

Клинический случай применения биорегуляционного препарата для лечения энтезопатий при псориатическом артрите

Шкиреева С.Ю.

Ключевые слова: биорегуляционные препараты, аутовоспаление, разрешение воспаления, энтезопатии, коморбидность.

Абстракт

У пациентки 50 лет с достоверным диагнозом псориатического артрита на фоне лечения нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) развилось осложнение в виде экзокринной недостаточности поджелудочной железы с синдромом диспепсии, не позволившее продолжить противовоспалительную терапию согласно клиническим рекомендациям. Представленный клинический случай призван продемонстрировать врачам-специалистам возможности применения биорегуляционных препаратов в лечении пациентов с аутовоспалительными заболеваниями.

Особенностью описанного клинического случая является «мягкое» течение псориатического артрита, преимущественно проявляющееся у пациентки энтезопатиями различной локализации, а также болями и скованностью в нижней части спины без ярко выраженных артритов. Окончательный диагноз был верифицирован в 2018 году после развертывания полной клинической картины заболевания, позволившей диагностировать псориатический артрит согласно критериям CASPAR. Инициированная базисная противовоспалительная терапия метотрексатом в дозе 12,5 мг в неделю в комбинации с нимесулидом в дозе в 200 мг в день была отменена в 2021 году в виду достижения ремиссии заболевания. В связи с рецидивом симптомов псориатического артрита летом 2024 года в виде нарастания болей в области энтезисов различной локализации, болей и скованности в суставах, пациентка возобновила прием НПВП и увеличила дозу нимесулида до 400 мг в день, что спровоцировало развитие серьезного нежелательного явления – экзокринной недостаточности поджелудочной железы, потребовавшей госпитализации пациентки. В последствии на амбулаторном этапе лечения, находясь под наблюдением врача-гастроэнтеролога, пациентка обратилась к врачу-ревматологу в связи с выраженными болями (70 мм из 100 мм по визуально-аналоговой шкале) воспалительного характера в левом коленном суставе, локализующимися преимущественно в области верхнего края надколенника, болями в области больших вертелов бедренных костей и в местах прикрепления ахилловых сухожилий к пяточной кости. По результатам УЗИ левого коленного сустава установлена причина болей - энтезит латеральной головки четырехглавой мышцы бедра без признаков артрита. Принимая во внимание невозможность использования НПВП, пациентке было выполнено трехкратное введение Траумель® С (Traumeel® S) по 2,2 мл в область латеральной головки четырехглавой мышцы левого бедра под навигацией УЗИ с периодичностью 1 раз в неделю, терапия дополнена назначением таблетированной формы Траумель® С. Через месяц терапии биорегуляционным препаратом при УЗИ-контроле левого колена отмечена положительная динамика в виде «стихания» проявлений энтезита, а также снижение уровня боли в суставах и в области энтезисов с 70 мм до 10 мм по визуально-аналоговой шкале. Пациентка при повторном визите к врачу-ревматологу на фоне терапии таблетированной формой Траумель® С отметила значительное улучшение своего состояния, а также практическое полное прекращение болей и скованности в области энтезисов и крестца.

Представленный клинический случай на практике демонстрирует успешное применение терапии многокомпонентным препаратом Траумель® С в лечении энтезопатий

у пациентки с псориатическим артритом в условиях невозможности применения нестероидных противовоспалительных препаратов.

Введение

Воспаление является одним из фундаментальных защитных механизмов организма человека, направленных на поддержание гомеостаза, функциональной и структурной целостности органов и тканей [1]. Неспособность организма своевременно устранить воспаление и последующая хронизация этого процесса составляют патогенетическую основу широкого круга патологических состояний, определяемых как «воспалительные» и «иммунно-воспалительные» заболевания: атеросклероз, остеоартрит, остеопороз, псориаз, хроническая обструктивная болезнь легких, злокачественные новообразования, сахарный диабет 2 типа и многие другие [2-5].

Аутовоспаление и аутоиммунитет являются ведущими механизмами патогенеза большой группы хронических воспалительных заболеваний человека, включающей более 100 нозологических форм, представленных во всех разделах клинической медицины [6]. Терапия любого аутовоспалительного заболевания и его прогноз определяются не только самой нозологической формой, но и коморбидными состояниями, наблюдаемыми у пациента. За последние несколько десятилетий благодаря достижениям современной медицины и фармакологии создались предпосылки для индивидуализации терапии аутовоспалительных заболеваний. Применение биорегуляционных препаратов за счет стимулирования синтеза проразрешающих медиаторов позволяет потенцировать разрешение аутовоспаления и препятствовать его хронизации [7].

Описание клинического случая

Пациентка Е., 50 лет. С 2016 отметила появление боли преимущественно по ночам в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и тазобедренных суставах, боли в области пяток. По результатам МРТ от 17.02.2016 выявлен правосторонний хронический сакроилеит и подозрение на левосторонний хронический сакроилеит без признаков активности воспалительного процесса (Приложение №1). Поданным УЗИ пяточный областей от 24.02.2016 определены косвенные признаки энтезопатии в виде неоднородности плантарных фасций (Приложение №2). В анализах крови от 24.02.2016 и 18.05.2016 признаков лабораторной активности не отмечалось (Приложение №3). Пациентка наблюдалась с диагнозом: Серонегативный спондилоартрит. Принимала нимесулид 400 мг в режиме «по требованию». С 2016 по 2018 у пациентки было отмечено прогрессирование болей в позвоночнике с присоединением болей в суставах стоп, локальной припухлостью в области плюстно-фаланговых суставов, а также переходящих ноющих болей в коленных суставах, сопровождающихся утренней скованностью. В связи с нарастанием симптомов заболевания пациентка обратилась к врачу-ревматологу. По результатам проведенной рентгенографии левой стопы от 09.03.2017 выявлены косвенные признаки псориатической артропатии: кистовидные просветления и околосуставной остеопороз суставных поверхностей 1 плюстнофалангового сустава, а также локальная периостальная реакция в области медиального отдела верхней трети диафиза 1 плюстной кости (Приложение №4). Лабораторное обследование пациентки от 07.04.2017 показало наличие воспалительной активности: уровень С-реактивного белка был 13,4 нг/мл при норме до 4,4 нг/мл (Приложение №5). Пациентке был рекомендован длительный регулярный прием мелоксикама 15 мг, а также инициирована терапия метотрексатом в дозе 12,5 мг в неделю. На фоне комбинированной базисной противовоспалительной терапии боли в суставах и позвоночнике у пациентки уменьшились, нормализовался уровень С-реактивного белка (Приложение №6).

С 2018 года у пациентки появились высыпания в межъягодичных складках, под грудью, в области бедер и волосистой части головы, онихолизис ногтевых пластинок (приложение №7). Врачом-дерматовенерологом 05.10.2018 верифицирован бляшечный псориаз с поражением ногтей и волосистой части головы (Приложение №8). Ранее установленный диагноз пациентки был пересмотрен врачом-ревматологом 06.11.2018 согласно критериям CASPAR в пользу псориатического артрита с поражением плюснефаланговых суставов, коленных суставов, крестцово-подвздошных сочленений (Приложение №9).

С 2021 года у пациентки на фоне комплексной противовоспалительной терапии достигнута стойкая ремиссия псориатического артрита, позволившая отменить базисную терапию метотрексатом и использовать только нестероидные противовоспалительные препараты для контроля над воспалением (нимесулид 200 мг в день).

