**министерство здравоохранения российской федерации**

**кубанская государственная медицинская академия**

кафедра факультетской терапии

ревматологическое отделение

 зав. кафедрой д.м.н. Елисеева Л. Н.

 преподаватель асс. Сорокина Г. Н.

**История болезни**

Ф.И.О. Цигельникова Нина Петровна, 54г

Основной диагноз: Деформирующий остеоартроз плечевых, локтевых, л/запястных, мелких суставов кистей, г/стопных, коленных суставов, ФНС - 0 ст.

 **Куратор:** студентка 5 курса

 лечебного ф-та, гр. 12

 КОПЫЛОВА О. С.

КРАСНОДАР-99

**Паспортные сведения**

1.Ф.И.О. Цигельникова Нина Петровна

2. Пол женский

3. Возраст 54 года

4. Национальность русская

5. Семейное положение замужем

6. Образование среднее

7. Профессия КП Крупское - телятница

8. Домашний адреc: Краснодарский кр., р-н Выселковский, ст. Крупская,

 ул. Ленина, д.319

9. Дата поступления 12.02.99г. 11.38

10. Дата выписки 24.02.99г.

11. Направлена ККП Выселковской ЦРБ

**ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ**

 На ноющие, интенсивные боли, с преимущественной локализацией в дистальных суставах пальцев рук, находящихся в состоянии припухлости; чувство онемения, распространяющееся проксимально на руках до локтевых сгибов, и на ногах в области стоп, появляющееся вскоре после выхода на холод и физической работы, и во время сна, от чего больная часто просыпается; выраженные боли ноющего, ломящего характера в локтевых, коленных и голеностопных суставах, возникающие при смене погоды, переохлаждении и усиливающиеся к вечеру; хруст при движениях в коленных и голеностопных суставах; быструю утомляемость, снижение работоспособности, слабость.

**ANAMNESIS MORBI**

Считает себя больной с1990г., 45лет, когда после переохлаждения появилось чувство онемения в кончиках пальцев рук и боли в мелких суставах кистей и лучезапястных суставах, проходящие в тепле. Однако больная продолжала работать в тяжёлых условиях связанных с переохлаждением и физическими перегрузками.

Позже, спустя 3-4 года присоединилась боль ноющего, ломящего характера в локтевых, коленных и голеностопных суставах, возникающая при смене погоды и при переохлаждении; чувство покалывания и болезненности в мелких суставах кистей, сопровождающаяся припухлостью и гиперемией. В связи, с чем в 1995 г. обратилась к врачу по месту жительства. Был установлен диагноз: деформирующий артроз плечевых, локтевых, лучезапястных суставов и мелких суставов кистей. Лечилась амбулаторно, чем не помнит. На фоне проведённого курса состояние незначительно улучшилось. И по причине продолжающихся болей, чувства онемения и скованности в декабре 1996 г. была направлена в ККБ ревматологическое отделение с целью уточнения диагноза и решения вопроса о трудоспособности, где лечилась стационарно, (какие препараты принимала не помнит). Отмечала улучшение, однако боли в суставах сохранились. При полном обследовании был установлен клинический Ds: Деформирующий остеоартроз коленных и голеностопных суставов. ФНС I тепени.

По решению комиссии переведена на более лёгкий труд не связанный с переохлаждениями и физической перегрузкой.

В настоящее время поступила в ККБ ревматологическое отделение в связи с ухудшением без видимых причин самочувствия; усилением, по частоте и интенсивности, болевого синдрома преимущественно локализующегося в коленных, голеностопных, плечевых, локтевых, лучезапястных суставов и мелких суставов кистей и стоп; дистальные суставы пальцев рук, находятся в постоянном состоянии припухлости; чувство онемения распространилось проксимально на руках до локтевых сгибов, и появилось на ногах в области стоп. Больная находится на больничном листе с 19 января 1999г.

**ANAMNESIS VITAE**

 Больная всю жизнь прожила в сельской местности, занимаясь тяжелым физическим трудом.

 Наследственность не отягощена. Туберкулез, венерические и психические болезни у себя и у родственников отрицает. Болезнью Боткина не болела, сахарного диабета нет. Аллергический анамнез не отягощен. С 45 лет язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, в настоящее время стадии ремиссии. В 1993. 48лет, диагностирована гиперплазия щитовидной железы II ст. эутериоидная форма.

