Амурская государственная медицинская академия

Кафедра госпитальной терапии

История болезни

**Ревматоидный артрит, суставная форма**

Куратор: студент 525гр. Магрычев П.А.

Благовещенск 2010 г.

Паспортная часть

Ф.И.О. ххх

Пол - мужской

Возраст - 61 лет

Образование - средне-специальное

Место жительства- ххх

Социальный статус - пенсионер

Дата поступления- ххх

Жалобы

- в день поступления:

Боли в коленных, локтевых, тазобедренных, плечевых суставах, постоянные, сопровождающиеся ощущением общей скованности в утреннее время в течение 30 минут, выраженный отек коленных суставов, ограничение подвижности в них, общую слабость, ухудшение сна.

- в день курации:

Боли в коленных, локтевых, тазобедренных, плечевых суставах, постоянные, сопровождающиеся ощущением общей скованности в утреннее время в течение 30 минут, выраженный отек коленных суставов, ограничение подвижности в них, общую слабость, ухудшение сна.

Anamnesis morbi:

Считает себя больным с 2004 года, когда получила травму (упал коленями на бетонную поверхность). Появились сильные боли в коленных суставах, лечился амбулаторно (диклофенак, никотиновая кислота, мовалис). После каждые 2 месяца получал лечение в ЦРБ г.Белогорск (диклофенак, мовалис). В 2007 состояние больного ухудшилось, усилились боли и отек коленных суставов, появились боли в локтевых и тазобедренных суставах (лечение тоже амбулаторное). В 2008 г. диагностическая артроскопия в АОКБ - после отмечала улучшение. Последнее ухудшение в августе 2009г. вследствие перенесенного психоэмоционального возбуждения усилились боли в вышеперечисленных суставах. Больной принимал найс, террафлекс в течение месяца с временным эффектом. В настоящее время поступил в АОКБ для обследования и лечения.

Anamnesis vitae:

Родился в 1956. 1976г. - ревматизм. В 1981 переехал на постоянное место жительства в ххх. Отмечается связь между возникновением болезни и метеорологическими факторами (1981г.,1982г.-пневмонии, ангины часто).

Операции:

2002г.- лапароскопическая холицистэктомия.

2008г. - артроскопия.

Б. Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает.

Травм не было.

Вредных привычек нет.

Гемотрансфузии не было.

Наследственный анамнез не отягощен.

Аллергологический анамнез – реакция на новокаин в виде снижения АД, головокружения.

Status presents:

Общее состояние удовлетворительное

Сознание ясное

Положение активное

Поведение адекватное

Тип телосложения нормостеник

Рост 175 см.

Вес 71 кг.

Кожный покров: чистый, эластичность сохранена.

Слизистые оболочки: чистые, цвет обычный.

Подкожно-жировая клетчатка: выражена умеренно.

Мышечная система: развита хорошо.

Кости и суставы: отмечается болезненность при ходьбе в коленных суставах, движения в других суставах безболезненны, ограничение активных (сгибание) движений левого и правого коленных суставов вследствие отечности суставных тканей и рефлекторного спазма близлежащих мышц.

Лимфатические узлы: обычных размеров, безболезненны.

Щитовидная железа: в размерах не увеличена.

Система органов дыхания:

Осмотр: Грудная клетка обычной формы, надключичные ямки выражены умеренно. Ключицы симметричны, межреберные промежутки обычных размеров, позвоночник не деформирован. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания не наблюдается. Глубина и ритм дыхания удовлетворительны. Частота дыхания 18 в минуту.

При сравнительной перкуссии легочный звук проводится во всех точках с одинаковой силой.

При аускультации – дыхание везикулярное, 3/1, во всех точках сравнительной перкусии, побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Бронхофония и голосовое дрожание во всех точках сравнительной перкуссии не изменены.

Система органов кровообращения:

Осмотр: Выбухания шейных вен и артерий нет. Эпигастральная пульсация не выражена.

Верхушечный толчок визуально не выявляется, пальпаторно в V межреберье по l. мediaclavicularis sinistra, средней силы и высоты.

Перкуссия

Границы относительной тупости сердца

Правая: По правому краю грудины в IV межреберье

Верхняя: Середина III ребра слева

Левая: В V межреберье по l. мediaclavicularis sinistra.

