

УДК 616.517.8

ВАСКУЛИТЫ, ОГРАНИЧЕННЫЕ КОЖЕЙ

В.О. Максимович¹, С.А. Масюкова², И.А. Ламоткин², И.В. Ильина², О.В. Гладко²

¹ Центр эстетической медицины Dr. Shumskaya, Москва, Россия

² Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», Москва, Россия

Адрес для переписки:

Масюкова Светлана Андреевна, masyukovasa@mgupp.ru

Ключевые слова: ангииты, дермальный васкулит, вирусные и бактериальные инфекции, классификация, клинические формы.



Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.



Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Аннотация

В статье рассмотрены вопросы классификации кожных васкулитов, основные клинические проявления, дифференциальная диагностика и принципы лечения.

Для цитирования:

Максимович В.О., Масюкова С.А., Ламоткин И.А., Ильина И.В., Гладко О.В. Васкулиты, ограниченные кожей. Вестник медицинского института непрерывного образования. 2023. – Т. 3. – № 1. – С. 10-15. – DOI 10.36107/2782-1714_2023-3-1-10-15.

SKIN-LIMITED VASCULITIS

V.O. Maksimovich¹, S.A. Masyukova², I.A. Lamotkin², I.V. Ilyina², O.V. Gladko²

¹ Aesthetic Medicine Center of Dr. Shumskaya, Moscow, Russia

² Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia

For correspondence:

Masyukova Svetlana Andreevna, masyukovasa@mgupp.ru

Key words: angiitis, dermal vasculitis, viral and bacterial infections, classification, clinical forms.



The authors received no financial support for the research.



The authors declare that there is no apparent or potential conflict of interest related to the publication of this article.

Summary

The article considers the classification of cutaneous vasculitis, the main clinical manifestations, differential diagnostics and treatment principles.

For citation:

Maksimovich V.O., Masyukova S.A., Lamotkin I.A., Ilyina I.V., Gladko O.V. Skin-limited vasculitis. Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. 2023. – V. 3. – No. 1. – P. 10-15. – DOI 10.36107/2782-1714_2023-3-1-10-15.

Васкулиты кожи (ангииты) — дерматозы, первоначальным и ведущим звеном которых выступает неспецифическое воспаление стенок сосудов разного калибра, расположенных в дерме и гиподерме [1, 2].

Заболевание встречается в 38 случаях на миллион человек, у женщин чаще, чем у мужчин [2].

Васкулиты разделяют на первичные и вторичные. Первичные васкулиты, или системные, это самостоятельные нозологические формы или синдромы. Вторичные васкулиты возникают при вовлечении сосудов в воспалительный процесс на фоне других заболеваний — вирусных, бактериальных инфекций, паразитарных инвазий, различных опухолей, интоксикаций и так далее. Среди множества теорий возникновения васкулитов выделяется теория иммунокомплексного генеза. В роли антигенов выступают микробные агенты, которые при взаимодействии с антителами формируют иммунные комплексы, которые адгезируют на эндотелии сосудов [3–6].

Актуальность

Актуальность данной темы обусловлена ростом числа выявляемых васкулитов. Выделенный в декабре 2019 года новый вид коронавируса SARS-CoV-2 наряду с тяжелым острым респираторным синдромом вызывал и кожные поражения, среди которых чаще встречался ангиит. К особым формам, ассоциированным с COVID-19, были отнесены акроваскулиты [7]. Отмечается тенденция к хронизации кожных васкулитов, рост числа тяжелых форм, в том числе с развитием ДВС синдрома [8].

Большое разнообразие клинических проявлений васкулитов приводит к тому, что пациенты не обращаются за помощью, если дерматоз их никак не беспокоит, поэтому дерматовенерологи и ревматологи сталкиваются часто с далеко зашедшими случаями с осложнениями, что ухудшает прогноз заболевания и возможности терапии. Своевременно не выставленный диагноз и не назначенное необходимое лечение могут быть обусловлены не только ятрогенными причинами, но и наличием васкулитов — «масок» других заболеваний, что не всегда удается выявить даже при госпитализации в профильный стационар. Опыт зарубежных и отечественных исследователей позволил более подробно описать и объединить обширные проявления васкулитов в более корректные группы. Несомненно, более точная категоризация васкулитов дает возможность подобрать адекватную комплексную терапию, уменьшить риск осложнений и рецидивов.