Гинекологический анамнез: роды 2, аборты 4, внематочная беременность в 1976г., менопауза с 47-48 лет, сопровождалась сильными приступообразными головными болями. Дети здоровы. Курение и злоупотребление алкоголя отрицает.

**STATUS PRAESENS OBJECTIVUS**

 Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное.

Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы разовые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет.

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

 Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. ЧД 20 в мин. Дыхание ритмичное. При сравнительной перкуссии: ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия. Нижняя граница легких по всем вертикальным топографическим линиям грудной стенки.

 Правое Левое легкие

Парастернальная линия \_\_\_\_ м/ребрье \_\_\_\_ м/ребрье

Среднеключичная линия \_\_\_\_ \_\_\_\_

Передняя подмышечная \_\_\_\_ \_\_\_\_

Средняя подмышечная \_\_\_\_ \_\_\_\_

Задняя подмышечная \_\_\_\_ \_\_\_\_

Лопаточная \_\_\_\_ \_\_\_\_

Околопозвоночнаая остистый отросток гр. позвонка

 Высота стояния верхушек легких спереди : правое - 3 см над ключицей, левое - 3 см над ключицей. Высота стояния верхушек сзади соответствует уровню 7 шейного позвонка.

 Экскурсия нижнего края легких в см.

 Правого Левого легкого

Среднеключичная линия 6 см ---

Средняя подмышечная 7 см 7 см

Лопаточная линия 6 см 6 см

 Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипы отсутствуют. Бронхофония: проведение голосового шума одинаково с обеих сторон.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

 Видимой патологической пульсации сосудов шеи нет. Область сердца не изменена. Пальпация сердечной области.

Верхушечный толчок: локализуется в пятом левом межреберье на 1,5см кнутри от левой средне-ключичной линии положительного характера. Нормальной резистентности шириной 2,0 см.

Перкуторно: границы относительной сердечной тупости:

1. Правая граница начинается от верхнего края правого 3 реберного хряща ( на 1 см правее края грудины) проходит вертикально вниз до 5 правого реберного хряща.

2. Верхняя граница: проходит по линии, соединяющей верхние края правого и левого 3 реберных хрящей.

3. Нижняя граница: идет от 5 правого реберного хряща до верхушки сердца, проецирующейся на уровне 5 левого межреберья на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии.

4. Левая граница: от верхнего края 3 левого реберного хряща по середине линии, соединяющей левый край грудины с левой среднеключичной линией, до верхушки сердца.

Перкуторно: границы абсолютной тупости:

Правая граница: проходит по левому краю грудины.

Левая граница: на 1,5 см кнутри от границы относительной тупости.

Верхняя граница: на 4 ребре.

Ширина сосудистого пучка во втором межреберье равна 5 см.

Аускультация сердца

 Тоны сердца ясные. Ритм правильный. ЧСС 64 удара в минуту. АД 120/ 70 мм.рт.ст.

Артериальный пульс на лучевых артериях:

1. синхронен на обеих руках

2. ритмичен

3. частота 64 удара в мин.

4. напряженный

5. полный

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ

 Живот правильной конфигурации. При пальпации мягкий. При глубокой скользящей пальпации пальпируемые зоны эластичны, поверхности гладкие.

Исследование печени

Увеличение и пульсации в области печени невыявлено. Внешних изменений живота в области желчного пузыря и поджелудочной железы не наблюдается.

Пальпаторно: печень не увеличена. Нижняя граница по краю ребеной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Поджелудочная железа не пальпируется. Верхняя абсолютная граница печеночной тупости располагается по linea parasternalis dextra по нижнему краю четвертого ребра, linea medioclavicularis dextra - шестое ребро, linea axillaris ant dextra - восьмое ребро.

Размеры печени по Курлову:

по правой срединно-ключичной линии - 9 см

по срединной линии - 8 см

по краю реберной дуги - 10 см

 Селезенка перкуторно располагается между IX и XI ребрами, размером 4 на 6 см.

ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

 Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и затруднено.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

 Больной находится в сознании, несколько заторможен и загружен медикаментозно. Реагирует адекватно, рефлексы сохранены.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

 Щитовидная железа правая доля несколько увеличена в размерах, при пальпации мягкая, однородная, безболезненная; левая доля не изменена. Глазные симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса отрицательные. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Вторичные половые признаки соответствуют полу.

ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

 Развитие и тонус мускулатуры нормальные. Мышечная сила удовлетворительная. Скелет пропорциональный. На пальцах рук без болезненные при пальпации, плотные кольцевидные утолщения всех периферических суставов, дистальные фаланги сгибаются не полностью. Переломов в анамнезе нет. Конфигурация других суставов в норме, отеки отсутствуют, объём движений не ограничен, в коленных, голеностопных и локтевых суставах при движениях определяется хруст.

**ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Симптомы**  |  **Синдромы** |
| 1. Боли в суставах "механического типа"**,**

 т.е. появляющиеся при нагрузке 1. Наличие в анамнезе механических

перегрузок суставов и тяжелых условий труда3. Медленное, постепенное начало болезни1. Преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов
2. Стойкая деформация суставов (узелки Гебердена)
3. Сравнительно не большое ограничение подвижности суставов
 |  **1. Суставной** |
| 1. Быстрая утомляемость

8. Снижение работоспособности, слабость | **2. Синдром** **вегетативных дисфункций** |

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

 На основании предъявляемых больной жалоб: на боли в суставах "механического типа"**,** т.е. появляющиеся при нагрузке на суставы, усиливающиеся к вечеру и проходящие в покое; быструю утомляемость и снижение работоспособности; на основании наличия в анамнезе механических перегрузок суставов и тяжелых условий труда; медленного, начала болезни с постепенным нарастанием симптомов; преимущественного поражения дистальных межфаланговых суставов кистей с их стойкой деформацией; объективных данных: на пальцах рук без болезненные при пальпации, плотные кольцевидные утолщения всех периферических суставов, с не большим ограничением подвижности;

поставлен предварительный Диагноз: первичный деформирующий остеоартроз с поражением голеностопных, коленных, локтевых, лучезапястных, мелких суставов кистей, стоп; ФНС - 0 ст.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови

 Для того, чтобы исключить возможность воспалительных процессов, имеющих отражение на картине крови;

1. Общий анализ мочи

 Для определения функции почек и исключения пиелонефрита, гломерулонефрита и мочекаменной болезни;

1. Исследование крови на белковые фракции, общий белок и фибриноген

 Для исключения дизпротеинемии, встречающейся при воспалительных заболеваниях суставов;

1. ЭХОКГ

 Для исключения сердечной патологии;

5. РГ суставов голеностопных, коленных, локтевых, лучезапястных, мелких суставов кистей, стоп - для определения комплекса рентгенологических признаков, характерных для артроза;

 6. Томография голеностопных, коленных, локтевых, лучезапястных, мелких суставов кистей, стоп - дляточного определения состояния суставных поверхностей костей, степень и локализацию остеофитоза, интенсивность подхрящевого остеосклероза;

7. Консультация невропатолога в связи с синдромом вегетативных дисфункций

 8. Консультация эндокринолога в связи с отягощенным анамнезом

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

14.02.99г. Общий анализ крови

Эр 4,0 - 10 Т/л Hb - 119 г/л ЦП - 0,89

L - 7,8 - 10 Т/л тромбоциты 116,0 - 10

базофилы - 1 эозинофилы - 7 полочкоядерные - 5

сегментоядерные - 57 лимфоциты - 28 моноциты - 2

СОЭ 12 мм/ч

14.02.99г Исследование крови на белковые фракции

Общий белок 55 г/л

Альбумины 50 % глобулины 1,0 % глобулины 12 %

 глобулины 22 %

 14.02.99г. Общий анализ мочи

Цвет св/желтый, прозрачная, уд. вес 1012, реакция кислая,

Белок - нет, сахар - нет;

Осадок: эпителий 1-2-0, лейкоциты 2-3-0, бактерии - нет, слизь - нет

 16.02.99г. ЭХОКГ

Полость ЛЖ - 4,9 см не увеличена; полость ЛП - 3,9 см несколько расширена, правые отделы не увеличены;

ТМЖП глобальная сопряженность миокарда удовлетворительная (% АS > 28%);

створки митрального клапана правильной формы; аорта уплотнена, не расширена 3,2см, открытие клапана полное - 19мм.

 16.02.99г. Консультация эндокринолога

На момент осмотра щитовидная железа пальпаторно увеличена до IIст. мягкоэластичной консистенции; признаков нарушения функции нет;

Ds: эутириоидная щитовидная железа до IIст.

