Министерство образования и науки РФ

Министерство здравоохранения и социального развития РФ

Государственное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

**Самарский государственный медицинский университет**

Кафедра факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней

Зав. кафедрой: д.м.н.,

профессор Кельцев В.А

Преподаватель: к.м.н.

асс. Зимнухова С.И.

**История болезни**

16 лет

Диагноз: «Ювенильный идиопатичнский артрит, полиартрит, РФ негативный, степень активности 1, рентгенологическая стадия II, функциональная недостаточность опорно-двигательного аппарата 1»

Diagnosis: «Artritis juvenilis idiopatica, polyarthritis, RF-negativis, gradus actionis 1, stadium roentgenologicum II, typus functionalis aegroti 1».

Куратор: студентка

педиатрического факультета

IV курса

Самара 2009

Общие сведения о ребенке

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О.  Дата рождения, возраст  Пол  Домашний адрес  Место работы матери  Место работы отца  Организованность  Дата поступления  Диагноз в направительном документе  Предварительный диагноз  Diagnosis  Клинический диагноз  Diagnosi | 14.03.1993 г.  мужской  домохозяйка  ЧП  студент СГППК  25.05.2009 11:25  Ювенильный идиопатический артрит,  Ювенильный идиопатический артрит, полиартрит, степень активности 1.  Artritis juvenilis idiopatica, polyarthritis, gradus actionis 1  Ювенильный идиопатичнский артрит, полиартрит, RF-негативный, степень активности 1, рентгенологическая стадия 2, функциональная недостаточность опорно-двигательного аппарата 1  Artritis juvenilis idiopatica, polyarthritis, RF-negativis, gradus actionis 1, stadium roentgenologicum 2, typus functionalis aegroti 1 |

**Жалобы**

На момент курации жалоб не предъявляет

**Anamnesis morbi**

Заболел летом 2007 года, когда впервые появились боли в правом голеностопном суставе. Осенью 2007 г. был госпитализирован в СОККД с жалобами на боли в пояснице, коленных, голеностопных суставах при движениях, утренняя скованность, кратковременная (исчезает через 30 минут после вставания с постели), беспокойный сон, болезненность икроножных мышц, хромоту, где был выставлен диагноз «Ювенильный идиопатический артрит». Лечился сульфасалазином. В феврале 2008 года лечился в Московском институте ревматологии, где по жизненным показаниям начал получать препарат «Ремикейд». В настоящее время находится в СОККД на плановом лечении для получения «Ремикейда».

**Anamnesis vitae**

Мать:, 38 лет, здорова. Мама ребёнка посещает медицинские учреждения только при необходимости. Туберкулёз, ВИЧ-инфекцию, венерические заболевания, а также наличие вредных привычек отрицает.

Отец . 41 год, здоров, посещает медицинские учреждения только при необходимости. Туберкулёз, ВИЧ-инфекцию, венерические заболевания, а также наличие вредных привычек отрицает.

Наследственность не отягощена.

Семья полная. Ребёнок от первой беременности. Течение беременности – токсикоз первой половины. Беременная соблюдала режим дня, питание было полноценное, соответствовало рекомендациям врач, наблюдающего беременность. Роды первые, срочные, самопроизвольные, раннее излитие околоплодных вод. Дата рождения 14.03.1993 года. БЦЖ сделали в роддоме. Период новорожденности протекал без особенностей. В физическом и психическом развитие ребёнок не отставал. Профилактические прививки были сделаны по календарю, медотводов не было. Социально-бытовые условия жизни ребёнка: мальчик проживает с папой и мамой в 3-хкомнатной квартире. Квартира сухая, светлая, благоустроенная. У ребенка отдельная комната.

Со слов мальчика, взаимоотношения со сверстниками складываются хорошо, имеет много друзей. Наличие вредных привычек отрицает. В воспитании ребёнка участвуют мама и дедушка.

Режим дня ребенка: сон полноценный, на свежем воздухе прибывает в среднем 4-6 часов ежедневно, дополнительные кружки и секции не посещает.

