 2Общие сведения (паспортная часть)

Фамилия, имя, отчество: x

Возраст: 11 лет

Пол: женский

Национальность: казашка

Образование: незаконченное среднее (шк. 32, 5 кл.)

Домашний адрес: г. Энгельс

Профессия,должность: учащаяся средней школы

Дата поступления: 3 ноября 1997 года

Диагноз при поступлении: системная красная волчанка, острое тече-

ние, активность I ст. Недостаточность кровообращения 0-1, пнев-

мония в анамнезе, полиартрит, васкулит мозговых сосудов, эри-

тематозная "бабочка".

Диагноз клинический:

Основной: Системная красная волчанка, острое течение, активность

I ст., миокардит, недостаточность кровообращения 0-1, полиартрит,

васкулит мозговых сосудов.

Осложнения: с-м Иценко-Кушинга

 2ЖАЛОБЫ

 \_При первой госпитализации: . покраснение кожи лица в виде "бабочки",

появление ограниченных пятен розового-красного цвета с беловатыми

чешуйками на руках, груди, суставные боли "летучего" характера,

мышечные боли, умеренные боли в области сердца, появление отеков

на лице, нижних конечностях, быструю утомляемость, периодическую

головную боль, чувство пульсации в голове

 \_На момент курации: . быструю утомляемость, периодическую головную

боль, чувство пульсации в голове.

 2АNAMNESIS MORBI

Больной себя считает с июля 1996 года, когда после перенесенной

простуды (сопровождавшейся высокой температурой - до 38,5 С) стала

отмечать слабость, недомогание, появилась припухлость коленных

суставов. Вышеуказанные симптомы сохранялись в течении 3-х дней.

Затем присоединилась припухлость и стали чесаться подушечки паль-

цев. Больная отметила появление покраснения на лице и в области

спинки носа в виде "крыльев бабочки". За врачебной помощью не об-

ращалась в виду достаточно хорошего общего состояния, все эти жа-

лобы были расценены родителями как аллергическая реакция.

Через некоторое время у больной стали отмечаться суставные боли

умеренной интенсивности в коленных суставах, которые сопровожда-

лись болезненным отеком и ограниченным покраснением. Несколько

позже присоединились неинтенсивные мышечные боли в мышцах голени.

Больная стала отмечать появление отеков по утрам на лице и ногах.

Общее состояние больной значительно ухудшилось, стала беспокоить

головная боль, чувство пульсации в голове. После физической наг-

рузки стала отмечать покалывания за грудиной, неприятные ощущения

в области сердца.

С вышеперечисленными жалобами больная 25 сентября 1996 года обрати-

лась за врачебной помощью в ОДБ г. Саратова, где после проведенно-

го обследования (обнаружены единичные LE-клетки и пр.)был выставлен

- 2 -

диагноз:

системная красная волчанка, острое течение, активность I ст., не-

достаточность кровообращения 0-1, полиартрит, васкулит мозговых

сосудов, эритематозная "бабочка".

Было назначено лечение: преднизолон 10 мг через сут., индометацин

2 таб. 3 раза в день, бетарен 50 мг. по 3 таб. в день, кальция

глицерофосфат по 0,5/ 3 раза в день.

5 раз проводились сеансы плазмафереза.

На стационарном лечении больная находилась до 18 февраля 1997 года.

После проведенной терапии состояние больной значительно улучшилось

и она была выписана. Возобновила занятия в школе. Находилась на

учете у участкового ревматолога.

В марте 1997 года на фоне длительного нахождения под солнцем у

больной вновь стало отмечаться ухудшение состояние. Опять появи-

лось покраснение кожи лица, возобновились суставные и мышечные боли.

Так же возобновились колющие боли в области сердца (со слов боль-

ной - более выраженные, по сравнению с первым случаем). Больная

жаловалась на головные боли, отечность лица. С этими жалобами 25

марта 1997 года она вновь была госпитализирована в ОДБ, где нахо-

дилась до 20 июля 1997 года. С учетом состояния был проведен курс

стационарного лечения. После улучшения самочувствия больная была

выписана.

Настоящая госпитализация (3 ноября 1997 года) была проведена в

плановом порядке по рекомендации лечащего врача для проведения

повторного курса лечения.

 2ANAMNESIS VITAE

Родилась в Энгельсе в 1986 году, была первым ребенком в семье. Бе-

ременность матери и роды протекали без осложнений. Вес при рожде-

нии 3600 гр., 50 см. рост, к груди приложена на третьи сутки. На-

ходилась на грудномном вскармливании до 9 месяцев. Прикорм вводил-

ся согласно предписанию педиатра. Физическое и психическое разви-

тие до года было в пределах нормы. Прививалась согласно календарю

прививок.

