

Национальный центр кардиологии и терапии

Системная красная волчанка

Критерии диагностики
Современные подходы к лечению

А А А А В

3

3



ЦЕЛЬ

- Научиться диагностировать системную красную волчанку на раннем этапе с целью своевременной терапии

ЗАДАЧИ

- ◉ Уметь выявлять ранние признаки системной красной волчанки (СКВ);
- ◉ Уметь четко формулировать критерии диагностики СКВ;
- ◉ Знать применение современных методов лечения при СКВ;
- ◉ Знать практическое применение тактики ведения больных с СКВ.

Клинический случай:

Больная И. 34 года, поступила с жалобами на резкое снижение остроты зрения, боли в области глазных яблок, выраженные головные боли, задержку мочеиспускания, чувство покалывания в ладонях, верхних и нижних конечностях, ноющие боли в нижних конечностях с легкими судорогами, похолодание, онемение, изменение цвета кожи кистей и стоп при контакте с холодом. Из анамнеза: заболела с сентября 2017 года, в дебюте отмечала резкое снижение зрения на правый глаз, затруднение выделения мочи, выраженную слабость нижних конечностей. Лечилась неоднократно у неврологов с диагнозом: рассеянный склероз. Получала дексаметазон курсами с кратковременным улучшением состояния. Ухудшение состояния отмечает в течение нескольких месяцев, когда резко снизилось зрение, при этом отмечала онемение правой половины тела. **Объективно:** Кожные покровы ладонные капилляриты, слизистые оболочки чистые, обычной окраски. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца в норме. Тоны ясные, ритмичные. ЧСС=88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст.

Клинический случай:

► Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Задержка мочи. Стул не регулярный. Суставы внешне не изменены. **Результаты исследований:** В об. ан. крови – без особенностей, СОЭ-12 мм/ч. Об. ан. мочи – без особенностей. Перед госпитализацией консультирована в отделении неврологии с клиническим диагнозом: Оптиконевромиелит (болезнь Девика) с тетрапарезом, нарушением функций тазовых органов по типу задержки, двусторонняя атрофия зрительных нервов ремитирующее течение, эксацербация.

► Ваш диагноз. Назначьте дополнительное обследование, укажите тактику начала лечения.

■ Системная красная волчанка (СКВ) —

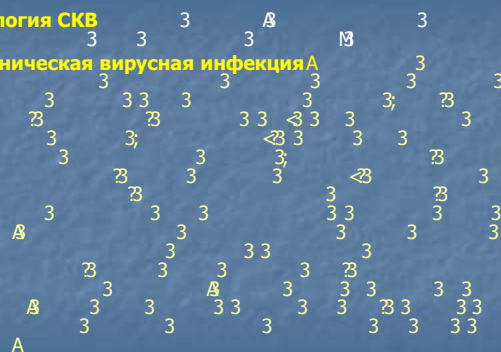
?

?

?

?

A

Этиология**Этиология СКВ****Хроническая вирусная инфекция A**

- **2. Генетический фактор.**

- 3 Лекарства?

SLICC[†] Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus

Requirements: ≥ 4 criteria (at least 1 clinical and 1 laboratory criteria)
 OR biopsy-proven lupus nephritis with positive ANA or Anti-DNA

Clinical Criteria	Immunologic Criteria
1. Acute Cutaneous Lupus*	1. ANA
2. Chronic Cutaneous Lupus*	2. Anti-DNA
3. Oral or nasal ulcers *	3. Anti-Sm
4. Non-scarring alopecia	4. Antiphospholipid Ab.*
5. Arthritis *	5. Low complement (C3, C4, CH50)
6. Serositis *	6. Direct Coombs' test (do not count in the presence of hemolytic anemia)
7. Renal *	
8. Neurologic *	
9. Hemolytic anemia	
10. Leukopenia *	
11. Thrombocytopenia ($<100,000/\text{mm}^3$)	

[†]SLICC-Systemic Lupus International Collaborating Clinics
 * See notes for criteria details

	3	3	3	3	3
■ D ₃	ECDE3			3	
■ E ₃	3	3	A		
■ F ₃	3	3	3 3		
■ G ₃					
■ H ₃					
■ I ₃					
■ J ₃	3				
■ K ₃	3				
■ L ₃					
■ DC ₃		3			
■ DD ₃		3	0DCC7CCB	F<	