Эпидемиологический анамнез - за последние 7-10 дней в контакте с инфекционными больными не был.

Аллергический анамнез – отмечается непереносимость сульфасалазина.

**Status praesens communis**

*Наружное исследование*

Общее состояние больной удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Выражение лица спокойное, поведение обычное, эмоциональный статус соответствует возрасту. Телосложение правильное, развитие пропорциональное.

Температура тела 36,80С.

Масса тела 64 кг, рост 186 см. ИМТ = 18,96. Мезасоматический тип развития. Развитие гармоничное. Нормостеник.

Кожные покровы бледные, тургор в норме, эластичные, чистые. Волосы, ногти гладкие, блестящие. Цвет ногтей – розовый.

Слизистые оболочки – бледно-розовые, чистые, сыпи нет. Миндалины выступают за небные дужки, налетов нет.

Подкожная клетчатка нормального развития, толщина жировой складки на уровне пупка 1 см, над лопатками 1,5 см, отеков нет, тургор тканей хороший.

Степень развития мускулатуры нормальная, тону нормальный, контракрур нет.

Осанка правильная, развитие пропорциональное. Голова правильной формы, размеры соответствуют возрасту, деформаций и размягчение костей нет. Рахитические изменения не обнаружены. Форма грудной клетки правильная. Конечности пропорциональной длины, ровные.

Шейные, подмышечные, паховые, подчелюстные, затылочные, подключичные лимфатические узлы не прощупываются.

Суставы нормальной конфигурации, безболезненные, движения в полном объеме, свободные, без патологических отклонений.

*Исследование нервной системы*

Чувствительность не нарушена, рефлексы (брюшные и сухожильные) положительны, не изменены, патологической рефлексии не выявлено. Координация движения не нарушена. Походка обычная, в позе Ромберга устойчив. Менингиальных симптомов не обнаружено.

Исследование вегетативной нервной системы: глоточные рефлексы без особенностей, корнеальные реакции зрачков на свет положительны с обеих сторон, дермографизм в пределах нормы.

Локомоторная функция без нарушений, поведение обычное, эмоции сдержаны.

*Органы дыхания*

Цианоза не отмечается, одышки нет. Частота дыхания 17 д/мин, ритм правильный. Голос нормальный, не осипший. Носовое дыхание свободное.

Форма грудной клетки нормостеническая, ассиметрии нет. Западения над- и подключичных пространств не выявлено. Ширина межрёберных промежутков 1 см. Лопатки прилегают к грудной клетке. Движения грудной клетки равномерные, симметричные. При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Резистентность не повышена, голосовое дрожание равномерное.

При сравнительной перкуссии отмечается легочный перкуторый звук во всех отделах.

При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких спереди 3 см, сзади – на уровне остистых отростков VII шейного позвонка, ширина полей Кренига 4,5 см с обеих сторон.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Linea** | **Справа** | **Слева** |
| Parasternalis | VI | - |
| Medioclavicularis | VI | - |
| Axillaris anterior | VII | VIII |
| Axillaris media | VIII | IX |
| Axillaris posterior | IX | X |
| Scapularis | IX-X | X |
| Paravertebraiis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность лёгочных краёв:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографические линии** | **Правого** | **Левого** |
| Среднеключичная | 4 см | - |
| Среднеподмышечная | 6 см | 6 см |
| Лопаточная | 4 см | 4 см |

Аускультативно: везикулярное дыхания. Шума трения плевры нет.

*Органы кровообращения*

При осмотре цианоза не выявлено, деформаций грудной клетки в области сердца и видимой пульсации сосудов не обнаруженно.

При пальпации: верхушечный толчок в 5 межреберье по среднеключичной линии умеренной силы, не разлитой, дрожаний нет. Пульс 78 уд/мин, правильный, ритмичный, мягкий, достаточного наполнения.