С мая 2024 после перенесенного ОРВИ у пациентки стали нарастать боли и скованность в суставах, заставившие ее усилить противовоспалительную терапию: доза нимесулида была увеличена с 200 мг до 400 мг в день. С июля 2024 появились боли в эпигастрии, связанные с приемом пищи и усиливающиеся при голодании. Пациентка самостоятельно начала прием антацидных средств и полностью отменила нимесулид, однако симптомы диспепсии сохранялись. В связи с выраженностью болей выполнила ЭГДС 08.10.2024: Эрозивный антральный гастрит (Приложение №10). В октябре 2024 пациентка госпитализирована в связи с развитием экзокринной недостаточности поджелудочной железы с синдромом диспепсии (Приложение №11). В анализах панкреатическая амилаза 191,6 ед/л (норма 13,0-53,0 ед/л), С-реактивный белок 29,4 мг/л (норма 0-5 мг/л). После выписки из стационара при попытках возобновить противовоспалительную терапию (прием нестероидных противовоспалительных препаратов) по поводу ухудшения течения псориатического артрита, проявляющегося усилением болей в суставах и энтезопатиями преимущественно в области тазобедренных и коленных суставов, а также болями и скованностью в области крестца, у пациентки отмечалось возобновление болей в эпигастрии, сопровождающиеся выраженной тошнотой и повышением уровня панкреатической амилазы (Приложение №12). Прием нестероидных противовоспалительных препаратов был противопоказан, пациентка продолжила амбулаторное лечение у врача-гастроэнтеролога. В январе 2025 в виду отсутствия терапии псориатического артрита у пациентки появились выраженные боли в левом коленном суставе преимущественно в области верхнего края надколенника, трохантерииты, боли в местах прикрепления ахилловых сухожилий и подошвенного апоневроза к пяточной кости. При обследовании активность клинических проявлений псориатического артрита на момент обращения была минимальной. При лабораторном обследовании выявлен повышенный уровень С-реактивного белка (Приложение №13). По результатам УЗИ коленных суставов от 17.01.2025 энтезит латеральной головки четырехглавой мышцы левого бедра (Приложение №14). По результатам консультации врача-ревматолога установлено, что клиническая картина заболевания была обусловлена обострением энтезитов, характерных для псориатического артрита. Наибольший дискомфорт для пациентки представлял энтезит латеральной головки четырехглавой мышцы левого бедра и трохантерииты. Уровень боли в области энтезисов по визуально-аналоговой шкале, оцениваемый пациентом, составлял 70 мм из 100 мм. Принимая во внимание невозможность использования нестероидных противовоспалительных препаратов и интенсивность боли в области энтезисов, после получения согласия от пациентки, ей было выполнено трехкратное введение по 2,2 мл Траумель® С под навигацией УЗИ в область латеральной головки четырехглавой мышцы левого бедра с

периодичностью 1 раз в неделю. Дополнительно рекомендован прием таблетированной формы Траумель® С по 1 таблетке 3 раза в день в течение 2 месяцев. После завершения инъекционного курса Траумель С на фоне продолжающейся терапии таблетированной формой Траумель® С к середине февраля 2025 года у пациентки достигнут стойкий клинический эффект: боли в области энтезисов тазобедренных суставов и левого коленного сустава практически полностью прошли и составляли 10 мм из 100 мм по визуально-аналоговой шкале, прошла скованность в суставах и позвоночнике. При УЗИ-контроле отмечена положительная динамика: прошли проявления энтезита латеральной головки четырехглавой мышцы левого бедра (Приложение №15). При лабораторном обследовании от 17.02.2025 у пациентки нормализовался уровень С-реактивного белка (Приложение №16).

Пациентка поделилась своими впечатлениями от результатов проведенного лечения, отметив «значительное улучшение своего состояния, прилив сил и энергии, а также практическое полное прекращение болей и скованности в области энтезисов и крестца».

Обсуждение

Аутовоспаление представляет собой патологический процесс, в основе которого лежит генетически детерминированная (или индуцированная) активация врожденного иммунитета [8-9]. Ряд аутовоспалительных заболеваний могут иметь черты аутоиммунной патологии, а также зачастую ассоциируются с носительством HLA класса 1 и активацией интерлейкинов 17 и 23. К таким заболеваниям относят псориаз, псориатический артрит, анкилозирующий спондилоартрит, болезнь Бехчета, увеит и др. [10]. Аутовоспаление не только определяет течение основного заболевания, но и патогенетически влияет на развитие коморбидных состояний, участвует в возраст-ассоциированном ремоделировании иммунной системы (inflammaging). При этом коморбидная патология существенно влияет на прогноз пациента, страдающего аутовоспалительным заболеванием, и лежит в основе выбора тактики лечения.

На сегодняшний день хорошо известны универсальные механизмы разрешения воспаления. Фаза разрешения воспаления необходима для его ограничения и восстановления тканевого гомеостаза после устранения сигнала опасности [11]. Решающую роль в регуляции воспаления играют нейтрофилы. Нейтрофилы формируют первую линию защиты организма от патогенов за счет выработки активных форм кислорода, фагоцитоза и разрушения микробов и погибших клеток. Нейтрофилы, секретируя цитокины и хемокины, участвуют в рекрутировании и активации клеток иммунной системы, формируют специализированные структуры, получившие название «внеклеточные нейтрофильные ловушки» (Neutrophil extracellular traps - NETs), которые позволяют уничтожить внеклеточные патогены при минимальном повреждении клеток «хозяина» [12-13]. Основными компонентами NETs являются ДНК, гистоны, ферменты и пептиды нейтрофильных гранул и др. Процесс образования NETs компонентами бактерий, активированными тромбоцитами, белками системы комплемента, аутоантителами, «провоспалительными» цитокинами (ИЛ-1, ИЛ-18), связанными с активацией инфламмасом, и рассматривается как важный механизм тромбовоспаления. NETs являются источником ядерных аутоантигенов и при этом индуцируют синтез «провоспалительных» цитокинов, потенцируя воспаление и стимулируя синтез в том числе аутоантител. В эксперименте показано, что значимую роль в активации процессов разрешения воспаления играет блокирование притока нейтрофилов. Многие вещества природного происхождения обладают способностью ограничивать активность нейтрофилов (α-Токоферол, нордигидрогуаретиковая кислота, кофейная (3,4-

дигидроксициннамовая) кислота, флавоноиды). Частично контроль за миграцией нейтрофилов осуществляют проразрешающие липидные медиаторы – резольвины, которые способствуют переключению синтеза медиаторов воспаления с провоспалительных молекул на проразрешающие [14]. Проразрешающие медиаторы могут блокировать рекрутирование нейтрофилов, частично подавляя их хемокиновые рецепторы [15], способствуя в конечном итоге разрешению воспаления и препятствуя его хронизации.

Фармакотерапия аутоиммунных и аутовоспалительных заболеваний является предметом многочисленных исследований, проводимых за последние несколько десятилетий [16-17]. В начале XX в. было разработано более 20 инновационных генно-инженерных биологических препаратов, блокирующих активность провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, 6, 17, 23) и ИФН- α , патологическую активацию В-клеток, костимуляцию Т-клеток, а в последние годы – группа синтетических «таргетных» препаратов, блокирующих сигнализацию цитокинов, участвующих в развитии воспаления: ингибиторы янускиназ. Следует подчеркнуть, что многие препараты, разрабатываемые для лечения определенных аутоиммунных и аутовоспалительных заболеваний в последующем нашли применение при других воспалительных ревматических и неревматических заболеваниях, что позволило получить новые данные, касающиеся механизмов развития аутоиммунитета, аутовоспаления и регуляции иммунной системы в целом.

Фармакотерапия, направленная на разрешение воспаления, – это новый терапевтический подход, основанный на использовании медиаторов разрешения [18-20]. Идея состоит в том, чтобы стимулировать фазу разрешения для ускорения восстановления гомеостаза путем стимулирования синтеза проразрешающих липидных медиаторов (SPM, включая липоксины, резольвины, протектины и марезины) [21-22] или белков (например, аннексин-A1, DEL-1) [23].