Границы абсолютной тупости сердца

Правая: по левому краю грудины в четвертом межреберье

Верхняя: нижний край IV реберного хряща слева

Левая: Совпадает с левой границей относительной тупости сердца

Размеры сердца:

Поперечник: 14.3 см

Длинник: 15.0 см

Ширина сосудистого пучка 4,2 см

Аускультация

Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение тонов сохранено

А/Д - 140/90 мм. рт. ст.

Пульс - 70уд/мин, pulsus durus, regulans, plenus, celer, симметричный

Cистема органов пищеварения:

Слизистая оболочка рта чистая, розовая, влажная. Язык обычных размеров, сосочки выражены, розового цвета, влажный, без налета.

Живот обычной формы, не увеличен в размерах, пупок втянут, кожный покров передней брюшной стенки обычной окраски, обе половины живота симметрично участвуют в акте дыхания. Видимой перистальтики, пульсации нет. Расхождения прямых мышц живота нет, локальных выпячиваний и образований нет.

Поджелудочная железа: не пальпируется

Печень: не пальпируется, не выходит из под края реберной дуги, безболезнена.

Размеры по Курлову 9/8/7

Селезенка: не пальпируется

Длинник: 7см.

Поперечник: 5см.

Система органов мочевыделения:

Область почек визуально не изменена. Почки не пальпируется, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лекарственная непереносимость на новокаин реакция в виде снижения АД, головокружения.

Данные дополнительных методов исследования

Клинический анализ крови

Нв 139 г/л

Еr 4,88 \* 1012 в 1 л

Цвет. показ. 0,9

Leu 6,0 \* 109 в 1 л

П/ядерные 1%

С/ядерные 44%

Эозинофилы 2 %

Базофилы -

Лимфоциты 52%

Моноциты 1%

СОЭ 20 мм/ч

Общий анализ мочи

Количество 100 мл

Цвет желтый

Прозрачность полная

Удельный вес 1019

Белок -

Сахар -

Leu -

Цилиндры единичные в поле зрения

Еr -

Эпителий единичные в поле зрения

Биохимический анализ крови

Глюкоза 4,6 ммоль/л

Общий белок 77 г/л

Билирубин -общий 14.0 ммоль/л

-прямой 1,4 ммоль/л

-непрямой 12,6 ммоль/л

Мочевина 5,3

Серомукоид 0,22

Тимол 6,0

АсаТ 12,0

АлаТ 6,0

Фибриноген 7548 мг/л

СРБ «++++»

РФ отрицательный

В биохимическом анализе крови - увеличение фибриногена, СРБ, серомукоида

Кровь на RW – отрицательный

Кровь на ВИЧ - отрицательный

ЭКГ

ИБС. Желудочковая экстрасистолия

R-коленных суставов – двусторонний вторичный гонартроз – следствие эрозивного полиартрита.

R- плечевых суставов – остеопороз, сужение суставной щели.

R- костей таза – хронический двусторонний коксит, вторичный коксартроз

Клинический диагноз: Ревматоидный артрит. Активность I.Суставная форма. Серопозитивный вариант. Быстропрогрессирующее течение. R-3 стадия.

Обоснование диагноза

Диагноз выставлен на основании суставного синдрома, симметричности поражений мелких суставов кистей, стоп, болевого синдрома (характер болей – постоянные, усиливаются утром), продолжительной утренней скованности, подтвержден рентгенологически; в клиническом анализе крови ускорение СОЕ.

Этиология

По современным представлениям, поражение соединительной ткани (преимущественно суставов) при РА является следствием развивающихся иммунопатологических нарушений (аутоагрессии). Об аутоиммунной природе РА свидетельствует ряд признаков: выявление ревматоидного фактора (РФ), различных аутоантител, иммунных комплексов, сенсибилизированных к компонентам соединительной ткани лимфоцитов, сходство очаговых патогистологических изменений с проявлениями иммунного воспаления, невозможность обнаружения инфекционного агента, безрезультатность противоинфекционной терапии и эффективность иммуномодулирующих средств. К настоящему времени не получено убедительных данных в пользу инфекционной природы РА, однако этот вопрос продолжает дискутироваться. В последнее время обращается внимание на роль вирусной инфекции и особенно на вирус Эпштейна — Барр, локализующийся в В-лимфоцитах и обладающий способностью нарушать синтез иммуноглобулинов.