В физическом и умственном развитии не отставала от сверстников. В

школу пошла с 7 лет, учится хорошо.

Детские инфекционные заболевания у себя отрицает. Психические,

кожно-венерические заболевания и туберкулез у себя и родственников

отрицает. Лекарственной аллергии не отмечает. Жилищные условия

удовлетворительные, питание регулярное, избыточное.

 2НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

¦1 2¦ ¦3 4¦

L---T---- L---T----

¦ ¦

---------+---T--------------¬ -----------+---------¬

¦ ¦ ¦ ¦ ¦

---T--- ---T--- ----T---- ---T---

5 ¦ 6 7 ¦ 8 9 ¦ 10 11 ¦ 12

----+---¬ ----+---¬ ----+---¬ ¦

¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦

13 14 15 16 17 19

- 3 -

У родственников пробанда была найдена следующая патология:

1. Дед пробанда по линии отца 72 года - ИБС, атеросклероз коронар-

ных, мозговых сосудов

2. Бабка пробанда по линии отца 62 года - страдает раком желудка.

4. Бабка пробанда по линии матери 64 года - аллергический дерматит.

10. Мать пробанда 33 года - аллергическая реакция на ряд медицинс-

ких препаратов.

18. Пробанд 11 лет - СКВ.

16. Двоюродный брат пробанда по линии отца 20 лет - хр. гастрит

20. Двоюродная сестра пробанда по линии матери - аллергическая

реакция на некоторые пищевые продукты.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что имеются

факты в родословной пробанда, указывающие на отягощенную наследс-

твенность аллергическими заболеваниями.

 2НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Самочувствие больной средней тяжести. При общем осмотре: Состояние

больной средней тяжести, положение активное, сознание ясное,выра-

жение лица и глаз доброжелательное. Рост 155 см, вес 51 кг 100 гр,

окр. головы 57 см, окр. гр. 73 см Телосложение гиперстеническое.

Расчет должной массы 30+4\*(11-10) = 34 кг

роста 100+6\*(11-4) = 142 см => мы можем судить о

некотором избытке массы тела. Учитывать должные показатели рос-

та/веса в данном случае затруднительно, так как родители так же

имеют росто-весовые показатели выше средних. Однако, эти изменения

+ наличие лечения гормональными препаратами позволяют думать о

синдроме Иценко-Кушинга, что укладывается в общую клиническую кар-

тину.

При осмотре кожных покровов кожа тонкая, бледная, сухая, теплая

на ощупь, с багрово-мраморным рисунком, на коже живота, плеч замет-

ны полосы растяжения фиолетово-красноватого цвета, есть рубец в

правой подвздошной области после операции аппендэктомии, пролеж-

ней, сыпей, расчесов, участков шелушений нет, на передней поверх-

ности грудной клетки и спине имеются пигментации в виде "весну-

шек", кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор кожи сохра-

нен. На коже нижних конечностей, живота отмечаются стрии.

При осмотре видимые слизистые оболочки розовые, кровоизлияний,

изъязвлений, корочек нет. Тип оволосения женский, волосы не гус-

тые, черныее, блестящие.

Пальцы и ногти обычной формы, "барабанных палочек" и "часовых сте-

кол" нет, ногти на руках и ногах тускые, ровные , есть попереч-

ная исчерченность и отмечается повышенная ломкость ногтей.

При пальпации нижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные,

подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются.

Питание достаточное, подкожно-жировая клетчатка развита хорошо

толщинна до 1 см, распределена не равномерно, преимущественное

отложение жира в области лица, шейного отдела позвоночника, груди,

имеется пастозность голеней, отеков нет.

- 4 -

Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц несколько ослаблен,

при пальпации, активных и пассивных движениях безболезненны.

Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и поко-

лачивании безболезненны. Есть припухлость и некоторая болезнен-

ность при пальпации и движениях в межфаланговых и коленных суста-

вах. В остальных суставах болезненности, деформации, хруста при

пальпации и движении нет.

 2Состояние по органам и функциональным системам 0

 2Система дыхания 0

Жалоб на одышку, кашель кровохарканье больная не предъявляла.

Грудная клетка гиперстенической формы, западений, выбуханий нет,

имеется левосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника, надк-

лючичные и подключичные ямки западают, левая ключица и левая ло-

патка выше соответственно правой ключицы и правой лопатки. Эпи-

гастральный угол >90 градусов.