В отношении купирования воспаления при аутовоспалительных заболеваниях на сегодняшний день, помимо базисных противоревматических препаратов (метотрексат, сульфасалазин и др.), широко применяются НПВП и глюкокортикоиды. В тоже время во многих странах в терапии воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата длительное время применяются многокомпонентные препараты с низкой концентрацией действующих веществ, такие как Траумель® С. Траумель® С содержит 14 природных компонентов, воздействующих на различные звенья воспалительного процесса и оказывающих комплексное влияние на систему цитокинов. Хотя применение биорегуляционных препаратов у пациентов с аутовоспалительными заболеваниями, имеющими черты аутоиммунной патологии, до настоящего времени не было изучено в крупных рандомизированных клинических исследованиях, на практике имеет место успешное клиническое использование многокомпонентных препаратов для купирования воспаления у пациентов с невысокой активностью аутовоспалительного заболевания, имеющих ряд коморбидных состояний, ограничивающих прием НПВП или глюкокортикоидов.



ФГБНУ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ РЕВМАТОЛОГИИ им. В.А. Насоновой

Лаборатория лучевой диагностики
Кабинет магнитно-резонансной томографии

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

ФИО: Е. И.
Амбулаторно №/с: 97672 / Д-3: СКА СМН.С
Тема _____

Магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных суставов
(Cor STIR T2; Cor SE T1)

1. Интенсивность МР-сигнала со стороны крестца (справа / слева) в режиме STIR T2
не изменена; повышена;
2. Интенсивность МР-сигнала со стороны подвздошных костей (справа / слева) в режиме STIR T2 не изменена; повышена
3. Субхондральный остеосклероз: нет / есть небольшой / умеренный / выраженный
справа / слева
4. Суставные поверхности имеют (не)ровные и (не)четкие контуры справа / слева нет
отслеживаются
5. Жировая дистрофия костного мозга в крестце, правой / левой подвздошных костях: нет / есть
на ограниченных участках; распространенная
6. Мягкие ткани без особенностей;

Дополнительные данные: нет

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: по данным МРТ исследования имеется правосторонний хронический сакроилеит и подострый левосторонний хрон. сакроилеит без признаков активного воспаления в ЛДС

17.02 2016 года

А.В. Смирнов /А.В. Смирнов/

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
РЕВМАТОЛОГИИ имени В.А. НАСОНОВОЙ"
(ФГБУ "НИИР им. В.А.Насоновой")
ЛАБОРАТОРИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И УЗ-ДИАГНОСТИКИ

Пациент: **Е.** Дата рождения: **06.03.1974**
Дата исследования: **24.02.2016** Тип УЗ сканера: **MyLabTwice**

ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЛАСТИ ПЯТОК

ПРАВАЯ

Контур пяточной кости несколько заострён в месте прикрепления плантарной фасции.
Эхоструктура ахиллова сухожилия не изменена.
Жидкости в преахилловой сумке нет, в ретроахилловой сумке нет.
Эхоструктура плантарной фасции не утолщена, неоднородной эхоплотности, жидкости в подпяточной сумке нет.

ЛЕВАЯ

Контур пяточной кости не изменен.
Эхоструктура ахиллова сухожилия не изменена.
Жидкости в преахилловой сумке нет, в ретроахилловой сумке нет.
Эхоструктура плантарной фасции не изменена, жидкости в подпяточной сумке нет.

Заключение: **УЗ признаки начальных дегенеративных изменений справа, неоднородность плантарной фасции справа.**

Код исследования **10206**

Врач УЗИ:



Демина А.Б.

Клинико-диагностическая лаборатория. Гематологическое исследование крови № 209

Амб № 99672

амбул. (прочие)

Пациент:
Дата: 24.02.2016

Е

СМП-С сотрудники

ПОКАЗАТЕЛЬ	Результат, откл, пределы	ед.
Лейкоциты	7.6	4.0 - 9.0 $10^9/l$
Эритроциты	5.21 H	3.90 - 4.70 $10^{12}/l$
Гемоглобин	138	120 - 140 г/л
Гематокрит	41.0	35.0 - 50.0 %
MCV	79 L	80 - 97 фл
MCH	26.5	26.5 - 33.5 пг
MCHC	337	300 - 380 г/л
Тромбоциты	365	150 - 390 $10^9/l$
RDW-SD	37.3	36.4 - 46.3 фл
RDW-CV	13.1	11.6 - 14.5 %
PDW	10.0	10.0 - 20.0 %
MPV	9.2	7.4 - 10.4 фл
Крупные тромбоциты	18.8	13 - 43 %

ПОКАЗАТЕЛЬ	Результат, откл, пределы	ед.
Тромбоцит	0.33	0.10 - 0.50 %
Лимфоциты %	27.7	19.0 - 37.0 %
Лимфоциты	2.10	1.20 - 3.00 $10^9/l$
Моноциты %	7.6	3.0 - 11.0 %
Моноциты	0.58	0.10 - 0.60 $10^9/l$
Нейтрофилы %	63.6	48.0 - 78.0 %
Нейтрофилы	4.83	2.04 - 5.80 $10^9/l$
Эозинофилы %	0.8	0.5 - 5.0 %
Эозинофилы	0.06	0.02 - 0.30 $10^9/l$
Базофилы %	0.3	0.0 - 1.0 %
Базофилы	0.02	0.00 - 0.06 $10^9/l$
СОЭ по Вестергрэн	30.0	2.0 - 30.0 мм/ч

МИКРОСКОПИЯ МАЗКА КРОВИ:

морфолог. изменений
лейкоцитах, эритроцитах не

СМ

	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА
МИЕЛОЦИТЫ		0%
МЕТАМИЕЛОЦИТЫ		0%
ПАЛКИ	-1	0-5%
СЕРПЕНТИНАЦИЯ	-64	40-80%
ЭОЗИНОФИЛЫ	-1	0.5-5%
БАЗОФИЛЫ	-	0-1%
ЛИМФОЦИТЫ	-27	19-37%
МОНОЦИТЫ	-7	3-11%
ТРОМБОЦИТЫ	365	150-390-1000

ФГБНУ "НАУЧНО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ РЕВМАТОЛОГИИ имени В. А. Насоновой"

Клинико-диагностическая лаборатория. Гематологическое исследование крови № 204

Амб № 99672

амбул. (прочие)

Пациент:
Дата: 18.05.2016

Е

СМП-С сотрудники

ПОКАЗАТЕЛЬ	Результат, откл, пределы	ед.
Лейкоциты	7.5	4.0 - 9.0 $10^9/l$
Эритроциты	4.06	3.90 - 4.70 $10^{12}/l$
Гемоглобин	133	120 - 140 г/л
Гематокрит	37.5	35.0 - 50.0 %
MCV	92	80 - 97 фл
MCH	32.9	26.5 - 33.5 пг
MCHC	355	300 - 380 г/л
Тромбоциты	259	150 - 390 $10^9/l$
RDW-CV	16.9 H	11.6 - 14.5 %
PDW	12.8	10.0 - 20.0 %

ПОКАЗАТЕЛЬ	Результат, откл, пределы	ед.
MPV	8.3	7.4 - 10.4 фл
Тромбоцит	0.21	0.10 - 0.50 %
Лимфоциты %	32.0	19.0 - 37.0 %
Лимфоциты	2.40	1.20 - 3.00 $10^9/l$
Моноциты %	6.1	3.0 - 11.0 %
Моноциты	0.40	0.10 - 0.60 $10^9/l$
Гранулоциты %	61.9	48.0 - 78.0 %
Гранулоциты	4.70	2.04 - 5.80 $10^9/l$
СОЭ по Вестергрэн	26.0	2.0 - 30.0 мм/ч

МИКРОСКОПИЯ МАЗКА КРОВИ:

Морфология. изменений
т-тов и л-тов нет

Верб

	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА
МИЕЛОЦИТЫ		0%
МЕТАМИЕЛОЦИТЫ		0%
ПАЛКИ	-2	0-5%
СЕРПЕНТИНАЦИЯ	-53	40-80%
ЭОЗИНОФИЛЫ	-2	0.5-5%
БАЗОФИЛЫ	-	0-1%
ЛИМФОЦИТЫ	-32	19-37%
МОНОЦИТЫ	-6	3-11%
ТРОМБОЦИТЫ	259	150-390-1000



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
РЕВМАТОЛОГИИ имени В.А. НАСОНОВОЙ»

(ФГБНУ НИИР им. В.А. НАСОНОВОЙ)

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

ФИО:

Е. 06.03.1974 г.р.