Пульс бедренной артерии сохранен.

|  |  |
| --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца | |
| Правая | По правому краю грудины |
| Левая | На 1 см кнутри от границы относительной тупости сердца |
| Верхняя | В III межреберье |

Конфигурация сердца нормальная. Сосудистый пучок не выходит за края грудины.

Аускультативно: ритм правильный, тоны сердца четкие, ясные, звонкие. Шумов не выявлено.

ЧСС 68 уд/мин.

*Органы пищеварения*

Неприятного запаха изо рта нет. При осмотре ротовой полости: язык влажный, розовый, налета нет, миндалины выходят за границы дужек, небные дужки без изменений. Слизистая рта влажная розовая чистая. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен.

Живот не увеличен в размере, симметричен, в акте дыхания участвует. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Глубокая скользящая пальпация внутренних органов по Образцову-Стражеско: кривизна желудка расположена по обе стороны от средней линии тела, на 3 см выше пупка, в виде валика, лежащего на позвоночнике и по бокам от него. Привратник определяется в треугольнике, образованным нижнем краем печени справа от средней линии, средней линией тела и поперечной линей, проведённой на 3 см выше пупка, в области правой прямой мышцы живота. Живот мягкий, безболезненный, сигмовидная кишка в левой подвздошной области, безболезненна. Ободочная кишка безболезненна. Поджелудочная железа не пальпируется. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. При поверхностной пальпации областей болезненности не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Расстройство портального кровотока в виде «головы медузы» не обнаружено. Аускультативно: шум перистальтики кишечника. Стул оформленный, регулярный, 1 раз в сутки.

*Гепатолиенальная система.* Периферических отеков нет. При глубокой пальпации печени нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги, плотноэластической консистенции, безболезненный. Перкуторно размеры печени по Курлову: 9х8х7. Селезенка не пальпируется. Точка желчного пузыря безболезненна. Симптомы Ортнера, Курвуазье, Кера, Френикус-симптом отрицательны.

*Мочевыделительная система.* Отеков нет. Припухлостей в почечной области не выявлено. При глубокой пальпации почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

*Эндокринная система.* Щитовидная железа не пальпируется.

Половые органы сформированы правильно, соответственно возрасту.

P2A3.

**Предварительный диагноз**

Ювенильный идиопатический артрит, полиартрит, степень активности

**Diagnosis**

Artritis juvenilis idiopatica, polyarthritis, gradus actionis 1.

25.05.2009 год Куратор Буракова Е.Н.

**План обследования**

1. Общий анализ крови – проводится для выявления наличия инфекционных и аллергических процессов в организме.
2. Общий анализ мочи – определить физические свойства, химический состав, микроскопию осадка.
3. Кал на яйца глистов
4. Биохимическое исследование крови - количественный анализ биохимических показателей крови.
5. Иммунологическое исследование крови
6. Исследование крови на ревматоидный фактор
7. «Ro» коленного и голеностопного суставов – обнаружить изменения в суставах.
8. ЭКГ - диагностика патологических состояний миокарда, его электрофизиологических свойств
9. ЭхоКГ – оценить функциональное состояние сердца, оценка гемодинамику.
10. Осмотр узких специалистов: окулиста.