Дыхание через нос, свободное, брюшного типа, ритмичное, средней

глубины с частотой 16 дыхательных экскурсий в минуту. Вспомога-

тельная мускулатура в акте дыхания не участвует. Одышки, удушья

видимых на глаз нет. Ребра идут косо вниз, межреберные промежутки

достаточной ширины.

При пальпации данные осмотра определения эпигастрального угла,

равномерное участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания

подтверждены, ребра идут косо вниз, межреберные промежутки нор-

мальной ширины. При пальпации грудная клетка эластична, при ориен-

тировочной и точной пальпации безболезненна. Ощущения шума трения

плевры нет. Голосовое дрожание равномерно проводится на симметрич-

ные участки обеих половин грудной клетки.

При сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется

ясный легочный звук. При топографической перкуссии высота стояния

верхушек легких над ключицами справа и слева 3 см. Поля Кренига

справа и слева 5,5 см. Нижняя граница и подвижность нижних краев

правого и левого легкого в норме.

При аускультации над всеми легочными полями выслушивается жесткое

дыхание в фазу вдоха. Над гортанью, трахеей и в области рукоятким

грудины в фазу выдоха выслушивается бронхиальное дыхание нормаль-

ной силы. При аускультации над всеми легочными полями хрипов, кре-

питации, шума трения плевры нет.

 2Система кровообращения

Жалоб на боли в области сердца, сердцебиения, ощущения перебоев в

области сердца в настоящее время больная не предъявляла.

При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб

отсутствует, верхушечный толчок не виден.

При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок

определяется в положении стоя на выдохе на 1.5 см кнаружи от края

ореолы. Верхушечный толчок разлитой, невысокий, средней силы, ре-

- 5 -

зистентный, площадь 2 см.

При пальпации определяется легкая пульсация аорты во 2-м межре-

берье справа от грудины и в яремной ямке. Пульсация легочного

ствола отсутствует. Синдром "кошачьего мурлыканья" на верхушке и

"систолического дрожания" над аортой отсутствуют.

При перкуссии границы относительной сердечной тупости:

правая - в 4 межреберье по на 1 см от правого края грудины,

верхняя - в 3 ребро слева от грудины,

левая - на 1.5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии

Поперчник относительной сердечной тупости - 15 см.

Талия сердца сохранена. Сосудистый пучок справа и слева не выступает

из-зи грудины. Поперчник сосудистого пучка - 5 см.

При перкуссии границы абсолютной сердечной тупости:

правая - у левого края грудины,

верхняя - в 4-м межреберье левая - на 2 см кнутри от левой границы

относительной сердечной тупости.

левая - на 2 см кнутри от левой границы относительной сердечной

тупости.

При аускультации сердца тоны ритмичные, приглушенные, акцент II

тона над легочной артерией, раздвоенпия тонов нет, неинтенсивный

систолический шум на верхушке , шума трения перикарда нет.

При пальпации сосудов шеи, височных, в надчревной области извилис-

тости, набухания, узловатости нет,"симптом червя" отсутствует. При

пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках, одина-

ковый по величине, ритмичный, с частотой 85 ударов в минуту, нор-

мальный по наполнению,напряжению и величине, обычный по форме. При

измерении артериальное давление 120/70.

 2Моче-половые органы

Область почек без видимых измененй. При осмотре выпячивания над

лобком и в области почек нет. При перкуссии с обеих сторон симптом

Пастернацкого отрицателен. При поверхностной пальпации болезнен-

ность не определяется. При глубокой методической пальпации по Об-

разцову-Стражеско почки не пальпируются. Верхние и нижние мочеточ-

никовые точки с обеих сторон безболезненны.

Частота мочеиспусканий нормальная, затруднений при мочеиспускании

нет. Внешний вид мочи с/ж.

 2Нервная система

Больная в сознании, к окружающему миру относится с интересом, спо-

собность сосредоточения сохранена, общителен, ориентируется во

времени и пространстве, головокружений, обмороков нет, галлюцина-

ций, навязчивых идей нет. Бессоницей не страдает.

Патологических рефлексов нет. Болевая и температурная чувствитель-

ность сохранены. Зрение, слух, обоняние в норме. Нарушений вкуса

нет.

 2Система пищеварения и органы брюшной полости

Аппетит сохранен, прохождение пищи по пищеводу свободное, изжоги

нет, Стул нормальной консистенции, не обесцвеченный.

- 6 -

При осмотре полости рта слизистая розового цвета, отмечается икте-

ричность слизистой твердого неба. Яэык влажный, розовый, сосочки

языка выражены умеренно. Трещин, язв, отпечатков зубов по краям

нет. В ротовой полости имеются кариозные и пломбированные зубы.

