

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ г.
СЕМЕЙ

СРС:

тема: Аллергические васкулиты .

**Выполнил: Сыдыков Д.
Т.**

546 ОМФ.

**Проверила:
Мукамбаева М.М.**

Аллергические васкулиты

Аллергический васкулит (vasculitis cutis allergica; син.: ангиит кожи, иммунный васкулит малых сосудов) – воспаление стенки сосудов в результате аллергических реакций. При выделении самостоятельной нозологической формы подразумевается первичное поражение сосуда в качестве органа мишени.

ЭТИОЛОГИЯ

Аллергические васкулиты кожи —заболевания полиэтиологического характера. В настоящее время выделяют следующие факторы, вызывающие развитие аллергических васкулитов: 1) инфекционные (бактерии - бета-гемолитический стрептококк группы А, золотистый стафилококк, микобактерии туберкулеза, лепры; вирусы гепатитов А, В, С, простого герпеса, гриппа; грибы - *Candida albicans*); 2) лекарственные средства - инсулин, пенициллин, стрептомицин, сульфаниламиды, витамины, стрептокиназа, тамоксифен, оральные контрацептивы и др.; 3) химические вещества - инсектициды, продукты перегонки нефти; 4) пищевые аллергены - молоко, белки пшеницы



Патогенез

В патогенезе аллергических васкулитов выделяют две фазы - раннюю и позднюю. В первой фазе отмечается интрапериваскулярное отложение циркулирующих иммунных комплексов и активация комплементного каскада; активация тучных клеток и высвобождение медиаторов, что приводит к гиперкоагуляции и микроваскулярному тромбозу. Во второй фазе наблюдается экспрессия антигенов эндотелиальными клетками; последние в качестве антиген-презентирующих клеток активируют Т-лимфоциты, которые начинают выделять цитокины, что приводит к такому же

- **Васкулиты встречаются при таких заболеваниях, как системная красная волчанка, ревматоидный артрит, первичный билиарный цирроз, гепатит В и С, язвенный колит, ВИЧ-инфекция, криоглобулинемия и др., а также при различных злокачественных новообразованиях (лимфопролиферативных заболеваниях и раке).**
- **Классификации васкулитов основываются на клинических и гистологических признаках, размере пораженных сосудов, глубине процесса, этиологических факторах, что вызывает большие трудности. В практике дерматологов встречаются в основном кожные васкулиты мелких сосудов, реже – некротические васкулиты крупных сосудов – узловатый полиартериит, гранулематозные васкулиты. Гигантоклеточные артерииты.**

- **Патогистология КОЖИ.** В верхних слоях дермы – отложения фибриноида, интенсивно окрашиваемого эозином, в стенках посткапиллярных венул. Перивенулярные и интрамуральные инфильтраты, состоящие преимущественно из нейтрофилов. Диапедез и лейкоклазия (распад нейтрофилов с образованием «ядерной пыли»). Некроз сосудистой стенки. С помощью иммунофлюоресцентного окрашивания выявляют интрамуральные отложения С3 и иммуноглобулинов классов G, M, A. При геморрагическом васкулите иммуноглобулины представлены в основном IgA.

- **Ведущим клиническим признаком аллергических васкулитов при поражении мелких венул является пальпируемая пурпура, слегка возвышающаяся над поверхностью кожи геморрагическая сыпь (в начале процесса она может не определяться на ощупь). При нарушениях свертывания крови и при тромбоцитопении петехии представляют собой пятна и не пальпируются. При аллергических васкулитах возникают воспалительные инфильтраты, поэтому петехии представляют собой папулы, ощущаемые при пальпации.**

- **Пальпируемая пурпура – патогномоничный симптом аллергических васкулитов кожи. Размеры высыпаний варьируют от булавочной головки (в начале заболевания) до нескольких сантиметров. При сильной воспалительной реакции пальпируемая пурпура превращается в пузыри с геморрагическим содержимым. На их месте в дальнейшем развиваются некроз и язвы. Поэтому встречаются также папулезные, везикулезные, буллезные, пустулезные и язвенные формы. Наиболее часто поражаются нижние конечности, однако нередко процесс распространяется и на другие участки (как правило, интактны: лицо, слизистые оболочки, ладони и подошвы). В некоторых случаях больные ощущают незначительные зуд и боль. По разрешении высыпаний отмечается**

- ***Выделяют следующие основные клинические варианты кожных васкулитов:***

- геморрагический васкулит;
- папуло-некротический васкулит;
- полиморфный васкулит;
- уртикарный васкулит;
- узловатый васкулит;
- узловато-язвенный васкулит.

- **В зависимости от калибра пораженных сосудов различают поверхностные (дермальные) васкулиты, обусловленные поражением артериол, венул и капилляров кожи, и глубокие (дермо-гиподермальные), при которых поражаются артерии и вены мышечного типа.**
- **Четыре первых клинических варианта кожных васкулитов относятся к поверхностным васкулитам. Последние два - узловатый и узловато-язвенный относятся к глубоким васкулитам, так как характеризуются поражением крупных глубоко расположенных сосудов.**

Клиническая картина

При аллергических васкулитах – основные симптомы связаны с поражением кожи. Характерна пальпируемая пурпура, но встречаются также пятна, папулы, везикулы, пузыри, подкожные узлы, язвы, хроническая крапивница.

В той или иной степени в процесс могут вовлекаться внутренние органы, и часто это помогает уточнить диагноз.

