***Паспортная часть:***

Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя: Андрей

Отчество: Васильевич

Возраст: 41 год

Домашний адрес: ЯМАО г. Ноябрьск ул. Дзержинского 29-1.

Дата поступления в клинику: 2 марта 2001 года*.*

***Жалобы на момент курации:***

На момент курации активных жалоб не предъявлял.

***Anamnesis morbi:***

Считает себя больным с 1999 года, когда после эпизода гиперинсоляции (отдых на черноморском побережье) начались боли в мелких суставах кистей и стоп, которые носили постоянный ноющий характер, симметричные, сопровождающиеся чувством скованности утром, после сна. За медицинской помощью не обращался в течение 1 года, хотя боли и чувство скованности беспокоили постоянно. В ноябре 2000 года обратился в медицинское учреждение по месту жительства, где был выставлен диагноз Ревматоидный артрит и дано направление на госпитализацию в ОКБ. В ОКБ диагноз был подтвержден (РФ 1:640) и проведена интенсивная синхронная терапия (ПФ+Ps ГКС+mts) с положительным эффектом. Рекомендовано продолжение терапии по схеме. За это время отмечает поражение коленных, локтевых и плечевых суставов. В настоящее время госпитализирован для продолжения программы (ПФ+Ps ГКС+mts). При поступлении предъявлял жалобы на постоянные боли в голеностопных, правом лучезапястном суставах, сопровождающиеся отеком и покраснением кожи над пораженной областью, чувством скованности в суставах до 11 часов утра.

***Anamnesis vitae:***

Работает водителем на легковой машине. Отмечает, что после начала заболевания пришлось переменить место работы на более легкую. Условия прежней работы были связаны с частыми переохлаждениями и повышенной влажностью. Болеет ОРЗ 1-2 раза в год. В 1999 году перенес операцию по поводу паховой грыжи, осложнений не было. В остальном считает себя здоровым человеком. Наследственных заболеваний не отмечает. Гемотрансфузий не было. Злоупотребление спиртными напитками отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

 ***Status praesens:***

Общее состояние: удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, в месте и времени ориентируется, при вступлении в контакт адекватен, выражение лица доброжелательное, телосложение правильное, питание нормальное. Конституция: нормостеническая. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, обычной влажности. Пигментаций не обнаружено, тургор не снижен. Ногти не деформированы. Слизистые оболочки губ, носогубного треугольника физиологической окраски. Выраженность подкожной клетчатки умеренная, толщина складки на животе на уровне пупка 1,5 см. Лимфатические узлы – поднижнечелюстные, шейные, подключичные, надключичные, подмышечные и узлы Зоргиуса не пальпируются. Мышцы развиты симметрично соответственно полу и возрасту, тонус и сила не изменены, при пальпации болезненности нет. Костная система: при пальпации костного скелета деформации не отмечается, при перкуссии длинных трубчатых костей болезненности нет, отмечается сухость кожи над голеностопными суставами, пальпация их безболезненна, температура кожи над суставами несколько повышена, имеется отёчность периартикулярной ткани. Амплитуда движений в голеностопных суставах несколько снижена.

## Система органов дыхания

Дыхание свободное, тип дыхания смешанный, ЧД 16′, грудная клетка нормостенического типа. Эластичность межрёберных промежутков и резистентность нормальная. Голосовое дрожание проводится по всем легочным полям. При сравнительной перкуссии отмечается ясный легочной звук по всем легочным полям. Аускультативно: 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=1,5см, локализованый.

ЧСС = 66`, ритм правильный. 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.

##### Правый контур сердца

4 м/р на 1 см от правого края грудины, на 5 см от передней срединной линии тела

3 м/р на 1 см от правого края грудины

Левый контур сердца

5 м/р на 1.5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, на 9,5 см влево от передней срединной линии тела

4 м/р на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии

3 м/р на 1 см влево от левой окологрудинной линии

Поперечник сердца 12 см.

Аускультация: тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов нет.

АД на правой руке – 120/80 мм.рт.ст АД на левой руке – 120/80 мм.рт.ст

## Органы пищеварения

Запаха изо рта не наблюдается. Слизистые влажные, розовые, трещин и язв нет. Десна обычной окраски, кровоточивости, разрыхлености нет. Зев чистый, физиологической окраски, миндалины без особенностей. Язык влажный, обложенности нет, отпечатков зубов нет, вкусовая чувствительность сохранена. Искусственных зубов и протезов нет. Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Расхождение прямых мышц живота, "головы медузы", грыжевых выпячиваний, гиперпигментаций не наблюдается, Пальпаторно: при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, тестообразной консистенции. При глубокой пальпации – сигмовидная кишка: поверхность ровная безболезненная, урчания не наблюдается, перистальтика вялая. Слепая кишка умеренно напряжена, безболезненна, поверхность ровная, подвижная; поперечно-ободочная кишка умеренно уплотнена, безболезненна. Восходящая и нисходящая части толстого кишечника умеренно уплотнены, безболезненны, подвижны, мало перистальтирующие, поверхности ровные. Желудок при пальпации безболезненный, тестообразной консистенции, большая кривизна пальпируется плохо; поджелудочная железа не пальпируется. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край плотный, ровный, безболезненный, ординаты Курлова 9х8х7. отмечается положительные симптомы Ортнера-Грекова, Кера, Мюсси-Георгиевского. Селезенка не пальпируется, перкуторно ординаты по Курлову 06/4.

## Мочевыделительная система

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

## Нервно - эндокринная система

Настроение больной хорошее, сон не нарушен, зрачковые рефлексы прямые, содружественные; в позе Ромберга устойчив, красный дермографизм, проходящий через 2–3 минуты, слух сохранён, зрение нормальное. Щитовидная железа не увеличена.

