**Паспортная часть**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол: мужской

Дата рождения: 14.04.1954 г.

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Работа: инвалид 2 группа.

Поступил: 21.10.2013 г в 09. 00

Диагноз при направлении: Анкилозирующий спондилит, центральная форма в сочетании перефирической хроническое течение, IV стадия, активность II ст.,ФН II. Артериальная гипертензия II риск 3.

 Диагноз предварительный: Анкилозирующий спондилит, центральная форма в сочетании перефирической хроническое течение, IV стадия, активность II ст.,ФН II. Артериальная гипертензия II риск 3.

 Клинический диагноз: Анкилозирующий спондилит, центральная форма в сочетании перефирической хроническое течение, IV стадия, активность II ст.,ФН II. Артериальная гипертензия II риск 3.

**ЖАЛОБЫ**

Жалобы при поступлении: На боли в по ходу позвоночника, в грудной клетке, правом плечевом суставе,на боль в костях, на ограничение объема движений в позвоночнике, и выраженную слабость.

На момент курации: жалобы на ограничение объема движений в позвоночнике.

 **Расспрос по системам органов:**

**Система органов дыхания**

Жалоб со стороны органов дыхания не предъявляет. Боли в грудной клетке нет. Одышку, кашель, отделение мокроты не отмечает.

**Сердечнососудистая система**

Болей в области сердца не отмечает. Одышки, перебоев в работе сердца нет. Отеков нет. АД 150/ 90 мм.рт.ст.

**Система органов пищеварения.**

 Аппетит, насыщаемость обычные. Тошноты, рвоты, боли в животе нет. Стул обычный, регулярный.

**Система органов мочевыделения**

 Мочеиспускание свободное, безболезненное, 4-5 раз в сутки. Моча светло-жёлтого цвета, прозрачная. Симптом Пастернацкого отрицательный.

**Опорно-двигательная система**

Жалобы на боли в области позвоночника, на ограничение объема движений и скованность в позвоночнике. Больной принимает «позу просителя», анкилоз в шейном и грудном отделах позвоночника.

**Эндокринная система**

Вес: 72 кг, рост: 176 см. Развитие по мужскому типу обычное, волосяной покров умеренный.

**Нервная система, органы чувств**

Сознание ясное, сон нормальный. Слух в норме, зрение в норме. Головной боли, головокружений нет.

**Психический статус**.

Быстрая утомляемость, снижение работоспособности.

**Лихорадка**

Температура тела в норме (36,6)

**ANAMNESIS MORBI**

Больным себя считает около 30 лет, когда впервые появились боли в крестцово-поясничном отделе позвоночника. Обратился в поликлинику по месту жительства, где после обследования был выставлен диагноз болезнь Бехтерева. Лечился неоднократно как амбулаторно, так и стационарно. Последнее ухудшение состояния отмечает 1 месяца назад. Принимает сульфасалазин, НПВС, мидокалм. Обратился в поликлинику в связи с усилением болей в позвоночнике. После обследования направлен на лечение в ревматологическое отделение ВОКБ 18.10.13г.

**ANAMNESIS VITAE**

Родился первым ребенком в семье. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания. Женат, имеет двоих детей. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Контакта с инфицированными больными и больными туберкулезом не было. Переливания крови и кровезаменителей не было. Была операция по поводу феохромоцитомы в 2004 году. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было. Спиртные напитки употребляет умеренно, курит. Пациент отмечает появления аллергии на свежую типографскую краску. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные

**STATUS PRAESENS**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение пассивное. Выражение лица спокойное. Рост - 176см. Масса – 72 кг. Телосложение по нормостеническому типу. Температура тела 36,8. Кожные покровы естественной окраски, чистые, слегка влажные, эластичные. Тургор сохранен. Ногти обычной формы без трофических изменений. Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, отеков нет. Толщина подкожно-жировой складки на животе - 2 см. Лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подбородочные, шейные, над- и подключичные, паховые, подколенные не пальпируются. Щитовидная железа: пальпируется перешеек, доли не увеличенны, патологических образований нет.