■ D♭

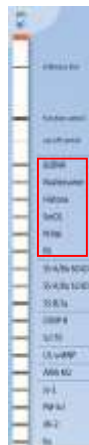
■ E♭

■ F♭

■ G♭

■ H♭

■ I♭



Маркеры системной красной волчанки

- **Nucleosome** – появляется значительно раньше чем к **ds DNA** – более чувствительный маркер.
- **ds DNA** - активная фаза, высокий риск развития волчаночного гломерулонефрита.
- **Histone** - для дифференциальной диагностики СКВ И ЛКВ: обнаруживаются у 50-90% больных ЛКВ, при этом отсутствуют антитела к **ds DNA**.
- **SmD1** - активная фаза заболевания, более агрессивное течение, поражение ЦНС и почек.
- **P0**- при сильном поражении ЦНС – развитие Волчаночного психоза.
- **PCNA**- с высокой частотой развития гломерулонефрита и тромбоцитопении.



Характеристика АНФ

Тип свечения	Тип аутоантител	Связь с заболеваниями
Гомогенное	Антитела к ДНК (двух и односпиральной), гистонам (H1, H2A, H2B, H3, H4)	СКВ, лекарственная волчанка, любые аутоиммунные РЗ и неРЗ
Периферическое	Антитела к двуспиральной ДНК	СКВ
Крапчатое	Антитела к рибонуклеопротейну SS-A/Ro, SS-B/La, Jo-1 и к Smith антигену	СКВ, СЗСТ, синдром Шёгрена, полимиозит/дерматомиозит
Сетчатое крапчатое	Антитела к Scl-70	ССД-диффузная форма
Дискретное крапчатое	Антитела к центромере	Синдром CREST, Синдром Рейно
Нуклеолярное	Антитела к РНК-полимеразе 1, PM/Scl, U3RNP	ССД- диффузная форма

Норма

- Нормальные титры АНФ в сыворотке крови <1:40 (при использовании криостатных срезов печени или почек лабораторных животных) и <1:160 при использовании HEp-2 клеток
- АНФ в титре 1:40 выявляют у 25-30% 1:80 – у 10-15%, 1:160 и выше – у 5 % здоровых людей

Антитела к ДНК – серологический маркер СКВ

- Подразделяют на два основных типа: антитела, реагирующие с **двуспиральной (нативной) ДНК**, и антитела, реагирующие с односпиральной (денатурированной) ДНК.

Норма

- 0-20 ME/ мл при ИФА
- НИФ <1:10., метод Farr <7 ME/ мл
- У здоровых лиц частота обнаружения не превышает 2,5%
- Чувствительность 100% Специфичность 98,4-99,2%

Антифосфолипидные антитела — серологический маркёр и фактор риска развития тромботических осложнений

- Антифосфолипидные антитела наряду с антителами к ДНК и антигену Ro/SS-A часто выявляются при СКВ и первичном антифосфолипидном синдроме и свидетельствуют о высоком риске артериальных и венозных тромбозов, тромбоцитопении и привычного самопроизвольного аборта.

Методы определения

- Согласно международным предварительным критериям классификации АФС (Сидней, 2005), обязательные методы лаб. диагностики включают определение антител к кардиолипину (АКЛ) классов IgM и IgG с использованием ИФА
- Обнаружение волчаночного антикоагулянта (ВА) в фосфолипидзависимых коагуляционных тестах и исследование антител к β 2-гликопротеину 1 (α 2-ГП1) классов IgM и IgG с помощью ИФА

Норма

- IgG АКЛ в сыворотке крови 7,0-23,0 GPL
- IgM АКЛ – 6,0-26,0 MPL
- IgG/ IgM α 2-ГП1 – 9,0-11,0 ЕД/мл

Обязательные диагностические критерии АФС

Клиническая картина

- Заболевают преимущественно женщины, чаще всего в возрасте 14-40 лет

- Поражение кожи

- Фотосенсибилизация (40%)

- Эритематозные



- Редкие формы кожного поражения

- Капилляриты:

- Пурпура

- Люпус – хейлит:

- Подострая кожная форма СКВ

- Дискоидная эритема

- Трофические нарушения

Поражение слизистых оболочек:

- Энантемы 3 3 3 3 3 3 3
- Афтозный стоматит ; 3 3 3
- Язвы на слизистой оболочке носа ; 3 3 3
- Язвы во рту или носоглоточной области 3 3 A 3



Поражение костно-суставной системы

- Артралгии 3 3 3 3 3 3 3
- Мигрирующий артрит 3 3 3 3 3 3 3

Реже развивается хронический деформирующий полиартрит (синдром Жакк)

- Поражение мышц: 3 3 3 3 3 3 3

- V

A blue background with scattered white characters including 'A', '?', 'M', and 'A'. There is also a small red square on the left side.

Ателектаз легкого

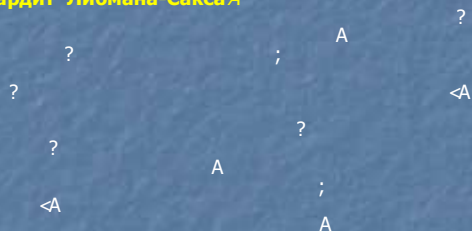


Поражение сердечно-сосудистой системы

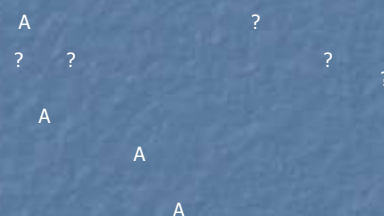
- Возможно развитие панкардита

- Миокардит

- Атипичный (абактериальный) бородавчатый эндокардит Либмана-Сакса



- Наблюдается увеличение риска КБС, АГ?



Поражение сосудов

■ Синдром Рейно

■ Системный васкулит

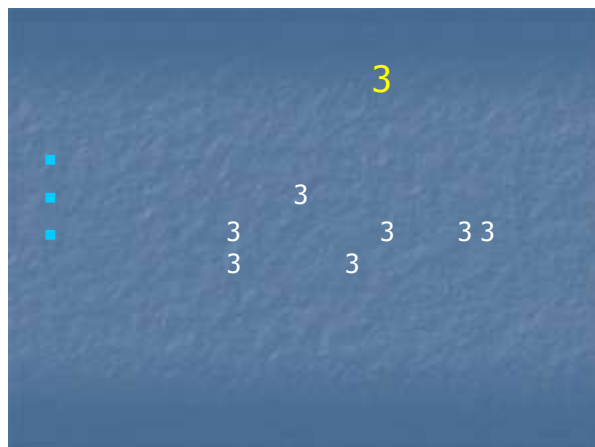
■ Легочная гипертензия.

■ Артериальная гипертензия A

■ Васкулит коронарных сосудов B

Системная красная волчанка





Люпус-нефрит (волчаночный гломерулонефрит)
Различают следующие клинические формы люпус-нефрита:

- **Быстро прогрессирующий волчаночный гломерулонефрит** ;
- **Хронический волчаночный гломерулонефрит с выраженным мочевым синдромом**
- **Хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом**
- **Латентный гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом** ;