Несмотря на столь обширные исследования и опыт в лечении и диагностике ангиитов, вопрос все равно остается открытым. Конечно, в сравнении с прошлым десятилетием исследователи и клиницисты продвинулись вперед, но как показала практика последних лет, этого оказалось недостаточно. Пациенты не застрахованы от вспышек новых вирусных или бактериальных инфекций, на фоне которых васкулит может проявляться как в легкой, так и в тяжелой форме.

Учитывая разнообразие клинических форм, имеется ряд схожих признаков, которые объединяют эту группу дерматозов. К ним относятся:

- острое течение с рецидивами;
- воспалительные изменения кожных покровов;
- в большинстве случаев поражения носят симметричный характер;
- эволюционный полиморфизм высыпаний;
- наличие отеков, кровоизлияний, некроза;
- высыпания локализуются в основном на нижних конечностях, чаще на голенях;
- присутствуют сопутствующие сосудистые, ревматические, аллергические, аутоиммунные и другие системные заболевания;
- часто высыпаниям предшествуют инфекции или лекарственная непереносимость.

Описание клинических проявлений васкулитов кожи базируется в основном на классификации, разработанной О.Л. Ивановым [9].

Дермальные васкулиты. Полиморфный дермальный васкулит (син. синдром Гужеро — Дюперра, артериолит Рюитера, болезнь Гужеро — Рюитера, некротизирующий васкулит, лейкоцитокластический васкулит) включает следующие типы: уртикарный, геморрагический, папулонодулярный, папулонекротический, пустулезно-язвенный, некротически-язвенный, полиморфный. Характеризуется хроническим рецидивирующим течением, широким спектром морфологических проявлений. Первичная локализация высыпаний на голенях, не исключено появление и на других участках, в редких случаях можно обнаружить на слизистых. Наблюдаются волдыри, геморрагические пятна разных размеров, воспалительные узелки и бляшки, поверхностные узлы, папулонекротические высыпания, пузырьки, пузыри, пустулы, эрозии, поверхностные некрозы, язвы, рубцы. В некоторых случаях совместно с сыпью появляются или предшествуют ей общая слабость, головная боль, артралгии, лихорадка.

Дермальный васкулит. Уртикарный тип (син. синдром Гужеро — Дюперра, артериолит Рюитера, болезнь Гужеро — Рюитера, некротизирующий васкулит, лейкоцитокластический васкулит). Проявляется волдырями разных размеров и локализации, чем напоминает картину хронической рецидивирующей крапивницы. При дифференциальной диагностике следует обращать внимание на стойкость волдырей (от 1 до 3 суток, иногда и более), появление которых сопровождаются жалобами на жжение и повышенную чувствительность кожи в месте высыпаний, что свидетельствует в пользу уртикарного васкулита. Кроме того, использование антигистаминных препаратов обычно не дает положительного эффекта. Пациенты также могут предъявлять жалобы на артралгии, боли в животе, что указывает на системный характер заболевания. При диагностике выявляют повышение скорости оседания эритроцитов, гипокомплементемию, увеличение активности лактатдегидрогеназы, изменения в соотношении иммуногло-

булинов, возможны появление эритроцитов и белка в моче. Окончательный диагноз устанавливается на основании результатов патоморфологического исследования биоптатов кожи, в которых выявляется картина лейкоцитокластического васкулита [1, 9, 11].