09.03.2017

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЛЕВОЙ СТОПЫ

Мягкие ткани незначительно утолщены и уплотнены, преимущественно области 1-го, 2-го пальцев.

Неравномерный околоуставной остеопороз костей, небольшой. Различной величины, единичные кистовидные просветления костной ткани.

Субхондральный остеосклероз костей выявляется со стороны смежных отделов 1-го п.ф.с.

Эрозии суставных поверхностей костей, четко не выявляются, но контуры ряда костей, больше 1-х п.ф.с. и слева, нечеткие.

Неравномерно сужены щели суставов.

Деформации суставов: вальгусная 1-го п.ф.с. на фоне поперечного плоскостопия.

Остеофиты на краях костей, больше 1-го п.ф.с.

Обращает внимание наличие локальной периостальной реакции в области медиального отдела верхней трети диафиза 2-й плюсневой кости: за счет перегрузки при плоскостопии? изменения сосудов нижних конечностей?

Эфф.Д.0,04 мЗв.

Л.А.Божьева



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

ФГБУ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
РЕВМАТОЛОГИИ ИМЕНИ В.А. НАСОНОВОЙ»

Ф.И.О. | Е

Дата рождения 06.03.1974 г.р.

Номер карты **99672**

Пол Женский

Дата регистрации **07.04.2017**

08:20

С-реактивный белок – 13,4 (норма 1,1-4,4 нг/мл)

Ревматоидный фактор - отрицательно

Зав лабораторией

иммунологии и молекулярной биологии

Е.Н. Александрова



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

ФГБУ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
РЕВМАТОЛОГИИ ИМЕНИ В.А. НАСОНОВОЙ»

Ф.И.О. **Е**

Дата рождения 06.03.1974 г.р.

Номер карты **99672**

Пол Женский

Дата регистрации **17.10.2017**

10:15

С-реактивный белок – 2,2 (норма 1,1-4,4 нг/мл)

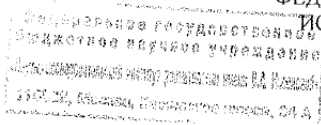
Зав лабораторией

иммунологии и молекулярной биологии

Е.Н. Александрова



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ РЕВМАТОЛОГИИ ИМЕНИ В.А. НАСОНОВОЙ»



Прием врача-дерматовенеролога

Ф.И.О. пациента Е.
Дата рождения 06.03.1974 г.р.
Номер карты 99672
Пол Женский

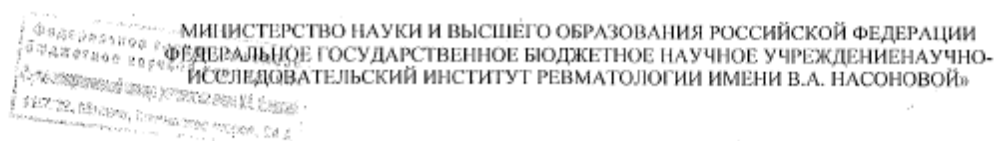
Дата консультации: 05.10.2018

Диагноз основного заболевания:

Бляшечный псориаз (высыпания в межъягодичных складках, на груди, в области бедер и волосистой части головы). Псориатическая ониходистрофия (онихолизис ногтевых пластинок).

Подпись врача:

Озеров Н.В.



Прием врача-ревматолога

Ф.И.О. пациента Е
 Дата рождения 06.03.1974 г.р.
 Номер карты 99672
 Пол Женский

Дата консультации: 06.11.2018

Жалобы: на боли и припухание в суставах стоп и коленных суставов, боли и скованность по утрам до 1 часа в позвоночнике в области поясницы.

Объективный статус: общее состояние: удовлетворительное.

Температура: 36.7 °C. **Сознание:** ясное.

Кожные покровы: Цвет: кожа нормальной окраски, слизистые оболочки чистые. Единичные псориазические высыпания в области волосистой части головы. Онихозис. Влажность: нормальная. Эластичность кожных покровов, тургор: в норме.

Лимфатические узлы: Лимфатические узлы: не увеличены в размерах. Консистенция: мягко-эластичной. Подвижность: сохранена. Болезненность при пальпации: безболезненны при пальпации. Состояние кожи над ними: не изменена.

Нос: Дыхание: свободное. Выделения: слизистые, в нормальном количестве. Язык: розовый, слегка обложен белым налетом. Запах изо рта: отсутствует. Зев, задняя стенка глотки: не гиперемированы.

Система органов дыхания: Форма грудной клетки: нормостеничная. Участие в акте дыхания: участвует свободно. ЧДД: 16 в минуту. Одышка: отсутствует. Перкуторно легочный звук: ясный.

Дыхание: везикулярное. Хрипы: отсутствуют. Крепитации: нет. Шум трения плевры: нет.

Система органов кровообращения: Тоны сердца: ясные, ритмичные. Шумы: отсутствуют.

Артериальное давление: Sinistr.: 135/75 мм.рт.ст. Пульс: 86 уд/мин.

Система органов пищеварения: Живот: мягкий. При пальпации: безболезненный. Симптомы раздражения брюшины: отрицательные. Печень: пальпаторно по краю реберной дуги, безболезненная при пальпации, мягко-эластической консистенции. Стул: в норме.

Система органов мочеотделения: Симптом поколачивания по поясничной области: отрицательный. Мочиспускание: не учащенное, безболезненное.

Нервная система: Чувствительность: не нарушено. Координация движений: в норме. Когнитивные расстройства: отсутствуют.

Суставы: болезненность и отек в области левого коленного сустава, 1 ПФС стоп, болезненность при пальпации в области КПС.

Диагноз основного заболевания:

М 07.3. Псориазический артрит с поражением плюснефаланговых и коленных суставов, крестцово-подвздошных сочленений (двусторонний асимметричный саронилит ст 1-2), акт 2, ФН 2. Бляшечный псориаз с поражением ногтей и волосистой части головы.

Рекомендации:

1. Метотрексат 12,5 мг в неделю + фолieвая к-та 5 г в неделю
2. Нимесулид 0,2 по 1т 2 р/д
3. Явка через 3 мес.

Подпись врача:

Зеленов В.А.



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ РЕВМАТОЛОГИИ ИМЕНИ В.А. НАСОНОВОЙ»
119121, Москва, Петровский проспект, 10А

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ

Протокол № 1827

ФИО: Е.		Пол: Женский	Дата рождения: 06.03.1974 (50 лет)
№ АК 2363	Отделение:		Диагноз:
Исследование: ЭГДС		Эндоскоп: Видеогастроскоп Fujifilm K31	
Цель:			
Жалобы: Боли в эпигастриальной области после еды			
Дата: 08.10.2024	Время: 07:02	Источник оплаты: ПРОФСОЮЗ МОО ТОПС работников здравоохранения г. Москвы УЗ ЮАО (н)	
Анестезия: Без анестезии			
Протокол исследования: Серо-розовая слизистая пищевода. Кардия смыкается. В желудке розоватая слизистая. Складки неравномерно извитые, расправляются при инсuffляции воздуха. Прием ретрофлексии дополнительных данных не дал. Выходной отдел правильно формировался, перистальтика сохранена. На слизистой антрального отдела поверхностные дефекты слизистой до 0.3 см с каймой гиперемии. Пилорический канал сомкнут, свободно пропускает тубус эндоскопа. В луковице и нисходящем отделе 12 ПК серо-розовая слизистая. Керкринговые складки высокие, эластичные, полуциркулярные. В просвете кишки прозрачная желчь. БДС в типичном месте, не изменен.			
Заключение: Эрозивный антральный гастрит.			
Рекомендации: Консультация врача-гастроэнтеролога			

Врач-эндоскопист:

д.м.н. Манцеров М.П.