Показания к биопсии почек при СКВ

-
-
-
-

Хх Те ХеТ XWgT3ECDE

Поражение нервно-психической сферы

- НС8 ? ? ?
- Астеновегетативный синдром —

■ Нейропсихические расстройства —

■ Тромбозы и истинные васкулиты

■ Периферическая нервная система

■ Полиневрит

■ Поперечный миелит

Поражение желудочно-кишечного тракта и печени

II	—	Органические мозговые синдромы	Нарушения умственной деятельности с нарушением ориентации, памяти или другими интеллектуальными расстройствами с острым началом и стойкими клиническими симптомами, включая затуманенность сознания со снижением способности к концентрации и неспособности сохранять внимание в окружающей среде, плюс минимум два из следующих: нарушения восприятия, бессонница, речевые, бессонница или сонливость в дневное время, снижение или повышение психомотивной деятельности. Следует исключить вероятность метаболических, инфекционных и лекарственных воздействий
III	—	Зрительные нарушения	Изменения на сетчатке (включая клеточные потери, кровоизлияния, серозный экссудат или геморрагии в сосудистой оболочке) или интрит зрительного нерва. Следует отличать от нарушений, вызванных гипертонией, инфекцией, лекарственными воздействиями
IV	—	Нарушение функций черепно-мозговых нервов	Впервые возникшие чувствительные или двигательные расстройства, обусловленные поражением черепно-мозговых нервов
V	—	Головная боль	Выраженная персистирующая головная боль (может быть мигренозная), не поддающаяся лечению наркотическими анальгетиками
VI	—	Нарушение мозгового кровообращения	Впервые возникшие нарушения мозгового кровообращения. Следует отличать от нарушений, возникших вследствие атеросклероза
VII	—	Васкулит	Язвы, гангрены, болезненные узелки на пальцах, подкожные инфаркты, геморагии или другие признаки или ангиограммы, подтверждающие васкулит
VIII	—	Артрит	Боль и признаки воспаления (болезненность, припухлость, тепло) в двух и более суставах

Таблица 11.4. Соматические			
Баллы	SLEDAI-2K	Симптомы	Определения
4	—	Множественные	Примеры: множественная сыпь/лабры, ангиодерматоз с прогрессирующим снижением КФУ, анкилоз, или другие SMT или болезни, подтверждающие диагноз
4	—	Цитоплазматические	Значительные или атипичные цитоплазматические
4	—	Гематологические	>5 эритроцитов в поле. Следует исключить гематологические, инфекционные и другие причины
4	—	Проксимальные	>0.5 г/л
4	—	Подкожные	>5 новообразований в поле. Следует исключить инфекционные, инфекционные, лекарственные, воспалительные или другие причины
2	—	Эритематозные	Повышение эритематозных или диффузных высыпаний
2	—	Алопеция	Повышение эритематозных или диффузных высыпаний
2	—	Язвы слизистой оболочки	Использование слизистой оболочки полости рта или носа
2	—	Плеврит	Боль в грудной клетке с шумом трения плевры или выпотом или утолщением плевры
2	—	Перикардит	Перикардиальная боль, с шумом трения перикарда, электрокардиографическое или рентгенографическое подтверждение
2	—	Низкий комплемент	Падение уровня C3, C4 или C5 ниже нижней границы нормы (по данным тестирования лаборатории)
2	—	Повышенный уровень анти-20	>20% снижение по методу Farrer (Farr) или приращивание отрицательных значений титрующей лабораторией
1	—	Повышение	>10 °C, следует исключить инфекционные причины
1	—	Тромбоцитопения	<100 000/мм³, следует исключить факторы лекарственного воздействия
1	—	Повышение	<3 000/мм³, следует исключить факторы

Общий SLEDAI-счет

- В графу SLEDAI-счет вносят баллы, если данный симптом есть на момент осмотра или имел место в течение 10 предшествующих осмотру дней. SLEDAI-2K в отличие от шкалы SLEDAI позволяет учесть персистирующую активность, связанную с наличием кожных высыпаний, язв слизистых оболочек, алопеции, протенирии. В шкале SLEDAI учитывают только рецидив или первичное возникновение таких признаков, как кожная сыпь, алопеция, язвы слизистых оболочек и протенирия, а в шкале SLEDAI-2K - любой вариант данных признаков (вновь возникший, рецидив, персистирующая активность).

Индекс повреждения (PII) при кв slice/acr Damage Index (Необходимо наличие у пациента нижеперечисленных симптомов не менее 6 месяцев)

Признак	Баллы
<i>Орган зрения (каждый глаз) при клинической оценке</i>	
Любая катаракта	1
Изменения сетчатки или атрофия зрительного нерва	1
<i>Нервная система</i>	
Когнитивные нарушения (снижение памяти, трудности со счетом, плохая концентрация, трудности в разговорной речи или письме, нарушенный уровень исполнения) или большие психозы	1
Судорожные припадки, требующие лечения более 6 мес	1
Инсульты когда-либо (счет 2 балла, если >1)	1 2

Индекс повреждения (ИП) при скв slice/acr Damage Index
(Необходимо наличие у пациента нижеперечисленных симптомов не менее 6 месяцев)

Черепно-мозговая или периферическая невропатия (исключая зрительную)	1
Поперечный миелит	1
Почки	
Клубочковая фильтрация < 50 мл/мин	1
Протеинурия >3,5 г/24 часа	1
ИЛИ	
Конечная стадия почечного заболевания (независимо от диализа или трансплантации)	3

