых суставов и выявленный диагностически достоверного титра (1: 64) ревматоидного фактора с большой долей вероятности указывает на наличие  **ревматоидного артрита.**

**2. С псориатическим артритом**

* Для ПА характерен артрит крупных суставов, артрит межфаланговых , преимущественно дистальных, суставов — у нашего больного поражение коленных, локтевых, плечевых суставов, а также межфаланговых — на кистях и стопах
* Для ПА характерно раннее поражение суставов боьшого пальца стопы — у нашего пациента начало заболевания с I плюсне-фалангового сустава правой стопы
* Для ПА характерно наличие признаков крестцово-подвздошных соединений — у нашего больного имеется умеренный околосуставной остеопороз справа в сакроилеальном сочленении (по данным рентгенографии от 13.04.2000)

**Однако:**

У нашего больного отсутствуют псориатические бляшки, нет псориаза у ближайших родственников, кроме дистальных межфаланговых суставов вовлечены проксимальные, плюсне- и пястнофаланговые, пястно-запястные и голеностопные суставы; на рентгенограмме нет паравертебральной кальцификации, а ревматоидный фактор выявлен в диагностическом титре 1: 64, в то время как при ПА ревматоидный фактор не обнаруживается.

**3.** В связи с значимым похуданием больного (на 12 кг с начала заболевания), длительным отсутствием аппетита необходимо заподозрить хроническую энтероинфекцию и дифференцировать имеющийся артрит от реактивных энтерогенных артритов, для которых характерно:

* молодой и средний возраст — нашему пациенту 47 лет
* чаще острое, реже подострое начало — у нашего больного острое начало
* чаще средние, крупные суставы, чаще на нижних конечностях — у нашего пациента имеются поражения плюсне-фаланговых, голеностопных, коленных суставов, но также и суставов верхних конечностей
* может быть полиартрит (больше 3 суставов) — у пациента признаки полиартрита

Однако: должна быть четкая связь с энтероинфекцией — больной затрудняется вспомнить какой либо эпизод кишечной диспепсии за 2 -4 нед. до появления первых симптомов артрита

Для выяснения связи с внесуставной инфекцией проведены лабораторные пробы на выявление антигенов возможных микробов:

|  |  |
| --- | --- |
| ***антигены*** | ***результат*** |
| **на псевдотуберкулез** | отриц |
| **на кишечный иерсиниоз** | отриц |
| **дизентерийный** | отриц |
| **сальмонеллезный** | отриц |

Кроме того, наличие ревматоидного фактора, что не характерно для реактивных энтероартритов, в диагностическом титре (1:64), а также отрицательные результаты проб опровергают предположение об энтерогенности артрита.

**4. С остеоартрозом,** для которого характерны:

чаще поражение крупных суставов

- у нашего больного **есть** **поражения** плечевых, локтевых, коленных суставов

поздние мышечные атрофии

- **имеются** у нашего пациента

наличие остеофитов

- **наличие остеофитов** на надколеннике

Однако:

- у нашего пациента имеется заинтересованность всех групп мелких суставов кистей и стоп, что не характерно для ОА

при ОА — механический ритм боли (при отсутствии синовита)

- у нашего пациента артритический характер боли

при ОА нет утренней скованности (при наличии синовита скованность не более 30 мин. и только в одном суставе)

- у больного есть утренняя скованность во многих суставах в течение 2 часов

при ОА — СОЭ не более 25 мм.\ч.

- у нашего больного длительно СОЭ 40 мм\ч

при ОА не характерен остеопороз

- у нашего больного выявлен околосуставной остеопороз заинтересованных суставов

Таким образом, выставить диагноз остеоартроза не представляется возможным

**ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА.**

**В стационаре больному назначено следующее лечение:**

**1. *Для снижения выраженности местных проявлений артрита***

|  |
| --- |
| *Recipe: Dimexidi 70% - 100 ml* |
| *Da tales doses № 15* |
| *Signa*: развести дистилированной водой 1:1 и делать аппликации на коленные и голеностопные суставы в течение 40 минут на ночь № 15 |

Димексид (диметилсульфоксид) — наружное средство для местного применения, оказывает анальгетическое и противовоспалительное действие, а также обладает умеренным антисептическим и фибринолитическим действием.

|  |
| --- |
| *Recipe: Diclofenac-Natrii 0,05* |
| *Da tales doses in tabulletis № 30* |
| *Signa*: по 1 таб 3 раза в день после еды |

Препарат относится к группе нестероидных противовоспалительных средств и оказывает сильное системное противовоспалительное и анальгетическое действие, являясь одним из основных препаратов для лечения ревматоидного артрита. При длительном применении препарата необходимо контролировать картину крови, (т. к. препарат может вызывать тромбоцитопению) и состояние слизистой желудка ЭФГДС (возможность образования язв).