Медицинская сестра:

Смирнова А.А.



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ РЕВМАТОЛОГИИ ИМЕНИ В.А. НАСОНОВОЙ»
Российская Федерация, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34А, телефон: +7(495)109-21-44
Web: <http://www.rheumatolog.ru> E-mail: klinika@irramn.ru

ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО № 11769

Ег, 06.03.1974 г.р., 50 лет, проживающий(ая) по адресу
находился(лась) на стационарном лечении с 30.10.2024 по 07.11.2024г. Отделение выписки: 1-е ревматологическое отделение (последнее).

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: код по МКБ-10: K29.6 Хронический эрозивный антральный гастрит с синдромом эпигастральной боли в стадии обострения; K86 Экзокринная недостаточность поджелудочной железы с синдромом диспепсии; K86.8 Другие уточненные болезни поджелудочной железы, обострение.

Жалобы: боли в эпигастральной области, боли в животе

Анамнез заболевания: Боли в животе периодические с июля 2024, усиление болей в сентябре 2024, самостоятельно принимала Алмагель, без значимого эффекта.

на ЭГДС 08.10.2024: Эрозивный антральный гастрит, консультирована врачом-гастроэнтерологом: назначен разо, Де нол, диета.

Соблюдали диету, без значительного эффекта. Сохраняются боли в эпигастральной области. Учитывая болевой синдром, изменения в биохимическом анализе крови госпитализируется в НИИР им.В.А.Насоновой, для коррекции терапии.

Анамнез жизни: Родилась и развивалась согласно возрастным нормам.

Анализ крови на амбулаторном этапе от 30.10.2024:

Липаза 444.2 ед/л 13.0-60.0

АСТ 10.4 ед/л 0.0-38.0

АЛТ 4.3 ед/л 0.0-41.0

Креатинкиназа общая 36.8 ед/л 24-170

ГГТ 20.8 ед/л 5.0-50.0

Мочевина 3.56 ммоль/л 1.80-8.30

Креатинин крови 69.5 мкмоль/л 44.0-106.0

Альфа-Амилаза 321.7 ед/л 28.0-100.0

Панкреат. амилаза 306.6 ед/л 13.0-53.0.

ТТГ 3.060 мМЕ/л 0.5-4.5

hsCRP 65.0 мг/л 0-5.

Лейкоциты $10.1 \cdot 10^9/\text{л}$ 4.0-9.0

Эритроциты $4.24 \cdot 10^{12}/\text{л}$ 3.90-4.70

Гемоглобин 130 г/л 120-140

СОЭ по Вестергрен 64 мм/ч 2-30

Тромбоциты $503 \cdot 10^9/\text{л}$ 150-390

Сопутствующие, перенесенные заболевания: инсульт, инфаркт миокарда, туберкулез, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка, 12 п.к. - отрицает. Гипертоническая болезнь (жораксан, престариум)

Перенесенное оперативное лечение и травмы: Кесарево сечение.

Вредные привычки: курит

Наследственность: По ревматическим заболеваниям не отягощена.

Экспертный анамнез: работает, ЛН не нужен

Аллергологический анамнез: пенталгин

Эпидемиологический анамнез: Боли в горле, насморк, кашель - пациент отрицает в течение последних 7 дней. Контакт с инфекционными больными не было на карантине был (-а) - болен (-а) новой коронавирусной инфекцией экспресс-тест на Ag к SARS-CoV-2 отрицательный от 30.10.2024г

Объективные данные: Общее состояние: средней тяжести; Рост: 160 см; вес: 58 кг; ИМТ: 22.66; Температура тела: 36.6 °C; Кожные покровы: Кожные покровы чистые, влажные, без особенностей.; Отеки: нет; Костно-суставная система: Артритов нет, пассивные движения в суставах в полном объеме.; Сердечно-сосудистая система Границы сердца: в пределах нормы; Тоны сердца: Тоны сердца ясные, ритмичные; Шумы: не выслушиваются; на правой руке : 120 / 80 мм.рт.ст. ; ЧСС : 16 в 1 минуту;

Дыхательная система Частота дыхательных движений: 17 в 1 минуту; Хрипы: нет;

Пищеварительная система:

Живот Внешний вид: не изменен; При пальпации: болезненность при пальпации в области эпигастрия, боль локализуется в эпигастрии с иррадиацией в паховую область;

Печень Размеры: Размер относительной тупости по Курлову: 10х9х8см, Симптомы Ортнера, Кюра, Георгиевского отрицательны. Край печени не выходит из-под края реберной дуги.; Стул: регулярно;

Мочевыделительная система Симптом поколачивания по пояснице: Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон; Мочепускание: свободное, безболезненное;

Нервная система Уровень сознания: Сознание ясное. Грубой очаговой патологии нет.;

Сигнальная информация: Rg дата (14.11.2023); корь болен (10.10.1979), RW отр 31.10.2024, ВИЧ отр 31.10.2024, Гепатит В и С отр 31.10.2024.

Диета: режим: общий, диета: высокобелковая диета

Данные лабораторных исследований:

Кровь (-)

Показатель (Ед.изм.)	Норма	30.10.2024	31.10.2024	02.11.2024	06.11.2024
		00:00	00:00	00:00	00:00

Показатель (Ед.изм.)	Норма	30.10.2024 00:00	31.10.2024 00:00	02.11.2024 00:00	06.11.2024 00:00
Лейкоциты ($10^9/l$)	4.0 - 9.0			7.1	7.2
Эритроциты ($10^{12}/l$)	3.90 - 4.70			4.36	3.86
Гемоглобин (g/l)	120 - 140			133	117
Гематокрит (%)	35.0 - 50.0			39.3	36.1
MCV (fl)	80 - 97			90.1	93.4
MCH (pg)	26.5 - 33.5			30.5	30.4
MCHC (g/l)	300 - 380			338	325
Тромбоциты ($10^9/l$)	150 - 390			357	367
RDW-SD (fl)	36.4 - 46.3			39.7	41.0
RDW-CV (%)	11.6 - 14.5			12.3	11.8
PDW (%)	10.0 - 20.0			10.9	16.1
MPV (fl)	7.4 - 10.4			9.7	9.9
Крупные тромбоциты (%)	13 - 43			22.8	
Тромбоциты (%)	0.10 - 0.50			0.35	0.36
Лимфоциты % (%)	19.0 - 37.0			31.8	23.9
Лимфоциты ($10^9/l$)	1.20 - 3.00			2.26	1.71
Моноциты % (%)	3.0 - 11.0			11.3	7.5
Моноциты ($10^9/l$)	0.10 - 0.60			0.81	0.54
Нейтрофилы % (%)	48.0 - 78.0			53.3	66.3
Нейтрофилы ($10^9/l$)	2.04 - 5.80			3.79	4.77
Эозинофилы % (%)	0.5 - 5.0			2.5	2.3
Эозинофилы ($10^9/l$)	0.02 - 0.30			0.18	0.17
Базофилы % (%)	0.0 - 1.0			1.0	0.0
Базофилы ($10^9/l$)	0.00 - 0.06			0.07	0.00
СОЭ по Вестергрен (мм/ч)	2 - 30			34	26
Микроциты Нейтрофилы пал-кл. (%)	1.0 - 6.0			2	3
Микроциты Нейтрофилы сегм-кл. (%)	47.0 - 72.0			52	65
Микроциты Эозинофилы (%)	0.5 - 5.0			3	2
Микроциты Лимфоциты (%)	19.0 - 37.0			32	23
Микроциты Моноциты (%)	3.0 - 11.0			11	7
Микроциты Тромбоциты по Фолло ($10^9/l$)	150 - 390			357	367
Микроциты Промитозы Морфология эритроцитов				Морфологических аномалий эритроцитов и лейкоцитов не обнаружено	Морфологических аномалий эритроцитов и лейкоцитов не обнаружено
АЛТ (ед/л)	0.0 - 41.0			6.0	
АСТ (ед/л)	0.0 - 38.0			16.7	
Креатинин крови (мкмоль/л)	44.0 - 106.0			60.0	61.1
Холестерин общий (ммоль/л)	3.90 - 6.20			5.22	
ГГТ (ед/л)	5.0 - 50.0			25.8	
Альфа-Амилаза (ед/л)	28.0 - 100.0				69.0
Панкреат. амилаза (ед/л)	13.0 - 53.0		130.2	191.6	52.1
Липаза (ед/л)	13.0 - 60.0			223.9	83.0
Натрий (ммоль/л)	135.0 - 148.0		138		
Калий (ммоль/л)	3.50 - 5.30		4.40		
Хлор (ммоль/л)	95 - 108		104		