Индекс повреждения (ИП) при скв slice/acr Damage Index
(продолжение)

Легкие

Легочная гипертензия (выбухание правого желудочка или звонкий II тон)	1
Легочный фиброз (физикально и рентгенологически)	1
Сморщенное легкое (рентгенологически)	1
Плевральный фиброз (рентгенологически)	1
Инфаркт легкого (рентгенологически)	1

Сердечно-сосудистая система

Стенокардия или аорто-коронарное шунтирование	1
Инфаркт миокарда когда-либо (счет 2 балла, если >1)	1 2
Кардиомиопатия (дисфункция желудочков)	1
Поражение клапанов (диастолический или систолический шум >3/6)	1
Перикардит в течение 6 мес (или перикардэктомия)	1

Индекс повреждения (ИП) при скв slice/acr Damage Index
(продолжение)

Периферические сосуды

Переменяющаяся хромота в течение 6 мес	1
Небольшая потеря ткани («подушечка» пальца)	1
Значительная потеря ткани когда-либо (потеря пальца или конечности) (счет 2 если > чем в одном месте)	1 2
Венозный тромбоз с отеком, изъязвлением или венозным стазом	1

Желудочно-кишечный тракт

Инфаркт, резекция кишечника (ниже 12-перстной кишки), селезенки, печени или желчного пузыря, когда-либо по любым причинам (счет 2 если более чем в одном месте)	1 2
Мезентериальная недостаточность	1
Хронический перитонит	1
Стриктуры или хирургические операции на верхней части ЖКТ	1

Индекс повреждения (ИП) при скв slice/acr Damage Index

Костно-мышечная система

Мышечная атрофия или слабость	1
Деформирующий или эрозивный артрит (включая вправимые деформации, исключая аваскулярные некрозы)	1
Остеопороз с переломами или коллапсом позвонков (исключая аваскулярный некроз)	1
Аваскулярный некроз (счет 2 балла, если >1)	1 2
Остеонекроз	1

Кожа

Рубцовая хроническая алопеция	1
Обширное рубцевание или панникулит (кроме волосистой части и подушечек пальцев)	1
Изъязвления кожи (исключая тромбоз) в течение 6 мес	1

Поражение половой системы

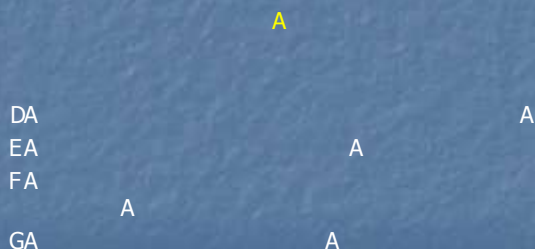
Поражение половой системы	1
---------------------------	---

Сахарный диабет (вне зависимости от лечения)

Малигнизация (исключая дисплазии) (счет 2 балла, если более чем в одном месте)	1
--	---

Лечение

■ Патогенетическая терапия



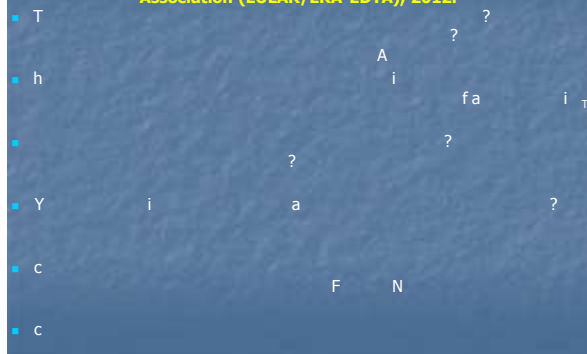
Основные препараты для лечения СКВ

Препараты	Наиболее применяемые	часто	Применяющиеся относительно редко
Глюкокортикостероиды для приема внутрь	Преднизолон, метипред, медрол	6-метил преднизолон (метипред, урбазон)	Триамсинолон
Для внутривенного введения (пульс-терапия)	6-Метилпреднизолон (солю-медрол, метипред, урбазон)		Дексаметазон (дексавен, дексазон)
Иммунодепрессанты	Циклофосфамид (циклофосфан) Азатиоприн (имуран)		Хлорамбуцил (хлорбутин) Метотрексат Циклоспорин (сандимун)
4-Аминохинолиновые производные	Гидрохлорохин (плаквенил)		Хлорохин (делагил)