Даже при изолированном поражении кожи возможны общие проявления - лихорадка, недомогание, миалгия, снижение аппетита. Сыпь может сопровождаться зудом, жжением и довольно сильной болью. Сыпь чаще всего возникает там, где максимально гидростатическое давление в посткапиллярных венулах: у ходячих больных это ноги, а у лежачих - крестцовая область. Иногда сыпь сопровождается отеком, при длительном и рецидивирующем течении возможна гипер



Изменения лабораторных показателей неспецифичны. Характерны небольшой лейкоцитоз и повышение СОЭ, бывает эозинофилия. В ряде случаев находят криоглобулины и ревматоидный фактор; активность комплемента меняется по-разному. При поражении тех или иных органов появляются соответствующие изменения.



Лекарственный васкулит

Одной из форм лекарственной токсидермии является васкулит.

В основном поражается кожа. Для лекарственного васкулита характерна пальпируемая пурпура – на всем теле либо только на ногах или в крестцовой области. Возможны также волдыри, язвы, пузыри с геморрагическим содержимым.

При лекарственном васкулите - бывают и общие симптомы – лихорадка, недомогание, артралгия.

Возможно вовлечение внутренних органов.



Сывороточная болезнь

Заболевание характеризуется появлением лихорадки, крапивницы, артралгии и увеличением лимфоузлов через 7 – 10 сут после первого и через 2 – 4 сут после повторных введений чужеродного белка или небелкового вещества (пенициллины, препараты, содержащие сульфонамидную группу). Большинство проявлений сывороточной болезни – не связано с васкулитом, но у некоторых больных развивается типичный васкулит с поражением венул кожи, изредка страдают и сосуды внутренних



Вторичные васкулиты

Васкулитом сопровождаются многие ревматические болезни, в частности СКВ, ревматоидный артрит и синдром Шегрена. Чаще всего при этом васкулит ограничивается венулами кожи и клинически неотличим от аллергических васкулитов кожи, обусловленных экзогенными антигенами. Однако у некоторых больных развивается системный некротический васкулит, характеризующийся молниеносным

Криоглобулинемия

бывает при различных васкулитах. Васкулит при эссенциальной смешанной криоглобулинемии может начинаться с поражения кожи, но обычно он сочетается с гломерулонефритом, артралгией, гепатоспленомегалией и увеличением лимфоузлов.

Васкулит может сопровождать некоторые злокачественные новообразования, в частности лимфопролиферативные заболевания.

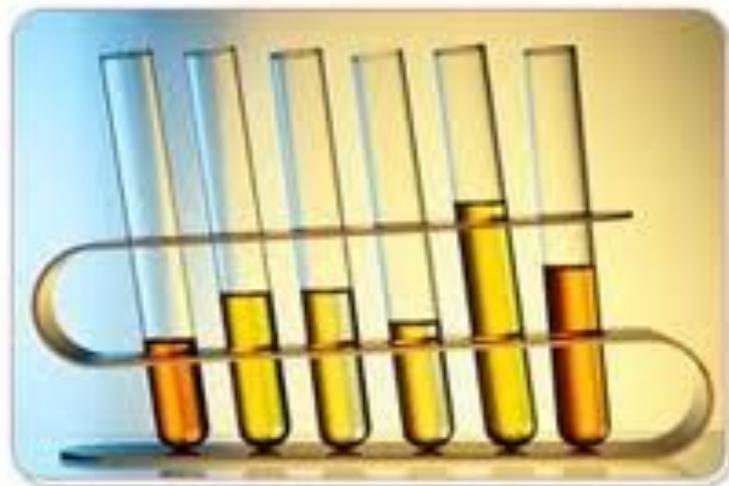


Диагностика

Диагноз аллергического васкулита - подтверждают гистологически. Поскольку при аллергических васкулитах страдает кожа, биопсия несложна. Важным моментом в диагностике аллергических васкулитов кожи является поиск причины – экзогенного антигена (лекарственного или микробного) или основного заболевания, сопровождаемого



Чтобы исключить поражение внутренних органов при аллергическом васкулите – проводят физикальное, инструментальные и лабораторные исследования. Начинают с неинвазивных методов, к инвазивным переходят лишь при необходимости..



Лечение

При длительном течении и при поражении внутренних органов применялись различные схемы лечения аллергических васкулитов, но с переменным успехом. В целом - обычное медикаментозное лечение при аллергических васкулитах - помогает мало – в отличие от системных некротических васкулитов и гранулематоза Вегенера, протекающих тяжелее, но хорошо поддающихся лечению преднизолоном с циклофосфамидом. К счастью, отсутствие эффективных препаратов редко отражается на прогнозе, так как при аллергических васкулитах страдает, преимущественно, кожа. Если установлен антиген, его следует устранить; при инфекциях проводят антимикробную терапию.



Вторичный васкулит часто проходит после излечения основного заболевания. Если прослеживается тенденция к спонтанному выздоровлению, ограничиваются симптоматическим лечением. При длительном течении и поражении внутренних органов, как это бывает, в частности, на фоне ревматических болезней, показано такое же лечение, как при системных некротических васкулитах. Назначают глюкокортикоиды, обычно преднизолон, 1 мг/кг/сут внутрь, с как можно более быстрым снижением дозы и отменой препарата. Иногда сначала переходят на прием преднизона через день.

Если глюкокортикоиды не помогают и высок риск необратимого повреждения внутренних органов, назначают иммунодепрессанты, например циклофосфамид

При длительно существующем изолированном поражении кожи едва ли следует ожидать резкого улучшения от какого-либо препарата, поэтому к иммунодепрессантам прибегают в последнюю очередь.

При молниеносном течении аллергического васкулита – может оказаться эффективным



**Однако, целесообразнее при лечении
аллергического васкулита
использовать более современные
технологии Экстракорпоральной
гемокоррекции, позволяющие
избирательно удалить иммунные
комплексы и целенаправленно
изменить активность иммунной
системы.**