Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра клинической иммунологии и аллергологии

Зав. Кафедрой профессор А.С. Хабаров

Преподаватель:

Куратор: ст. 532 гр Жданова Е.Н.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Пациент:\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз: Ревматоидный полиартрит, висцеро-суставная форма. Серопозитивный вариант. Активность III степени. Рентгенологическая стадия –III. ФН - II.

Барнаул 2008

**Паспортные данные**

ФИО:\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: 27.03.88 г.

Место работы: не работает.

Место жительства: Ключевской район

Дата поступления: 28.11.08.

Дата курации: с 3.12.08 по 10.12.08.

**Жалобы**

На ноющую боль в коленных, локтевых, лучезапястных, суставах. Боль и периодическую припухлость в голеностопных суставах. Скованность в суставах по утрам, до 1 часа. Периодически повышение температуры тела до 39 С. Слабость, редкое головокружение, переходящее онемение правой руки (по всей длине), выпадение волос, транзиторное снижение остроты зрение.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больной около с 1999г, когда впервые появились боль, отечность практически всех суставов, повышение температуры тела до 39 С, которые сохранялись в течение 2 х. месяцев лечения в местной больнице (Амурская область). Госпитализирована в ДГБ Хабаровска, где установлен диагноз: Ювенильный ревматоидный артрит. Назначен преднизалон 40 мг/сут, на фоне которого все клинические симптомы купировались. С этого года наблюдалась первоначально у ревматолога г. Хабаровска, далее Барнаула. Прием ГКС беспрерывный с момента назначения до настоящего времени. Преднизолон заменен на Метипред- поддерживающая доза 4 мг в сутки. В 2001 году назначен Метотрексат более 15 мг в неделю (не уточняет). Последняя госпитализация 11.03.07. диагноз: Ювенильный ревматоидный артрит, полиартрит, медленно прогрессирующее течение, серонегативный вариант, суставная форма. Железодеффицитная анемия средней степени тяжести. Назначен Сульфасалазин 1500 мг/ сут. , Метотрексат 5 мг/ неделю. Однако пациентка принимала Метотрексат в дозе 10 мг/нед. + Сульфасалозин 1000 мг/сут.(2007г). Настоящее ухудшение около 10 дней, ежедневно фебрильная лихорадка, атралгии, онемение правой руки. Принимает Метипред 20 пг/сут. , Сульфасалозин 1000 мг/сут., Метотрексат 10 мг/нед. Госпитализирована для уточнения стадии и лечения.

**Анамнез жизни**

Родилась в Амурской области, с 10 лет до настоящего времени проживает в с. Ключи. Росла и развивалась по возрасту, в полной семье, в удовлетворительных бытовых и материальных условиях. В данное время проживает в трех комнатной благоустроенной квартире с мамой.

Перенесенные заболевания: корь в детстве, ОРВИ. Тубекулез, венерические болезни отрицает.

Операций, травм, гематрансфузий не было.

Аллергоанамнез: на новокаин-лихорадка. Аллергические реакции на пищевые продукты, пыльцу, бытовые аллергены не отмечает.

Наследственность: У матери РА. У других родственников проявлений не было.

Не курит, алкоголь не употребляет.

**Настоящее состояние**

**Общее состояние** больного средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное, легко вступает в контакт, выражение лица спокойное.

Телосложение пропорциональное, конституция нормостенического типа, осанка прямая, походка обычная.

**Кожные покровы** Окраска бледно-розовая,эластичность, тургор снижены, высыпаний, расчесов, геморрагий не отмечается. Ногти правильной формы, гладкие, бледного цвета, без патологических неровностей и исчерченостей. Оволосенение по женскому типу.

**Подкожная клетчатка** развита умеренно, отеков нет.

**Периферические лимфоузлы:** пальпируются подчелюстные лимфоузлы, справа и слева по одному, размером 0,5 см., плотной консистенции, безболезненные, подвижные, не спаяны с кожей, окружающей клетчаткойизъязвлений и свищей нет. Затылочные, шейные, над- и подключичные, локтевые, биципитальные, подмышечные, паховые, подколенные – не пальпируются.