**Результаты дополнительных методов исследования**.

**1.Общий анализ крови:** 26.05.09 **Норма:**

Эритроциты 5,3∙1012 N 4-5∙1012/л

Лейкоциты 13∙109 N4-9∙109/л

Гемоглобин 149 г/л N 130-160 г/л

Цветной показатель 0,9 N 0.85-1

СОЭ 3 мм/ч N 2-15 мм/ч

Эозинофилы 4 N 2-5%

Сегментоядерные 48 N 45-70%

Лимфоциты 44 ↑ 18-38%

Моноциты 4 N 2-8%

**2.** **Общий анализ мочи**: 26.05.09

Удельный вес -м/м

Белок отр N

Прозрачность отр N

Сахар отр N

Реакция кислая N

Лейкоциты 2-4 в поле N

зрения

Плоский 4-6 в поле N

эпителий зрения

**3. Биохимический анализ крови: 26**.05.09

RF 5.9 N 0-14,0

CRPL 1.16 ↑ 0-1,00

АЛАТ 19.5 N 0-45

АCАТ 19.3 N 0-45

Билирубин 6 мкм/л N 3,4-13,6

Серомукоид 10 ЕД N 0-20,0

Фибриноген 4 г/л N 2-4

МНО 1,1 N 0,85-1,18

Протромбин по Квинку 85 N 70,0-120,0

**4. «Ro» тазовый костей от 21.01.09 г.**

На рентгенограмме отмечаются признаки остеопороза тазобедренный суставов, сужение щелей, нечеткость краев левого крестцово-подвздошного сустава.

**7. Осмотр узких специалистов:**

Заключение окулиста: 21.02.09

Глазное дно: бледно-розовое, соотношение и калибр в норме.

**Дифференциальный диагноз**

В данном случае ведущим синдромом является суставной, который встречается при следующих состояниях: **острая ревматическая лихорадка, псориатический артрит, реактивный артрит.**

**Псориатический артрит** проявляется, у подавляющего большенства больных, на фоне существующего кожного псориаза. В процесс могут быть вовлечены любые суставы, начинается заболевания с асимметричного моноартрита или олигоартрита, отмечается склонного к рецидивированию. Кожа над суставами имеет характерную синюшно-багровую окраску. В процесс вовлекаются периартикулярные ткани. При злокачественном течении нарастает истощение, выражены миотрофия, миалгия, миозит, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, гломерулонефрит и амилоидоз.

При наличии на коже элементов псориаза необходимость дифференциального диагноза отпадает.

Для **острой ревматической лихорадки** характерно поражение в основном крупных суставов конечностей (коленные, голеностопные, локтевые), обычно симметричное. Поражение летучее, мигрирующее – за 1-7 дней охватываются различные суставы, что не характерно для ЮИА. Суставы опухшие, их контуры сглажены, пассивные и активные движения резко ограничены, что также наблюдается и при ЮИА, но в данном случае кожа над суставами гиперемирована и горячая на ощупь.

Также в отличие от ЮИА для острой ревматической лихорадке характерно внезапное повышение температуры (38-39˚С), симптомы интоксикации. Одновременно с поражение суставов выявляются и становятся ведущими признаки ревмокардита (тяжелое общее состояние, бледность кожных покровов, одышка, боли в области сердца, сердцебиение, тахикардия, глухость тонов, систолический шум на верхушке, увеличение границ сердца). А также характерна связь со стрептококковой инфекцией.

**Реактивный артр**ит встречается в виде двух форм постэнтероколитический и урогенитальный.

Постэнтероколитический реактивный артрит развивается на фоне кишечных инфекций, как правило через 1-3 недели. Начало острое, с локализацией в суставах нижних конечностей, но могут поражаться и суставы верхних конечностей. Нередко развиваются узловая эритема, тендовагиниты, бурситы, конъюктивит.

Урогенитальный реактивный артрит (Болезнь Рейта) характеризуется триадой симптомов: уретритом, конъюктивитом и артритом. Начинается заболевание с поражением уретры и глаз, в последующем развивается изменение в суставах.

Больные жалуются на резь при мочеиспускании, появление слизистых выделений из уретры, особенно в утренние часы. Поражение глаз двухстороннее и проявляется в виде катарального коньюктивита длительностью от нескольких дней до 1,5-2 недель. В детском возрасте реже встречаются увеит, эписклерит, кератит.

Поражение суставов чаще асимметричное, по типу олигоартрита, захватывает суставы ног с постепенным вовлечением суставов верхних конечностей и распространением процесса снизу вверх – «симптом лестницы».

Суставной синдром характеризуется упорной артралгией, экссудативные явления на фоне нарешенного общего состояния. В ранние сроки развивается атрофия мышц. Артрит мелких суставов стоп сопровождается «сосискообразными» опуханиями всех пальцев и сине-багровой окраской кожи. У части больных отмечаются призноки поражения позвоночника, в основном грудного и поясничного отделов, а также крестцово-подвздошного сочленения.

