

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра семейной и доказательной медицины

Тема СРИ: Распространенные заболевания в терапии

**Клинический случай
пациента Ахметова М.У**

Клинический диагноз: Ревматоидный артрит, РФ(+), суставная форма. Активность III.
Рентгенологическая стадия III. НФС II.

- Основное заболевание:
- Осложнение: Вторичный остеопороз, нормаохромная анемия, гормонозависимость.
- Сопутствующие заболевания:

Подготовил врач-интерн: Сметуллаева Г.А

Группа 645

Преподаватель: Байтенова Л.Н

Информация о пациенте:

- ФИО пациента: Ахметова М.У
 - Дата рождения: 01.08.1945ж (63л)
 - Дом. адрес: Сейфуллин 9, кв51.
 - Номер участка:
 - Место работы: пенсионер
-
- Рост: 167
 - Вес: 64
 - t^0 тела: 36,7

Жалобы при обращении в учреждение ПМСП:

- Боль, усиливающуюся утром, ограничение подвижности в мелких суставах кистей, (межфаланговых, пястнофаланговых, лучезапястных, плюснефаланговых), периодически в плечевых.
- утренняя скованность в суставах до 2 часа
- выраженную общую слабость, вялость, быстрая утомляемость, общее недомогание, потеря в весе, повышение температуры;

**Проведите детализацию жалоб (сформулируйте вопросы) и напишите на них ответы
данного пациента**

№ п/п	Вопрос	Ответ
1	Боли в суставах когда вас беспокоит? (утром, вечером после работы, или не связаны с физ.нагрузком)	Болят в покое, особенно утром. Боли не связаны с физ.нагрузком. сильные постоянные боли.
2	У вас ограничение движения бывает? Когда? На сколько продлится?	По утрам до 2 часов не могу встать с постели.
3	Есть у вас сопутствующие заболевания?	нет
4	Вредные привычки (курите? Алкоголь употребляете?)	нет
5	Как часто болеете ангиной?	В год 3-4 раза
6		
7		

Данные объективного осмотра:

- Общее состояние: На момент курации состояние больной по заболеванию средней степени тяжести, сознание ясное, положение вынужденное из-за ограничения движения в суставах, выражение лица спокойное
- Кожные покровы и видимые слизистые: Кожные покровы бледные, влажные, на стопах и голенях трофические нарушения. Ногти искривлены, слоятся, немного утолщены, жёлтого цвета; видимые слизистые бледные. Подкожная клетчатка умеренно развита, неравномерна больше в области верхнего плечевого пояса, отёки на ногах и руках.
- Периферические лимфоузлы: Лимфатические узлы не увеличены.
- Состояние мышц: Отмечается выраженная атрофия мышц рук и ног, больше вблизи поражённых суставов; сила мышц снижена.
- Состояние костной системы: пальцы кисти отклонены в ульнарную сторону вследствие подвывихов в пястно-фаланговых суставах с переразгибанием в проксимальном межфаланговом и сгибании в дистальном межфаланговых. Суставы кисти немного гиперимированы, отёчны; при пальпации суставы болезненны, температура повышена, отёчность периартикулярной ткани, положительный симптом бокового сжатия. Движение в кисти болезненно и ограничено. Амплитуда пронации и супинации в правой руке полностью сохранена, а в левой руке пронация 60°, супинация 60°, с трудом производит неполное сжатие в кулак левой и правой кисти. Мышечная сила – 3 балла. Суставы стопы: Деформация суставов, подвывихи в плюснофаланговых суставах, 1 палец отклонён на правой и левой ноге латерально, а 2 и 3 в медиальную сторону. На 1 пальце правой ноги ревматоидный узел – размер 1 см; кожа над суставами трофически изменена, вены извитые, расширенные, пальпация суставов болезненна, выраженная отёчность периартикулярной ткани, температура кожи повышена. Сгибание и разгибание в суставах отсутствуют.
- Органы дыхания: Дыхание свободное, тип дыхания смешанный, ЧД 18, грудная клетка нормостенического типа. Эластичность межрёберных промежутков снижена, резистентность снижена, при пальпации выявлена болезненность рёбер и грудины. Голосовое дрожание равномерно снижено с обеих сторон в верхней части грудной клетки. При сравнительной перкуссии отмечается укорочение звука над всей поверхностью лёгких и притупление звука слева по задней поверхности. Аускультация: дыхание