Дермальный васкулит. Геморрагический тип (син. геморрагический васкулит, геморрагический лейкоцитокластический микробид Мишера Шторка, анафилактоидная пурпура Шенлейна — Геноха, геморрагический капилляротоксикоз). Наиболее часто встречающийся клинический вариант дермального васкулита, характеризующийся пальпируемой пурпурой — пальпируемых отечных геморрагических пятен разных размеров, локализующихся на коже голеней и/или коже тыльной поверхности стоп. Начало заболевания сопровождается появлением мелких отечных воспалительных пятен, более похожих на уртикарии, которые довольно быстро переходят в геморрагии. При дальнейшем нарастании воспалительных явлений на фоне сливной пурпуры и экхимозов могут формироваться геморрагические пузыри, которые разрешаются глубокими эрозиями или язвами. На нижних конечностях отмечаются умеренные отеки. Геморрагические пятна также могут появляться и на слизистой оболочке полости рта и зева. Описаны случаи острого возникновения геморрагической сыпи на коже и слизистых после перенесенной острой респираторно-вирусной инфекции. Появление экзантемы сопровождалось лихорадкой, артралгиями, болями в животе и гематокезией (наличием следов ярко-красной крови в кале). Этот симптомокомплекс наблюдается при анафилактоидной пурпуре Шенлейна — Геноха, которая наблюдается и у взрослых, но чаще у детей [1, 2, 6, 8].

Дермальный васкулит. Папулонодулярный тип. (син. нодулярный дермальный аллергид Гужеро). Наиболее редко встречающийся клинический вариант дерматоза. Основной морфологический элемент — гладкие уплощенные узелки округлой формы воспалительного характера, размером от чечевицы до мелкой монеты. Наряду с ними могут появляться отечные бледно-розовые с нечетким контуром узлы размером с лесной орех. Элементы ощутимо болезненны при пальпации, но не вызывают субъективных ощущений в покое. Излюбленная локализация — нижние конечности, реже — кожа рук или туловища [1, 11].

Дермальный васкулит. Папулонекротический тип (син. некротический нодулярный дерматит Вертера — Дюмлинга). Высыпания локализуются, как правило, на разгибательных поверхностях конечностей, над суставами рук и ног. Кожный процесс характеризуется появлением плоских или полушаровидных воспалительных узелков, в их центральной части формируется сухой некротический струп, образуя «черную корку». При насильственном удалении корки видны поверхностные кровоточащие язвочки. Элементы разрешаются образованием «штампованных» рубчиков. Особенностью данного типа дермального васкулита является отсутствие шелушения на месте высыпаний. Клиническая картина

сходна с проявлениями папулонекротического туберкулеза, что требует проведения дифференциальной диагностики [1, 12, 13].

Дермальный васкулит. Пустулезно-язвенный тип (син. язвенный дерматит, гангренозная пиодермия). Клиническая картина характеризуется появлением пустул и везикул небольших размеров, что имитирует клиническую картину остеофолликулита, фолликулита или везикулопустулеза. Кожный процесс локализуется в основном на нижних конечностях, однако отмечается появление высыпаний на любом участке тела. При дальнейшем развитии дерматоза наблюдается формирование язвенных дефектов, по периферии которых имеется возвышающийся синюшно-красный валик. Его распад приводит к периферическому росту элементов. На месте разрешения язвенных дефектов формируются плоские или слегка возвышающиеся рубцы, имеющие синюшно-фиолетовый оттенок [1, 2, 8].

Дермальный васкулит. Некротически-язвенный тип (син. молниеносная пурпура). Начало заболевания острое, зачастую молниеносное, сопровождается повышением температуры, гриппоподобной симптоматикой и болевым синдромом в месте появления высыпаний, чаще на коже в области нижних конечностей и ягодиц. При данном типе васкулита развивается тромбоз пораженных сосудов, что приводит к некрозу кровоснабжаемого участка кожи. При этом сначала формируется геморрагическое пятно или пузырь, затем струп черного цвета, который сохраняется длительное время. На его месте образуются глубокие язвенные дефекты кожи различного диаметра, имеющие тенденцию к нагноению, медленному разрешению с дальнейшим образованием грубых рубцов. Это наиболее тяжелый вариант полиморфного дермального васкулита, нередко сопровождающийся летальным исходом [2, 3, 14].