Отмечены роль генетических факторов в происхождении РА, о чем свидетельствует повышение частоты заболевания РА у родственников больных и у монозиготных близнецов, а также более частое, чем в популяции, обнаружение у больных РА антигенов гистосовместимости локусов D и DК.

Патогенез.Основой патогенеза РА в настоящее время считается развитие иммунопатологических реакций — синдрома иммунокомплексной болезни. Предполагается, что причиной этого является нарушение регуляции иммунного ответа, наступающее вследствие дисбаланса функции Т- и В-лимфоцитов, а именно иммунодефицит\_системы Т-лимфоцитов, что приводит к неконтролируемому синтезу В-лимфоцитами\_антител, в частности, IgG. В резулътате этого при повреждении этиологическим фактором синовиальной оболочки сустава возникает местная иммунная реакция с образованием агрегированных (измененных) IgG, обладающих аутореактивностью, способностью вступать в реакцию по типу антиген — антитело.

Воспринимая измененный IgG, как чужеродный антиген, плазматические клетки синовиальной оболочки и лимфоциты вырабатывают к Fc’- фрагменту Ig антитела — ревматоидные факторы (РФ) классов IgG и IgМ. При взаимодействии РФ и Ig образуются иммунные комплексы, что в свою очередь вызывает ряд цепных реакций — активацию системы свертывания, выделение из лимфоцитов лимфокинов, активацию компонентов комплимента, обладающих способностью вызывать хемотаксис (приток в полость сустава нейтрофилов) и повреждение клеток. Фагоцитоз ИК нейтрофилами и их разрушение способствуют высвобождению ряда противовоспалительных веществ — медиаторов воспаления: протеолитических лизосомальных ферментов, простагландинов, кининов, гистамина и других, что и ведет к развитию воспаления, а затем деструкции в тканях сустава, сосудах и внутренних органах.

Данные о проводимой фармакотерапии

Фармакологическая характеристика применяемых средств

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название ЛС, его групповая принадлежность | Фармакодинамика. Механизм действия. Ожидаемые побочные эффекты, их длительность. Время начала и максимальной выраженности | Лечебные эффекты у курируемого больного, их клиническое и лабораторно - функциональное выражение |
| Мелоксикам (НПВС. Cелективный ингибитор ЦОГ-2) | НПВС. Оказывает противовоспалительное, жаропонижающее и анальгезирующее действие. Механизм противовоспалительного действия связан с торможением ферментативной активности ЦОГ-2, участвующей в биосинтезе простагландинов в области воспаления. В меньшей степени мелоксикам действует на ЦОГ-1, участвующую в синтезе простагландинов, защищающих слизистую оболочку ЖКТ и принимающих участие в регуляции кровотока в почках | Противовоспалительный эффект у курируемого больного выражается в уменьшении отечности коленных суставов, уменьшилась интенсивность болей |
| Ибупрофен (НПВС) | оказывает жаропонижающее, болеутоляющее, противовоспалительное действие. Жаропонижающее действие заключается в неизбирательном блокировании циклооксигеназы (ЦОГ) 1 и 2 типов в каскаде арахидоновой кислоты ЦНС, которое приводит к уменьшению синтеза простагландинов (ПГ), снижению их концентрации в цереброспинальной жидкости, и к снижению возбуждения центра терморегуляции.  Снижения температуры при лихорадке начинается через 30 мин. после приема, его максимальное действие проявляется через 3 часа.  Ведущим болеутоляющим механизмом является снижение продукции простагландинов классов E, F и I, биогенных аминов, что приводит к предупреждению развития гиперальгезии на уровне изменения чувствительности ноцицепторов. Анальгетическое действие наиболее выражено при болях воспалительного характера.  Болеутоляющее действие ощущается уже через 15 минут после приема ибупрофена и достоверно сильнее, чем после плацебо, через 30 минут после приема.  Противовоспалительный эффект обусловлен угнетением активности циклооксигеназы (ЦОГ). В результате этого снижается синтез простагландинов в воспалительных очагах. Это приводит к уменьшению секреции медиаторов воспаления и снижению активности эксудативной и пролиферативной фазы воспалительного процесса.  Как все НПВП ибупрофен проявляет антиагрегантную активность. Жаропонижающее и болеутоляющее действие проявляется раньше и в меньших дозах, чем противовоспалительное действие, которое наступает на 5-7 день лечения. | Противовоспалительный эффект у курируемого больного выражается в уменьшении отечности коленных суставов, уменьшилась интенсивность болей |