Данные объективного осмотра:

- Сердечно-сосудистая система: При пальпации верхушечный толчок определяется слева в 5 – ом межреберье на 1 см кнаружи от срединноключичной линии, сила верхушечного толчка повышена, $S=2,5\text{см} - 3\text{см}$, разлитой.
ЧСС = 78', ритм правильный, пульс полный, малый. 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.
Аускультация: тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов нет.
АД на правой руке – 120/90 мм.рт.ст
АД на левой руке – 110/85 мм.рт.ст
- Система пищеварения: Слизистая рта бледно-розового цвета, сосочки сглажены на языке, лаковый язык, зубные протезы. Живот правильной формы, симметричен, мягкий при пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации сигмовидная кишка расположена сверху вниз слева направо снаружи кнутри, толщиной 1 см, гладкая, безболезненная, толщиной 2 см, урчит. Остальные отделы толстого кишечника – подвздошную кишку, желудок пропальпировать не удалось из-за болезненности в эпигастральной области и выраженного подкожно-жирового слоя. Печень не увеличена, край печени гладкий, ровный, мягкий, безболезненный. Селезёнка не пальпируется.
- Система мочеотделения: Кожные покровы поясничной области не изменены, отёчности нет. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Пальпация мочеточковых точек безболезненна. Мочеиспускание безболезненно.

Подведите итоги опроса и осмотра пациента (резюмируйте данные):

На основе жалоб и осмотра пациента можно выделить следующие синдромы:

- Суставной синдром (Боль, усиливающаяся утром, ограничение подвижности в мелких суставах кистей, (межфаланговых, пястнофаланговых, лучезапястных, плюснефаланговых), периодически в плечевых. утренняя скованность в суставах до 2 часа)
- Конституциональный синдром (выраженную общую слабость, вялость, ревматоидные узелки в локтевых суставах)
- Анемический синдром (Кожные покровы бледные, ногти искривлены, слоятся, видимые слизистые бледные)

Можно предположить диагноз: Ревматоидный полиартрит. Суставная форма с внесуставными признаками. Стадия обострение. НФСЗ

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику по основному синдрому, перечислите (минимум 3 заболевания):

1. Болезнь Бехтерева. Суставной синдром в отличие от ревматоидного артрита поражаются суставы позвоночника. Характерны боли в пояснично-крестцовой области, поражение крупных суставов вблизи позвоночника, окостенение боковых связок позвоночника – бамбуковая палка, на ранних этапах слаженность всех отделов позвоночника.

2. Подагрический артрит. Суставной синдром в отличие от РА появление сильных болей в суставах, покраснение кожи, отёк сустава. Поражается первый плюсневый сустав стопы, но могут поражаться и другие суставы. Первый приступ заканчивается через 5-8 дней, может развиваться 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 околоуставных тканях.

3. Системная красная волчанка. Суставной синдром в отличие от РА 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.

Какие лабораторные исследования проведены данному пациенту, их результаты и интерпретация

№ п/п	Анализ	Результат	Интерпретация
1	ОАК: эритроциты 3,6; Hb = 95 г/л; Ретикулоциты- 2% ЦП-0,88 Тромбоциты- 180/10*9/л лейкоциты 9,3; сегменты 54; лимфоциты 23; моноциты 7; СОЭ – 49 мм/ч,	незначительное снижение количества эритроцитов. снижения количества гемоглобина, повышение СОЭ, лейкоцитоз	Эти данные свидетельствуют об анемии. Анемия нормоцитарная, гипорегенераторная, нормохромная, в результате нарушения эритропоэза из-за снижения синтеза гемоглобина.
2	ОАМ: плотность – 1016, среда кислая, белок 0,33 г/л, сахара нет, лейкоциты 0-1 п/з, клетки эпителия единичные в п/з.	Без изменений	
3	БХ: глюкоза в крови 5 ммоль/л. Дерматоловая проба «+», СРБ «+++», АСТ 0,35	Дерматоловая проба положительная, повышение СРБ	Признаки активного воспалительного процесса

