**Паспортная часть**

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Возраст (год, месяц и день рождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Дата поступления в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Занятие родителей. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Посещает школу,
6. Адрес, телефон. -
7. Клинический диагноз:

Ювенильный ревматоидный артрит, системная форма, аллергосептический вариант в дебюте, серонегативный по РФ, активность 0-1, Rg-стадия 2-1, НФ - 1-0.

 **Жалобы.**

1. Жалобы при поступлении в клинику на ограничение подвижности в тазобедренных суставах
2. Жалобы на день курации не предъявляет

**Анамнез жизни.**

* 1. От первой беременности на фоне пиелонефрита. Роды в срок
	2. При рождении вес 3600 г., рост 54 см. Закричал сразу. Первое прикладывание к груди на первые сутки.
	3. Вскармливание грудное до 3 месяцев, затем искусственное
	4. Показатели физического и психомоторного развития ребенка соответствуют возрасту. Поведение в семье, в коллективе – контактен.
	5. Перенесенные заболевания. Отит в 8 мес. Редкие ОРВИ. Дискинезия желчевыводящих путей в 2000г. Ангина в 2003г. Ветряная оспа.

Аллергические реакции на амикацин – сыпь и судороги.

* 1. Профилактические прививки - БЦЖ, АКДС, против полиомиелита по возрасту без реакций. Реакция Манту 10г. – папула 5 мм.
	2. Семейный анамнез.

У матери - аллергические реакции на кошек - экзема, поллиноз, по линии матери у бабки -артериальная гипертензия, тетка по линии матери – умерла с-r матки. Дед по линии отца умер в 24г - заболевание сердца. Беременности матери: 1 наш пациент, 2. брат 10 лет практически здоров.

* 1. Материально-бытовые условия удовлетворительные

**Анамнез заболевания.**

Длительность заболевания около 4,5 лет. После падения с дерева в 2003г. появились боли в поясничном отделе позвоночника. В августе 2003г перенес фолликулярную ангину, назначался бисептол с положительным эффектом, через неделю лихорадил до 40, появилась пятнисто-папулезная сыпь на высоте лихорадки, в анализах однократно лейкопения до 1,8 и тромбоцитопения до 90 тыс. лимфаденопатия, артралгии, гепатолиенальный синдром, СОЭ до 70мм/ч. Обследован в ОДБ по м/ж, исключался гемобластоз (проводилась костномозговаяпункция). В качестве терапии получал массивную а/б-терапию без четкого эффекта. С августа начато в/в введение ГКС с положительным эффектом, при попытке отмены вновь подъем температуры.

В сентябре 2003г обследован в РДКБ, исключались онкогематология, паразитарные инфекции. Д-з: инфекционный миокардит. Хронический колит, субатрофический илеит. Проводилась терапия НПВП. На фоне терапии состояние улучшилось.

 Следующее обострение с возобновлением всех симптомов в марте 04г. С апреля 2004г диагноз ЮРА в клинике - артралгии, ограничение подвижности в м/ф суставах, утиная походка, лимфаденопатия, сыпь в области бедер, живота.В качестве терапии получал 45 мг преднизолона, метотрексат 8.75мг/нед - состояние стабилизировалось. Постепенное снижение преднизолона.

К июлю 2005г доза составила 7.5мг. Вновь ухудшение состояния: лихорадил до фебрильных цифр, появился кожный синдром, артралгии, признаки кардита, наросла гуморальная иммунологическая активность. Проводилась пульс-терапия преднизолоном без существенного эффекта, повышена доза преднизолона до 20мг/сутки с положительным эффектом.

В клинике детских болезней ММА им. И.М. Сеченова наблюдается с сентября 2005г. В статусе отмечался медикаментозный синдром Иценко-Кушинга, суставной синдром представлен ограничением подвижности в т/б суставах - ограничено разведение. Эфемерная пятнистая сыпь на бедрах. Лабораторно СОЭ 23-13мм/ч. иммунологической активности нет. При обследовании на артритогенные инфекции выявлены AT класса G к хламидии пневмоние, 1:64. кишечные инфекции: AT к Ш. Флекснера 1 50++++, 1: 100+++ . По Rg данным выявляется равномерный остеопороз в г/с и л/з суставах. В качестве терапии получал преднизолон, доза постепенно снижена до 17.5мг/сутки, получал метотрексат 8.75мг/нед., проводилась антибактериальная терапия сумамедом. По м/ж чувствовал себя хорошо, лабораторно без динамики, доза преднизолона снижена до 11,25мг/сутки.