**Кожно-мышечно-суставная система.**

Мышцы развиты умеренно, отмечается атрофия прямых мышц спины. Тонус нормальный. Конфигурация позвоночника изменена, ярко выраженный кифоз. Путем пальпации определяется болезненность в области крестцово-подвздошных, грудиноключичных и грудинореберных сочленений, в грудном отделе позвоночника, а также в местах прикрепления сухожилий. При постукивании отмечается болезненность в области грудины, грудном отделе позвоночника. Тазобедренный сустав сгибание 400, разгибание1400, отведение-5 0-резко болезненно. Пациент принимает «позу просителя», анкилоз в шейном и грудном отделах позвоночника. Объемы движений в позвоночнике ограничены. Слабость мышц, быстрая утомляемость. Скованность по ходу позвоночника и в правом плечевом суставе, в суставе проходит через 4-6 часов после пробуждения. Надключичные и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковые с обеих сторон. Межреберные промежутки сужены, ход рёбер - косой.

 **Органы кровообращения**

Осмотр области сердца и сосудов. Выпячивания грудной клетки в области сердца (сердечный горб) нет. Сердечный толчок отсутствует. Надчревной пульсации нет. Пульсация сосудов шеи и других зон отсутствует. Пальпация области сердца и сосудов.

При пальпации: верхушечный толчок определяется в V межреберье на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, средней высоты, площадь около 1,5 см, резистентный. Сердечный горб, сердечный толчок, зоны гиперестезии, с-м ''кошачьего мурлыканья'' не определяются.

Пульс – одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения, напряжения, артериальная стенка упругая. Дефицита пульса нет.

Пальпация пульса на сонных и бедренных артериях, a.tibialis post., a.dorzalis ped. ритмичный.

Перкуссия сердца и сосудистого пучка

*Границы относительной тупости сердца:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| На 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье | На 0,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии в 5 межреберье | Верхний край 3 ребра слева на уровне окологрудинной линии |

Поперечник относительной тупости сердца: справа в 4 межреберье – 4 см, слева в 5 межреберье – 9,5 см, в целом 13,5 см

*Граница абсолютной тупости сердца:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| Левый край грудины на уровне IV межреберья | В V межреберье на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии | Нижний край 4 ребра слева по окологрудинной линии |

Границы сосудистого пучка:

Правая: 2-е межреберье, правый край грудины.

Левая: 2-е межреберье, левый край грудины.

Поперечник сосудистого пучка 5,5 см

Аускультация сердца и сосудов

Ритм сердца*:* ритмичный, тоны сердца приглушены, изменения тонов нет, наличие добавочных тонов отсутствует, шумы сердца отсутствуют.

Аускультация крупных сосудов: при аускультации сонной и бедренной артерии, яремной вены шум отсутствует.

Измерение артериального давления: 150/90 мм.рт.ст. на правой руке, 145/85 мм.рт.ст. на левой руке.

**Система органов дыхания**

Грудная клетка кифосколиотической формы, тип дыхания брюшной. Дыхание поверхностное. Нос прямой, дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Грудная клетка при пальпации болезненна, не эластична. Ограничение экскурсии грудной клетки. ЧД – 18раз/мин. Голосовое дрожание приглушено с обеих сторон. При сравнительной перкуссии слышен ясный легочный звук во всех участках грудной клетки.

Топографическая перкуссия:

Нижняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Линии*  | *правое легкое* | *левое легкое* |
| l. parasternalis | V межреберье | − |
| l. mediaclavicularis  | нижний край VI ребра | − |
| l. axilaris ventralis | нижний край VII ребра | нижний край VII ребра |
| l. axilaris media  | нижний край VIII ребра | нижний край VIII ребра |
| l. axilaris dorsalis | нижний край IX ребра | нижний край IX ребра |
| l. scapularis  | нижний край X ребра | нижний край X ребра |
| l. paravertebralis | на уровне остистого отростка XI грудного позвонка |

Верхняя граница легких:

Высота стояния верхушек легких спереди справа 3 см., слева – 4 см., сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа 3,5 см., слева – 4 см.

