

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/kontrolnaya-rabota/186453>

Тип работы: Контрольная работа

Предмет: Медицина

- 1.Определение, классификация склеродермии
- 2.Характеристика локализованной склеродермии
3. Этиология и патогенез локализованной склеродермии.
 - 3.1.Активация Т-лимфоцитов
 - 3.2.Выработка Антиядерных антител (ANA)
 - 3.3.Выработка специфических видов интерферона и цитокинов
 - 3.4.Генетическая предрасположенность
- 4.Особенности ЛС в детском возрасте
 - 4.2.Особенности этиологии и патогенеза склеродермии у детей.
- 5.Лечение склеродермии
- 6.Список литературы

- 1.Определение, классификация склеродермии.

Системная склеродермия- заболевание соединительной ткани, характеризующееся повышенной выработкой и отложением коллагена и соединительной ткани внутренних органов, а также иммунизацией. Включает в себя

- 1.Системную склеродермию, которая характеризуется фиброзом кожи, сосудов и внутренних органов. Встречается чаще у взрослых.
 2. Локализованную склеродермию, (ЛС) также известную как морфея, -характеризуется склерозом кожи и нижележащих тканей без поражения сосудов или внутренних органов.
- ЛС имеет несколько различных подтипов в зависимости от глубины и распределения поражений:
- 1)ограниченная ЛС (бляшечная склеродермия)
 - 2)линейная склеродермия туловища/конечности или головы (ленточноподобное поражение)
 - 3) генерализованная ЛС (множественные бляшечные очаги),
 - 4) пансклеротическая ЛС
 - 5) или комбинацию двух или более подтипов (смешанная морфея)

- 2.Характеристика локализованной склеродермии

Отличительной чертой ЛС являются последовательное развитие заболевания: сначала развивается

- 1) «активная фаза воспаления» с поражением кожи, гистологически проявляющееся в плотной дермальной и подкожной лимфоцитарной инфильтрации, вызывающей клинические признаки эритемы и отека.
- 2) Затем следует «фаза повреждения», характеризующаяся однородным плотным скоплением коллагена, при отсутствии или редким клеточным инфильтратом; в результате осмотра обнаруживаются толстые, твердые и обесцвеченные фиброзные пятна или полосы на коже лица, туловища и конечностей.

Наиболее распространена ювенильная ЛС (60%)- протекающая длительно (средняя продолжительность заболевания 13,5 летс высокой морбидностью,- характерны повреждения опорно-двигательного аппарата (38% пациентов) с контрактурой конечностей и\или суставов, атрофией мышц, ограничениями функциональных возможностей (25%пациентов).-(по данным Торок К. с соавт 2015)

Поражения наиболее заметны при заболевании таким видом ЛС как линейная склеродермия - наиболее распространенной подгруппе ювенильной ЛС (60% пациентов). Это заболевание прогрессивно поражает конечности, вовлекая суставы, приводя к контрактурам мышц и сухожилий, анкилозу суставов. У пациентов с поражением волосистой части головы и лица при линейном паттерне ("удар саблей"), либо при паттерне гемифациальной атрофии ("синдром Парри Ромберга") наблюдается ассоциация с неврологическими проявлениями (в 20% случаев), включая хронические головные боли, инсульты и судороги.

3. Этиология и патогенез локализованной склеродермии.

Патогенез ЛС недостаточно изучен, и большинство литературных источников основываются на том утверждении, что локализованная склеродермия разделяет клинические признаки фиброза кожи со своей «сопутствующей болезнью» - системной склеродермией. В развитии этих заболеваний участвует несколько взаимосвязанных механизмов иммунного ответа и разных вариантов его нарушений. Среди них выделяют

несколько:

- активация Т-лимфоцитов
- выработка антиядерных антител и антигистоновых антител
- генетическая предрасположенность

- 1.Осмола-Маньковска А, Терезяк-Миколайчак Е, Данчак-Паздровска А., Ковальчик М., Жаба Р., Адамски З. Роль дендритных клеток и регуляторных Т-клеток в патогенезе морфеи. Европейский журнал иммунологии 2015;40(1):103-8. ИЦО: 10.5114/seji.2015.50841. электронная публикация (Epub) от 22 апреля 2015 год. Идентификатор PubMed: 26155191; PMCID: PMC4472547.
2. Кэтрин С. Торок, Сюзанна К. Ли, Хайди М. Якобе, Сара Ф. Табер, Энн М. Стивенс, Франческо Зулиан и Тереза Т. Лу «Иммунопатогенез детской локализованной склеродермии (ЛС)» Журнал «Рубежи иммунологии» 2019
3. Дхарамси Д. В., Виктор С., Агува Н., Ан С., Арнетт Ф., Мэйс, др. мед., Якобе Х. "Морфея у взрослых и детей, когорта III: когортное исследование типа "случай-контроль" — клиническое значение аутоиммунных антител при морфее." Журнал Американской медицинской ассоциации Ревматологии, октябрь 2013 г.; 149(10):1159-65. Идентификатор DOI: 10.1001/jamadermatol.2013.4207. Идентификатор MID: 23925398; Идентификатор PMCID: PMC4153681.
4. Торок К.С., Курзински К., Келси С., Ябес Д., Маги К., Вайехо А.Н., Медсгер Т. младший, Фегали-Бостуик, Калифорния. Цитокиновый и хемокиновый профили периферической крови при ювенильной локализованной склеродермии: Т-хелперные клеточно-ассоциированные цитокиновые профили. Semin Артрит Журнал ревматологии. декабрь 2015; 45(3):284-93. ИЦО: 10.1016/j.semarthrit.2015.06.006. Электронная публикация от 17 июня 2015 г. Идентификатор PMID: 26254121; Идентификатор PMCID: PMC4656125.
5. Кэтрин С. Торок и Ташави Аркачайсри «Метотрексат и кортикостероиды в лечении локализованной склеродермии: стандартизированное перспективное продольное одноцентровое исследование» Журнал ревматологии февраль 2012; 39 (2): 286-294. doi:10.3899/jrheum.110210.
- 6.Торок К., Ли С.,с соавт «Иммунопатогенез детской локализованной склеродермии» Журнал «Рубежи иммунологии» 2019
7. Кари Хемминки, Синьцзюнь Ли, Ян Сундквист «Семейные ассоциации ревматоидного артрита с аутоиммунными заболеваниями и связанными с ними состояниями» Артрит и ревматизм том 60, № 3, март 2009, стр. 661-668

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kontrolnaya-rabota/186453>