Показатель (Ед.изм.)	Норма	30.10.2024 00:00	31.10.2024 00:00	02.11.2024 00:00	06.11.2024 00:00
Кальций (ммоль/л)	2.10 - 2.62			2.42	
Лактат (ммоль/л)	0 - 5		10.2	29.3	5.8
Антитела к ВИЧ 1 и 2 и антиген ВИЧ 1 и 2			не обнаружено		
Определение HBs-антигена вируса гепатита В			не обнаружено		
Антитела класса IgM+IgG к <i>Tetrahena pallidum</i>			не обнаружено		
Антитела классов IgM и IgG к вирусу гепатита С			не обнаружено		
Экспресс-исследование на выявление антигена COVID-19 (АГ SARS-CoV-2)		не обнаружено			
Проккалцитониновый тест (пг/мл)	0.10		0.024		

Моча (-)

Показатель (Ед.изм.)	Норма	02.11.2024 00:00
Цвет		желтый
Реакция (pH)	5.5 - 7.0	6.5
Отн. плотность	1.010 - 1.025	1.015
Белок (г/л)		нет
Глюкоза (%)		нет
Кетоны (%)		1.5
Уробилиноген (г/л)	0.0 - 17.0	нет
Билирубин (мг/л)		нет
Нитриты (ммоль/л)		нет
Эритроциты (ммоль/л)	0 - 5	10.0
Лейкоциты (Leu/μmol)	0 - 10	11.0
Эритроциты (в п/зр)		0-1-3
Лейкоциты (в п/зр)		2-4
Эпителий мочевого (в п/зр)		6-7
Цилиндры зернистые (в п/зр)		нет
Цилиндры гиалиновые (в п/зр)		нет
Цилиндры воскообразные (в п/зр)		нет
Бактерии		нет

Результаты инструментальных исследований: КТ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА С ВНУТРИВЕННЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ, 30.10.2024.

На серии томограмм печень в размерах не увеличена, край ее четкий и ровный, структура паренхимы неоднородная за счет наличия в 3 сегменте образования, выявляемого в нативную и артериальную фазу исследования, плотностью до +35ед, в артериальную фазу накапливает неравномерно контрастный препарат до +157ед, в паренхиматозную фазу сливающееся с неизмененной паренхимой, размерами 10х9мм. Сосудистая архитектура и ворота дифференцированы, интрапеченочные протоки не расширены.

Желчный пузырь в размерах не увеличен, обычной формы, контуры его четкие, ровные, содержимое однородное. Поджелудочная железа обычной формы и размеров, контуры ее четкие, структура паренхимы однородная, паранкреатическая клетчатка дифференцируется. Селезенка и надпочечники без особенностей.

Почки обычно расположены, контуры их четкие и ровные, структура паренхимы левой почки неоднородная за счет образования жировой плотности, размерами 8х5мм, плотность не изменена, чашечно-лоханочные системы и мочеточники не расширены, сосудистые ножки и паранефральная клетчатка дифференцируются. В верхней группе чаш левой почки единичный рентгенконтрастный конкремент диаметром 3,5мм, плотностью до +1318ед.

Лимфатические узлы на исследованных уровнях не увеличены. Аорта и крупные сосуды без особенностей. Деструктивных изменений позвоночника на уровне исследованных сегментов не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: КТ-признаки гемангиомы в 3 сегменте печени. Признаки липомы левой почки. МКБ: единичный рентгенконтрастный конкремент верхней группы чаш левой почки.

РЕГИСТРАЦИЯ И ОПИСАНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ, 01.11.2024.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ЭКГ от 30.10.2024. Синусовый ритм с ЧСС 90 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Особенности внутрижелудочкового проведения. Изменение конечной части комплекса QRS в отведениях V2-V3: отрицательные зубцы Т в отведении V2, низкoамплитудные зубцы Т в отведении V3. Увеличение потенциалов левого желудочка (V6>V5>V4). Удлинение интервала QT.

Консультация: КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА, 01.11.2024.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Диагноз: K29.5 Хронический неатрофический гастрит с синдромом эпигастриальной боли в стадии обострения; K86 Экзокринная недостаточность поджелудочной железы с синдромом диспепсии;

Рекомендации: Продолжить стационарное лечение. Явка после выписки

Проводившееся лечение: Подкожный ОКРЕОТИД 100 мкг в течение 3 дн. 3 раза в день 01.11 (15:00, 23:00), 01.11 (07:00) (отмена), 02.11 (07:00, 15:00, 23:00), 03.11 (07:00, 15:00, 23:00);

Эзомепразол 20 мг (у пациента) в течение 5 дн. 2 раза в день 01.11 (10:00, 20:00) - 05.11 (10:00, 20:00);

Мебеверин 200 мг (у пациента) в течение 5 дн. 01.11 (10:00) - 05.11 (10:00);

Внутривенно капельно НАТРИЙ ХЛОРИД 1000 МЛ в течение 3 дн. 01.11 (12:00) - 03.11 (12:00);

Дротаверин 40 мг (у пациента) в течение 5 дн. 2 раза в день 01.11 (10:00, 20:00) - 05.11 (10:00, 20:00);

Внутривенно капельно МЕТРОНИДАЗОЛ 500 мг + НАТРИЙ ХЛОРИД 100 МЛ в течение 3 дн. 3 раза в день 01.11 (07:00, 15:00, 23:00) - 03.11 (07:00, 15:00, 23:00);

Внутривенно капельно НАТРИЙ ХЛОРИД 250 МЛ + ЦЕФТРИАКСОН 2 ГР в течение 3 дн. 01.11 (20:00) - 03.11 (20:00);

Результаты лечения: На фоне проводимой терапии отмечена отчетливая клинко-лабораторная положительная динамика. Пероральное питание восстановлено с диетическими ограничениями

Обсуждение: Пациентка госпитализирована в клинику ФГБНУ НИИР им.В.А.Насоновой впервые с направительным диагнозом Гастрит, обострение. учитывая высокие цифры липазы, амилазы, СОЭ и СРБ и болевой синдром переведена в ОРИТ для проведения инфузионной терапии (риамберин, стерофундин, антибактериальная терапия: метронидозол, цефтриаксон; октреотид), с положительной динамикой (снижение амилазы, липазы, СРБ и СОЭ). Выписывается в удовлетворительном состоянии под динамическое наблюдение врача-гастроэнтеролога по месту жительства

Рекомендации по дальнейшему лечению: 1. Соблюдение рекомендаций врачей-специалистов (см. выше). Динамическое наблюдение врачом гастроэнтерологом. Динамическое наблюдение врача-кардиолога.

