

## ЕТАПНА ЕПИКРИЗА

на

**ДИАН ИЛИЯНОВ КОСТОВ**

Дата на раждане: 10.12.1986 г.

Адрес: гр. Казанлък, жк. "Изток" бл.23, вх."З", ап 189

**ДИАГНОЗА: Серопозитивен ревматоиден артрит 4-ти рьо ст. 4-ти ф. клас по Щайнброкер, Остеопороза, Вторичен нанизъм, Гастродуоденитис хроника**

Касае се за младеж на 26 години, с нормална развойна анамнеза до деветгодишна възраст / до 1995 год. /, когато в Клиниката по ревматология и колагенови заболявания към СБАЛДБ гр. София, е поставена диагноза Ювенилен Идиопатичен артрит – системна форма- Болест на Still.

Дългогодишното заболяване на пациента показва хронично- рецидивиращ ход на заболяването, с чести обостряния в хода на намаляване на кортикостероидната терапия или във връзка с интеркуретни инфекции. Налице е прогресиращ ход по отношение на ставния синдром: продуктивни изменения в МКФС / метакарпо-фалангеални стави/ и ИФС / интерфалангеални стави на ръцете/; тендовагинитни промени по дорзалната повърхност на двете китки с ограничени и болезнени движения; флексиионни контрактури в лакетни стави; ограничени и болезнени движения в раменете; продуктивни промени в коленни стави с болезненост; засягане на дясна тазобедрена става с релативно скъсяване на десен долен крайник, ограничени и болезнени движения в същия; засягане и на лява тазобедрена става- двустранна коксартроза; продуктивни изменения в глезените с лекостепенна хипотрофия на мускулатурата на бедра и подбедрици. Непълна ротация в шийния отдел на гръбначен стълб. Скъсени / компресирани / тела на прешлените от гръден и лумбален отдел, с биконкавна форма, показващи дифузна остеопороза, при направена рентгенография на гръбначни прешлени. Необходимост от чужда помощ.

Пациентът е трайно кортизонизиран / без прекъсване от 1995 година/, с установена кортикозависимост и кортикорезистентност.

Изследвания от 18.05.2013 год.: СУЕ 44 мм; CRP / + / 12 mg/l; Hb 151; Eг 4.16; Lev 14.4; Htc 0.44; Thr 311; ASAT 11.8; Алкална фосфатаза 49; Креатинин 62; Холестерол 5.1 mmol/l.

Еволюцията на заболяването показва, че се касае за бързопрогресиращ полиартрит, представящ се в неговия дебют като системна форма на Ювенилен Идиопатичен Артрит с проявена кортикозависимост и кортикорезистентност / използвани са всички препарати от групата на кортикостероидите/, персистираща висока възпалителна активност, хронично- рецидивиращ ход и изявени странични явления от непрекъснатата хормоналната терапия, проявени като придружаващи заболявания: Генерализирана остеопороза, вторичен нанизъм- пациентът е на видима възраст /НЕотговаряща/ по- малка от действителната и с ръст много по- нисък от минимално допустимите граници, гастродуоденитис хроника. Налице е прогресиращ ход по отношение на ставното увреждане, ангажиращо малки и големи стави, деформация, силно ограничен двигателен капацитет с необходимост от чужда помощ, анкилоза на гръбначни стави, хроничен синовит на МКФС / метакарпо- фалангеални стави/, ИФС / интерфалангеални стави на ръцете /, хроничен гонит, артроза на колянна става, двустранна коксартроза на тазобедрени стави, ограничени болезнени движения на гръбначен стълб във всички равнини, палпаторна болка при компресия.

От 1995 год. /от датирването на заболяването, проявяващо се в дебюта си като Ювенилен Идиопатичен Артрит- системна форма/ пациентът е на непрекъсната кортикостероидна терапия. Като базисна терапия от 1995 г. е включен Резохин, а през 1996 год. и Метотрексат. Правени са многократни пулстерапии с вливане на кортикостероиди- метилпреднизолон в доза 10 мг до 20 мг. / кг.т. за три поредни дни, без очакван ефект и възможност за редуциране на кортикостероидната доза. В последствие е направен опит за включване на Ендоксан и Имуран, но поради множество неблагоприятни странични явления се наложи тяхното прекратяване. През 2000 год., след консултиране в клиника по ревматология „Бух“ в гр. Берлин, Германия се проведе 6 / шест / месечен курс на лечение с Енбрел, но не се постигна овладяване на високата възпалителна активност. През 2006 г. и 2007 г. се проведе лечение с Генотропин- не се отчете промяна в ръста на пациента. През 2006 г. и 2007 год. бе включен в терапията и Сандимун Неорал, без очакван ефект, поради което приема му бе прекратен.

От 2011 г. включена Акторма. Значително повлияване на ставно възпалителния синдром. След спиране- активирание на заболяването- отново фебрилитет, болка и скованост, затруднена, почти невъзможна походка.

Настояща терапия:

Медрол- 4 табл./ дневно

Метотрексат- 20 мг/ седмично

Фолапид- 2x1 табл., два дни в седмицата

Дипрофос- вътре ставно

НСПВ / Нестероидни Противовъзпалителни /- Фелоран, Волгарен- 2x1 табл./ дневно

За Остеопороза:

Ризендрос- 35 мг/ седмично

Остеопор- 2x1 табл./дневно

Алфа Д3 по 1 мкг./ дневно

За гастрит:

Омепразол- 2x 1 табл.20 мг/ дневно

Ранитидин- 1 табл. 150 мг/вечер

Талцид- при необходимост

Поради изчерпани терапевтични възможности, често рецидивиращ ход на заболяването, висока възпалителна активност и прогресиращ ход по отношение на ставното увреждане, почти невъзможна походка, пациентът е включен в програма за лечение с антициткинов препарат РоАкторма / Тоцилизумаб/, от групата на инхибитори на интерлевкин-6 / IL-6 / рецепторите.

30.09. 2013 год.

ОПЛ: Д-Р ВЕСЕЛИН БАСТРЕВ

Специалист "Обща медицина"

Д-р Веселин Т. Бастрев

Специалност - Обща медицина

ЕТ - изпитан ф.д. № 1725

РБЗ-2412111070

Кемалова ул. "Сграда Медицина" №12

тел. 8 31 44241 GSM 0899 825 029