Активная подвижность нижних краев легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | правое легкое (см.) | левое легкое (см.) |
| l. mediaclavicularis  | 4,5 |  |
| l. axilaris media  | 8 | 7 |
| l. scapularis  | 5 | 5 |

Аускультация легких

Везикулярное дыхание на симметричных участках не изменено. Бронхиальное дыхание не выслушивается. Добавочные дыхательные шумы отсутствуют.

Бронхофония на симметричных участках грудной клетки определяется одинаково.

**Органы пищеварения**

Слизистая рта розовой окраски, без повреждений, блестящая. Язык розовый, влажный. Десны, мягкое и твердое небо розового цвета, влажные, без налетов, трещин, язв. Аппетит не снижен. Живот округлой формы, не увеличен, участвует в акте дыхания. Перистальтики желудка и кишечника не видно, венозные коллатерали на передней брюшной стенке отсутствуют. **Пальпация живота поверхностная**

живот мягкий, безболезненный, локальные объемные образования, диастазы и грыжевые ворота не определяются.

**Перкуссия живота**

по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам над кишечником определяется тимпанический звук. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

**Аускультация эпигастральной области**

После проглатывания жидкости появляется первый шум - сразу же после проглатывания и второй шум - спустя 8 секунд после первого.

**Исследование живота в горизонтальном положении**

**Общий осмотр**

В положении пациента лежа живот уплощен в околопупочной области, пупок втянут. Местных выпячиваний нет.

**Перкуссия живота**

по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам над кишечником определяется тимпанический звук. Свободная жидкость в брюшной полости, метеоризм не определяется.

**Аускультация живота**

Количество перистальтических движений 4 в минуту над тонким (точка Поргеса) и толстым кишечником (левая подвздошная точка и правая подвздошная точка).

**Поверхностная ориентировочная пальпация**

Болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки умеренное, опухолевидные образования и грыжи отсутствуют. Зон гиперестезии нет.

**Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard-Образцова-Гаусмана**

При глубокой скользящей пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде плотного цилиндра шириной 3 см, безболезненного, не урчащего, с гладкой поверхностью, смещаемого в пределах 4 см; слепая кишка в форме гладкого цилиндра, шириной 3-4 см, умеренно напряженная, при надавливании безболезненная, урчащая. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности, шириной 3 см, с гладкой поверхностью, безболезненного, не урчащего, легко перемещающегося вверх и вниз. Большая кривизна желудка определяется в виде валика, лежащего на 3 см выше пупка, безболезненна. Нисходящий отдел поперечно-ободочной, восходящий отдел поперечно-ободочной кишки, терминальный отдел подвздошной кишки, пилорический отдел желудка не удалось пропальпировать.

**Перкуссия печени**

 Верхняя граница печени по l. parasternalis dextra – верхний край VI ребра, по l. medioclavicularis dextra – нижний край VI ребра, по l. axillaries ventralis –VII ребро.

Нижняя граница печени: по l. axillaries ventralis – по нижнему краю Х ребра, по l. medioclavicularis dextra – нижний край реберной дуги, по l. parasternalis dextra – на 1,5 см ниже реберной дуги, по l. medianus – на границе верхней и средней трети линии, соединяющей мечевидный отросток и пупок, по l. parasternalis sinister – по нижнему краю левой реберной дуги.

**Размеры печени по Курлову**: вертикальный по l. medioclavicularis dextra − 10 см; вертикальный по l. mediana − 8 см; косой - 7 см.

**Пальпация печени**

При пальпации нижний край печени не выступает из-под края реберной дуги, гладкий, плотно-эластичный, безболезненный.