The first guidelines for managing lupus nephritis have been issued by the American College of Rheumatology, 2012

- Patients with clinical evidence of active, previously untreated lupus nephritis should have a renal biopsy to classify the disease according to International Society of Nephrology/Renal Pathology Society criteria A
- All patients with lupus nephritis should receive background therapy with hydroxychloroquine, unless contraindicated; this recommendation was based on a prospective controlled trial showing lower flare rates in those who continued hydroxychloroquine, compared with those who switched to placebo
- Glucocorticoids plus either cyclophosphamide intravenously (IV) or mycophenolate mofetil orally for induction in patients with ISN class III/IV disease; patients with ISN/RPS class I and II nephritis do not require immunosuppressive therapy
- Administer ACEIs or ARBs if proteinuria is 0.5 g/24 h or more
- Maintain blood pressure at or below 130/80 mm Hg

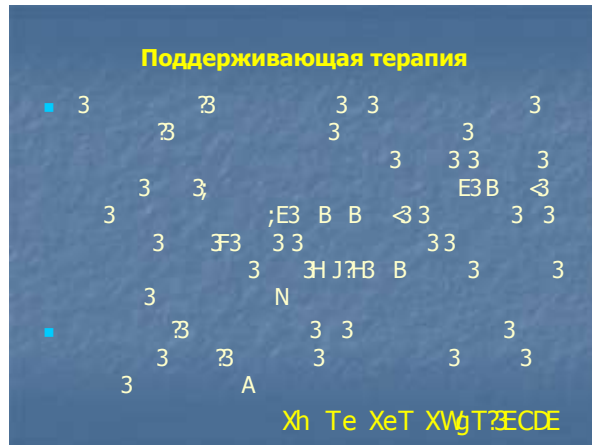
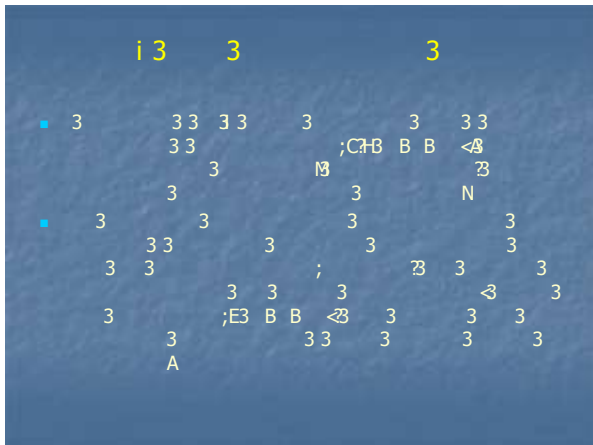
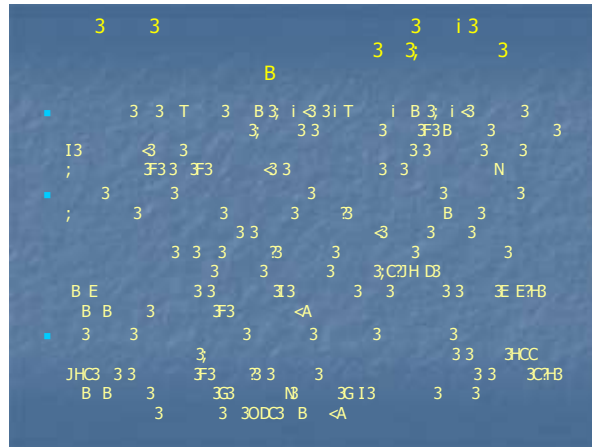
Joint guidelines for the management of adult and pediatric lupus nephritis by European League Against Rheumatism and European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ERA-EDTA), 2012.



■ T3 3 3 3 3 3
 3 3 3 3
 ■ c 3 3 3 3 3 3
 ■ 3 3 3 3 3 3 3
 3 3 3 3
 ■ g 3 3 3 3 3
 3 3 < 3 3
 ■ 3 3 3 3 3 3
 3 3 3 3 3 3

A diagram illustrating a sequence of 3D cubes arranged in a spiral pattern on a blue background. The cubes are labeled with numbers 3 and 3, and the letter A. The pattern starts with a single cube at the top left, followed by a spiral of cubes, with the letter A appearing in the center of the spiral.