 19.02.99г Консультация невропатолога

Жалобы: на онемение рук, быструю утомляемость, снижение работоспособности;

Объективно: Симетрично, глубокие рефлексы S - D1 оживлены; гипалгерия в руках и ногах по полиневротическому типу;

Динамометрия S = 5кг Д = 20кг; кисти сухие, теплые на ощупь, акроцианоз концевых фаланг пальцев рук

Ds: Вегетативно сенсорная полиневропатия преимущественно рук; распространенный остеохондроз позвоночника

 Рекомендуемое лечение: Vit В6 2,0 в/м N10

 Гумизоль 2,0 в/м N10

 Новопасит по 1 ч.л. 3 раза в день

 19.02.99г. РГ кистей в ладонной проекции, стоп в подошвенной проекции

На РГ кистей выявляется сужение межфаланговых суставных щелей дистального ряда; подковообразные заострения оснований дистальных фаланг (Геберденовские узелки); стопы без особенностей, структура костей не изменена.

Заключение: Остеохондроз межфаланговых суставов дистального ряда пальцев рук

 **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ** ОСТЕОАРТРОЗА

ПРОВОДИТСЯ С:

1. Ревматоидным артритом
2. Метаболическими артритами (подагра и пирофосфатная артропатия)
3. Псориатическим артритом

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

 На основании ранее обоснованного предварительного диагноза, данных лабораторных и инструментальных исследований: комплекс РГ признаков - сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, деформация суставных поверхностей,

поражения дистальных межфаланговых суставов кистей (узелки Гебердена), и проведенной дифференциальной диагностики можно поставить

Ds. клинический: Деформирующий остеоартроз плечевых, локтевых, л/запястных, мелких суставов кистей, г/стопных, коленных суставов, ФНС - 0 ст.

**ДНЕВНИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата, АД,ЧД, Ps, t C |   Состояние больного  |   Назначения |
| **14.02.99г** 16.00- 22.00ЧСС-68 в минАД-130/80 мм.рт.ст.Ps 67уд./ мин.t С - 36,7 | Общее состояние удовлетворительное. Больная жалуется на чувство онемения в предплечьях и кистях обеих рук; боли в мелких суставах стоп, головные боли; Объективно: кожные покровы бледные, сухие; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин.Cor: тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 68 в мин, АД 130/80 мм.рт.ст.Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Стул оформленный.Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. | 1. Диета N10.

2.Медикаментозное лечение: Rumaloni - 1 ml в/м N25 через деньArteparoni - 1 ml в/м N162 раза в неделюMukartroni -1 ml в/м N5 через день  Tabl. Noroboli 0,005 N20  по 1 табл. 2 раза в деньSol.Natrii adenosintriphosphatis 1% 1 ml N 6 1 раза в день в/мExtr. Aloes fluidi 1 ml N10 в/м через деньЛФК |
| **19.02.99г**. 15.00 - 17.00ЧД - 17 в мин. ЧСС - 58 - 64 в мин. АД - 130/80 мм.рт.ст.Ps 62 уд./мин.tC - 36,6**22.02.99г**. 15.00ЧД - 17 в мин. ЧСС - 66 в мин, АД - 125/80 мм.рт.ст.Ps 66в мин. tC - 36,6 | Общее состояние удовлетворительное. Сохраняется некоторое чувство онемения в предплечьях и кистях обеих рук; появилась бессоница и продолжаются головные боли; Объективно: кожные покровы и выдимые слизистые оболочки розового цвета. В легких дыхание везикулярно, в нижних отделах хрипов нет. Ритм сердца правильный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги.Стул оформленный.Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, периферических отеков нет.Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Состояние больной удовлетворительное. На фоне проводимого лечения самочувствие улучшилось, жалоб нет. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки розового цвета, чистые. В легких дыхание везикулярно, хрипов нет. Ритм сердца правильный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги.Стул оформленный.Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.Мочеиспускание не затруднено. Лечение продолжить. | 1. Диета N10. 2.Медикаментозное лечение: Rumaloni - 1 ml в/м N25 через деньArteparoni - 1 ml в/м N162 раза в неделюMukartroni -1 ml в/м N5 через день  Tabl. Noroboli 0,005 N10  по 1 табл. 2 раза в деньExtr. Aloes fluidi 1 ml N5 в/м через деньVit В6 2,0 в/м N10 1 раз в день Гумизоль 2,0 в/м N10 1 раз в день Новопасит по 1 ч.л. 3 раза в деньRelaniumi 1,0 в/м N5 в 21.00 1 раз в день3.ЛФК1. Диета N10. 2.Медикаментозное лечение: Rumaloni - 1 ml в/м N15 через деньArteparoni - 1 ml в/м N102 раза в неделюMukartroni -1 ml в/м N10 через день  Tabl. Noroboli 0,005 N20  по 1 табл. 2 раза в деньVit В6 2,0 в/м N5 1 раз в день Гумизоль 2,0 в/м N5 1 раз в день Новопасит по 1 ч.л. 3 раза в день3.ЛФК |