**Перкуссия селезенки**

При перкуссии поперечник - 5 см., длинник - 8 см.

**Пальпация селезенки**

Не пальпируется

 Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует.

Стул ежедневный, нормальной консистенции, 1-2 день.

**Органы мочеотделения**

Припухлостей, красноты в области проекции почек нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное; цвет мочи соломенно-желтый. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отёков почечного происхождения не отмечается. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.

**Эндокринная система**

Экзофтальм отсутствует. Тремор не наблюдается. Тетании нет. Синдромы поражения гипофиза не наблюдаются.

**Нервная система**

Сознание ясное. Сон спокойный, нормальной длительности (8-9часов). Чувствительность кожи, слух, вкус, обоняние и функции вестибулярного аппарата без нарушений. Глаза - глаукома, катаракта. Патологические рефлексы отсутствуют. Менингеальные симптомы отсутствуют.

**План обследования:**

1.ОАК

2.ОАМ

3.БАК (глюкоза, мочевина, о.белок, о.билирубин, пр.билирубин , СРП, мочевина, холестерин).

4.Коагулограмма (ЦИК, РФ, СРБ)

5.Иммунологический анализ (циркулирующие иммунные комплексы).

6.Rtg-крестцово-подвздошных сочленений, шейно-грудного отдела позвоночника.

7.ЭКГ.

8. Глюкоза крови.

**Результаты лабораторно- инструментальных методов обследования:**

**ОАК:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **22.10.2013** | **норма** |
| Эритроциты | 3,86 \*10/л | 4,0 - 5,0\*10 /л |
| Гемоглобин | 130г/л | 130 - 160г/л |
| Цветной показатель | 0,9 | 0,85 - 1,05 |
| Лейкоциты | 7,3\*10/л | 4,0-9,0 /л |
| Палочкоядерн. | 2% | 2 - 4% |
| Сегментоядерные. | 45% | 40 - 70% |
| Лимфоциты | 37% | 19-37% |
| Моноциты | 3% | 2 - 8% |
| Базофилы | 1% | 0-1% |
| Эозинофилы | 3% | 1-5% |
| Тромбоциты | 298\*10/л | 180 - 320\*10 /л |
| СОЭ | 60мм/ч | 1 -15мм/ч |

Заключение: повышена СОЭ(60 мм/ч)..

**ОАМ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **22.10.13** | **норма** |
| Цвет | светло-желтая | светло-желтая |
|  Плотность | 1020 | 1004 - 1024 |
| клетки эпителия | 1-3 в п/з | 0-3 в п/з |
| Лейкоциты | 1-2 в п/з | до 4 в п/з |
| Эритроциты | Отсутствуют | 0-1 в п/з |
| Реакция | кислая | нейтр-слабокислая |
| Белок | Отсутствуют | до 0,033% |

Заключение: в пределах нормы.

**Биохимический анализ крови:**

**22.10.13г.**

общий белок 76г/л норма: 65-85г/л

глюкоза 5,4 норма: 3,7-6,1ммоль/л

мочевина 6,4 норма: 3,8-7,3мкмоль/л

общий билирубин 15,6 норма: 8,5-20,5мкмоль/л

прямой билирубин 2,3 норма 2,1-5,1мкмоль/л

АлАТ 20Е/л норма: 8-56Е/л

АсАт 40Е/л норма: 5-40Е/л

СРП 30 мг/л норма:0-5 мг/л

Холестерин 3,4 ммоль/л норма:2,99 – 5,3 ммоль/л

Заключение СРП(30 мг/л) положительный.

**Коагулограмма 22.10.13 г**

АЧТВ 27,0 норма 23-35

Фибриноген А 6,5 г/л норма: 2-4 г/л

Заключение: повышен фибриноген А

**Иммунологические анализ:22.10.13 г.**

 ЦИК в сыворотке крови 126 Ед. норма: 30-90 Ед.