19



Кортикостероиды

- **Местное применение**
- **Системное применение**

При остром и подостром течении болезни III степени

40-60 мг/сут

1-1,5 мг на 1 кг массы в сутки

30-40 мг/сут,
15-20 мг/сут.

EG GK
EH FC8

3 мес, до 6 мес

Поддерживающая доза составляет обычно 5-10 мг

Цитостатики

- **Иммуносупрессивные медикаменты**

остром, быстро прогрессирующем течении СКВА

- Цитостатики применяют рефрактерных к ГКС генерализованного васкулита ; быстрого уменьшения подавляющей ; индивидуальных особенностей больных ;
- Цитотоксические иммунодепрессанты при СКВ всегда применяют в сочетании кортикостероидами. длительно (от 6 мес. до 5 лет).

- Циклофосфан ;
- азатиоприн и циклофосфамид в дозе 1-3 мг/кг/сут ; мг преднизолона 2-2.5 мес? 50-100 мг/сут? (от 6 до 36 мес) ; возвратится к терапии ГКС, ; хлорамбуцил (0,2-0,4мг/кг/с) (25мг) и средним (40мг) дозами преднизолона. начинать лечение с циклофосфамида, но через 4-5 нед перейти на азатиоприн или лейкоран для длительного лечения.

- Осложнения : лейкопения, агранулоцитоз, анемия, геморрагический синдром, в том числе геморрагический цистит, диспепсические расстройства. ; < и мочи каждые 5-7 дней ; развитие бактериальной инфекции, геморрагического цистита и выраженной цитопении — содержание лейкоцитов ниже $2 \times 10^6/\text{л}$, тромбоцитов — менее $100 \times 10^6/\text{л}$ отмена кортикостероидов до 50-60 мг/сут? ; риск развития малигнизации,

- ### Интенсивная терапия
- #### Основные показания к применению интенсивной терапии:
- Активный люпус-нефрит ;
 - Острое тяжелое поражение ЦНС ;
 - Гематологический криз, глубокая тромбоцитопения.
 - Язвенно- некротический кожный васкулит.
 - Легочный васкулит
 - Высокая активность болезни,

■ Пульс-терапия (ПТ)

А (МП),
1г/м2) дозе 1-2 г (или
FCIC
F ?
DB E 12 месяцев и наиболее
продолжительно до 36 месяцев
methylprednisolone ; i < DB EN
DE FI N E
I E ? DB E
A R;b a D MT
DH? ECCD<



■ При активном волчаночном нефрите назначают
циклофосфан (ЦФ) из 1000 мг/м2
D E F 15 – 20 мг на 1 кг массы тела
? ?
A В дальнейшем
циклофосфан 1г/м2 ежемесячно вводят на
протяжении 6 месяцев, затем 1 раз в квартал на
протяжении 2 лет

?
H DC A

■ Основная эмпирическая схема лечения
циклофосфамидом
ECCC ; F G HCC D ?
DC ; ECC <MG DCCC ?
ECC DCCC I DE A
? ?
A синхронной интенсивной
терапии?
; <

■ Азатиоприн

? E EAM B

?

DCC DHC

DCC

B

;

DE

EG

<

;

DCCC

B E

F

<A

■ Среди побочных реакций и осложнений

?

A

?

?

?

опухолей реально рассматривается только при суммарной дозе более 60 г.

- У больных с тяжелым поражением ЦНС эффективен метотрексат (внутривенное введение 10мг вместе с 20мг дексаметазона в спинно-мозговой канал в течение 2-7 недель) За последние годы получен опыт успешного применения циклоспорина А в дозе 3-5 мг/кг веса

производные

аминоинолиновые

A

?

?

?

?

?

?

Нестероидные противовоспалительные средства.