Госпитализация в декабре 2005г, состояние стабильное, суставной синдром представлен умеренным ограничением разведения в т/б суставах, активных суставов нет. Лабораторно СОЭ 24-1бмм/ч, Нв 130г/л, Тр 263тыс, иммунологические показатели в норме, б/х все в норме кроме ЛДГ 517ед (норма до 450). Выявлены IgG к хламидии пневмоние 1:16, AT к комплексному сальмонеллезу 1:50+++. Проводилась терапия нолицином 400мг№7. доза преднизолона снижена до 10 мг/сутки. Доза МТХ 10 мг/нед. Дома состояние стабильное. 22.02.06 появилась болезненность, отечность плеча, СОЭ наросла до 20мм/ч, лейкоцитоз 12.5, купировалось через 5 дней самостоятельно.

Госпитализация в марте 2006г. При поступлении состояние удовлетворительное, островоспалительных изменений в суставах не было, ограничено разведение в т/б суставах. Лабораторной активности не было Контроль анализа крови на кишечные инфекции - отрицательный. Поступает для обследования и коррекции терапии. Проведено снижение дозы преднизолона до 8.75мг/сутки.

При госпитализации в августе 06 г.: состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы бледные, умеренный капиллярит ладоней и кончиков пальцев Признаки медикаментозного синдрома Иценко-Кушинга (ожирение, гипертрихоз, остеопороз). В суставном синдроме несколько ограничено разведение в т/б суставах, руками до пола не достает. Островоспалительных изменений в суставах нет. Энтеэопатий нет. При обследовании: СОЭ 41-31 мм/ч лейкоциты 12.6-28 8 с\я -86%, КФК - 603 (норма до 450). За время пребывания в отделении на 2-ой день появились жалобы на артралгии в левом г/с суставе, пятнисто-папулезная сыпь на внутренней поверхности бедер, в подмышечных областях, тахикардия. Состояние расценено как обострение основного заболевания, возможно спровоцированное инсоляцией, а также снижением дозы преднизолона. С учетом развития обострения мальчику проведена пульс-терапия метилпреднизолоном в суммарной дозе 875мг, инфузионная терапия с включением глюкозо-новокаиновой смеси, сосудистых, метаболических препаратов. Также получал диклофенак 75 мг\сут, препараты калия и кальция, омез. Базисная терапия была усилена - к метотрексату добавлен сульфасалазин. В отделении ребенок получал метотрексат 8.75мг по пт. сульфасалазин 500мг/сутки. На фоне проведенной терапии купировались артралгии, кожный синдром, несколько уменьшилась гуморальная активность.

За последние 2 года состояние мальчика стабильное, отмечается тенденция к лейкопении на фоне приема 2-х базисных препаратов (метотрексат, сульфасалазин). Обострений суставного синдрома не отмечалось. Постепенно снижена доза преднизолона до полной отмены в апреле 2008г. HLA- фенотипа (1 класс) А1, А2; В 63(15), В8 HLA - фенотипа (1 класс) А1, А2; В 63(15), В8. Проведено МРТ илеосакральных сочленений-патологий не выявлено. В апреле 2008г отменен сульфасалазин. Лабораторная активность умеренная. Рентгенологические изменения соответствуют 1ст. Умеренно ограничено разведение в т/б суставах, ограничена подвижность в п/о позвоночника. В качестве базисного препарата получает метотрексат 10 мг/сутки.

Госпитализация в мае 2009г гуморальной иммунологической активности нет, островоспалительных изменений в суставах нет. Летом дома отмечались эпизоды болей в области сердца, купировались самостоятельно.

Госпитализация в декабре 2009г, суставной синдром, гуморальная активность отсутствуют. Отмечалось повышение уровня АСЛО, снижение комплемента до 18ед. На Rg: - кистовидные просветления в т/б суставах слева в головке бедренной кости.

Поступает для контрольного обследования и коррекции терапии.