ЭГДС через 6-12 месяцев.

2. Медикаментозная терапия:

- Эзомепразол 20 мг или пантопразол 20мг/сут, длительно

- Итоприд гидрохлорид (Ганатон или аналоги) по 50 мг 3 раза/сут до еды.

- Ферментное лекарственное средство: например панкреатин или креон или аналоги), схему введения согласовать с врачом-гастроэнтерологом.

3. Режим:

• Ночной сон минимум 8 часов в сутки без перерывов, засыпать желательно до полуночи;

• Диета. Питание полноценное, высокобелковая, дробное 5-6 раз в день.

• Регулярные занятия ЛФК для суставов- плавание, избегать нагрузок.

Комментарий: Лекарственные препараты могут быть заменены на аналогичные по МНН на усмотрение пациента и лечащего врача. Препараты для льготных категорий граждан и/или имеющих возрастные ограничения могут быть заменены на аналогичные из перечня ЖНВЛП по решению врача медицинской организации, к которой прикреплен пациент.

Исход заболевания: Выписывается с улучшением, даны рекомендации.

Трудоспособность: восстановлена

Направлен: домой

Лучевая нагрузка: 10,71 мЗв

Лист нетрудоспособности выдан: Выдан Л/Н № 910256431542 с 30.10.2024 по 07.11.2024, к труду 08.11.2024

Дополнительно: Лечение и обследование проводилось согласно стандартам оказания медицинской помощи.

Лечащий врач _____/Феклистов Алексей Юрьевич /07.11.2024

Зав.отделением _____/Короткова Татьяна Александровна /07.11.2024

С выписным эпикризом ознакомлен(а). Всю информацию интересующую меня касаемо моего здоровья, заболевания и лечения получил(а). С рекомендациями по дальнейшему лечению ознакомлен(а). Претензий к стационарному лечению не имею.

Пациент или его законный представитель: _____/_____

Выписной эпикриз, результаты анализов и исследований, заключения приемов специалистов доступны в Личном кабинете пациента на официальном сайте Института (<https://rheumatolog.su/lkp/>)

Инструкция пользователя личного кабинета пациента: (https://rheumatolog.su/media/lk_pat/NIIR_LKP_Instruction_2021.pdf)



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ РЕВМАТОЛОГИИ ИМЕНИ В.А. НАСОНОВОЙ»

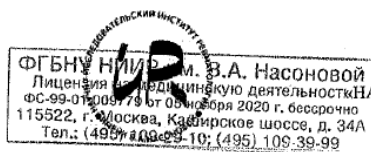
Фамилия И. О. **Е**
Номер карты **2363**
Номер заказа **578438**

Дата рождения **06.03.1974**
Пол **Женский**
Дата заказа **10.12.2024 16:51**
Дата выполнения **11.12.2024 11:22**

Наименование исследования	Результат	Ед. изм.	Реф. значения
Исследование уровня липазы в сыворотке крови			
Липаза	89.3	ед/л	13.0-60.0
Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови			
АСТ	17.6	ед/л	0.0-38.0
Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови			
АЛТ	8.7	ед/л	0.0-41.0
Исследование уровня креатинина в крови			
Креатинин крови	80.0	мкмоль/л	44.0-106.0
Исследование уровня амилазы в крови			
Альфа-Амилаза	91.0	ед/л	28.0-100.0
Исследование уровня изофермента альфа-амилазы (панкреатической)			
Панкреат. амилаза	61.8	ед/л	13.0-53.0

Кашникова Л.Н.

Заведующая клинической лабораторией



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ РЕВМАТОЛОГИИ ИМЕНИ В.А. НАСОНОВОЙ»

Фамилия И. О.

Номер карты 2363

Номер заказа 586825

Е

Дата рождения 06.03.1974

Пол Женский

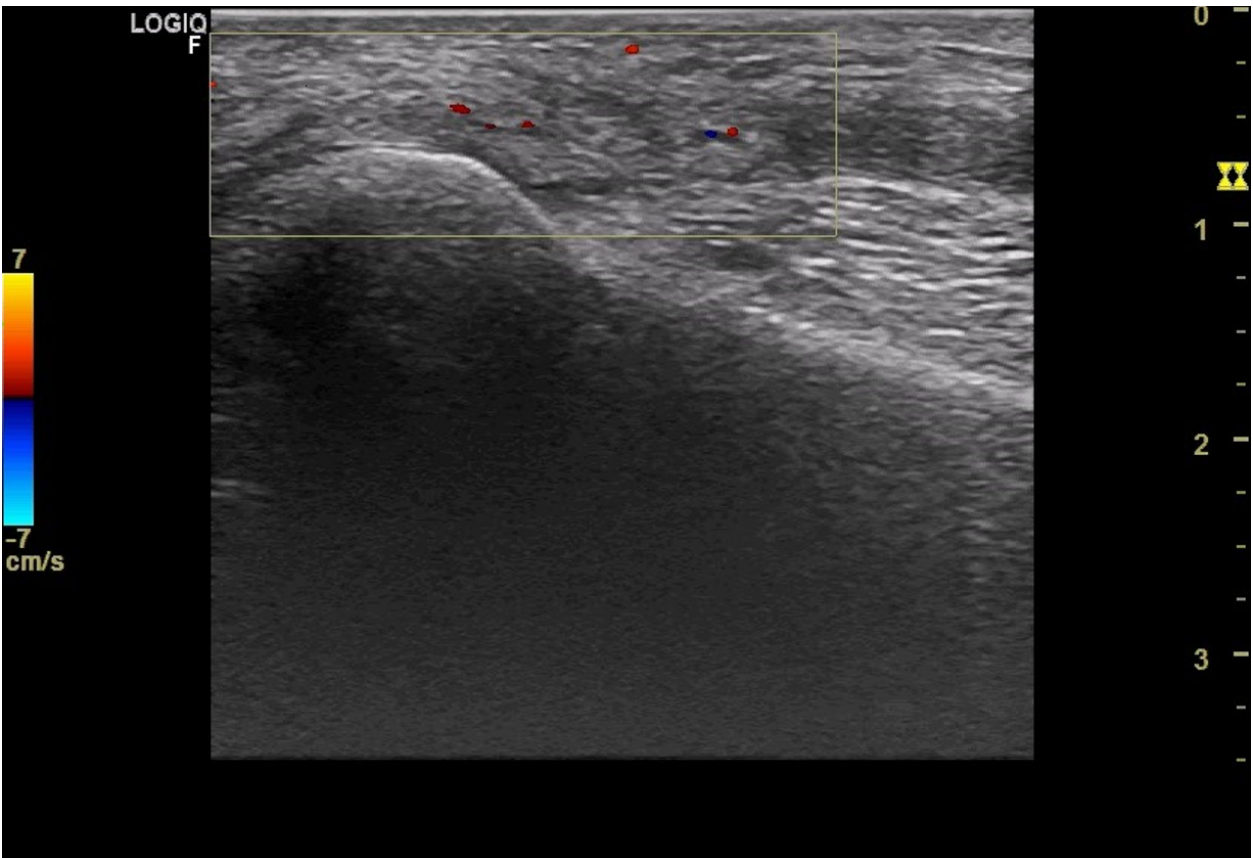
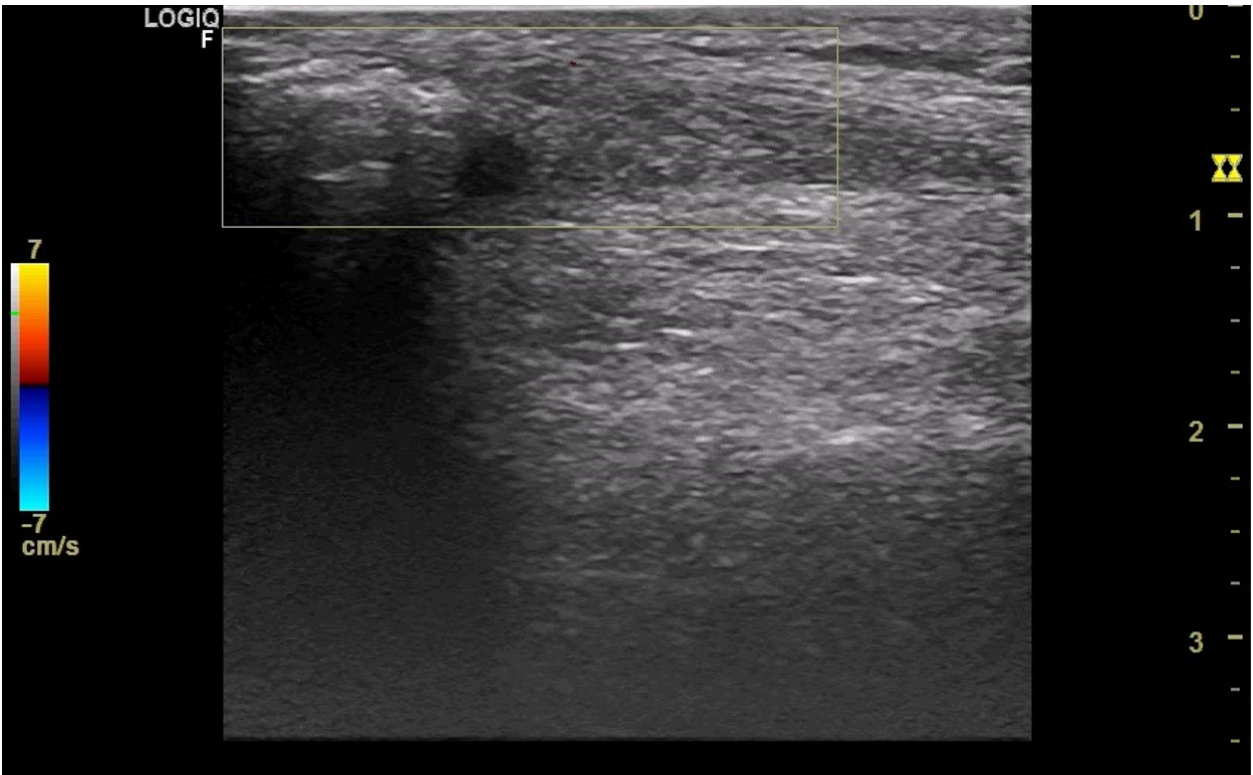
Дата заказа 13.01.2025 08:56

