

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF VEGETATIVE HOMEOSTASIS IN PATIENTS WITH A COMBINED COURSE OF ISCHEMIC HEART DISEASE AND CHRONIC CHOLECYSTITIS.

I.V.Trefanenko

Abstract. Certain features of the clinical picture, changes of ECG and the vegetative status have been detected, while examining 67 patients with a combined course of ischemic heart disease and chronic acalculous cholecystitis.

Key words: ischemic heart disease, chronic acalculous cholecystitis, vegetative nervous system.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 12.06.2002 року

УДК 616.5-056.3

С.П.Трефаненко, А.В.Приймак

АЛЕРГІЧНІ ВАСКУЛІТИ В ДЕРМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра шкірно-венеричних хвороб та туберкульозу (в.о. зав. - доц. О.І.Денисенко)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Обстежено 23 хворих на різні клінічні форми алергічних васкулітів шкіри. Всім хворим проводилося загально-клінічне й імунологічне обстеження. Згідно з ступенем активності процесу проводилось диференційоване лікування. Клінічне видужання настало у всіх хворих, залежно від тяжкості дерматозу, в терміни від $19 \pm 3,2$ до $26 \pm 4,4$ ліжко-дня. Рекомендовано реабілітаційні та профілактичні заходи.

Ключові слова: васкуліти шкіри, лікування, реабілітація, профілактика.

Вступ. Алергічні васкуліти шкіри – запальні, алергічного характеру ураження судинної системи дерми й гіподерми з різними клініко-морфологічними проявами. Етіологія та патогенез цих ангіодерматозів залишаються ще нез'ясованими. Затвердились погляди на васкуліти шкіри як патологію поліетіологічну, але монопатогенетичну. В останні роки все більше розповсюджується теорія імунокомплексного генезу васкулітів, яка пов'язує виникнення хвороби з пошкодженням стінки судин імунними комплексами, які осідають із крові. Роль антигену, залежно від причини васкуліту, ймовірно, виконує той чи інший мікробний агент, медикамент, власний змінений білок, антитілом є відповідний імуноглобулін. Циркуючі в крові імунні комплекси (ЦІК) осідають субендотеліально в судинних стінках і викликають їх запалення. Сприяють цьому посилене утворення ЦІК у кров'яному руслі, підвищення тиску крові, порушення в системі імунного гомеостазу [4,5]. Серед етіологічних факторів, що спричиняють запалення судинної стінки, частіше всього виявляють фокальну (рідше загальну) інфекцію, обумовлену стафілококами, стрептококами, мікобактеріями туберкульозу, ентерококами, дріжджовими грибами, вірусами тощо. Серед екзогенних сенсibiliзуювальних факторів при васкулітах значне місце займають ліки, в першу чергу антибіотики і сульфаніламідні. Суттєву роль можуть відігравати хронічні інтоксикації, ендокринопатії, різні обмінні порушення, повторні переохолодження, перегрівання, надмірна інсоляція, артеріальна гіпертензія, венозний застій, автоімунні і системні хвороби [1,3,4,6].

Клінічні прояви алергічних васкулітів шкіри надзвичайно різноманітні. Однак існує цілий ряд загальних ознак, які об'єднують клінічно цю поліморфну групу дерматозів. До них відносяться: запальний характер змін шкіри; схильність висипок до набряку, крововиливу, некрозу; симетричність ураження; еволюційний поліморфізм висипних елементів; гострий, рідше періодично рецидивуючий перебіг.

Патогістологічна структура шкірних васкулітів доволі однотипна: набухання ендотелію судин, інфільтрація судинних стінок та перисудинних тканин лейкоцитарними клітинами (нейтрофіли, еозинофіли, лімфоцити, гістіоцити), порошкоподібний розпад ядер окремих лейкоцитів (лейкоцитоклазія), фібриноідний набряк стінок судин і оточуючих тканин, еритроцитарні екстравазати в тканини, утворення тромбів, звуження просвіту судин за рахунок проліферації ендотелію, гемосидероз [3,4].

Єдиної загальноприйнятої класифікації не існує. Більшість клініцистів користуються переважно морфологічною класифікацією шкірних алергічних васкулітів, основу якої складають клінічні зміни шкіри, а також глибина розміщення і калібр уражених судин [2,3,4].

Мета дослідження. Вивчити особливості клініко-лабораторного обстеження та лікування шкірних алергічних васкулітів.