Довольно часто Болезнь Рейта сопровождается поражением кожи и слизистых оболочек в виде пустулезных, уртикарных, пузырьковых высыпаний и псориазоподобных элементов. Они могу локализоваться на любых участках кожных покровов, быть как очаговыми, так и распространенными. Чаще встречается кератодермия стоп и эрозивный баланопостит. Довольно часто кожные и слизистые элементы лаколизуются вокруг головки полового члена.

При хроническом течении болезни и в поздние её фазы выявляются поражения сердца, почек, аорты.

Проведя дифференциальную диагностику, у данного пациента можно исключить наличие острой ревматической лихорадки, псориатического артрита и реактивного артрита.

**Клинический диагноз и его обоснование**

Ювенильный идиопатичнский артрит, полиартрит, серонегативный, степень активности 1, рентгенологическая стадия 2, функциональная недостаточность опорно-двигательного аппарата 1.

**Diagnosis**

Artritis juvenilis idiopatica, polyarthritis, seronegativis, gradus actionis 1, stadium roentgenologicum 2, typus functionalis aegroti 1.

Диагноз ювенильный идиопатический артрит ставится на основании следующих данных:

- возраст начала заболевания до 16 лет;

- длительность заболевания свыше 2-х лет;

- длительность суставных изменений более 6-ти недель.

Для полиартрита характерно более 5 суставов в течение первых 6-ти месяцев заболевания как и было у нашего пациента.

Степень активности 1 ставится на основании следующих данных: в ОАК от 26.05.09 г. СОЭ – 3 мм/ч.

Рентгенологическая стадия II ставится на основании заключения рентгенолога: она рентгенограмме отмечаются признаки остеопороза+сужение суставной щели.

Функциональная недостаточность ОПДА - 1 ставится на основании того, что функциональная способность суставов сохранена.

**Этиология**

Причина возникновения ЮИА до настоящего времени не установлены. Среди возможных факторов, лежащих в основе патологического процесса, обсуждаются:

- инфекционная природа заболевания;

- нарушение механизмов иммунитета с последующим развитием аутоиммунных реакций;

- травма;

- стрессовые состояния;

- иммуногенетическая предрасположенность.

**Патогенез**

В основе патогенеза ЮИА лежат глубокие нарушения иммунного ответа с дисбалансом количественного состава иммунокомпетентных клеток, с нарушением их функциональной активности и клеточной кооперации.

Суть патологического процесса при ЮИА составляет системное аутоиммунное воспаление, которое с максимальной интенсивностью затрагивает синовиальную оболочку сустава . Предполагается, что на ранней стадии ЮИА поражение суставов связано не со специфическим иммунным ответом на «артритогенный» антиген, а с «неспецифической» воспалительной реакции, индуцированной различными стимулами, которая в свою очередь ( у генетически предрасположенных индивидуумов) приводит к патологической реакции синовиальных клеток. В дальнейшем в результате «рекрутирования» иммунных клеток (Т- и В-лимфоциты, дендритные клетки) в полости сустава происходит формирование «эктопического» лимфоидного органа, клетки которого начинают синтезировать аутоантитела к компонентам синовиальной оболочки. Аутоантитела (ревматоидные факторы, антитела к филлагрину, глюкоза-6-фосфатдегидрогеназе и др.) и иммунные комплексы, активируя систему комплемента, ещё больше усиливают воспалительную реакцию, вызывающую прогрессирующее повреждение суставных тканей. При этом активация и агрессивная пролиферация синовиальных клеток, а также суставных макрофагов модулируется различными колониестимулирующими факторами (КСФ-ГМ, КСФ-Г), цитокинами, продуктами метаболизма арахидоновой кислоты и другими медиаторными субстанциями, которые продуцируются в том числе и костномозговыми клетками миелодного ряда.