**Данные объективного исследования на день курации.**

Дата 7.10.10 День болезни 8-й Назначения:

Т° 36,6 1) стол № А1

Пульс 75 в мин 2) метотрексат 10 мг. 1р. по вторникам

 3) фолиевая кислота 0,001 1р/д

 4) кальций Д3 1т 1р/д.

АД 120/70 мм.рт.ст.

*Общее состояние* ребенка удовлетворительное.

*Нервная система.*

Сознание ясное, поведение соответствует возрасту, интеллектуальное развитие соответствует возрасту, внимание концентрирует, память хорошая, настроение ровное, мышление – логическое, речь правильная, сон спокойный. Рефлексы: сухожильные живые, симметричные, патологических нет, менингиальных симптомов – нет. Потливость – умеренная.

Глаза и уши – внешне без видимой патологии

*Физическое развитие*.

Масса тела 43,5 кг., длина тела 162,5 см. Астенического телосложения.

По формуле = 100 + 6 (n-4) = 100 + 6 (14-4) = 160см. Реальная длина тела превышает расчетную на 1,5%

По формуле = n х 5 - 20= 14х5 - 20 = 50кг. Реальная масса тела меньше расчетной на 13%.

Физическое развитие соответствует возрасту, дисгармоничное (отклонение по массе тела 13 %).

*Кожа и подкожно-жировая клетчатка.*

Кожные покровы бледные, сухие.

Волосы, пальцы и ногти без патологии.

Подкожно-жировая клетчатка сформирована правильно, равномерно распределена. Толщина складки на передней брюшной стенке 1 см, тургор тканей сохранен.

*Лимфатическая система.*

Пальпируются единичные подчелюстные, тонзиллярные лимфатические узлы, при пальпации безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Умеренная лимфаденопатия. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются.

*Мышечная система.*

Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен, безболезненны при пальпации. Уплотнения мышц нет

*Костная система.*

Роднички закрыты, швы сомкнуты, грудная клетка цилиндрической формы, конечности ровные, позвоночник – нарушение осанки.

Суставы: движения активные и пассивные безболезненны, асимметрия плечевого и тазового пояса, затруднено сгибание в коленных суставах, ограничено разведение и ротация в тазобедренных суставах.

Грудная клетка цилиндрической формы, деформаций не отмечается. Эпигастральный угол 60 ° .

*Система дыхания.*

Носовое дыхание не затруднено, дыхание смешанное, голос звонкий, ЧДД 20 в мин, одышки, кашля нет, обе половины грудной клетки в равной степени участвуют в акте дыхания. При пальпации грудной клетки болезненность отсутствует, голосовое дрожание в норме. При сравнительной перкуссии звук ясный лёгочный, очаговые изменения перкуторного звука отсутствуют.

Топографическая:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | правое | Левое |
| Среднеключичная линияПер. подмышечная Ср. подмышечнаяЗадн. подмышечнаяЛопаточнаяОколопозвоночная | 6 ребро7891011 | 6-ое межреберье7-ое межреберье8-ое межреберье9-ое межреберье10-ое межреберье11-ое межреберье |

В легких дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. Дыхание везикулярное.

*Система кровообращения.*

Видимых изменений грудной клетки в области сердца нет. Пальпация в области сердца безболезненна.

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1 см. кнутри от левой среднеключичной линии, нормальной силы, амплитуды и резистентности. Сердечный толчок и симптом “кошачьего мурлыканья” не определяется. Эпигастральная пульсация не видна.

Границы относительной тупости сердца:

Правая: у правого края грудины в 4 межреберье.

Левая: 0,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии, в 5 межреберье.

Верхняя: находится на уровне середины 3 межреберья.

Границы сердца данного ребенка соответствуют возрастной норме.

При аускультации: ритм правильный, тоны сердца ясные, систолический шум на верхушке. ЧСС 81 в мин. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой – 81 в минуту, хорошего наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы. Дефицита пульса не отмечается. При аускультации артерий патологических изменений нет. Артериальное давление симметричное на обеих руках и составляет 120/60 мм рт ст.

*Система пищеварения и органы брюшной полости.*

Губы и слизистая оболочка рта бледно-розовая. Язык влажный, с бело-коричневым налетом. Зубы санированы. Зев розовой окраски. Миндалины не выступают за небные дужки. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность ее гладкая. Глотание и прохождение пищи по пищеводу не затрудненно, безболезненное.

