Ангииты кожи

1. Виды и общие признаки ангиитов кожи

Ангииты (васкулиты) кожи - группа воспалительно-аллергических дерматозов, основным проявлением которых служит поражение дермо-гиподермальных кровеносных сосудов разного калибра. Этиология неизвестна.

Патогенез в большинстве случаев иммунокомплексный (поражение сосудистых стенок иммунными депозитами с инфекционными, медикаментозными и другими антигенами). Имеют значение: фокальная (реже общая) хроническая инфекция, локализующаяся в любом органе, хронические интоксикации, переохлаждение, эндокринопатии, обменные нарушения, общие и местные сосудистые заболевания, диффузные болезни соединительной ткани.

Отличительные общие признаки ангиитов кожи:

1) воспалительно-аллергический характер высыпаний с наклонностью к отеку, кровоизлияниям и некрозу;

2) полиморфизм высыпных элементов;

3) симметричность высыпаний;

4) преимущественная или первичная локализация на нижних конечностях;

5) острое или периодически обостряющееся течение;

6)частое наличие сопутствующих сосудистых или аллергических заболеваний других органов.

В зависимости от калибра различают:

1. Поверхностные васкулиты

Поверхностные (дермальные) ангииты - поражение артериол, венул и капилляров кожи (полиморфный дермальный ангиит, хроническая пигментная пурпура);

2. Глубокие ангииты

Глубокие (гиподермальные) ангииты - поражение артерий и вен мышечного типа (узелковый периартериит, узловатый ангиит).

Описано много клинических форм ангиитов кожи.

Полиморфный дермальный ангиит (болезнь Гужеро-Рюитера) имеет несколько клинических типов:

1) уртикарный (стойкие волдыри);

2) геморрагический (идентичен геморрагическому васкулиту, проявляющемуся геморрагической сыпью в виде петехий, пурпуры, экхимозов, пузырей с последующим образованием эрозий или язв);

3) папулонекротический (воспалительные узелки с центральным некрозом, оставляющие вдавленные рубчики);

4) пустулезно-язвенный (идентичен гангренозной пиодермии);

5) некротически-язвенный (геморрагические некрозы с трансформацией в язвы);

6) полиморфный (сочетание волдырей, узелков, пурпуры и других элементов).

Хроническая пигментная пурпура (прогрессирующая пигментная пурпура Шамберга, гемосидероз кожи) проявляется повторными множественными петехиями с исходом в буровато-коричневые пятна гемосидероза.

Узелковый периартериит (кожная форма) - немногочисленные, величиной от горошины до грецкого ореха, узловатые высыпания, появляющиеся приступообразно по ходу сосудов нижних конечностей. Кожа над ними позднее может становиться синюшно-розовой. Высыпания болезненны, могут изъязвляться, существуют несколько недель или месяцев.

Эритема узловатая проявляется воспалительными узлами на нижних конечностях.

Патогенез: сенсибилизация сосудов кожи и подкожной клетчатки возбудителями различных инфекционных заболеваний. Реже сенсибилизирующий агент относится к медикаментам. Нередко бывает кожным синдромом саркоидоза, иногда может выступать в качестве паранеопластического симптома.

Острая узловатая эритема - быстрое высыпание на голенях болезненных ярко-красных отечных узлов величиной до детской ладони; лихорадка до 38-39, общая слабость, головная боль, иногда артралгии. Узлы бесследно исчезают через 2-3 недели, последовательно изменяя свою окраску на синюшную, зеленоватую, желтую (цветение "синяка"), не изъязвляются. Встречается чаще у молодых женщин и детей, обычно после перенесенной ангины, не рецидивирует.

Хроническая узловатая эритема (узловатый ангиит) - упорное рецидивирующее течение, преимущественно у женщин среднего и пожилого возраста, нередко отягченных общими сосудистыми или аллергическими заболеваниями, очагами хронической инфекции. Обострения чаще весной и осенью. Появляется небольшое число воспалительных плотных, умеренно болезненных узлов телесного или синюшно-розового цвета, величиной с лесной или грецкий орех. Основная локализация - голени, реже бедра. Часто наблюдается отечность нижних конечностей. Иногда узлы изъязвляются. Рецидивы длятся несколько месяцев. Необходимо дифференцировать от туберкулезной индуративной эритемы.

Диагностика ангиитов кожи: характерная клиническая симптоматика. В затруднительных случаях - патогистологическое исследование - при дифференциальном диагнозе с туберкулезными поражениями кожи (индуративная эритема и папулонекротический туберкулез). Учитывают молодой возраст больных кожным туберкулезом, зимние обострения процесса, положительные кожные пробы с разведенным туберкулином, наличие туберкулеза других органов.

Лечение. Санация очагов инфекции, коррекция эндокринно-обменных нарушений. Антигистаминные препараты, витамины, препараты кальция, нестероидные противовоспалительные средства (индометацин). При четкой связи с инфекцией - антибиотики. В тяжелых случаях необходимы госпитализация, гемосорбция, плазмаферез, длительно кортикостероиды в адекватных дозах с постепенной отменой. При хронических формах - хинолины (делагил по 1 таблетке в день в течение нескольких месяцев).

Местно при пятнистых, папулезных и узловатых высыпаниях - окклюзионные повязки с кортикостероидными мазями (флюцинар), линимент "Дибунол"; при некротических и язвенных поражениях - примочки с химопсином, мази: "Ируксол", "Солкосерил", 10%-ная метилурациловая. Острая узловатая эритема: постельный режим, антибиотики, анальгин, индометацин, согревающие компрессы с 10 %-ным раствором ихтиола, аппликации 33%-ного раствора димексида, бутадиеновая мазь, кортикостероидные мази, линимент "Дибунол". Прогноз для полного излечения часто сомнительный.

Профилактика рецидивов. Санация фокальной инфекции; избегать длительной нагрузки на ноги, переохлаждения, ушибов ног.