Занятие №3

Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний соединительной ткани. Системная красная волчанка.

Рекомендации по СКВ http://www.rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii

Задание №1

1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМ ДЛЯ ДИАГНОЗА СКВ?:

1) Аллопеция;

2) Гипер-γ-глобулинемия;

3) Повышенный титр анти-ДНК антител;

4) Синдром Рейно;

5) Анемия;

2. КАКИЕ ФАКТОРЫ НЕ МОГУТ СПРОВОЦИРОВАТЬ РАЗВИТИЕ И ОБОСТРЕНИЕ СКВ::

1) Гидралазин;

2) Беременность;

3) Инсоляция;

4) Переохлаждение;

5) Большое количества употребления поваренной соли;

3. ПРИ СКВ СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ::

1) Наиболее тяжелый прогноз при развитии гломерулонефрита;

2) При неэффективности цитостатиков назначают кортикостероиды;

3) В развитии заболевания не имеет значение семейно-генетическая предрасположенность;

4) При активности не характерно снижение титра комплемента;

5) Дебют заболевания может проявляться только поражением кожи;

4. ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО::

1) Артрит;

2) Гломерулонефрит;

3) Плевроперикардит;

4) Церебральный васкулит;

5) Отсутствие антинуклеарных антител.

5. ПРИ 3 СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ СКВ КАКИЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ГОРМОНОВ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

1) 15 мг. преднизолона;

2) 60 мг. преднизолона;

3) 30 мг. преднизолона;

4) 20 мг. преднизолона;

5) 40 мг преднизолона;

6. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СКВ?:

1) Гемолитическая анемия;

2) Лейкоцитоз;

3) Лимфоцитоз;

4) Эозинофилия;;

5) Повышение уровня комплемента.

7. КАКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СКВ::

1) Развитие деформаций;

2) Преимущественное поражение суставов кистей, лучезапястных и голеностопных суставов;

3) Наличие ревматоидных узелков;

4) Часто сопровождается миалгиями;

5) Выраженные костные изменения на рентгенограммах

8. ПРИ СКВ НЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПОРАЖЕНИЯ::

1) Перикардит;

2) Формирование стеноза клапанных отверстий;

3) Абактериальный эндокардит Либмана-Сакса;

4) Миокардит;

5) Гломерулонефрит;

9. БОЛЬНАЯ 25-И ЛЕТ С СКВ И ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ПОЧЕК (НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ) В ТЕЧЕНИЕ 2-Х МЕСЯЦЕВ ПОЛУЧАЕТ ПРЕДНИЗОЛОН В ДОЗЕ 60 МГ/СУТ. В СВЯЗИ С ОБОСТРЕНИЕМ БОЛЕЗНИ. КАКОЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СКОРЕЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ?:

1) Тромбоцитопения;

2) Синдром Рейно;

3) Эритема на щеках и носу;

4) Гипопротеинемия (48 г/литр);

5) Некроз головки бедренной кости

10. КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО СКВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ?:

1) Поражение почек встречается редко;

2) Выявление антинуклеарных антител;

3) Эффективные методы лечения отсутствуют;

4) Артрит исключает СКВ;

5) В стернальном пунктате выявляется мегалобластический тип кроветворения

Задание №2

Дать развернутые ответы на вопросы:

1. Клинико-лабораторная характеристика волчаночного криза
2. Характеристика поражения суставов при СКВ
3. Дать характеристику поражения почек при СКВ, особенности терапии люпус-нефрита
4. Принципы лечения СКВ различной степени активности?

Задание №3

Больная В. 30 лет, педагог, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отѐки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рѐберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×1012/л, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – 100×109/л, лейкоциты - 1,6×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч.

Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевина - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α1 – 4%, α2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения. Обоснуйте свой выбор. Выпишите рецепты.
5. Дайте рекомендации по образу жизни.
6. Какие лабораторные параметры необходимо контролировать в процессе терапии?