Кровоточивости десен не отмечается.Слизистая глотки розовая, мин-

далины не выступают из-за небных дужек. Глотание свободное, безбо-

лезненное.

При осмотре области живота живот округлой формы, симметричный, не

вздут,выпячиваний, западений,видимой пульсации, перистальтики нет.

Расширений вен брюшной стенки и видимой на глаз пульсации в около-

пупочной области нет. Кожа без следов расчесов. Живот округлой

формы, участвует в акте дыхания.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безбо-

лезненный, расхождения прямых мышц живота нет. При перкусси живота

притупления перкуторного звука в подвздошных областях с обеих сто-

рон не отмечается.

При глубокой скользящей методической пальпации по Обрзцову-Стра-

жеско в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка:

безболезненная,плотно-эластической консистенции, с ровной поверх-

ностью, не урчит, малоподвижна, диаметр 1,5 см; в правой подвздош-

ной области определяется слепая кишка: безболезненная, мягкой кон-

систенции, слегка урчит, подвижна, диаметром 3 см. Методом аус-

культофрикции нижняя граница желудка на 1,5 см ниже пупка, ниже

нее пальпируется поперечно-ободочная кишка, которая при глубокой

пальпации безболезненна, мягкой консистенции, подвижная, 4 см в

диаметре.

При глубокой скользящей методической пальпации по Образцову-Стра-

жеско по правой среднеключичной линии нижний край печени выступает

из-под нижней реберной дуги на 1 см.

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии - 11 см

по правой окологрудинной линии - 9 см

по правой реберной дуге - 8 см

Симптом Ортнера отрицательный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрица-

тельный. При пальпации пузырная точка, эпигастральная зона, холе-

до-панкреатическая зона, точка диафрагмального нерва, акромиальная

точка, точка лопаточного угла, позвоночная точка безболезненны.

Видимого на глаз увелечения селезенки нет. При пальпации селезенка

не определяется. При топографической перкуссии селезенка занимает

область 9,10,11 ребер.

 2Программа обследования

1. ОАК, ОАМ

2. Исследование крови на LE-клетки

3. Биохимический анализ крови

4. Коагулограмма

5. Электролиты

6. ЭКГ, ФКГ, допплероэхокардиография, реоэнцефалография

7. УЗИ органов брюшной полости

8. Консультация окулиста

 2Результаты лабораторных и инструментальных исследований

Анализ крови

Эритроциты - 4,23\*10^12/л

- 7 -

Hb - 95 г/л

ЦП 0,9

Ht 28,3 %

WBC 3400/л

RBC 3,86\*10^9/л

СОЭ - 26 мм

Тромбоциты 288\*10^3/л

лимфоциты 41,2 %

гранулоциты 45,7 %

другие 13 %

Анализ мочи

светло-желтая прзрачная, плотность - 1,013,

белок - отриц.

сахар - отриц.

ацетон - отсутствует

желчные пигменты - отриц.

L 2-3 в п. зр.

Эр. 0-1 в п. зр.

Биохимия крови

сулемовая проба 1,78

сиаловые кислоты 0,170

альбумин. 60

глобулин. 40

альфа 1 и альфа 2 = 20

бета 10

гамма 10

Коагулограмма

время сверт. крови по Ли-Уайту 2'38"

протромбиновое время 34"

тромбиновое время 17"

фибриноген 5 г/л

фибринолитич. активность 94,2

Исследование сыворотки крови

Активность трансаминаз АСТ 17,4 АЛТ 9,9

щелочная фосфатаза 22,2

сахар 5,7 ммоль/л

ХС 120 мг/л

креатинин 0,58 мг/л

общ. прот. 6,85

Электролиты

Na 139,9 ммоль/л

К 4,29 ммоль/л

Ca 1,25 ммоль/л

Обследование окулиста

Глазное дно - видимое полнокровие сосудов на фоне спазма артерий.

Давление N

Поля зрения N

Среды в норме.

Заключение: гиперметропия

УЗИ

Печень не увеличена, средней эхоплотности, структура однородная.

- 8 -

Размеры не увеличены

Правая доля печени 12,6, левая доля 7,5

Желчный пузырь - перегиб шейки. Стенка не утолщена. Просвет анэхо-

генный.

Поджелудочная железа - N, структура однородная, контуры ровные,

четкие. Головка 16, тело 13, хвост 22.

Селезенка обычная, структура однородная, контуры ровные, четкие,

размеры не увеличены.

Почки: лев. - не лоцируетяся, прав. - обычная, положение обычн.,

форма бобовидная. Р-ры 115х54

Чашечно-лоханочная система не расширена, конкременты не визуализи-

руются.

