

ВАСКУЛИТ ПОД МАСКОЙ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ

*¹Дегтерёва О.В., ¹Штонда М.В., ²Маковская А.А., ²Федоренко С.В.,
²Крюк Н.В.*

*¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский
университет», г. Минск, Республика Беларусь*

*²Учреждение здравоохранения «2-я городская клиническая больница»,
г.Минск, Республика Беларусь*

Кожа является зеркалом внутренних проблем организма. Каждое заболевание так или иначе влияет на состояние кожи, от минимальных, едва заметных глазу изменений, до выраженной патологии. При васкулитах это один из наиболее часто поражаемых органов. В настоящее время нет общепринятой терминологии и классификации васкулитов и сосудистых нарушений кожи. Большинство специалистов, в том числе и в Республике Беларусь, придерживаются классификации, принятой на конференции 2012 года (Chapel Hill Consensus Conference), согласно которой васкулиты кожи включают несколько клинических вариантов поражения сосудов:

1. поражение кожи как одно из проявлений (симптом) системного васкулита;
2. системные васкулиты с преимущественным поражением кожи (кроме кожи должен быть вовлечен в процесс хотя бы еще один орган);
3. органоспецифические васкулиты (васкулиты одного органа):
 - кожный лейкоцитокластический ангиит;
 - кожный артериит.

К сожалению, очень часто на этапе первичного обращения пациента к врачу с язвенным дефектом нижних конечностей диагноз васкулита не распознается и даже не учитывается в дифференциальной диагностике. Рутинно пациенту выставляется диагноз «трофическая язва голени» с соответствующим лечением. Это приводит к значительному расширению язвенного дефекта, а при некротически-язвенном типе, как наиболее тяжелом варианте дермального васкулита, может иметь место острое (иногда молниеносное) начало вплоть до быстрого летального исхода.

Поэтому социальная значимость правильной постановки диагноза и как можно более раннего начала адекватной терапии невероятно высока. Ведь болезнь поражает часто лиц молодого возраста, протекает с быстрой инвалидизацией, высокой стоимостью лечения, частыми рецидивами, неблагоприятным исходом и прогнозом при отсутствии базисной терапии. Ниже приводим клинический случай.

Пациентка П, 72 лет, поступила в хирургическое отделение (гнойное) с жалобами на наличие большой циркулярной язвы правой голени с выраженным болевым синдромом и обильным отделяемым. Со слов пациентки, язвы на правой голени появляются около 15 лет, последние несколько лет идет распространение и слияние язв в одну большую раневую поверхность, обильное раневое отделяемое (лимфорея), его выраженная болезненность, требующая высоких доз анальгетиков, отечность правой стопы. Кроме сосудистой терапии и местного лечения ничего не назначалось, расценивалась ситуация в рамках проявления хронической венозной недостаточности (без инструментального и клинического подтверждения). Травм, укусов насекомыми, других причин не отмечала. Ранее наблюдались редкие простудные заболевания, лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Артериальное давление в норме, на регулярной основе никаких препаратов не принимает. Гемотрансфузий не было, наследственный и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки отрицает.

При осмотре на правой голени имеется обширная циркулярная язва нижней и средней трети голени, полное отсутствие кожи и подкожной клетчатки в области дефекта с визуализацией подлежащих мышц и сухожилий. При этом раневая поверхность чистая, обильное серозное отделяемое, ткани розового цвета. На границе язвы прилегающая кожа несколько отечна, с признаками умеренно выраженного воспаления.

Выполнено необходимое лабораторно-инструментальное исследование. В общем анализе крови обращает на себя внимание ускорение СОЭ до 54 мм/ч (по Панченкову), в биохимическом анализе крови высокий СРБ 40,2 мг/л, низкое сывороточное железо 4,2 мкмоль/л, ферритин 261, общий белок 50 г/л. Показатели гемостазиограммы и Д-димеры не изменены, прокальцитонин в норме. Общий анализ мочи в норме. При УЗИ сосудов нижних конечностей артерии проходимы, стенозов более 30% не выявлено, данных за флеботромбоз не выявлено. Р-графия ОГК, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, почек, ФГДС отклонений не выявили.

Учитывая отсутствие объективных причин для возникновения трофической язвы, а также исключение инфекционных осложнений, стойкую персистенцию и прогрессирование язвенного процесса на коже правой голени, выраженность воспаления (СРБ, СОЭ), высказано предположение о наличии у пациентки васкулита одного органа. Выполнена биопсия кожи, где выявлен продуктивный васкулит (артериит), ограниченный кожей. Выставлен диагноз: васкулит одного органа, продуктивный васкулит (артериит), ограниченный кожей, осложненный обширной циркулярной язвой правой голени с лимфореей, активность 3 ст.

Пациентке назначена базисная терапия: пульс терапия метилпреднизолоном 500 мг внутривенно трижды с продолжением приема

метилпреднизолона внутрь 16 мг в сутки. В дальнейшем при стабилизации процесса постепенное снижение дозы до поддерживающей 8 мг в сутки. В сочетании с глюкокортикоидами была назначена терапия иммунодепрессантом из группы антиметаболитов – азатиоприн 100 мг в сутки внутрь. Проводилась также фоновая терапия: дебютировали с низкомолекулярных гепаринов в профилактической дозе, затем перешли на двойную дезагрегантную терапию низкими дозами аспирина 75 мг и клопидогрелем 75 мг в сутки; розувастатин 10 мг в день, актовегин в/венно капельно в качестве стимулятора регенерации тканей.

Уже через 1,5 месяца от начала терапии отмечена положительная динамика: улучшилось общее самочувствие, купировались боли, отечность стопы, нормализовались показатели СОЭ и СРБ в крови. Кожа на границе с раной без признаков воспаления, вся раневая поверхность покрылась грануляционной тканью нежно-розового цвета, что дало возможность на фоне продолжения базисной терапии приступить к следующему этапу лечения – трансплантации кожи. В течение года выполнено 11 аутодермопластик с хорошей приживаемостью лоскутов.

Через год от начала терапии васкулита кожи у пациентки отмечается значительное улучшение: на фоне стабильно хорошего самочувствия и нормальных лабораторных показателей 95% язвенного дефекта закрылось кожей. Оставшаяся минимальная раневая поверхность с грануляциями без признаков воспаления и инфицирования, с тенденцией к заживлению.

Положительный эффект в отношении активности процесса и кожных проявлений при применении иммунодепрессивной терапии подтверждает аутоиммунный генез данной патологии.

Представленный клинический случай демонстрирует важность своевременной постановки диагноза, что значительно улучшает эффективность лечения, качество жизни и прогноз этой группы пациентов.