**Подкожные вены** малозаметные. Припухлостей, покраснений, болезненности не выявлено, венозные коллатерали не развиты.

**Голова** овальной формы, нормальных размеров, дрожания и качания (симптом Мюссе) не наблюдается.

**Шея** прямая. Щитовидная железа не увеличена, размеры каждой доли 2,5 см, перешеек 1,5см; эластичной консистенции, однородной структуры наличие узлов не выявлено, пальпация безболезненная.

**Лицо**: выражение лица живое. Глазная щель нормальных размеров, конъюнктива бледная, подконъюнктивальных кровоизлияний нет. Глазное яблоко: экзо- и энофтальма нет, зрачки круглые, реакция зрачков на свет; содружественная и прямая сохранены. Форма носа прямая, изъязвления кончика носа нет, крылья носа в акте дыхания не участвуют. Углы рта симметричные, герпетической сыпи и язв нет. Запаха изо рта нет, слизистая оболочка полости рта бледно- розового цвета; афт, пигментаций, кровоизлияний нет. Десны розового цвета, не разрыхленные, кровоточивости нет.

Язык обычных размеров, влажный, розового цвета, корень языка обложен белым налетом, сосочки выражены умеренно; трещин и язвочек нет.

Миндалины правильной формы, из- за дужек не выступают, розового цвета, налета и язвочек нет.

**Костно-суставной аппарат:** Окружность суставов:

Правый (см) Левый(см)

Локтевой 25 25

Лучезапястный 18 18

Коленный 37 37

Голеностопный 26 26

при осмотре и пальпации отмечается незначительная болезненность в лучезапястных, локтевых, голеностопных и коленных суставах, объем активных и пассивных движений не нарушен. Деформации суставов не обнаружено. Способность к самообслуживанию сохранена.

Окраска кожи над суставами не изменена. Скелетная мускулатура развита умеренно, нормотония. Ревматические узелки не пальпируются.

**Органы дыхания:** ЧД-16 в мин., ритм правильный, тип грудной. Носовое дыхание не затруднено. Болей самостоятельных или при давлении и поколачивании у кончика носа, на местах лобных пазух и гайморовых полостей не наблюдается. Гортань нормальной формы, ощупывание безболезненно. Болей при разговоре, глотании нет. Правая и левая половины грудной клетки симметричны. Движение обеих половин грудной клетки, синхронно, без отставания. Пальпация грудной клетки безболезненна. При пальпации грудной клетки: голосовое дрожание не усилено, резистентность - умеренная.

При сравнительной перкуссии легких на симметричных участках грудной клетки ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы легких | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| Высота стояния верхушек | 3 см над ключицей | 4 см над ключицей |
| Ширина полей Кренига | 5 см | 5 см |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Парастернальная | 5 межреберье | - |
| Среднеключичная | 6 межреберье | - |
| Переднеаксилярная | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Среднеаксилярная | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Заднеаксилярная | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Лопаточная | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Паравертебральная | Отросток 11 грудного позвонка | Отросток 11 грудного позвонка |

При аускультации на симметричных участках грудной клетки дыхание везикулярное.

**Органы кровообращения.** Исследование сердца: При осмотре области сердца патологических пульсаций не обнаружено. Верхушечный толчок локализуется в 5-м межреберье по среднеключичной линии, S=2.0\*1.5 см., высокий, сильный, резистентный.

Перкуссия сердца.

Границы относительной и абсолютной тупости сердца в пределах нормы.

Ширина сосудистого пучка: правая – во 2-м межреберье по правому краю грудины, левая – во 2-м межреберье по левому краю грудины.

Поперечный размер относительной тупости сердца - 3+8,5=11,5 см., угол Боткина – тупой.

При аускультации сердца тоны: ясные, ритмичные, патологических шумов не выявлены.

Исследование сосудов: При осмотре патологических пульсаций не обнаружено. Пульс: частота 64 уд/мин., ритм правильный, высокого наполнения, твердый, синхронный на обеих руках. Дефицит пульса отсутствует, пульсации на ногтевых фалангах не отмечается. АД - 100/70 на обеих руках. При аускультации периферических сосудов патологических шумов не обнаружено. Вены ног без изменений.

**Органы пищеварения:** Губы бледно-розовые, влажные. Язык розового цвета, нормальной формы и величины, сосочки хорошо выражены. Слизистая языка влажная, без видимых дефектов. Десны розовые, кровотечений и дефектов нет. Зев чистый, не отечный, чуть красноватый, миндалины не увеличены, не выступают из - за нёбных дужек. Зубы постоянные, состояние удовлетворительное. Ротовая полость санирована. Слюнные железы не увеличены, безболезненны. Аппетит хороший, срыгивания и рвоты нет.