Дермальный васкулит. Полиморфный тип (син. трехсимптомный синдром Гужеро — Дюперра, полиморфнонодулярный тип артериолита Рюитера). Характеризуется сочетанием морфологических элементов, которые наблюдаются и при других васкулитах. Наиболее часто отмечается классическая клиническая картина трехсимптомного синдрома Гужеро — Дюперра и схожего с ним полиморфно-нодулярного типа артериолита Рюитера, когда наблюдаются одновременно волдыри, пурпура и мелкие поверхностные отечные узлы [8, 11, 14].

Дермальный васкулит. Хроническая пигментная пурпура (син. геморрагически-пигментные дерматозы, болезнь Шамберга — Майокки). Относится к дермальным капилляритам, поражающим сосочковые капилляры. Включает в себя несколько типов, которые имеют ряд клинических особенностей, отличающих их друг от друга.

Дермальный васкулит. Петехиальный тип (син. стойкая прогрессирующая пигментная пурпура Шамберга, болезнь Шамберга). Болеют чаще мужчины. Локализуются высыпания в основном на нижних конечностях, стопах и не сопровождаются субъективными ощущениями. Высыпания представлены множественными мелко-

точечными геморрагическими пятнами, расположенными ассиметрично. Характерен цвет высыпаний, имеющий коричневато-рыжевато-оттеночный, который со временем темнеет и сохраняется довольно длительное время [4, 8, 9].

Дермальный васкулит. Телеангиэктатический тип (син. телеангиэктатическая пурпура Майокки). Болеют также чаще мужчины молодого возраста. Высыпания локализуются преимущественно на коже голеней, в области лодыжек, но иногда можно наблюдать и на ягодицах, и на пояснице. Появление высыпаний не сопровождается субъективными ощущениями. Вокруг волосных фолликулов наблюдаются сгруппированные розеолезные элементы ярко-красного цвета, склонные к слиянию. При этом в центральной части элементов формируются телеангиэктазии, а по периферии — петехии. При слиянии пятна достигают нескольких сантиметров и образуют форму медальона. По мере эволюции высыпаний в их центре кожа становится блестящей, истонченной, бледно-желтого цвета. Заболевание может существовать от нескольких месяцев до нескольких лет [1, 8].

Дермальный васкулит. Лихеноидный тип (пигментный пурпурозный лихеноидный ангиодермит Гужеро — Блюма). К развитию заболевания предрасположены мужчины в возрасте 40–60 лет. Общее состояние пациента не страдает, однако может сопровождаться легким зудом. На коже голеней, реже бедер, туловища и кистей симметрично располагаются круглые и полигональные узелки, размером не более 1 мм в диаметре. Они гладкие, зачастую геморрагического характера, слегка возвышаются над поверхностью кожи и имеют легкий глянец. Папулы склонны к слиянию, при этом образуют монетовидные эритематозно-сквамозные бляшки с отрубевидным шелушением и умеренной инфильтрацией. Бляшки в дальнейшем разрешаются от центра, принимая кольцевидные очертания [1, 2, 4].

Дермальный васкулит. Экзематозный тип (экзематозная пурпура Дукаса — Капетанакиса). Для данного типа дермального васкулита характерна сезонность с обострениями в весенний период. Излюбленная локализация процесса — это кожа в области лодыжек и нижней части голеней, иногда можно наблюдать высыпания на коже бедер, ягодиц, туловища, верхних конечностей. Морфологические элементы представлены в виде пятен, бляшек, по периферии которых отмечается геморрагическая сыпь от красного до буроватого цвета в зависимости от давности ее существования. Имеются признаки экзематизации в виде отека, разлитого покраснения, папуловезикул, корочек, сопровождающиеся интенсивным зудом [1, 2, 9].