**2. *Для улучшения кровоснабжения пораженных суставов***

|  |
| --- |
| *Recipe:Sol.Acidi nicotinici 1% - 1ml* |
| *Da tales doses №10 in ampullis* |
| *Signa*: вводить внутривенно струйно, предварительно развести развести в 20 мл физ.раствора |

Никотиновая кислота улучшает углеводный обмен, оказывает сосудорасширяющее действие, что оказывает положительное действие на микроциркуляцию в пораженных суставах и способствует уменьшению воспаления.

|  |
| --- |
| *Recipe:Xantinoli Nicotinatis 15% -1 ml* |
| *Da tales doses № 15 in ampullis* |
| *Signa*: вводить внутривенно струйно, предварительно развести развести в 20 мл физ.раствора в 10 и в 22 часов |

Препарат сочетает свойства веществ группы теофиллина и никотиновой кислоты — расширяет периферические сосуды и улучшает периферическое коллатеральное кровообращение, уменьшает агрегацию тромбоцитов, что благоприятно сказывается на микроциркуляции в пораженных суставах

**3. *Для улучшения белкового анаболизма***

|  |
| --- |
| *Recipe:Sol. Retabolili 5% -1 ml* |
| *Da tales doses №2 in ampullis* |
| *Signa*: вводить внутримышечно 1 раз в неделю |

Препарат является синтетическим стероидным соединением и оказывает следующие эффекты, благоприятные для больного:

- стимуляция синтеза белка в организме, повышение аппетита, увеличение массы мышц с соответствующим нарастанием массы тела ( у бо- льного есть дефицит массы тела, выраженная гипотрофия мышц)

- способствует фиксации кальция в костях ( у больного есть признаки остеопороза)

**4. *Режим:*** общеклинический.

**5. Диета:** стол № 15 ( энергоценность и содержание белков, жиров и углеводов почти полностью соответствуют нормам питания для здорового человека, не занятого физическим трудом. Витамины — в повышенном количестве. Допускаются все способы кулинарной обработки пищи. Температура пищи обычная. Из диеты исключают наиболее трудноперевариваемые и острые продукты). Режим питания: 4 раза в день.

Во время пребывания в стационаре наблюдается улучшение состояния больного : устранение боли, нормализация формы, температуры и функции суставов. Больной отмечает нормализацию сна и повышение настроения, усиление аппетита и прекращение прогрессирующего похудания. Все это можно рассматривать как признаки эффективности проводимой терапии.

Больному рекомендовано продолжить назначенную медикаментозную терапию, соблюдать диету и режим, наблюдаться у врача-ревматолога по месту жительства.

В зависимости от финансового положения больного необходимо предложить продолжить базисную терапию цитостатиками (метотрексат, циклофосфан), на фоне которой в прошлом возникла длительная ремиссия. Амбулаторно продолжать прием диклофенака натрия в таблетках по 50 мг 3 раза в день сразу после еды.

**ПРОГНОЗ и РЕКОМЕНДАЦИИ**

Данное заболевание на сегодняшний день является не излечимым т. е. хроническим. Поэтому, цель лечения — уменьшение прогрессирования заболевания, устранение симптомов воспаления в пораженных суставах, что обеспечит сохранение функциональной способности пациента. При отсутствии адекватного поддерживающего лечения прогрессия заболевания приведет к тяжелой необратимой инвалидизации пациента.

В связи с тем, что у больного поражены все группы суставов кистей, способность выполнять точную и напряженную работу руками у него утрачена (невозможность в будущем работать массажистом — бывшая основная профессия). Необходимо рациональное трудоустройство с исключением неблагоприятных факторов (переохлаждений, нервных стрессов, длительное физическое напряжение). При соблюдении этих рекомендаций прогноз трудовой деятельности благоприятный.

Так как заболевание неуклонно прогрессирующее, то в дальнейшем процесс может затронуть другие органы и системы,кроме суставной, привести к жизненноопасным осложнениям — таким, как амилоидоз почек, вследствие чего больной может погибнуть от уремии. Поэтому пациенту рекомендуется дополнительно наблюдаться у нефролога.

**Режим:** ограничить чрезмерную физическую и психоэмоциональную нагрузку, избегать переохлаждений, желательно отказаться от курения..

**Питание** должно быть направлено на уменьшение воспалительных явлений и повышение иммунной защиты организма.

Принципы питания при РА:

1. нормальное или умеренное повышенное содержание белка — желательно, за счет мяса рыбы
2. ограничение жиров за счет животных жиров при нормальном содержании растительных (70 г., из них 25 г — растительные)
3. нормальное содержание углеводов, при ограничении сахара
4. уменьшение поваренной соли
5. ограничение свободной жидкости до 0,8 -1 л
6. обеспечение витаминной и минеральной полноценности рациона (прием поливитаминов)
7. химическое и умеренное механическое щажение органов пищеварения
8. частое и дробное питание — прием пищи 5 -6 раз в день

Блюда готовятся в отварном или запеченом виде.

Исключаются грибные, мясные и рыбные бульоны и соусы, жирные мясные и молочные продукты, животные жиры, свинина, копчености, консервы, соления, маринады, острые закуски, пряности и приправы, цитрусовые, кукуруза, сдобное тесто, мороженое, крепкий чай и кофе, очень холодная или горячая пища.