В результате иммунных нарушений В-лимфоциты продуцируют агрегированный IgG, обладающий способностью вступать в иммунную реакцию по типу антигонен-антитела. Воспринимая измененный IgG как чужеродный антиген, плазматические клетки синовиальной оболочки вырабатывают антитела-ревмотоидные факторы ( РФ) – классов IgG и IgM.

При взаимодействии ревмотоидных факторов и имунноглобулинов образуются иммунные комплексы, которые вызывают активацию системы свертывания крови, индуцируют выработку цитокинов (интерлейкинов, фактора некроза опухоли) активируют компоненты коплемента, обладающие способностью вызывать хемотаксиз и повреждение клеток. Это ведет к развитию иммунновоспалительного процесса в тканях суставов и внутренних органов.

Таким образом, основу патогенеза ЮИА составляют иммунновоспалительные реакции. Об этом свидетельствует ряд признаков: выявление у больных различных аутоантител, ревматоидных факторов, циркулирующих и фиксированных в тканях иммунных комплексов, лимфоцитов, сенсибилизированных к компонентам соединительной ткани, поликлональной активации В-лимфоцитов, нарушение продукций цитокинов, атгезионных молекул и др.

**План лечения**

**Фактическое лечение:**

1. **Режим** – палатный.
2. **Диета** – стол №10. Цель назначения: резкое ограничение поваренной соли и обогащение диеты калием. Содержание белков в пределах нижней границы физиологической нормы, умеренное ограничение жира и углеводов. Пищу готовят без соли, специально выпекают бессолевой хлеб. Введение свободной жидкости ограничивают. Кулинарная обработка: протирают и приготавливают в варенном виде или на пару.
3. **Медикаментозная терапия**:

а) базисная терапия:

1. Rp.: Methotrexati 0,005

D.t.d. N. 10

S. Содержимое флакона растворить в 5 мл раствора воды для инъекций. Вводить внутримышечно 1 раз в неделю.

Метотрексат цитотоксический препарат, антагонист фолиевой кислоты, его действие приводит к нарушению синтеза ДНК в S-фазу клеточного цикла. Уменьшает продукцию противовоспалительных цитокинов. Необходим контроль за уровнем гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов, билирубина и трансаминаз.

2. Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9% - 250 ml

Remikeidi 40,0

M.D.S. Вводить внутривенно капельно 5 мл в час. Каждые 30 мин прибавляют 5 мл/ч. Максимально 25-30 мл в час.

Ремикейд подавляет патологические эффекты ФНО-α, нейтрализует как трансмембранный ФНО-α, так и растворимый ФНО-α в растворе. Вызывает лизис ФНО-продуцирующих клеток путем фиксации комплимента или за счет антител-зависимой цитотоксичности.

б) другие виды медикаментозной терапии:

3.Rp.: “Calcenova”

D.t.d. № 27 in tab.

S. По 1 таблетке 2 раза в день

Является источником кальция для правильной минерализации костей и зубов.

**Дневники**

26.05.2009 год.

Температура тела 36,80 С. Частота дыхания 17 ударов в минуту. Частота сердечных сокращений 68 ударов в минуту.

На момент курации пациент жалоб не предъявляет, боли в суставах не беспокоят, объем движения полный. В момент курации общее состояние ребёнка удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, выражение лица спокойное. При объективном исследовании: слизистые оболочки полости рта, язык, десна розового цвета. Нормальной влажности. Язык влажный, чистый. Глотка и миндалины без налёта и сыпи. Перкуторно: легочный звук в легких. Аускультативно в легких отмечается везикулярное дыхание, хрипов нет. При аускультации сердца отмечается: тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, печень не увеличена. Стул и диурез в норме.

27.05.2009г.

Состояние ребенка удовлетворительное. Жалоб нет, боли в суставах не беспокоят, объем движения полный. Температура 36,4˚С. Дыхание везикулярное, гемодинамика стабильная (ЧДД 27 ударов в минуту, ЧСС 78 ударов в минуту). Слизистые оболочки полости рта, язык, десна розового цвета. Нормальной влажности. Язык влажный, чистый. Глотка и миндалины без налёта и сыпи. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул и диурез в норме.