Дермо-гиподермальные васкулиты. Ливедо-ангит (Кожная форма узелкового периартериита, некротизирующий васкулит, ливедо с узлами, ливедо с изъязвлениями). Эта форма васкулита почти всегда встречается у женщин. Начало болезни сопровождается периодом полового созревания, первым симптомом дерматоза является стойкое ливедо. Полигональные пятна разного размера синюшного цвета образуют извилистый узор на нижних

конечностях, реже на туловище, кистях, предплечьях, лице. На холоде цвет пятен становится более ярким. С течением времени на фоне высыпаний могут появиться мелкие кровоизлияния, изъязвления, некроз. В случае тяжелого течения заболевания иногда на фоне крупных синюшно-багровых пятен пальпируются уплотнения кожи, болезненные на ощупь, которые в дальнейшем трансформируются в обширный некроз, приводя к образованию длительно незаживающих язв. Пациентов при этом беспокоят тянущие и пульсирующие боли в зоне поражения. Процесс со временем разрешается образованием белесоватых рубцов с зоной гиперпигментации [1, 6, 14].

Гиподермальные васкулиты. Узловатый ангиит (Узловатый васкулит).

Включает различные варианты узловатой эритемы, отличающиеся друг от друга характером узлов и течением процесса.

Гиподермальные васкулиты. Острая узловатая эритема. Появлению высыпаний обычно предшествует общая слабость, субфебрилитет, артралгия, миалгия. Прогрессирование заболевания сопровождается нарастающими симптомами интоксикации. Кожный процесс локализуется на передненаружной поверхности голеней, реже в области бедер, разгибательных поверхностей предплечий, лица. Характеризуется быстрым появлением плотных воспалительных узлов. Они напряженные, имеют полушаровидную форму и размеры от горошины до детской ладони, слегка возвышаются над кожей, при пальпации болезненны. Эритема над узлами от ярко-розового до застойно-синюшного цвета. По мере разрешения процесс проходит стадии «цветения». В среднем заболевание длится до 6 недель и иногда разрешается поствоспалительной пигментацией и легким шелушением. Без лечения дерматоз рецидивирует [7, 9, 11].

Гиподермальные васкулиты. Хроническая узловатая эритема (син. узловатый васкулит). Самая частая форма кожного васкулита, имеет хроническое рецидивирующее течение. Обострения чаще носят сезонный характер (весна-осень). Заболеванию более подвержены женщины среднего и пожилого возраста. Излюбленная локализация на коже голеней, где появляются плотные болезненные узлы с нечетким контуром из-за имеющегося отека, синюшно-розовой окраски, склонные к группировке. При пальпации они возвышаются над уровнем кожи и имеют размер от фасоли до грецкого ореха. Узлы разрешаются бесследно, однако заболевание может рецидивировать на протяжении нескольких месяцев [2, 7, 12, 13].

Гиподермальные васкулиты. Подострая (мигрирующая) узловатая эритема (син. переменный гиподермит Вилановы — Пиньоля, мигрирующая узловатая эритема Бефферштедта, болезнь Вилановы). Этот клинический вариант узловатой эритемы характеризуется подострым течением и склонностью к рецидивам. Встречается преимущественно у женщин 30–40 лет. Заболевание длится от нескольких недель до нескольких месяцев. Иногда пациенты отмечают общую слабость,

субфебрилитет, артралгии. Проявляется одиночным узлом тестоватой консистенции, розовато-синюшного цвета, который имеет тенденцию к быстрому периферическому росту. Формируется бляшка до 10–20 см в диаметре, центр которой западает и бледнеет, по периферии остается валик более насыщенного цвета. Наряду с основным элементом, можно наблюдать и более мелкие единичные узлы. Разрешение процесса происходит без рубцевания, изредка наблюдается временное шелушение и пигментация [7, 12, 13].

Гиподермальные васкулиты. Узловато-язвенный ангиит (син. нодулярный васкулит, нетуберкулезная индуративная эритема). Хроническое рецидивирующее заболевание. Болеют в основном женщины. Излюбленной локализацией дерматоза является кожа задней поверхности голени, но не исключено появление и на других участках кожи. Заболевание характеризуется торпидным течением. Появляются плотные, крупные, слегка болезненные узлы цвета здоровой кожи, но иногда сначала синюшного оттенка. На месте узлов со временем образуются плохо рубцующиеся язвы, которые оставляют после себя плоские или втянутые рубцы. При обострении заболевания на их месте могут вновь образовываться узлы с последующим изъязвлением. Для установления окончательного диагноза необходимо проводить дифференциальную диагностику с индуративной эритемой Базена [9, 12, 13].