- НПВС назначают в терапевтических дозировках в основном при подострых и хронических вариантах болезни I степени активности для лечения лихорадки, суставного синдрома и серозита. Важен подбор препарата с учетом его индивидуальной эффективности и переносимости: вольтарен (ортофен) по 50 мг 2 - 3 раза в день, индометацин по 25 - 50 мг 2 - 3 . раза в день, бруфен по 400 мг 3 раза в день.
- По сочетанию эффективности и безопасности препараты, влияющие на иммунное воспаление ГК, циклофосфамид, азатиоприн, хлорбутин и другие не всегда удовлетворяют клиницистов. Кроме того, у многих больных раннее назначение адекватных доз ГК и цитотоксических препаратов не позволяет избежать необратимого поражения жизненно важных органов и систем (в первую очередь почек и центральной нервной системы), а также нередко ассоциируется с развитием тяжелых, потенциально смертельных побочных реакций (интеркуррентная инфекция, цитопения, геморрагический цистит, остеопоротические переломы, рост числа злокачественных новообразований и пр.)

- **воздействие на лимфоциты ;**
- **циклоспорин А** **одно из наиболее эффективных лекарственных средств с селективной иммуносупрессивной активностью**

А Мофетила микофенолат
(Селлсепт)

препарат дает более выраженный антипролиферативный эффект в отношении лимфоцитов и проявляет цитостатическую, а не цитотоксическую активность

Терапевтические перспективы при СКВ

- "Биологические" агенты, "антицитокиновая" терапия —

А D
A
■ Выделено три группы препаратов: две из них —
; ? <
Y ;X <
F<
D
;TeTi T <2

Исключены для лечения больные с общим тяжелым состоянием, преклонного возраста, при небольшой активности прцесса.

■ A ?
■ J E I F B E A
K A B ?
■ ; < DC? EC DCC A
E DCC DC EC F D GI A ? GI
G A ;E <A ?

Лечение моноклональными антителами СКВ:

■ I ? ? ?
I ? ? A
? ? F B B A ?
A ? ?
A ?

■ аутологичную трансплантацию
стволовых клеток ; <A ECCC

FC

A ?

- половых гормонов? модуляции
- эстрогенов? антагонистов

- Интравенозный гамма глобулин
- проводят аутологичную трансплантацию ранних форм клеток крови (стволовых),
- $A;hi T Dc$
- VWG B J

- Внесения коррекции в схемы терапии у больных СКВ с наличием вторичного антифосфолипидного синдрома (АФС).
- антикоагулянты ; непрямого действия

- антифосфолипидный синдром
- Вторичный

Пример клинического диагноза

- Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности (индекс SELENA-SLEDAI 2K - 11 баллов), с поражением системы крови (тромбоцитопения, лейкоцитопения), суставов (артрит), трофические нарушения (выпадение волос), конституциональные проявления (лихорадка), иммунологические нарушения (снижение компонента комплемента C4, повышение антител к двуспиральной ДНК), ИП SLICC/ACR - 0 баллов.

Клинический случай:

Больная **Ы.** 34 года, поступила с жалобами на резкое снижение остроты зрения, боли в области глазных яблок, выраженные головные боли, задержку мочеиспускания, чувство покалывания в ладонях, верхних и нижних конечностях, ноющие боли в нижних конечностях с легкими судорогами, похолодание, онемение, изменение цвета кожи кистей и стоп при контакте с холодом. **Из анамнеза:** заболела с сентября 2017 года, в дебюте отмечала резкое снижение зрения на правый глаз, затруднение выделения мочи, выраженную слабость нижних конечностей. Лечилась неоднократно у неврологов с диагнозом: рассеянный склероз. Получала дексаметазон курсами с кратковременным улучшением состояния. Ухудшение состояния отмечает в течение нескольких месяцев, когда резко снизилось зрение, при этом отмечала онемение правой половины тела. **Объективно:** Кожные покровы ладонные капилляриты, слизистые оболочки чистые, обычной окраски. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца в норме. Тоны ясные, ритмичные. ЧСС=88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст.

Клинический случай:

► Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Задержка мочи. Стул не регулярный. Суставы внешне не изменены. **Результаты исследований:** В об. ан. крови – без особенностей, СОЭ-12 мм/ч. Об. ан. мочи – без особенностей. Перед госпитализацией консультирована в отделении неврологии с клиническим диагнозом: Оптиконевромиелит (болезнь Девика) с тетрапарезом, нарушением функций тазовых органов по типу задержки, двусторонняя атрофия зрительных нервов ремитирующее течение, акзапербация.