**ЭПИКРИЗ**

 Больная Цигельникова Нина Петровна 54г. 12.02.99г. 11.38 поступила в плановом порядке в ревматологическое отделение ККБ. Жалобы при поступлении: на боли в суставах "механического типа"**,** т.е. появляющиеся при нагрузке на суставы, усиливающиеся к вечеру и проходящие в покое; быструю утомляемость и снижение работоспособности; в анамнезе наличие механических перегрузок суставов и тяжелых условий труда; медленного, начала болезни с постепенным нарастанием симптомов; преимущественного поражения дистальных межфаланговых суставов кистей с их стойкой деформацией; объективно на пальцах рук без болезненные при пальпации, плотные кольцевидные утолщения всех периферических суставов (узелки Гебердена), дистальные фаланги сгибаются не полностью. Конфигурация других суставов в норме, объём движений не ограничен, в коленных, голеностопных и локтевых суставах при движениях определяется хруст.

На основании жалоб, истории настоящего заболевания, данных объективного исследования и лабораторных данных ( РГ, ЭХО ) выделены суставной синдром, синдром вегетативных дисфункций.

Клинический диагноз: Деформирующий остеоартроз плечевых, локтевых, л/запястных, мелких суставов кистей, г/стопных, коленных суставов, ФНС - 0 ст.

Лечение: 1. Rumaloni - 1 ml в/м N25 через день

 2. Arteparoni - 1 ml в/м N16 по 2 раза в неделю

 3. Mukartroni -1 ml в/м N10 через день

 4. Tabl. Noroboli 0,005 N30 по 1 табл. 2 раза в день

 5. Extr. Aloes fluidi 1 ml N10 в/м через день

 6. Vit В6 2,0 в/м N10 1 раз в день

 7. Гумизоль 2,0 в/м N10 1 раз в день

 8. Новопасит по 1 ч.л. 3 раза в день

 9.ЛФК

 Рекомендовано: продолжить базисный курс медикаментозной терапии:

 1. Rumaloni - 1 ml в/м N20 по одной инъекции через день

 2. Arteparoni - 1 ml в/м N12 по 2 раза в неделю, затем 2 раза в месяц в течении 4-х месяцев

 3. Mukartroni -1 ml в/м N5 через день, затем 2 раза и 1 раз в

 неделю, из расчета 25 инъекций на курс

 4. Tabl. Noroboli 0,005 N30 по 1 табл. 2 раза в день, 1-2 месяца;

кроме того необходимо: соблюдать диету с малой энергетической ценностью, направленной на профилактику ожирения; избегать физических перегрузок и переохлаждения. Спустя 3-4 месяца после окончания базисного курса медикаментозной терапии рекомендуется санаторно-курортное лечение в Пятигорске, Ейске, Сочи. С целью профилактики рекомендуется избегать во время работы фиксированных поз, по возможности чередуя сидение за столом с ходьбой, нагрузки суставов с разгрузкой. Для укрепления мышц необходимо заниматься легкими физическими упражнениями с обязательным последующим отдыхом.

Прогноз: в отношении заболевания - сомнительный (постепенное снижение работоспособности и развитие тугоподвижности суставов); в отношении жизни благоприятный.

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Внутренние Болезни. -

 Виноградов А.В. - М. Медицина, 1988 г.

2. Внутренние Болезни. -

 Маколкин В.И. . - М. Медицина, 1978 г.

3. Лекарственные средства. - Машковский М.Д. - М. Медицина, 1986 г.

1. Клиническая ревматология -

 Насонова В.А. - М. Медицина, 1987 г.

5. Лекарственная терапия. - Арнаудов Г.Д.