***Предварительный диагноз.***

***На основании жалоб:*** больной предъявляет жалобы на постоянные боли в симметрично расположенных суставах, чувство скованности по утрам до 11 часов.

***При объективном исследовании:*** 1. Полиартрит, 2. Симметричность поражения, 3. Утренняя скованность. 4. В анамнезе РФ 1:640, рентгенологические изменения, соответствующие Rg II.

***Результаты дополнительного исследования больного.***

Анализ крови:

5.03.01 эритроциты 4,76; Hb = 158 г/л; ЦП 1,0; лейкоциты 11,3; палочкоядерные 2, сегменты 69; лимфоциты 26; моноциты 2; СОЭ – 21 мм/ч.

Биохимия крови

Билирубин несв.– 15,6 ммоль/л; св. – 4,3 ммоль.л; АСТ – 19,4 п/л; АЛТ – 20,5 п/л; Сахар –3,7 ммоль/л;. Мочевина 8,8 ммоль/л; Креатинин 0,12 мкмоль/л; Мочевая кислота 198 умоль/л.

Анализ мочи:

Плотность – 1009, среда щелочная, белка, ацетона, сахара нет, лейкоциты 1-2-1 п/з, клетки эпителия единичные 1-0-1 п/з.

ЭКГ: Ритм синусовый , 69 в минуту.

ЭХО: митральный клапан-створки тонкие, основание аорты 2,5 см, Ао 3,0 см; аортальный и трикуспидальный клапаны-створки тонкие; легочная артерия 2,0 см; ЛП-3,5 см, ПЖ 2,8 см; ЛЖ-5,2 см; ФВ-61%, толщина задней стенки в диастолу 0,9 см; МЖП 1 см.

***Дифференциальный 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.

***Клинический диагноз и его обоснование.***

На основании предварительного диагноза и дополнительных методов исследования: симметричность поражения суставов; полиартрит, утренняя скованность – ставится диагноз Ревматоидный артрит, суставная форма, Прогрессирующее течение – так как на протяжении 2-х лет в патологическом процессе стали заинтересованы, кроме мелких суставов кистей и стоп, и другие группы суставов. Серопозитивный – так как в анамнезе РФ 1:640, I степени активности, так как имеются клинические признаки: 1) припухлость более 2 х суставов, 2) скованность до 2-3-х часов, 3) гипертермия суставов; лабораторные признаки: 1) СОЭ 21 мм/ч, 2) лейкоцитоз 11,3.

Нарушение функции суставов II степени, так как профессиональная способность утрачена (невозможность профессиональной деятельности на прежнем месте работы).

* **Диагноз:** Ревматоидный полиартрит, суставная форма, прогрессирующее течение,

 АКТ I. Серопозитивный вариант, Rg-стадия II, Нарушение функции суставов II.

***Этиология и патогенез.***

Ревматоидный артрит – хроническое заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов, по типу эрозивного артрита. Это заболевание неизвестной этиологии со сложным аутоиммунным механизмом. Одна из теорий – это участие в процессе гемолитического стрептококка группы В, локализующегося в миндалинах, носоглотке. Причём инфекция играет роль лишь первичного пускового механизма, за которым следует сложная реакция не на первичный бактериальный аллерген, а на аутоаллерген. В результате вырабатываются антитела, которые взаимодействуют с аутоаллергенами и комплементами, поступают в ток крови и фиксируются на синовиальной оболочке, а также во внутренних органах. Это происходит при сниженной реактивности организма.

Получены данные непосредственного первичного участия кишечника в патогенезе ревматоидного артрита. Согласно представленной гипотезе он развивается у генетически предрасположенных к нему лиц при антигенном воздействии бактериальной флоры кишечника (Clostridium perfringeus) или ассоциации нескольких бактерий условно-патогенной флоры на лимфоидную ткань кишки, возможно подготовленную для этого воздействия её естественной возрастной инволюции. Далее происходит «поломка» иммуннокомпетентных клеток, образование мигрирующих лимфоцитов с последующим проникновением их в синовиальную оболочку суставов. Эти лимфоциты с участием HLA II антигенов и индуцируют иммунные механизмы хронического иммунного воспаления, характерного для ревматоидного артрита. Несмотря на возможную спорность предложенной гипотезы, несомненно однодетальное изучение микрофлоры кишечника, функционального состояния его лимфоидного аппарата при ревматоидном артрите имеет научную значимость.

***Лечение ревматоидного артрита.***

.**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.

Данному больному проводится лечение по схеме:

1. пульс терапия преднизолон 500 мг № 3
2. метотрексат 30 мг в/в
3. кальций д3 никомед 7,5 мг 2 р/д.
4. диклофенак 150 мг/сут.

***Дневник курации***

**07.03.01** Состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски, обычной влажности. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД 16`. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шум на верхушке. ЧСС 66`, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, 9х8х7 см. Мочеиспускание нормальное, стул утром 1 раз.

***Прогноз и экспертиза трудоспособности***

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, больной был вынужден перейти на более легкую работу.

Куратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Якубовская Ольга Михайловна

**Список использованной литературы:**

* Е.Н. Дормидонтов «Ревматоидный артрит», медицина 1981г.
* Н.И. Коршунов «Ревматоидный артрит», медицина 1980 г.
* В.М. Чапой «Диагностика и лечение болезней суставов», медицина 1990г.
* Сборник трудов кафедры терапии ЯГМА «Ревматоидный артрит и ревматические заболевания», Ярославль 1996г.
* Л.Ф.Руднева "Избранные разделы внутренних болезней".