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику васкулитов кожи проводят на основании жалоб, визуального осмотра, пальпации, результатов лабораторных и инструментальных исследований. Наиболее часто дифференциальную диагностику необходимо проводить со следующими заболеваниями:

- крапивница;
- кольцевидная эритема;
- хроническая мигрирующая эритема Афцелиуса — Липшютца;
- индуративной эритемой Базена;
- гранулематозный саркоидоз;
- ревматологические заболевания (поверхностный мигрирующий тромбофлебит и люпус-панникулит);
- рожистое воспаление;
- туберкулез кожи;
- экзема;
- пиодермии;
- патомимии;
- актинический порокератоз;
- диссеминированная кератоакантома;
- каплевидный параспориоз;
- менингококцемия (представлена пурпурой у тяжелобольных пациентов с симптомами поражения ЦНС);

Таблица 1. Дифференциальная диагностика уртикарного васкулита

Критерии	Уртикарный васкулит	Крапивница	Герпетиформный дерматит Дюринга	Токсикодермия
Характеристика сыпи	Воспалительные пятна, волдыри различных размеров, стойкие	Отечные, плотные волдыри, ярко красного цвета, возвышающиеся над кожей с зоной побледнения в центре	Полиморфные элементы волдырей, пузыри, пузырьки	Полиморфные, симметричные с преобладанием эритематозно-сквамозных, везикулезных и буллезных элементов на коже и слизистых.
Длительность сохранения высыпных элементов	От 1 до 3 суток и более	Волдыри от нескольких минут до нескольких часов. А папулы до суток	От нескольких суток	От 2-3 дней и более
Зуд	Нет, чаще жжение, боль	Выраженный	Выраженный	Выраженный
Общее состояние	Повышение температуры, артралгии, боли в животе	Озноб, артралгии, одышка, лихорадка	Артралгии, повышение температуры	Артралгии, повышение температуры, диспепсические нарушения
Лабораторные показатели	Повышение СОЭ, изменение соотношения иммуноглобулинов, гемолитическая активность комплемента	Эозинофилия, высокий уровень IgE	Эозинофилия в крови и пузырьной жидкости, гиперчувствительность к препаратам йода	Повышение СОЭ, Эозинофилия

Таблица 2. Дифференциальная диагностика геморрагического васкулита

Критерии	Геморрагический васкулит	Тромбоцитопеническая пурпура	Менингококцемия	Острый лейкоз
Начало	Острое (сутки)	постепенное	Острое (часы)	Острое (сутки)
Температура	До 38 градусов	До 37 градусов	39–40 градусов	38–39 градусов
День появления сыпи	На 1–2-й день	На 1-й день	На 1-й день	На 1-й день
Локализация сыпи	Голен, тыл стопы, суставы, ягодицы, предплечья, слизистая рта	По всему телу	Наружная поверхность бедра, живот, конечности	Лицо, туловище, конечности
Симметричность	Симметричная	Ассиметричная	Ассиметричная	Ассиметричная
Характер сыпи	Петехии, отечная пурпура, экхимозы, геморрагические пузыри	Кровоподтеки	Некротически-геморрагическая сыпь	Петехии, кровоподтеки
Форма элементов	Округлые (мономорфные)	Округлая	Неправильная (полиморфизм)	Округлая (полиморфные)
Диаметр элементов	2–3 см	от 2 мм до 5 см	от 2 мм до 4 см	от 2 мм до 6 см

- лихорадка скалистых гор (является риккетсиозной инфекцией, проявляется розовыми или ярко-красными пятнами размером 1–5 мм, бледнеющими при надавливании, иногда зудящими и распространяются на ладони и подошвы);
- злокачественные опухоли (кожная Т-клеточная лимфома);
- синдром Стивенса — Джонсона и токсический эпидермальный некролиз;
- идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура;
- гранулематоз Вегенера и другие [1, 2, 8, 12–14].