Заключение: перегиб шейки желчного пузыря.

Допплероэхокардиография

Заключение: вторичная недостаточность митрального клапана I ст.

Умеренное понижение сократительной способности миокарда.

Фонокардиография

I тон - понижение амплитуды и расщепление

II тон - акцент над легочной артерией

III и IV - не регистрируются

Хар-ка шумов - регистрируется низкочастотный, низкоамплитудный

систолический шум, не связанный с тонами.

Реоэнцефалография

Заключение:

Тонус с внутренней сонной артерии слева повышен

Дистония сосудов по смешанному типу

Вен. отток в v. carotis int. sin. - затруднен

 2СВОДКА ПАТОЛОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

 2АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ 0,  2ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Из ЖАЛОБ больной:

1) покраснение кожи лица в виде "бабочки",

2) появление ограниченных пятен розового-красного цвета с беловатыми

чешуйками на руках, груди,

3) суставные боли "летучего" характера,

4) мышечные боли,

5) умеренные боли в области сердца,

6) появление отеков на лице, нижних конечностях,

7) быструю утомляемость,

8) периодическую головную боль, чувство пульсации в голове

Из АНАМНЕЗА:

1) перенесенное простудное заболевание с температурой 38,5 С

2) капилляриты на пальцах

3) наличие единичных LE-клеток в крови (в анамнезе при первом пос-

туплении)

Из данных ОБЩЕГО СТАТУСА:

1) повышение массы тела,

2) кожа тонкая, бледная, сухая, теплая на ощупь, с багрово-

мраморным рисунком, на коже живота, плеч заметны полосы растяже-

ния фиолетово-красноватого цвета,

3) на коже нижних конечностей, живота отмечаются стрии,

4) ногти на руках и ногах тусклые, есть поперечная исчерченность и

- 9 -

отмечается повышенная ломкость ногтей.

5) подкожно-жировая клетчатка развита хорошо, толщинна до 1 см,

распределена не равномерно, преимущественное отложение жира в

области лица, шейного отдела позвоночника

6) тонус мышц несколько ослаблен,

7) есть припухлость и некоторая болезненность при пальпации и дви-

жениях в межфаланговых и коленных суставах

8) имеется пастозность голеней,

Из данных по ОРГАНАМ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СИСТЕМАМ:

1) расширение границ сердечной тупости на 1-1,5 см

2) увеличение границ печени по Курлову на 1 см

Из данных ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

1) увеличение СОЭ (26 мм/ч)

2) лейкопения (WBC 3400/л)

3) анемия Hb < 100 г/л (Hb - 95 г/л)

4) активность трансаминаз АСТ 17,4 АЛТ 9,9 - повышена

5) Допплероэхокардиография. Заключение: вторичная недостаточность

митрального клапана I ст. Умеренное понижение сократительной

способности миокарда.

6) фибриноген 5 г/л

7) альбумин. 60 %

Таким образом, по совокупности симптомов и согласно четырем крите-

риям диагноза:

- развитие острое, изменения суставов неопределенные, нарушение

функций сердца, печени, почек нарушается последовательно, обостре-

ния процесса после инсоляции

- полиорганность процесса: кожный васкулит, миокардит, гепатит,

артрит и пр.

- LE- клетки в крови

- эффект применения глюкокортикостероидных препаратов положительный

можно поставить диагноз:  \_системная красная волчанка

 \_острое течение . поставлено на основании: начало болезни внезапное,

температура тела высокая, полиартрит, выраженные кожные изменения,

нарушение функций многих органов, LE-клетки в крови, лейкоцитопе-

ния, анемия.

 \_активность I ст. . поставлена на основании следующих признаков: по-

ражение кожи - "бабочка", полиартрит, артралгии, умеренное сниже-

ние сократительной активности миокарда, недостаточность митрально-

го клапана, повышенного СОЭ (26 мм/ч), Hb 95 г/л, фибриноген 5 г/л,

альбумины 60 %, единичные LE- клетки (в анамнезе).

 \_васкулит мозговых сосудов . поставлен согласно данным реоэнцефалогра-

фии:

Тонус с внутренней сонной артерии слева повышен

Дистония сосудов по смешанному типу

Вен. отток в v. carotis int. sin. - затруднен

Это также подтверждается заключением окулиста:

Глазное дно - видимое полнокровие сосудов на фоне спазма артерий.

 \_синдром Иценко-Кушинга . поставлен на основании следующих клиничес-

ких симптомов: общая слабость, головная боль, ожирение с преиму-

щественным отложением жира в области лица, шейного отдела позво-

- 10 -

ночника, на коже нижних конечностей, живота отмечаются стрии, есть

полосы растяжения.