Дёсны без патологических изменений. Слюнные железы (околоушные, подчелюстные, подъязычные) не изменены.

Живот округлой формы, симметричный, выпячиваний и втяжений не отмечается. Подкожные сосудистые анастомозы не выражены. Рубцов и грыж нет. Перистальтика не нарушена. Живот свободно участвует в акте дыхания. При пальпации слабых мест брюшной стенки патологических изменений не найдено. При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. При глубокой методической скользящей пальпации не удалось пропальпировать поперечную ободочную кишку, терминальный отдел подвздошной кишки; остальные отделы кишечника соответствуют норме:

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра диаметром 2 см плотноластичной консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненная, не урчащая.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области цилиндрической формы, мягкоэластичной консистенции, диаметром 3 см, безболезненная, слегка урчащая при пальпации.

При аускультации выслушиваются нормальные кишечные шумы. Стул оформленный, нормальной консистенции, регулярный.

Печень и желчный пузырь:

Живот симметричен, ограниченного выпячивания в области правого подреберья и ограничение этой области в дыхании не отмечается.

Размеры печени по Курлову в пределах нормы(9/8/7)

При пальпации нижний край печени у края ребра не заострен, поверхность гладкая, консистенция эластичная, безболезненная.

Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка.

Верхняя граница селезеночной тупости – на уровне 9 ребра. Нижняя граница – на уровне 11 ребра. Передняя граница не выходит за левую костно-суставную линию. Размеры селезенки перкуторно 9\5. Селезенка не пальпируется.

*Мочеполовые органы.*

Гиперемии и припухлости в области почек не обнаруживается.

Симптом Пастернацкого и «поколачивания» отрицательные с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета, без запаха, прозрачная. Наличие примесей крови в моче не отмечает.

Развитие половых органов по мужскому типу. Вторичные половые признаки соответ­ствуют возрасту ребенка.

**Предварительный диагноз:** Ювенильный ревматоидный артрит, системная форма, аллергосептический вариант в дебюте, серонегативный по РФ, активность 0-1, Rg-стадия 2-1, НФ - 1-0.

**Результаты лабораторных, инструментальных и других специаль­ных исследований**.

Общий анализ крови от 01.10.10.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результат | Норма |
|  | Единицы СИ |
| Гемоглобин | М Ж | 152 | 130,0—160,0120,0—140,0 | г/л |
| Эритроциты | М Ж | 4,85 | 4,0—5,03,9—4,7 | \* 1012/л |
| Цветовойпоказатель | 0,94 | 0,85-1,05 |  |
| Ретикулоциты | --- | 2—10 | 0/00 |
| Тромбоциты | 260 | l80,0— 320,0 | \* 109/л |
| Лейкоциты | 2,7 | 4,0—9,0 | \* 109/л |
|  | Миелоциты | ---- |  | %\*109/л |
|  | Метамиелоциты | ---- |  | %\*109/л |
|  | Палочкоядерные | 1 | 1—60,040—0,300 | %\*109/л |
|  | Сегментоядерные | 44 | 47—722,000—5 500 | %\*109/л |
| Эозинофилы | 1 | 0,5—5 0,020—0,300 | %\*109/л |
| Базофилы | ---- | 0—10—0,065 | %\*109/л |
| Лимфоциты | 45 | 19—371,200—3.000 | %\*109/л |
| Моноциты | 9 | 3-110,090—0,600 | %\*109/л |
| Плазматические клетки | ----- |  | %\*109/л |
| Скорость (реакция) оседания эритроцитов | М Ж | 3 мм/ч | 2—102—15 | мм/ч |

Заключение: наблюдается лимфоцитоз. В остальном показатели крови в пределах нормы.

Общий анализ мочи от 01.10.10.

|  |  |
| --- | --- |
| Кол-во | 110 |
| Цвет | Светло-желтый |
| РН | 5,0 |
| Удельный вес | 1021 |
| Прозрачность | полная |
| Белок | - |
| Сахар | - |
| Ацетон | - |
| Желчные пигменты | - |
| Уробилин | - |
| Эпителиальные клетки плоские | Единичный в преп. |
| Лейкоциты | 0-1 в п/з |
| Эритроциты | Единичные в преп. |
| Слизь | Нет |
| Бактерии | Нет |

Заключение: в анализе мочи изменений нет.