**Исследование живота:**

Осмотр. Живот обычной формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается. Мышцы брюшной стенки не участвуют в акте дыхания. Грыжевые выпячивания в положении стоя не выявлены.

Поверхностная ориентировочная пальпация. При поверхностно – ориентировочной пальпации зон кожной гиперальгезии нет. Диастаз прямых мышц живота отсутствует. Живот не напряжен. Симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный.

При глубокой методической скользящей пальпации по Образцову - Стражеско – Василенко патологии не выявлено.

При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено.

Аускультация. Перистальтика кишечника сохранена, патологические шумы отсутствуют.

Поджелудочная железа: не пальпируется.

Исследование печени и желчного пузыря:

Желчный пузырь не пальпируется, болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует, перкуторно не определяется. Симптомы Ортнера, Карвуазье, френикус-симптом - отрицательные.

Печень. Пальпируется на уровне края рёберной дуги. Край мягкий, острый, безболезненный. Симптом “плавающей льдины” отрицательный. Размеры по Курлову: 10\*9\*7 см.

Селезёнка: Не пальпируется.

Стул 1 раз в день, оформленный, коричневого цвета.

**Органы мочевыделения**:

**Осмотр:** припухлости, отечности и покраснений в поясничной области нет. Выпячивания в области мочевого пузыря не выявлено.

**Пальпация**: почки справа и слева не пальпируются.

Надлобковая область и мочевой пузырь при пальпации безболезненны.

**Перкуссия:** симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не определяется.

**Нервная и эндокринная система**. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Больная в полном сознании. Интеллект соответствует уровню развития. Нарушения памяти, внимания не отмечено. Настроение ровное, пациентка адекватно реагирует на все, что её окружает, контактна, общительна, обладает правильной и развитой речью. Патологических проявлений со стороны эндокринной системы не выявлено. Щитовидная железа не пальпируется. При перкуссии и аускультации патологических изменений в области щитовидной железы не обнаружено.

**Предварительный диагноз**

На основании выявленных критериев РА (согласно ВОЗ), а именно: тугоподвижность суставов по утрам более 1,0 часов, симметричное опухание суставов, поражение суставов рук, наличие признаков артрита охватывающего более 3 суставов, можно предположить, что у больной ревматоидный полиартрит. Висцеро-суставная форма- т.к. имеется наличие суставного синдрома и общие симптомы- лихорадка, слабость, редкое головокружение, переходящее онемение правой руки ( по всей длине), выпадение волос, транзиторное снижение остроты зрение.

Недостаточность функции суставов 2 степени т.к. трудоспособность пациентки нарушена, способность к самообслуживанию сохранена.

**План дополнительных методов исследования**

Лабораторные методы исследования

Общие клинические анализы:

1. *Общий анализ крови, с лейкоцитарной формулой.*
2. *Общий анализ мочи*
3. *Кал на яйца глистов*
4. *Кровь на RV, ВИЧ.*

Биохимические анализы

1. *Биохимический анализ крови: мочевина, креатинин, С- реактивный белок ,фибриноген, билирубин с фракциями, Ас/Ат Ал/Ат.*
2. *Анализ белковых фракций электрофорезом*

Иммунологические тесты:

1. Иммунограмма
2. Латекс – тест на РФ
3. LE- клетки
4. Определение антинуклеарного фактора методом непрямой ИФА.

Инструментальные методы исследования

1. Рентгенологические методы: рентгенография кистей и стоп.
2. ЭКГ
3. УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы.
4. ФГДС

Консультация узких специалистов

1. Офтальмолога
2. Кардиолога

3.Физиотерапевта

Результаты дополнительных методов исследования

Лабораторные методы

1. ОАК:

эритроциты 3,2 \* 1012

гемоглобин 102г/л

тромбоциты 390 \* 109

лейкоциты 14,7 \*109

Э-1; П-3; С-39; Л-21; М-5;

СОЭ- 21 мм/ч

1. ОАМ:

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Лейкоциты: ед. в поле зрения

Эритроциты: отриц.