Таким образом,  \_предварительный диагноз:

Основной: системная красная волчанка, острое течение, активность

I ст., миокардит, недостаточность кровообращения 0-1, полиартрит,

васкулит мозговых сосудов.

Осложнения: с-м Иценко-Кушинга

 2ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного и субъетивного

исследования СКВ следует дифференцировать с другими коллагенозами,

такими как - системная склеродермия, узелковый периартрит.

Данные диф. диагностики удобно представить в виде схемы:

1) СКВ:

пол - преимущественно женский;

факторы вызывающие или провоцирующие - инсоляция, вакцинация

наиболее частые начальные симптомы - лихорадка, артралгии, поли-

серозит

Наиболее характерные клинические признаки:

кожа - эритема лица в виде "бабочки"

суставно-мышечный аппарат - артралгии, артриты

легкие - плеврит, пневмонит

сердце - миокардит, эндокардит, перикардит

ЖКТ - нехарактерны

почки - нефротический синдром, диффузный или очаговый гломеруло-

нефрит

нервная система - энцефаломиелорадикулоневрит

Периферическая кровь - лейкопения, тромбоцитопения, LE-клетки

2) Системная склеродермия:

пол - преимущественно женский;

факторы вызывающие или провоцирующие - охлаждение, инфекция, кли-

макс

наиболее частые начальные симптомы - с-м Рейно, полиартралгии,

плотный отек кожи

Наиболее характерные клинические признаки:

кожа - плотный отек, атрофия, индурация, пигментация

суставно-мышечный аппарат - артралгии, индуративные изменения в

периартикулярных тканях, контрактуры, кальциноз

легкие - базальный пневмосклероз

сердце - крупноочаговый некоронарогенный кардиосклероз

ЖКТ - дисфагии вследствие поражения пищевода, дуоденит, атония

кишечника

почки - истинная склеродермическая почка с развитием почечной не-

достаточности

нервная система - полирадикулоневрит

Периферическая кровь - нехарактерны

3) Узелковый периартрит:

пол - преимущественно мужской;

факторы вызывающие или провоцирующие - вакцинация, медикаменты

наиболее частые начальные симптомы - лихорадка, похудание

Наиболее характерные клинические признаки:

- 11 -

кожа - кожные и подкожные узелки

суставно-мышечный аппарат - артралгии, миалгии

легкие - бронхоастматический синдром

сердце - коронарная недостаточность

ЖКТ - симптомы острого живота

почки - диффузный гломерулонефрит

нервная система - полиневриты

Периферическая кровь - лейкоцитоз, эозинофилия

Таким образом, мы видим, что данная клиническая картина соответс-

твует  \_ 2системной красной волчанке.

 2ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Таким образом, учитывая данные диф. диагоностики и согласно диаг-

ностическим признакам по А.В.Насоновой -

выявляются следующие  2большие 0 диагностические признаки:"бабочка",

люпус-артрит, LE-клетки в крови и  2малых: 0 капилляриты на пальцах,

миокардит, полиартралгии, увеличение СОЭ, лейкопения, анемия -

можно поставить диагноз:  \_системная красная волчанка

 \_острое течение . поставлено на основании: начало болезни внезапное,

температура тела высокая, полиартрит, выраженные кожные изменения,

нарушение функций многих органов, LE-клетки в крови, лейкоцитопе-

ния, анемия.

 \_активность I ст. . поставлена на основании следующих признаков: по-

ражение кожи - "бабочка", полиартрит, артралгии, умеренное сниже-

ние сократительной активности миокарда, недостаточность митрально-

го клапана, повышенного СОЭ (26 мм/ч), Hb 95 г/л, фибриноген 5 г/л,

альбумины 60 %, единичные LE- клетки (в анамнезе).

 \_васкулит мозговых сосудов . поставлен согласно данным реоэнцефалогра-

фии:

Тонус с внутренней сонной артерии слева повышен

Дистония сосудов по смешанному типу

Вен. отток в v. carotis int. sin. - затруднен

Это также подтверждается заключением окулиста:

Глазное дно - видимое полнокровие сосудов на фоне спазма артерий.

 \_синдром Иценко-Кушинга . поставлен на основании следующих клиничес-

ких симптомов: общая слабость, головная боль, ожирение с преиму-

щественным отложением жира в области лица, шейного отдела позво-

ночника, на коже нижних конечностей, живота отмечаются стрии, есть

полосы растяжения.

Таким образом, полный  \_клинический диагноз:

Основной: системная красная волчанка, острое течение, активность

I ст., миокардит, недостаточность кровообращения 0-1, полиартрит,

васкулит мозговых сосудов.