Фармакокинетическая характеристика применяемых средств

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Название ЛС | Основные параметры фармакокинетики. Данные литературы | | | | | |
|  | Биодосту-пность | Связь с белками крови | Объем распре-  деления | Период полувыве-  дения | Терапевти-  ческая концентра-  ция | Токсичес-  кая концентра-  ция |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Мелоксикам | 80% | более 99 % | 6.65-8.88 литра | 15-20 часов | концетрации пропорциональны дозам | Более 30 мг в сутки |
| Ибупрофен | 80% | более 99%, в основном с альбуминами | 6.65-8.88 литра | 1,93 часа | концетрации пропорциональны дозам | Более 3200 мг (16 таблеток) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Название ЛС | Основные параметры фармакокинетики.  Предполагаемые отклонения у больного | | | | | |
|  | Биодост-упность | Связь с белками крови | Объем распре-  деления | Период полувыве-  дения | Терапевти-  ческая концентра-  ция | Токсичес-  кая концентра-  ция |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Мелоксикам | 80% | более 99 % | 6.65-8.88 литра | 15-20 часов | 15 мг. 2 раза в день | Более 30 мг в сутки |
| Ибупрофен | 80% | более 99 % | 6.65-8.88 литра | 1,93 часа | 200 мг. 3 раза в день | Более 3200 мг (16 таблеток) |

Режим применения ЛС (возможные пути введения, суточные дозы, кратность введения, связь с приемом пищи, скорость выведения)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название ЛС | Режим применения | |
|  | Рекомендуемый на основе клинико-фармакологической характеристики | Используемый у курируемого больного |
| Мелоксикам | Препарат принимают 1 раз/ во время приема пищи.  При ревматоидном артрите рекомендуемая доза составляет 15 мг/; в зависимости от терапевтического эффекта доза может быть снижена до 7.5 мг/ | 15 мг. 2 раза в день после приема пищи утром и вечером |
| Ибупрофен | Взрослые:  Рекомендуемая суточная доза для взрослых составляет 1200-3200 мг, разделенных на 3-4 приема. Назначение дозы 3200 мг в некоторых случаях дает лучший эффект, чем дозы 2400 мг, хотя у большинства пациентов обе дозы дают одинаковый эффект. Дозу следует корректировать в зависимости от реакции пациента. Обычно больные с ревматоидным артритом нуждаются в больших дозах, чем лица с остеоартритом.  Дети:  Ювенильный артрит 30 – 40 мг/кг массы тела на 3 – 4 приема в сутки. | 200 мг. 3 раза в день |

Клинико-лабораторные критерии оценки безопасности фармакотерапии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название ЛС | Методы контроля эффекта | |
|  | известные | Используемые у больного |
| Мелоксикам | Общий осмотр, сбор жалоб,  Клинический анализ крови, биохимический анализ крови,  Клинический анализ мочи | Общий осмотр, сбор жалоб,  Клинический анализ крови, биохимический анализ крови,  Клинический анализ мочи |
| Ибупрофен | Общий осмотр, сбор жалоб,  Клинический анализ крови, биохимический анализ крови  Клинический анализ мочи | Общий осмотр, сбор жалоб,  Клинический анализ крови, биохимический анализ крови  Клинический анализ мочи |