Биохимический анализ крови от 01.10.10

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результат | Норма |
|  | Единицы СИ |
| Са2+ | 2,62 | 2,15-2,75 | Ммоль/л |
| ЩФ | 581 | 0-727 | Ед/л |
| АСТ | 22 | 0-35 | Ед/л |
| АЛТ | 19 | 0-30 | Ед/л |
| Белок общий | 80 | 65-85 | г/л |
| Креатинин | 52 | 0-88 | Мкмоль/л |
| Холестерин | 3,8 | 2,6-5,2 | Моль/л |
| Глюкоза | 5,0 | 3,9-6,4 | Моль/л |
| Мочевина | 3,9 | 2,5-8,3 | Моль/л |
| Общий билирубин | 15,7 | 5,0-21,0 | Мкмоль/л |
| Na+ | 140 | 132-155 | Моль/л |
| K+ | 4,2 | 3,5-5,1 | Моль/л |
| Железо | 16,9 | 10,7-25,9 | Ммоль/л |
| ЛДГ | 533 | 240-480 | Ед/л |
| КФК | 375 | 0-450 | Ед/л |

Заключение: наблюдается незначительное повышение ЛДГ, в остальном показатели биохимии крови в пределах нормы.

УЗИ органов брюшной полости от 4.10.10.

1 Брюшная полость

Желчный пузырь натощак, физиологический изгиб в шейке.

Содержимое – симптом «плавающих хлопьев» при перемене положения тела (эхографический признак дисхолии).

Стенка умеренно уплотнена, 2 мм. общий желчный проток в пределах нормы.

Портальная вена ствол и ветви в пределах нормы, кровоток в правильном направлении. Внутрипеченочные сосуды – умеренно усилен сосудистый рисунок.

Печень левая доля 63 мм, правая доля 125 мм, паренхима средней эхогенности. Индекс I сегмента – норма. в воротах печени л/у 11х6 мм.

Поджелудочная железа - контуры четкие, ровные. Размер головки 15 мм, тела 10 мм, хвоста 19 мм. паренхима изоэхогеннее печени, с мелкими дополнительными гиперэхогенными сигналами. Вирсунгов проток 1 мм.

Селезенка- контур четкий, углы в норме. Размеры 129x49мм, паренхима средней эхогенности.
Селезеночная вена диаметром до 7,7мм.

Мочевой пузырь 76х 79х81 мм объем = 277 см 3  стенка 4мм, большое количество гиперэхогенной «взвеси».

2. Почки расположены в поясничной области, контуры четкие, размерами соответствующими росту, передне-задний размер лоханки левой почки 5,1 мм, правой почки 5 мм. Дифференцировка слоев сохранена, кровоток при ЦДК регистрируется до капсулы.

Собирательная система при умеренно заполненном мочевом пузыре не расширена.

ЭхоКГ от 1.10.10.

Митральный клапан – створки тонкие, подвижные.

Основание аорты 26 мм. V в нисх. Ао = 1,6 м/см, V в дуге Ао = 1 м/см, V в восх. Ао = 1,6 м/см.

Аортальный клапан – смыкание полное, трехстворчатый.

Трикуспидальный клапан – регургитация I- II ст. V = 2,3 м/см. ЧСД = 22,4 мм.рт.ст.

Легочная артерия – ствол 22 мм., V = 1,1 м/см, АТ/ЕТ >0,4

Легочный клапан – регургитация I ст., створки тонкие, волна «а» 2мм.

Левое предсердие: размер полости в диастолу 25,5 м.

Правое предсердие: размер полости в диастолу в 4х камерном сечении 31 мм.

Правый желудочек: размер полости в диастолу 15,7 мм.

Диастолическая функция правого желудочка Е>А

Левый желудочек: конечно-диастолический размер полости 43,2 мм. Конечно-систолический размер полости 26,4 мм

Ударный объем 58,4 мл. Фракция изгнания 70 %. Фракция укорочения 38,8 %. Толщина задней стенки 7,9/12,2 мм. Межжелудочковая перегородка 6,8/12,5 мм. Диастолическая функция левого желудочка Е>А.