Осложнения: с-м Иценко-Кушинга

 2КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

 2ОСЛОЖНЕНИЯ В ЕГО ТЕЧЕНИИ

- 12 -

Итак, в данном случае, мы пришли к выводу об остром течении забо-

левания. И известно, что у большинства детей СКВ протекает остро и

более злокачественно, чем у взрослых, с бурными аллергическими ре-

акциями, высокой лихорадкой неправильного типа, рано наступающими

тяжелыми воспалительно-дистрофическими изменениями внутренних ор-

ганов. Смерть в дальнейшем чаще всего наступает при явлениях сер-

дечно-легочной или почечной недостаточности на фоне интоксикации и

глубоких нарушений гомеостаза, гемокоагуляции, водно-электролитно-

го балланса, а так же присоединения вторичной инфекции.

Однако следует помнить, что часто острая вначале СКВ в дальнейшем

приобретает хроническое течение с периодами длительных ремиссий.

При этом рост и развитие происходят относительно удовлетворительно.

В период ремисси (как в данном случае) развившейся под влиянием

лечения, больные не предъявляют жалоб, ведут активный образ жизни

и при осмотре редко обнаруживаются какие-либо признаки СКВ.

Возможные осложнения: инсульты и кровоизлияния в мозг с парезами и

параличами, сепсис, флебиты, трофические язвы, асептический некроз

головки бедренной кости.

 2ЛЕЧЕНИЕ

- режим стационарный (постельный режим, достаточный сон, послеобе-

денный отдых, отказ от перегрузок. Рекомендуется избегать инсоля-

ций)

- диета стол N 5 (ограничение УВ и клетчатки, обогащенная солями

калия и белками, полное исключение сокогонных и экстрагированных

блюд. Достаточное количество витаминов, особенно группы В и аскор-

биновая кислота)

- преднизолон 10 мг ч/з день (основное патогенетическое средство

лечения)

- кальция глицерофосфат 0,5 \* 3 раза в день (как общеукрепляющее и

тонизирующее средство при переутомлении, истощении нервной систе-

мы. Действие связано с усилением анаболическиз процессов).

- бетарен 50 мг \* 3 раза в день

- рибоксин 1 таб. \* 3 раза в день (для комплексной терапии миокар-

диодистрофии, при заболеваниях печени).

- панангин 1/2 таб. \* 3 раза в день (является переносчиком калия и

магния и способствует их проникновению во внутриклеточное прост-

ранство. Поступая в клетки включается в процессы метаболизма.

Используют при лечении коронарной недостаточности (уменьшает ги-

поксические нарушения метаболизма миокарда, связанных с ухудше-

нием коронарного кровообращения).

 2ДНЕВНИК

4.11.97

36.5 - 37.0 AD 120/75 82 в 1 мин ЧДД 20'

Самочувствие удовлетворительное, состояние средней тяжести,

Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, беспокоят периодичес-

кие головные боли, чувство пульсации в голове.

Физиологические отправления в норме.

Назначено: Prednizoloni 10 mg /через день

Calcii glycerophosphatis по 0,5 3 раза в день

Betareni 50 mg /3 раза в день

Riboxini 20 mg /3 раза в день

Panangini по 1/2 таб. 3 раза в день

- 13 -

УЗИ, осмотр окулиста.

5.11.97 36.6 -36.7 AD 120/80 80 в 1 мин ЧДД 20'

Самочувствие, состояние, субъективные ощущения и объективные

данные без динамики.

Стул, диурез в норме.

Назначено: то же

Реоэнцефалография, допплероэхокардиография, фонокардиография.

 2ЭПИКРИЗ

Больная x 11 лет поступила в ОДБ 3 ноября

1997 года с направительным диагнозом:

системная красная волчанка, острое течение, активность I ст. Не-

достаточность кровообращения 0-1, пневмония в анамнезе, полиарт-

рит, васкулит мозговых сосудов, эритематозная "бабочка".

Настоящая госпитализация была проведена в плановом порядке по ре-

комендации лечащего врача для проведения повторного курса лечения.

При поступлении больная предъявляла следующие жалобы: на быструю

утомляемость, беспокоят периодические головные боли, чувство пуль-

сации в голове.

