ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф. И.О.: …

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_

Пол: мужской

Семейное положение: женат

Национальность: русский.

Образование: среднее специальное.

Место постоянного жительства:

Место работы: не работает.

Дата поступления в клинику: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз:

Основной: Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), периферическая форма, двухсторонний сакроилеит IV ст. по Дейлу, прогрессирующие течение, активность II. НФС 2

Осложнения: нет.

Сопутствующие: Артериальная гипертония II ст.,2 степени, риск 3, НК 1

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

На основании данных, полученных при анализе жалоб пациента (боли и ограничение объёма движений в шейном, грудном и пояснично-кресцовом отделе позвоночника, длящиеся более 3-х месяцев), анамнеза болезни (Пациент считает себя больным с 1986 года, когда впервые возникли боли воспалительного характера в коленных суставах. При обследовании БСЧ ТОАО поставлен диагноз: Постэнтероколитеческий реактивный артрит (синдром Рейтера), активность I-II. Дисбактериоз кишечника. Проводилось стационарное лечение с положительным эффектом. В 2001 году при очередном прохождении проф. осмотра было выявлено повышение СОЭ 42 мм/ч, был направлен на лечение в ТОРЦ. При обследовании был поставлен диагноз АСА, принимал сульфасалазин 1 мг. в сутки. В дальнейшем за мед. помощью не обращался принимал самостоятельно НПВП, с положительным результатом. В 2005 году появились боли в позвоночнике, ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника. Обратился к ревматологу по месту жительства, где ему было проведено лечение сульфасалазин 2 мг. в сутки, НПВП. В 2006 году госпитализация в стационар, рекомендовано усиление базисной терапии – сульфасалазин 2 мг. в сутки + метотрексат 10 мг/нед. На введение метотриксата стал отмечать появление тошноты и препарат был отменён. В связи с высокой активностью заболевания, неэффективностью применяемой базисной терапии решение КЭК взят на программное введение ремикейдом.30.11.07. была проведена первая инфузия 300 мг. Настоящая госпитализация плановая для проведения контрольного обследования и дальнейшего лечения.25.01.08 – третья инфузия ремикейда.; объективного состояния (ограничение отведения в левом тазобедренном суставе = 60 градусов, сглаженность всех физиологических изгибов позвоночника, дефигурация суставов “поза просителя”, функциональные пробы: экскурсия грудной клетки = 4 см, Томайера = 15 см, Шобера = 3 см, подбородок – грудина и Форестье = 0см); инструментальных и лабораторных методов исследования ((рентген заключение: двухсторонний сакроилеит IV ст по Дейлу, коксартроз I – II, гонартроз IV, симптом “квадратизации позвонков”, позвоночник по типу “бамбуковой палки”, рентген – изменения соответствуют АСА), из анализов – СОЭ = 45 мм/ч, СРБ = ++).

Дифференциальный диагноз

1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерии | Ревматоидный артрит | Болезнь Бехтерева |
|  Поражение суставов  | Симметричный полиартрит с поражением мелких и крупных суставов верхних и нижних конечностей | Асимметричный олигоартрит с преимущественным поражением крупных суставов нижних конечностей |
| Сакроилеит | Нет | Есть |
| Поражение позвоночника  | Шейный отдел | Восходящий характер с поражением всего позвоночника |
| Ревматоидные узелки  | Есть | Нет |
| Поражение глаз  | Эписклерит | Увеит |
| Аортальная регургитация | Нет | Может быть |
| Поражение лёгких  | Адгезивный плеврит, фиброзирующий альвеолит | Пульмональный фиброз верхней доли |
| Ревматоидный фактор  | Есть | Нет |
| HLA-B27 | Нет | Есть |
| HLA-DR4  | Есть | Нет |
| Морфологические признаки | Воспалительный синовит | Энтезопатии |
| Рентгенологические данные | Симметричный эрозивный артрит | Асимметричный не эрозивный артрит с тенденцией к анкилозированию, синдесмофиты |

2. Туберкулёз.

Туберкулёз позвоночника обычно поражает один или несколько позвонков, не носит характер тотального спондилоартрита. При этом не бывает оссификации связок, энтезопатий, а преобладает деструктивный характер с ограниченной локализацией. При дополнительном обследовании выявляюся положительные пробы на туберкулёз (РСК с туберкулином, реакция Манту и др.).

3. Особенности болевого синдрома в спине при механическом (пояснично-крестцовый радикулит) и воспалительном (АС) их происхождении.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерии  | Механические | Воспалительные |
| Длительный анамнез  | +/- | + |
| Наследственность | - | + |
| Начало болевого синдрома  | Острое | Постепенное |
| Возраст больных  | Любой | 15-40 лет |
| Ночные боли  | +/- | + |
| Утренняя скованность  | - | +++ |
| Вовлечение других органов и систем  | - | + |
| Влияние движения на боль  | Хуже | Лучше |
| Влияние отдыха на боль  | Лучше | Хуже |

# Лечение

Стол №15

режим общий

дексаметазон 8 мг. в/м №1 перед введением ремикейда.

ремикейд 300 мг в/в кап. №1.

кальций Д3 никомед по1 таб.2 раза в день, во время еды.

эналаприл 2,5 мг.2 раза в день.

феназепам 0,001 по 1 таб. на ноч.

Рекомендовано

наблюдение у ревматолога по месту жительства.

ограничить физические нагрузки, избегать инсоляций и переохлаждений.

выполнять комплекс ЛФК.

диета с ограничением соли и жидкости, богатая кальцием.

явка к ревматологу в ОКБ через 2 месяца (четвёртая инфузия ремикейда 21.03.08), при необходимости раньше.