Клинико-лабораторные критерии оценки безопасности фармакотерапии

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название препарата | Нежелательные эффекты | | Критерии контроля безопасности |
|  | свойственные препарату | наблюдаемые у больного |  |
| Мелоксикам | Побочное действие:  Со стороны пищеварительной системы: тошнота, рвота, боли в животе, запоры, диарея, метеоризм, временные нарушения биохимических показателей функции печени (повышение трансаминаз или билирубина), отрыжка, эрозивно-язвенные поражения ЖКТ, скрытые или явные желудочно-кишечные кровотечения, стоматит;  Со стороны системы кроветворения: изменение формулы крови: анемия, лейкопения и тромбоцитопения;  Со стороны ЦНС: головокружение, головная боль, звон в ушах, сонливость;  Со стороны сердечно-сосудистой системы: повышение АД, «приливы», сердцебиение, отеки;  Со стороны мочевыделительной системы: изменение показателей функции почек (повышение креатинина и/или мочевины сыворотки крови);  Аллергические реакции: бронхоспазм, фотосенсибилизация, кожный зуд, сыпь, крапивница. | боли в животе | Общий осмотр, сбор жалоб,  Клинический анализ крови, биохимический анализ крови,  Клинический анализ мочи |
| Ибупрофен | Со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ):  НПВП-гастропатия (абдоминальные боли, изжога, диарея, метеоризм, дискомфорт в эпигастральной области, абдоминальные боли), Изъязвления слизистой ЖКТ (в ряде случаев осложняется перфорацией и кровотечениями); раздражение, сухость слизистой ротовой полости или боль во рту, изъязвление слизистой десен, афтозный стоматит, панкреатит, запор, нарушение пищеварения, тошнота, потеря аппетита, рвота.  Со стороны гепато-билиарной системы:  гепатит.  Со стороны дыхательной системы:  одышка.  Нарушения слуха:  снижение слуха, звон или шум в ушах.  Со стороны центральной и периферической нервной системы:  бессонница, тревожность, нервозность и раздражительность, психо-моторное возбуждение, депрессии, спутанность сознания, галлюцинации, редко – асептический менингит (чаще у пациентов с аутоимунными заболеваниями), усиление потоотделения, головная боль, головокружение, сонливость, изменения настроения.  Со стороны сердечно-сосудистой системы:  сердечная недостаточность, тахикардия, повышение АД.  Со стороны мочевыделительной системы:  острая почечная недостаточность, аллергический нефрит, нефротический синдром (отеки), полиурия, цистит.  Со стороны органов кроветворения:  гемолитическая анемия, апластическая анемия, тромбоцитопеническая пурпура, агранулоцитоз, лейкопения.  Со стороны органов зрения:  обратимая токсическая амблиопия, неясное зрение или двоение, сухость и раздражение глаз, отек конъюнктивы и век (аллергического генеза), скотома, нарушения цветового зрения.  Аллергические реакции:  кожная сыпь (обычно эритематозная или уртикарная), кожный зуд, отек Квинке, анафилактоидные реакции, анафилактический шок, бронхоспазм, лихорадка, многоформная экссудативная эритема (в том числе синдром Стивена-джонсона), токсический эпидермальный некроз (синдром Лайела), эозинофилия, аллергический ринит.  При длительном применении препарата возрастает риск проявления побочных действий. | дискомфорт в эпигастральной области, снижение аппетита | Общий осмотр, сбор жалоб,  Клинический анализ крови, биохимический анализ крови,  Клинический анализ мочи |

Особенности взаимодействия применяемых средств

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЛС | А |  |  |  |  |  |
| В | + ФД |  |  |  |  |  |

А- Мелоксикам

В- Ибупрофен

Общее заключение

Больной ххх 60 лет, находится в ревматологическом отделении АОКБ, куда поступил планово, для обследования и лечения.

При поступлении имели место – выраженный болевой синдром (постоянные боли во всех суставах, усиливающиеся в утренние часы), отечность коленных суставов, утренняя скованность в течении 30 минут, общая слабость.

Проведено комплексное обследование для подтверждения диагноза. Выявлено: в клиническом анализе крови –ускорение СОЭ; в биохимическом анализе крови - увеличение фибриногена, СРБ (++++), серомукоида; R- ски, подтверждены изменения в суставах, костях (двусторонний вторичный гонартроз коленных суставов, синовиит коленных суставов; остеопороз плечевых суставов; хронический двусторонний коксит, вторичный коксартроз). На фоне проводимого лечения (мелоксикам 15мг./2 раза в день, ибупрофен 200мг./3 раза в день), физиолечение – на область коленных, голеностопных, плечевых, локтевых суставов № 5- отмечается положительная динамика – уменьшилась интенсивность болей, отечность.

Планируется – продолжение лечения, выписка больного.

Прогноз

Учитывая форму заболевания, характер течения, можно прогнозировать системное течение, которое и будет определять дальнейший состояние больного. В настоящее время – суставная форма, что на данном этапе определяет прогноз для жизни как относительно благоприятный (больной имеет возможность самостоятельно передвигаться, обслуживать себя)

Литература

1. «Диагностика и лечение заболеваний внутренних органов» А.Н. Окороков, 2002 г.
2. «Внутренние болезни» А.И. Мартынов, Н.А. Мухин, 2002 г.
3. Методическое пособие «Ревматоидный артрит»