Эпителий: единичные

Ураты:+

Белок: отр

Удельный вес: 1015 г/см3

1. Биохимический анализ крови: от 01.12.08.

Креатинин 64,2 мкл/л

АЛТ 11,4 Е/л (0-32)

АСТ 14,1 Е/л (0-3)

Мочевина 3.12мг/л

Билирубин 15,2 мг/л

Фибриноген 3.5 г/л

СРБ 257,1 мг/л (0-5)

1. Анализ белковых фракций методом электрофореза:

Альбумины 51,2

Альфа 1 глобулины 3,4

Альфа 2 глобулины 12,3 (5,7-11,5)

Бета глобулины 11,6

Гамма глобулины 21,5 (10,5-19,5)

1. **В- система иммунитета**

Ig A 5,00 г/л (1,5-4,2)

Ig G 13,99 г/л

Ig M 1,35 г/л

1. Латекс-тест на РФ положителен
2. LE клетки – отр.

Инструментальные методы

1. Рентгенограмма кистей и стоп: диффузный остеопороз, сужение суставной щели в видимых суставах, нечеткость контуров суставов.

Заключение: признаки РА 2-3 степени.

1. ЭКГ: синусовый ритм 55 в мин. Нормальное положение ЭОС.
2. УЗИ щитовидной железы: патологии не выявлено.

**Клинический диагноз и его обоснование**

Предварительный диагноз подтверждается дополнительными методами обследования:

1. Латекс –тест на РФ положительный.
2. В общем анализе крови: эритропения, лейкоцитоз, СОЭ-51 мм/ч
3. В биохимическом анализе крови: СРБ-257,1 мг/л, увеличение активности трансаминаз, что говорит об активности процесса
4. Увеличение фракции гамма глобулинов до 21,5 г/л- что характерно для аутоиммунных заболеваний.
5. На рентгенограмме кистей и стоп: диффузный остеопороз, сужение суставной щели в видимых суставах, нечеткость контуров суставов- признаки РА 2-3 степени.

По данным лабораторных методов исследования можно установить, что РА серопозитивный т.к. РФ положительный. Функциональная активность 3 ст. – т.к. СОЭ 51 мм/ч, фибриноген 5,3 г/л,- что соответствует 3 ст. активности. Рентгенологическая стадия III- т.к. на рентгенограмме признаки околосуставного остеопороза, сужения суставных щелей, эрозии. Функциональная способность II т. к. трудоспособность в данный момент утрачена, способность к самообслуживанию сохранена.

Клинический диагноз:

Ревматоидный полиартрит. Висцеро-суставная форма. Серопозитивный вариант. Активность III ст. Рентгенологическая стадия – III. ФН II ст.

Иммунологический диагноз: вторичная иммунная недостаточность, индуцированная.

Дифференциальный диагноз:

С СКВ: возраст первых проявлений при СКВ 20-30 лет, при РА любой, чаще 40-50л. Утренняя скованность при СКВ умеренная, при РА выраженная. Артрит при СКВ легкий, мигрирующий при РА тяжелый, инвалидизирующий. Эрозии суставов при СКВ не характерны, при РА типичны. С-реактивный белок при РА повышен, при СКВ нормальный. Уровень Ig G в сыворотке при РА обычно нормальный, при СКВ часто повышен. Реакция Вассермана при РА отрицательна, при СКВ может быть положительной. Ревматоидный фактор при РА положительный у 70 % титры высокие, при СКВ положителен у 30 % титры низкие. Все данные приведенные в диф. диагнозе говорят за то, что у пациентки РА.

**Иммунопатогенез**

В настоящее время общепринята гипотеза, согласно которой начальные этапы развития РА связаны с иммунным ответом Т-лимфоцитов на антиген (антигены), природа которого пока неизвестна.

1. Т и В лимфоциты мигрируют от посткаппилярных венул синовиальной оболочки к тканям по неизвестному в настоящий момент механизму (инфекция, травма). Затем синовиальные клетки несущие аномальные антигены HLA класса II и костимуляторные молекулы, представляют неизвестный атритогенный пептид, Т клеткам, более того провосполительные цитокины, особенно ФНО и ИЛ-1,приводят к усиленной пролиферации и активации фибробластов. Все это вызывает развитие синовиита и образование паннуса,(содержит макрофаги, Т-лимфоциты, плазмотические клетки)который ведет к разрушению кости и сустава.