Какие инструментальные исследования проведены данному пациенту, их результаты и интерпретация

№ п/п	Исследование	Результат	Интерпретация
1	ЭКГ	Синусовый ритм, ЧСС 85 уд в/мин. Отклонение ЭОС влево. Высокий зубец R в отведениях V2- V3	признаки гипертрофии левого желудочка.
3	Рентгенография ОГК	Без изменений.	
4	Рентгенография кистей	определяется остеопороз, сужение суставной щели ДМФС. Кисты основания и головок пястных костей, дистальных, средних, проксимальных фаланг I-V пальцев с обеих сторон. Узура головки III пястной кости справа. Сужение межзапястных суставов с признаками анкилозирования. Резкое сужение СЗС. Субкапсулярный склероз суставных поверхностей МФС, ПФС.	Деструктивные изменения выраженные, определяются во многих суставах кистей. Преобладают в типичных для РА суставах. умеренные и выраженные деформации эпифизов костей, подвывихи и вывихи в отдельных или многих суставах. Rtg картина РА III ст
5	УЗИ внутренних органов	без изменений	

Какие лабораторные и инструментальные исследования Вы бы назначили дополнительно для дифференциальной диагностики и постановки заключительного клинического диагноза и почему?

№ п/п	Исследование	Обоснование
1	Исследование синовиальной жидкости	Данная процедура проводится для диагностики различных воспалительных заболеваний суставов и дистрофических процессов. Она отражает процессы, происходящие в хрящевой ткани и синовиальной оболочке, быстро реагирует при наличии воспаления в суставе. Синовиальная жидкость является важным компонентом сустава и, в значительной степени, определяет его морфофункциональное состояние. Важное диагностическое значение имеет подсчет числа клеток в препарате (в норме до 200 клеток/мкл). Увеличение количества клеток (цитоз) позволяет дифференцировать воспалительные и дистрофические заболевания и оценивать динамику воспалительного процесса.
2	Исследование антинуклеарных антител	Определение антител к нуклеарным антигенам в сыворотке — тест на системные заболевания соединительной ткани. Основная цель исследования — исключить СКВ, поскольку при этом заболевании АНА выявляются у 95% больных в течение 3 месяцев после его начала.
3	МРТ кистей	выявить артрит или асептический невроз на ранней стадии. если есть подозрение на контузии костей и мышц, а также на растяжения сухожилий. Полученные снимки позволяют увидеть структуру хрящей и расположенных под ними костей, а также связок, дисков, суставных капсул и сумок, менисков и внутрисуставных сосудов.

Проведите дифференциальный диагноз, последовательно исключая все заболевания, кроме одного:

- 1) Учитывая, что у пациента нет поражение суставы позвоночника, характерные боли в пояснично-крестцовой области, поражение крупных суставов вблизи позвоночника, симптом сакроилеита, симптом спелого арбуза, поражение грудино-ключичных и акромиально-ключичных сочленений, ирит. Нет специфические антигены HLB B27, то диагноз болезнь Бехтерева исключается.
- 2) Учитывая, что у пациента нет поражение кожи – волчаночная бабочка, нет много волчаночных клеток в крови, поливисцелиты которые предшествуют поражению суставов. РФ незначительно повышено, то диагноз СКВ исключается.
- 3) Учитывая, что пациент женского пола, течение заболевания хроническая, ревматоидные узелки в локтевых суставах, утренняя скованность (2ч) в крови ЦИК повышенный, АЦЦП+, РФ+ диагноз **Подагрический артрит** исключается
- 4) Наиболее вероятным остается диагноз Ревматоидный артрит.