Лечение

Выбор тактики лечения зависит от клинического диагноза, стадии процесса, степени его активности, сопутствующих заболеваний.

К общим рекомендациям относятся соблюдение постельного режима и коррекция сопутствующей патологии.

В основную группу системных препаратов, рекомендованных для лечения васкулитов, входят:

- Ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции;
- Антибактериальные препараты;
- Антигистаминные препараты;
- Антикоагулянты;
- Венотонизирующие и венопротекторные средства;
- Дезинтоксикационная терапия;
- Ингибиторы протонного насоса;
- Корректоры метаболизма костной и хрящевой ткани в комбинациях;
- Макро- и микроэлементы в комбинациях;
- Нестероидные противовоспалительные средства;
- Системные глюкокортикостероиды;
- Хинолины;
- Цитостатики.

В рекомендации по наружной терапии входят:

- Аппликации с протеолитическими ферментами;
- Антибактериальные средства в комбинациях;
- Антисептики и дезинфицирующие средства;
- Витамины;
- Глюкокортикостероиды;
- Мембранопротекторы;
- Виростатики;
- Противомаларийные препараты;
- Аппликации с 33% раствором диметилсульфоксида.

При лечении беременных необходимо учитывать противопоказания, прописанные в инструкции к лекарственному препарату [1, 2].

При диагностированном васкулите, ограниченном кожей, II степени активности, а также васкулите, ограниченном кожей, I степени активности в прогрессирующую стадию с отсутствием эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях и при наличии

вторичной инфекции в очагах поражения, не купируемой в амбулаторных условиях, показана госпитализация [1, 2].

Заключение. Таким образом, ангииты (васкулиты) отличаются разнообразием клинических проявлений, что нередко требует дифференциальной диагностики с другими дерматозами или системными заболеваниями человека. Общеизвестно, что кожа нередко является зеркалом, отражающим процессы, происходящие при соматических заболеваниях и играет важную роль в регуляции иммунного гомеостаза. Высыпания на коже часто являются решающим признаком в диагностике инфекционных заболеваний, в том числе и при новой коронавирусной инфекции, при которой ведущим дерматологическим симптомом являются ангииты.

Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с.
2. Клинические рекомендации. Васкулиты, ограниченные кожей (L95) // Российское общество дерматовенерологов и косметологов. М.:2020 https://www.cnikvi.ru/klinicheskie-rekomendatsii-2017/KP_Vaskulity_ogranichenные_кожей_2020.docx
3. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы. 2-е издание 1988 г.
4. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П. Васкулиты и васкулопатии. — Ярославль: Верхняя Волга, 1999. — С. 479–515.
5. Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Ахматова Н.К. Эритемы: руководство для врачей — Москва : КнигИздат, 2019. — 183 с.: цв. ил.
6. Crowson A.N., Mihm Jr. M.C., Magro C.M. Cutaneous vasculitis: a review. J Cutan Pathol. 2003; 30:161–173.
7. Клиническая характеристика кожных проявлений при новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной SARS-CoV-2. Том 21. 3'2020; Москва 2020 г.
8. Котова И.С., Шишева Р.А. Учебное пособие «Ангииты кожи» Благовещенск 2013 г.
9. Иванов О.Л. Справочник кожные и венерические болезни. Издательство «Медицина», 2007 г.
10. Дерматовенерология. Национальное руководство под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 896 с.
11. Millikan L.E., Flynn T.C. Infectious etiologies of cutaneous vasculitis. Clin Dermatol 1999 г.; 17: 509–514
12. Шапошников О.К., Браиловский А.Я., Разнатовский И.М., Самов В.И. Ошибки в дерматологии. М: Медицина 1987 г.; 88–89.
13. Клиническая дерматология. Иллюстрированное руководство для врачей / А.Н. Родионов, Д.В. Заславский, А.А. Сыдилов; под ред. А.Н. Родионова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 712 с. : ил.
14. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Седова Т.Г. Избранная дерматология. Пермь 2004; 846–847.