В течение пребывания в стационаре больной был проведен курс обсле-

дования, включающий:

1. ОАК, ОАМ

2. Исследование крови на LE-клетки

3. Биохимический анализ крови

4. Коагулограмма

5. Электролиты

6. ЭКГ, ФКГ, допплероэхокардиография, реоэнцефалография

7. УЗИ органов брюшной полости

8. Консультация окулиста

Окончательный диагноз был выставлен на основании:

учитывая данные диф. диагоностики и согласно диагностическим приз-

накам по А.В.Насоновой:

выявляются следующие  2большие 0 диагностические признаки:"бабочка",

люпус-артрит, LE-клетки в крови и  2малых: 0 капилляриты на пальцах,

миокардит, полиартралгии, увеличение СОЭ, лейкопения, анемия -

можно поставить диагноз:  \_системная красная волчанка

 \_острое течение . поставлено на основании: начало болезни внезапное,

температура тела высокая, полиартрит, выраженные кожные изменения,

нарушение функций многих органов, LE-клетки в крови, лейкоцитопе-

ния, анемия.

 \_активность I ст. . поставлена на основании следующих признаков: по-

ражение кожи - "бабочка", полиартрит, артралгии, умеренное сниже-

ние сократительной активности миокарда, недостаточность митрально-

го клапана, повышенного СОЭ (26 мм/ч), Hb 95 г/л, фибриноген 5 г/л,

альбумины 60 %, единичные LE- клетки (в анамнезе).

 \_васкулит мозговых сосудов . поставлен согласно данным реоэнцефалогра-

фии:

Тонус с внутренней сонной артерии слева повышен

Дистония сосудов по смешанному типу

Вен. отток в v. carotis int. sin. - затруднен

Это также подтверждается заключением окулиста:

Глазное дно - видимое полнокровие сосудов на фоне спазма артерий.

 \_синдром Иценко-Кушинга . поставлен на основании следующих клиничес-

ких симптомов: общая слабость, головная боль, ожирение с преиму-

щественным отложением жира в области лица, шейного отдела позво-

- 14 -

ночника, на коже нижних конечностей, живота отмечаются стрии, есть

полосы растяжения.

Таким образом, полный  \_клинический диагноз:

Основной: системная красная волчанка, острое течение, активность

I ст., миокардит, недостаточность кровообращения 0-1, полиартрит,

васкулит мозговых сосудов.

Осложнения: с-м Иценко-Кушинга

Было назначено следующее лечение:

- режим стационарный (постельный режим, достаточный сон, послеобе-

денный отдых, отказ от перегрузок. Рекомендуется избегать инсоля-

ций)

- диета стол N 5 (ограничение УВ и клетчатки, обогащенная солями

калия и белками, полное исключение сокогонных и экстрагированных

блюд. Достаточное количество витаминов, особенно группы В и аскор-

биновая кислота)

- преднизолон 10 мг ч/з день (основное патогенетическое средство

лечения)

- кальция глицерофосфат 0,5 \* 3 раза в день (как общеукрепляющее и

тонизирующее средство при переутомлении, истощении нервной систе-

мы. Действие связано с усилением анаболическиз процессов).

- бетарен 50 мг \* 3 раза в день

- рибоксин 1 таб. \* 3 раза в день (для комплексной терапии миокар-

диодистрофии, при заболеваниях печени).

- панангин 1/2 таб. \* 3 раза в день (является переносчиком калия и

магния и способствует их проникновению во внутриклеточное прост-

ранство. Поступая в клетки включается в процессы метаболизма.

Используют при лечении коронарной недостаточности (уменьшает ги-

поксические нарушения метаболизма миокарда, связанных с ухудше-

нием коронарного кровообращения).

После улучшения проведения курса лечения и улучшения состояния бо-

льная будет выписана из стационара.

 2РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ВЫПИСКЕ

Рекомендуется легкооусвояемая диета, общеукрепляющее лечение, не

рекомендуются длительные инсоляции.

Следует исключить переохлаждения и тяжелую физическую нагрузку, а

также употребление алкоголя.

 2ПРОГНОЗ ДЛЯ ЖИЗНИ И РАБОТЫ

Остается в большинстве случаев неблагоприятный, особенно приостром

течении. Утяжеляют прогноз поражения почек и легких. Современная

терапия в сочетании с профилактикой обострений способствуют значи-

тельному увеличению продолжительности жизни (до 10-15 лет и более)

при удовлетворительном состоянии и сохранении работоспособности.

 2ЛИТЕРАТУРА

1) Введение в общую терапию

Н.А.Ардамацкий

Саратов, 1991

2) Диагностический справочник терапевта

А.А.Чиркин, А.Н.Окороков

Минск, 1993

3) Детские болезни

- 15 -

под ред. Л.А.Исаевой

4) Внутренние болезни

под ред. А.С.Сметнева

Москва, 1982

5) Справочник педиатра

под ред. М.Я.Студенкина

Издательство "Медицина", 1985