Занятие 5

Дифференциальная диагностика и лечение системных васкулитов

Материалы по теме занятия <http://www.rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii>.

Ознакомьтесь с рефератами ваших коллег по теме занятия (Бакунина И.Ю., Дондокова Э.А., Филимонова Ю.В.), что также сможет вам помочь в изучении темы. Предлагаю в чат задать вопросы авторам рефератов, а авторы в течение занятия дадут ответы.

Задание №1

1. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ СРЕДНЕГО КАЛИБРА ОТНОСЯТ:

1) Артериит Такаясу;

2) Геморрагический васкулит;

3) Узелковый периартериит;

4) Синдром Черджа-Стросса;

5) Гигантоклеточный артериит

2. ПРИ КАКИХ ВАСКУЛИТАХ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СОСУДЫ КРУПНОГО КАЛИБРА?:

1) Болезнь Бюргера;

2) Узелковый полиартериит;

3) Артериит Такаясу;

4) Геморагический васкулит;

5) Гигантоклеточный артериит

3. КАКИЕ ВЫВОДЫ О ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ НЕВЕРНЫ?:

1) Часто развивается артрит;

2) Характерна петехиальная сыпь с преимущественной локализацией в дистальных отделах нижних конечностей;

3) Боли в животе являются классическим проявлением заболевания;

4) Нефрит обычно проявляется гематурией;

5) Характерно поражение верхних дыхательных путей

4. ОТМЕТИТЬ ПРИЗНАКИ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ВАСКУЛИТА КРУПНЫХ СОСУДОВ:

1) Перемежающаяся хромота;

2) Коронариит;

3) Асимметрия пульса;

4) Высокая эффективность глюкокортикостероидов;

5) Развитие нефрита;

5. К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

1) Гипотония;

2) Похудание;

3) Сетчатое ливедо;

4) Миалгии;

5) Двигательные полиневриты

6. К ВАСКУЛИТУ, АССОЦИИРОВАННОМУ С ANCA (АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫМИ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИМИ АНТИТЕЛАМИ), ОТНОСИТСЯ:

1) Неспецифический аортоартериит;

2) Темпоральный артериит;

3) Геморрагический васкулит;

4) Грануломатоз Вегенера;

5) Узелковый периартериит

7. ДЛЯ КАКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНА ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ПОТЕРЯ ВЕСА ТЕЛА?:

1) Неспецифического аортоартериита;

2) Темпорального артериита;

3) Узелкового полиартериита;

4) Геморрагического васкулита;

5) Грануломатоза Вегенера

8. ДЛЯ КАКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ?:

1) Узелкового полиартериита;

2) Грануломатоза Вегенера;

3) Неспецифического аортоартериита;

4) Темпорального артериита;

5) Геморрагического васкулита

9. ДЛЯ КАКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНА АСИММЕТРИЯ ПУЛЬСА И АД?:

1) Неспецифического аортоартериита;

2) Темпорального артериита;

3) Синдрома Черджа-Стросса;

4) Грануломатоза Вегенера;

5) Узелкового полиартериита

10. ДЛЯ КАКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ МОНОНЕВРИТА?:

1) Узелкового полиартериита;

2) Грануломатоза Вегенера;

3) Неспецифического аортоартериита;

4) Геморрагического васкулита;

5) Темпорального артериита

Задание №2

1. Какие васкулиты относятся к васкулитам сосудов среднего калибра? Что их отличает от других?
2. Каков механизм развития системных васкулитов?
3. Какие васкулиты относятся к АНЦА васкулитам, характеристика этих васкулитов?
4. Определение и характеристика геморрагического васкулита (Шенлейн-Генох)

Задание №3

Больная 69 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, скованность до 12 часов дня, похудание на 5 кг за последний год.

Анамнез заболевания: болеет в течение 2 лет, началось с болей в суставах, мышцах, затем присоединились головные боли, снижение зрения. В связи с усилением симптомов обратилась к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Обнаружены плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отѐков и синовитов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты - 3,3×1012/л, лейкоциты - 5×109/л, СОЭ – 36 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы– 55%, лимфоциты – 34%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%. СРБ – 15 мг/дл.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы и сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Какие диагностические критерии вы использовали для постановки данного диагноза?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения. Выпишите рецепты

 **Ответ к задаче 79**

1. Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона). Нормохромная анемия, возможно, анемия хронического заболевания.
2. Возраст больной старше 50 лет (для гигантоклеточного артериита); ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, утренняя скованность продолжительностью более 1 часа, потеря массы тела на 5 кг за последний год; признаки гигантоклеточного артериита (пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, потеря массы тела на 5 кг за последний год, плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации); нарастание количества и выраженности симптомов в последнее время (2 недели); лабораторные данные (нормохромная анемия, ускорение СОЭ >35 мм/ч, повышение уровня СРБ).
3. БАК (креатинин – поражение почек); УЗИ магистральных артерий (оценить поражение); биопсия височной артерии (исключить атеросклероз и другое поражение); иммунограмма (исключение РА – ревматоидного фактора); рентгенография коленных, плечевых, локтевых суставов (исключение РА); УЗИ суставов и околосуставных мягких тканей (исключить локальное воспаление); консультация окулиста, ревматолога.
4. Миеломная болезнь (общее - заболевание, часто развивающееся в пожилом возрасте, протекающее с резким ускорением СОЭ, выраженным болевым синдромом в конечностях, отличие - наличие гиперпротеинемии, диспротеинемии). При подозрении на миеломную болезнь необходимо проводить стернальную пункцию, исследование крови на М-градиент, рентгенологическое исследование костей. РА - возможны варианты дебюта РА с поражением плечевых суставов, РП - отмечается доброкачественный характер синовита, отсутствие изменений на рентгенограмме суставов, отсутствие суставных деформаций при длительном наблюдении за больной. Заболевания околосуставных мягких тканей, такие как плечелопаточный периартрит, тендиниты мышц плеча, субакромиальный бурсит, протекают с болью в области плеча, утренней скованностью, ограничением активных и пассивных движений в плечевом суставе, но в отличие от таких же проявлений при РП, как правило, являются односторонними и не сопровождаются повышением СОЭ, лихорадкой, похуданием. Заболевания с поражением крупных сосудов, в том числе атеросклеротическое.
5. ГКС назначаются в дозировке 60-80 мг в сутки в несколько приёмов до индукции ремиссии (контроль снижения СОЭ и СРБ, исчезновение симптомов заболевания), далее снижение дозировки препарата по 2,5-5 мг в сутки каждые 2 недели до достижения 20 мг/сут, затем по 1 мг каждые 4 недели, под контролем СОЭ, симптомов каждые 4 недели в течение первых 3 месяцев лечения, затем каждые 12 недель и в течение 12-18 недель после завершения лечения.