28.05.2009г

Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Температура 36,7˚С. Дыхание везикулярное, гемодинамика стабильная (ЧДД 25 ударов в минуту, ЧСС 77 ударов в минуту). Кожный покров и слизистые без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул и диурез в норме.

**Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по настоящее время находится в отделении кардиохирургии и кардиоревматологии СОККД. Поступила с жалобами на боли в пояснице, коленных, голеностопных суставах при движениях, утренняя скованность, кратковременная (исчезает через 30 минут после вставания с постели), беспокойный сон, болезненность икроножных мышц, хромоту. При объективном обследовании на момент курации видимых изменений в коленных и голеностопных суставах не обнаружено.

За время пребывания в стационаре были проведены следующие исследования:

- ОАК – лейкоцитоз (13\*109/л);

- ОАМ – патология не обнаружена;

- ЭКГ патология не обнаружена;

- Ретгенограмма – признаки остеопороза тазобедренных суставов, сужение суставной щели и нечеткость краев крестцовоподвздошного сустава.

- Консультация окулиста – патология не обнаружена.

На основании жалоб, истории настоящего заболевании, данных лабораторных и инструментарных методов исследования был поставлен диагноз «Ювенильный идиопатический артрит, распростроняющийся олигоартрит, степень активности 1, рентгенологическая стадия 2, функциональный класс пациента 1».

За время пребывания в стационаре ребенок получал следующее лечение:

1. Rp.: Methotrexati 0,005

D.t.d. N. 10

S. Содержимое флакона растворить в 5 мл раствора воды для инъекций. Вводить внутримышечно 1 раз в неделю.

2. Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9% - 250 ml

Remikeidi 40,0

M.D.S. Вводить внутривенно капельно 5 мл в час. Каждые 30 мин прибавляют 5 мл/ч. Максимально 25-30 мл в час.

3.Rp.: “Calcenova”

D.t.d. № 27 in tab.

S. По 1 таблетке 2 раза в день

За время пребывания в стационаре отмечается положительная динамика. В настоящее время состояние ребенка удовлетворительное, жалоб нет, боли в суставах не беспокоят, объем движения в суставах полный.

По окончанию курса лечения ребенок будет выписан под наблюдение участкового педиатра и районного кардиолога, со следующим перечнем рекомендаций:

1. наблюдение педиатра и кардиолога – ежемесячно;
2. ОАК – 1 раз в 3 месяца;
3. биохимический анализ крови – 1 раз в 3 месяца;
4. анализ иммунологических показателей (CD3, CD4, CD8, CD16, CD95, CD4/CD8, IgA, IgM, IgG, СРБ, РФ, комплемент) – 1 раз в 6 месяцев;
5. ЭКГ – 1 раз в 3 месяца;
6. рентгенография пораженных суставов 1 раз в 6 месяцев;
7. ФГДС – 1 раз в 6 месяцев;
8. консультация окулиста – 1 раз в 3 месяца;
9. осмотр с помощью щелевой лампы – 1 раз в 3 месяца;
10. госпитализация в СОККД для проведения полного обследования и коррекции терапии – 1 раз в 4 месяца;
11. Продолжать начатое лечение. Метотрексат по 7,5 мг 2 раза в сутки 2 дня, затем перерыв 5 дней. Таблетки «Кальценова» по 1 таблетке 2 раза в день.
12. Лечение «Ремикейдом» повторять в условиях стационара каждые 4 месяца.

28.05.2009 г. Куратор Буракова Е.Н.

**Список использованной литературы**

1. Кельцев В.А. Ювенильный идиопатический артрит. - Самара, 2005.
2. Кельцев В.А. Ревматоидный артрит у детей. - Самара, 1991.
3. Кельцев В.А. Избранные лекции по детской кардиологии. – Самара, 2001.
4. Щукин Ю.В., Бекишева Е.В. Греко-латинская терминология внутренних болезней. - Самара 2006.