Перикардиального выпота нет. Перикард по задней стенке левого желудочка «слоистый».

Заключение: сохраняется щелвидный ДМПП = 2,5 мм (по ширине струи в режиме ЦДК). Открытое овальное окно с неотчетливым лево-правым сбросом. Прогибание МПП в полость правого предсердия = 3-3,5 мм. Диаметры полостей, толщина миокарда в пределах нормы (по массе тела). МР 0-I ст, Тр I-II ст, Р max в ПЖ = 27,4 мм.рт.ст. ЛР I ст., Р ср в легочной артерии в пределах нормы. Кровоток в дугу, восходящую и нисходящую часть аорты в норме.

**Клинический диагноз и его обоснование.**

Ювенильный ревматоидный артрит, системная форма, аллергосептический вариант в дебюте, серонегативный по РФ, активность 0-1, Rg-стадия 2-1, НФ - 1-0.

Диагноз поставлен на основании жалоб больного на ограниченную подвижность в тазобедренных суставах, данных анамнеза - кожный синдром - пятнистая сыпь, лимфаденопатия, артралгии, лихорадка, гепатолиенальный синдром, полиартрит, полисерозит. По Rg данным выявляется равномерный остеопороз в г/с и л/з суставах, кистовидные просветления в т/б суставах слева в головке бедренной кости.

**Обоснование лечения у данного больного.**

1) стол № А1

2) метотрексат 10 мг. 1р. по вторникам (воздействие на основные иммунные звенья патологического процесса для подавления активности и прогрессирования процесса)

3) фолиевая кислота 0,001 1р/д

4) кальций Д3 1т 1р/д.

**Прогноз основного заболевания и рекомендации для родителей**.

Длительная ремиссия с удовлетворительным качеством жизни (возможна учеба, приобретение среднего и высшего образования, работа по профессии) при правильно подобранной терапии и систематическом наблюдении у ревматолога.

Рекомендации:

1. Наблюдение педиатра, ревматолога, ортопеда, окулиста по месту жительства.
2. Соблюдение режима стол 5. Увеличить в рационе питания продукты, богатые кальцием: кисло-молочные продукты: кефир, творог, молоко, рыба, сыры. Ограничить употребление жирного, жареного, острого, копчёностей, маринадов.
3. Медотвод от профилактических прививок. Реакция Манту - по плану.
4. Избегать переохлаждений, инсоляции, физических и психо-эмоциональных перегрузок, травм.
5. Метотрексат - 10 мг 1 раз в неделю (по вторникам). В день приема метотрексата выпивать большое кол-во воды, общий и биохимический анализы крови 1 раз в 2 недели (в общем анализе крови при снижении эритроцитов менее 3 млн., тромбоцитов меньше 180 тыс., лейкоцитов менее 4 тыс., в биохимическом анализе крови - при повышении уровня билирубина, трансаминаз - метотрексат отменить. Через неделю -повторный анализ крови, при нормальных показателях возобновить прием препарата; при ОРВИ, при проведении антибактериальной терапии временно метотрексат отменить; затем возобновить).
6. Прием НПВП по необходимости - Вольтарен 75 мг/сут (по 37,5 мг утром и вечером), или диклофенак в этой же дозе, или мовалис - 7,5 мг в 1 раз в сут. (вечером).
7. При артралгиях местно противовоспалительные мази: вольтареновая, или фастум-гель, или долгит - крем, или хондроксид.
8. курсы в весенне-осеннее время : маалокс - по 1 пакетику 3 раза в сут. за 30 мин до еды (общ. курс - 2-3 нед.), лосек-мапс или нексиум - по 10 мг 2 раза в сут. - общий курс - 4 нед.
9. Препараты кальция (Кальций ДЗ никомед или Альфадол Кальций или Кальцид) по 1 капс\табл. в сут. (после 18 ч) – по 1 мес., с перерывом в течение 1 мес.
10. Курс: фенибут 1тх2р/д -1 месяц. Глицин 2тхЗр/д вне еды -1 месяц.
11. Элькар 20% по 10капельхЗр/д курсами по 1мес.
12. Продление инвалидности по основному заболеванию по месту жительства.