Заключение: Повышено содержание ЦИК в сыворотке крови.

**Rtg суставов 22.10.13 г**

Заключение:Rtg картина анкилозирующего спондилита шейного и грудного отдела позвоночника. Коленных суставов

**ЭКГ 22.10.13г.:**

Синусовая тахикардия 100 в минут , ЭОС влево, неполная блокада ЛНПГ.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

**Обоснование диагноза:**

На основании:

1. жалоб пациента на боли по ходу позвоночника, в грудной клетке, правом плечевом суставе, на боль в костях, на ограничение объема движений в позвоночнике, и выраженную слабость. На момент курации: жалобы на ограничение объема движений в позвоночнике на боли в области позвоночника, на ограничение объема движений в позвоночнике.
2. анамнеза заболевания (считает себя больным 10 лет, последнее ухудшение 1 месяца назад).
3. данных объективного обследования (Мышцы развиты умеренно, отмечается атрофия прямых мышц спины. Конфигурация позвоночника изменена, ярко выраженный кифоз. Путем пальпации определяется болезненность в области крестцово-подвздошных, грудиноключичных и грудинореберных сочленений, в грудном отделе позвоночника, а также в местах прикрепления сухожилий. При постукивании отмечается болезненность в области грудины, грудном отделе позвоночника. Тазобедренный сустав сгибание 400, разгибание1400, отведение-5 0-резко болезненно. Пациент принимает «позу просителя», анкилоз в шейном и грудном отделах позвоночника. Объемы движений в позвоночнике ограничены. Слабость мышц, быстрая утомляемость. Скованность по ходу позвоночника и в правом плечевом суставе, в суставе проходит через 4-6 часов после пробуждения.
4. лабораторно-инструментальных (повышенная СОЭ - 60мм/ч, наличие СРП (30мг/л), ЦИК (126Ед), в крови, Rtg картина анкилозирующего спондилита шейного и грудного отдела позвоночника.

Можно поставить диагноз: Анкилозирующий спондилит, центральная форма, медленно прогрессирующее течение, IV стадия, активность III ст.,ФН II. Артериальная гипертензия II риск 3.

**Дифференциальная диагностика:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **симптом** | **Ревматоидный артрит** | **болезнь Бехтерева** | **Подагра** |
| температура | Повышенная в период обострения | В пределах нормы | Высокая при остром течении |
| Выраженность суставных болей | Значительная | Ноющие боли | Интенсивная боль |
| Характер поражения суставов | Симметричное поражение преимущественно мелких суставов | Поражение преимущественно суставов позвоночника | Более частое поражение одного сустава |
| Воспалительные изменения в суставах | Стойкие | - | присутствуют |
| Нарушение функции суставов | Выражено, прогрессирует с развитием болезни | Прогрессируют с развитием заболевания | Прогрессируют с развитием заболевания |
| Поражение сердца | Непостоянно | Типично | Отсутствует |
| СОЭ | Ускоренная | Ускоренная  |  ускорена |
| гипергаммаглобулинемия | Выражена | умеренно выражено | присутствует |
| С-реактивный белок | Определяется во всех стадиях болезни | Определяется во всех стадиях болезни | Не определяется |
| Ревматоидный фактор | Повышены у большинства больных | - | - |

**Лечение и его обоснование**

Режим Палатный

Стол Б

Медикаментозная терапия:

1.Диклофенак - 2,0 в/м

 2.Амоксифарм – 100мл в/в капельно

 3. Милдрокард- 5,0 в/в

 4. Найсулид – 0,2г 2 раза в день

 5. Омепразол 20 мг 2 раза в день до завтрака

 6.Физиолечение: Э/форез, ультрафонофорез с гидрокортизоном, массаж позвоночника.

**Дневники наблюдения**

22.10.13г. Состояние удовлетворительное, жалобы на боли по ходу позвоночника, в правом суставе, на ограничение объема движений в позвоночнике. Дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет.ЧД-18 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД – 140/90 мм.рт.ст.; пульс- 76 удара/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул, диурез в норме. Лечение продолжить.