Сформулируйте заключительный диагноз согласно классификации и обоснуйте основное заболевание с осложнениями (см. пример в таблице)

- Клинический диагноз: Ревматоидный артрит, РФ(+), суставная форма. Активность III. Рентгенологическая стадия III. НФС II.
- Основное заболевание: Ревматоидный артрит, НФС II
- Осложнение: Вторичный остеопороз, нормаохромная анемия, гормонозависимость.
- Сопутствующие заболевания:

Пункт диагноза для обоснования	Анамнез	Клиника	Лабор. данные	Инструм. данные
<i>Ревматоидный артрит</i>	<i>Хронический аутоиммунный воспалительный процесс</i>	<i>Суставной синдром Конституциональный синдром</i>	<i>ОАК: Лейкоцитоз, повышение СОЭ, БХ: дерматоловая проба+, СРБ +++ Иммунологические исследования: РФ+, АЦЦП +, ЦИК97</i>	<i>признаки предыдущей стадии, множественные эрозии, подвывихи в суставах; Rtg картина РА III ст</i>
<i>РФ(+), Серопозитивный</i>			<i>Иммунологические исследования крови: Положительная реакция РФ</i>	
<i>Суставная форма</i>		<i>Поражение суставов</i>		
<i>Активность III</i>		<i>сильные боли в покое, выражены экссудативные явления, кожа над суставами гиперемирована, местная температура повышена; скованность продолжается до второй половины дня, глубокое ограничение подвижности</i>	<i>Признаки активного воспалительного процесса</i>	

Сформулируйте заключительный диагноз согласно классификации и обоснуйте основное заболевание с осложнениями (см.пример в таблице)

Пункт диагноза для обоснования	Анамнез	Клиника	Лабор. данные	Инструм. данные
<i>НФС II</i>		<i>сохранены возможности самообслуживания, ограничены возможности занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью</i>		
<i>Вторичный остеопороз</i>				<i>В рентгенограмме определяется остеопороз</i>
<i>нормахромная анемия</i>		<i>Кожные покровы бледные, ногти искривлены, слоятся, видимые слизистые бледные</i>	<i>ОАК: Анемия, незначительная эритроцитопения, нормахромия.</i>	
<i>гормонозависимость</i>	<i>У пациента после прекращения приема ГКС появились обострение заболевания и суставной синдром</i>			

Опишите принципы лечения данного пациента:

№ п/п	Принцип лечения	Описание
1	Воздействие на факторы риска	Избегать факторов, которые потенциально могут провоцировать обострение болезни (интеркуррентные инфекции, стресс и др.); Поддержание идеальной массы тела, Сбалансированная диета (рыбий жир, оливковое масло и др.), фрукты, овощи.
2	Этиотропное лечение	следовательно необходимо выявить все хронические очаги и их устранение. (лечить кариозные зубы и т.д)
3	Патогенетическое лечение	Препараты необходимо назначать на длительный срок до нескольких месяцев. Базисными препаратами являются цитостатики и ГКС. Основной механизм (цитостатик) выраженное иммуносупрессивное действие. ГКС оказывает противовоспалительное, иммунодепрессивное действие. Метотрексат 17,5мг 1 р в неделю Метилпред 4 мг 2 таб в/д
4	Симптоматическое лечение	Применяют НПВС для снижения воспалительного процесса. Механизм: 1)

План диспансеризации данного больного (приказ №885):

№ п/п	Мероприятие	Выполнение
1	Наименование и частота лабораторных и диагностических исследований	Общий анализ крови + число тромбоцитов, общий анализ мочи 2-4 раза в год (при применении цитостатиков - ежемесячно). Определение РФ. Рентгенография костей таза, позвоночника и грудной клетки 1 раз в год. ЭКГ 1 раз в год
2	Медицинские осмотры СМР (среднего медицинского работника)	Назначение и контроль за соблюдением частоты лабораторных и других диагностических исследований. Действие по маршруту пациента, при появлении признаков прогрессирования и изменения лабораторных показателей направление к ВОП
3	Частота осмотра СМР	2-4 раза в год
4	Медицинские осмотры ВОП	Контроль за состоянием пациента. Действие по маршруту пациента, при появлении факторов риска коррекция терапии. При появлении признаков прогрессирования решение вопроса госпитализации. При отсутствии эффективности и лечения в течение 1 мес. направление к ревматологу
5	Частота осмотра ВОП	4-6 раз в год
6	Консультация профильных специалистов	Ревматолог - 4-6 раз в год. стоматолог, ЛОР, офтальмолог 1-9 раз в год (по возможности)
7	Частота наблюдения профильными	При отсутствии эффективности лечения и/или прогрессирования