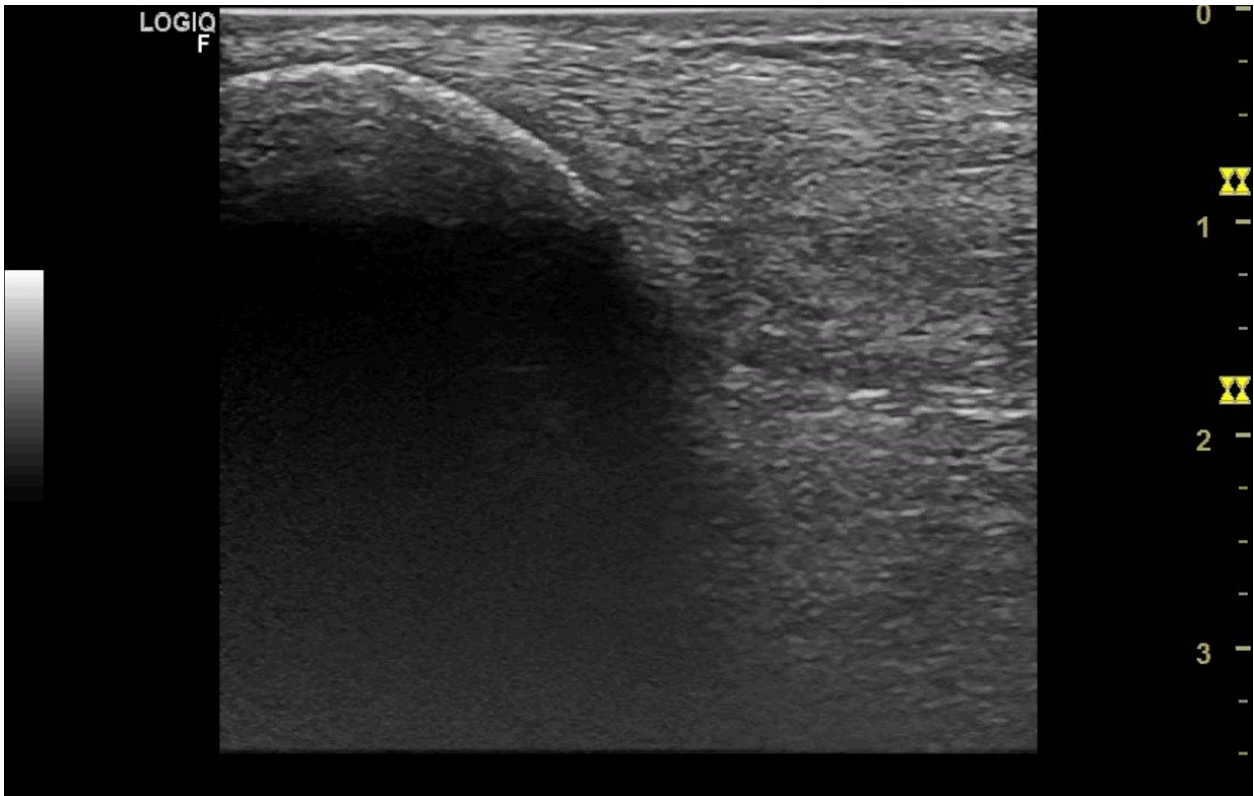
Дата выполнения 15.01.2025 13:30

Наименование исследования	Результат	Ед. изм.	Реф. значения
Определение тиреотропного гормона ТТГ плазмы крови			
ТТГ	2.010	мкМЕ/л	0.5-4.5
Определение С-пептида в сыворотке крови			
С-пептид	1.99	нг/мл	1.1-4.4
Определение СРБ высокочувствительным методом			
hsCRP	8.0	мг/л	0-5
Определение уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови			
Определение уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови	14.1	нг/мл	3.1-20.5
Определение IgG4 в сыворотке крови			
Определение паратиреоидного гормона в сыворотке крови			
Паратгормон	21.17	пг/мл	15-65

Заведующий лабораторией иммунодиагностики









МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ РЕВМАТОЛОГИИ ИМЕНИ В.А. НАСОНОВОЙ»

Фамилия И. О. **Е**
Номер карты **2363**
Номер заказа **586825**

Дата рождения **06.03.1974**
Пол **Женский**
Дата заказа **17.02.2025 08:56**
Дата выполнения **17.02.2025 13:32**

Наименование исследования	Результат	Ед. изм.	Реф. значения
Определение тиреотропного гормона ТТГ плазмы крови			
ТТГ	2.010	мкМЕ/л	0.5-4.5
Определение С-пептида в сыворотке крови			
С-пептид	1.99	нг/мл	1.1-4.4
Определение СРБ высокочувствительным методом			
hsCRP	4.1	мг/л	0-5
Определение уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови			
Определение уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови	14.1	нг/мл	3.1-20.5
Определение IgG4 в сыворотке крови			
IgG4	0.25	г/л	0.1-1.35
Определение паратиреоидного гормона в сыворотке крови			
Паратгормон	21.17	пг/мл	15-65

Заведующий лабораторией иммунодиагностики