23.10.13г. Состояние удовлетворительное, жалобы на боли по ходу позвоночника, в правом суставе, на ограничение объема движений в позвоночнике. Дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет.ЧД-18 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД – 140/90 мм.рт.ст.; пульс- 76 удара/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул, диурез в норме. Лечение продолжить.

28.10.13г. Состояние удовлетворительное, жалобы на боли по ходу позвоночника, в правом суставе, жалобы на ограничение объема движений в позвоночнике, но пациент отмечает снижение болей. Дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет. ЧД-18 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД – 120/80 мм.рт.ст.; пульс- 82 удара/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул, диурез в норме. Лечение продолжить.

Пациент настаивает на ЭЭГ для МРЭК. Рекомендована консультация невролога.

**Эпикриз**

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1954 года рождения, был госпитализирован в ревматологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: « Анкилозирующий спондилит, центральная форма в сочетании перефирической хроническое течение, IV стадия, активность II ст.,ФН II. Артериальная гипертензия II риск 3». При поступлении предъявлял жалобы на боли в области позвоночника, на ограничение объема движений в позвоночнике. На основании жалоб больного на боли на боли по ходу позвоночника, в грудной клетке, правом плечевом суставе, на боль в костях, на ограничение объема движений в позвоночнике, и выраженную слабость. На момент курации: жалобы на ограничение объема движений в позвоночнике на боли в области позвоночника, на ограничение объема движений в позвоночнике.

1. анамнеза заболевания (считает себя больным 10 лет, последнее ухудшение 1 месяца назад).
2. данных объективного обследования (Мышцы развиты умеренно, отмечается атрофия прямых мышц спины. Конфигурация позвоночника изменена, ярко выраженный кифоз. Путем пальпации определяется болезненность в области крестцово-подвздошных, грудиноключичных и грудинореберных сочленений, в грудном отделе позвоночника, а также в местах прикрепления сухожилий. При постукивании отмечается болезненность в области грудины, грудном отделе позвоночника. Тазобедренный сустав сгибание 400, разгибание1400, отведение-5 0-резко болезненно. Пациент принимает «позу просителя», анкилоз в шейном и грудном отделах позвоночника. Объемы движений в позвоночнике ограничены. Слабость мышц, быстрая утомляемость. Скованность по ходу позвоночника и в правом плечевом суставе, в суставе проходит через 4-6 часов после пробуждения.
3. лабораторно-инструментальных (повышенная СОЭ - 60мм/ч, наличие СРП (30мг/л), ЦИК (126Ед), в крови, Rtg картина анкилозирующего спондилита шейного и грудного отдела позвоночника.

Можно поставить диагноз: Анкилозирующий спондилит, центральная форма, медленно прогрессирующее течение, IV стадия, активность III ст.,ФН II. Артериальная гипертензия II риск 3.

 Было назначено лечение:

Режим Палатный

Стол Б

Медикаментозная терапия:

1.Диклофенак - 2,0 в/м

 2.Амоксифарм – 100мл в/в капельно

 3. Милдрокард- 5,0 в/в

 4. Найсулид – 0,2г 2 раза в день

 5. Омепразол 20 мг 2 раза в день до завтрака

 6.Амиодарон 0,2 1/2 таблетки в обед(доза снижена в связи с АV-блокадой)

 7.Физиолечение: Э/форез, ультрафонофорез с гидрокортизоном, массаж позвоночника.

 На момент последней курации отмечает улучшение самочувствия, уменьшение болей. Продолжает консервативное лечение в ревматологическом отделении ВОКБ.

**Прогноз**

Прогноз в отношении заболевания относительно благоприятный, так как болезнь Бехтерева имеет хроническое прогрессирующее течение.

Прогноз в отношении жизни – благоприятный, так как не угрожают жизненно важные осложнения.