Некоторые ученые выделяют в иммунопатогенезе изменений в суставах 5 фаз:

Первая фаза – неизвестный этиологический агент проникает в сустав, вероятнее всего через кровоток. Появляется гиперемия и отек субсиновиальной ткани. С кровью доставляются сенсибилизированные лимфоциты, начинается периваскулярная инфильтрация синовиальной ткани воспалительными клетками, синтез и секреция цитокинов.

Вторая фаза –медиаторная. Лимфокины способствуют поддержанию воспалительного процесса. Фактор хемотаксиса моноцитов и фактор ингибирования миграции макрофагов активируют моноциты и макрофаги. Интерлейкин из моноцитов индуцирует прикрепление нейтрофилов к эндотелию за счет молекул адгезии. Нейтрофилы инфильтрируют синовиальную ткань. Лимфокины стимулируют гипертрофию и гиперплазию клеток синовиальной оболочки. Активированные макрофаги продуцируют: простагландины, коллагеназу, активатор плазминогена, синовиальный активатор, стимулирующий выброс активатора плазминогена из синовиальных фибробластов.

Происходит ангиогенез кровеносных и лимфатических сосудов.

Третья фаза - лимфоидная. Приток и пролиферация лимфоцитов приводят к образованию лимфоидных фолликулов. Плазмоциты синтезируют Ig, в том числе РФ. Синовиальная жидкость содежит иммунные комплексы, РФ, протеолитические ферменты. ИК фагоцитируются нейтрофилами.

Четвертая фаза **–** агрессивная. Фибробласты пролиферируют, суставной хрящ деградирует, клетки выстилки синовиальной оболочки, нейтрофилы, макрофаги и фибробласты выбрасывают протеолитические ферменты. Происходит врастание ревматоидного паннуса, который представляет собой пролиферирующую синовиальную ткань, приобретающую способность к инвазивному росту и разрушению суставного хряща за счет нейтральных протеиназ, коллагеназ и эластаз, ферментов, которые продуцируются клетками, инфильтрирующими синовиальную ткань.

Пятая фаза: деструктивная. Воспалительный паннус проникает в находящуюся под хрящом кость. Активированные Т х., продуцируют фактор активации остеокластов. Это стимулирует резорбцию кости остеокластами. Фиброзная грануляционная ткань замещает хрящ и кость, образуя спайки и приводя к слиянию движущихся поверхностей. Остеопороз, подвывих и изменения за счет давления в суставе приводят к клинической картине деформации.

**План лечения**

Медикаментозная терапия:

1. симптоматическая терапия - НПВП (ингибирование ЦОГ ФЛ А2 –противовоспалительный эффект, болеутоляющий)

Этодолак по 0,3 2раза в день, во время еды

1. Глюкокортикостероиды – для подавления активности воспалительного процесса.

Дексаметазон не более 45 мг в сутки

Базисная терапия:

1. Антиметаболиты - оказывают цитостатическое действие, связанное с нарушением синтеза нуклеиновых кислот (ДНК, РНК).

Метотрексат 7,5 мг/нед внутрь дробно совместно с фолиевой кислотой в дозе 1-5 мг/сут

Рекомендуется Моноклональные антитела к ФНО альфа инфликсимаб

СD 11а (эфализумаб)- блокада костимуляции Т лимфоцитов.

Не медикаментозное лечение:

1. Иммобилизация суставов, особенно коленного и лучезапястного.
2. ЛФК
3. Физиотерапия
4. диетотерапия
5. при необходимости - хирургическая терапия (синовэктомия или замена сустава)

**Прогноз**

Прогноз для жизни удовлетворительный, но с ухудшением качества жизни (инвалидизация).

**Список литературы**

1. «Клиническая иммунология и аллергология» Дранник Г.Н. М., ООО «Медицинское информационное агенство» 2003 г.
2. «Ревматоидный артрит» Н.Ф. Сорока Минск «Беларусь» 2000 г.
3. Журнал «Клиническая медицина» №6 2005 г ,статья: Е.Л. Насонов стр. 8-4
4. «Внутренние болезни» Под ред. Н.А. Мухина М., «ГЕОТАР-Медиа» 2006 г.
5. «Лекарственные средства» М.Д. Машковский М., «Новая волна» 2008 г.