Матеріал і методи. Під нашим наглядом перебували 23 хворі на розповсюджені форми алергічних васкулітів шкіри. Серед них було 18 жінок і 5 чоловіків віком від 40 до 55 років. З них у 16 пацієнтів були поліморфні дермальні васкуліти різних клінічних проявів: геморагічний тип – 5 (петехії, екхімози, пурпура з набряком), папулонекротичний тип – 4 (дрібні папули з незначним некрозом у центрі, наявність штампованих рубчиків), екземаїдний тип – 3 (петехії, екхімози, гемосидероз, наявність набряку, гіперемії, везикуляції зі схильністю до мокріння, виражений свербіж), поліморфний тип Гужеро – 3 (пурпура, еритематозні плями, папули, злушення, набряк), телеангіектатичний тип васкуліту – 1 (кільчасті телеангіектазії, дрібні петехії і гемосидероз). У решті 7 пацієнтів діагностовані глибокі дермо-гіподермальні васкуліти: вузлова форма – 5 (червоно-синюшні, щільні і болючі вузли від 0,5 до 3 см в діаметрі, набряк тканин), вузловато-виразкова форма – 2 (подібні вузли, які схильні до розпаду і утворення в'яло рубцюючих виразок).

Результати дослідження та їх обговорення. У 3 хворих висипки уражали тільки гомілки, у 20 – крім гомілок уражалась шкіра стегон, тулуба, рук.

Лікування тих чи інших форм шкірних васкулітів базувалось на чіткому уявленні про рівень ураження шкіри і відповідно калібру судин, стадії перебігу процесу, ступеня його активності, а також факторам, що сприяли появі дерматозу, наявності супутньої патології, характеру і розповсюдженості висипки [2,3,4].

При обстеженні хворих виявилось, що більше, ніж половина пацієнтів (12 осіб з 23) страждали в минулому різними хронічними інфекціями: туберкульоз – 2, ревматизм – 3, хронічні тонзиліти – 4, хронічний пієлонефрит – 1, рубромікоз з оніхомікозом – 2 особи. Решта хворих зловживали медикаментами, спосіб їх життя супроводжувався фізичними й емоційними перевантаженнями, переохолодженнями, 2 жінки хворіли цукровим діабетом II типу, 1 – хронічним калькульозним холециститом, 4 – потребували негайної санації зубів.

Ступінь активності запального процесу визначався клінічно і лабораторно (загальний стан хворого, розповсюдженість висипки, температура тіла, загальний аналіз крові, протеїнограма, реакція Ваалер-Розе, імуноглобуліни, комплемент, протеїнурія) [2,3,4].

При I ступені активності (14 осіб) відмічалась нормальна або дещо підвищена температура тіла (не вища 37,5°C), відсутність або невираженість загальних проявів (слабкість, головні, м'язові, суглобові болі), нормальні показники аналізу крові, ШОЕ до 25 мм/год, нормальна протеїнограма, негативний або слабкопозитивний С-реактивний білок, нормальний рівень імуноглобулінів, комплементу, негативні показники реакції Ваалер-Розе, відсутність протеїнурії. Таким хворим призначався ліжковий режим, гіпоалергічна дієта, антигістамінні препарати (супрастин, тавегіл, фенкарол, діазолін), антиалергічні засоби (препарати кальцію, тіосульфат натрію), вітаміни (аскорутин, три-ві-плюс, нікотинова кислота), антибіотики (препарати тетрацикліну та еритроміцину), нестероїдні протизапальні препарати (індометацин, бутадіон, напросин, мефенамова кислота), хіноліни (делагіл, плаквеніл), окремим хворим призначались антикоагулянти (гепарин), декстрини (неогемодез), кортикостероїдні препарати (преднізолон). Зовнішнє лікування проводилося кортикостероїдними мазями, також наносили троксовазин-гель, бутадіонову та індометацинову мазі. При II ступені активності процесу (9 осіб) у пацієнтів відмічалась розповсюджена висипка, яка супроводжувалася високою температурою (38-39,5°C), були різко виражені загальні прояви інтоксикації (головні, м'язові та суглобові болі, загальна слабкість тощо), явища анемізації, лейкоцитоз, тромбоцитопенія, лейкоцитарний зсув вліво, ШОЕ більше 30-40 мм/год, підвищений рівень загального білка, α_2 - і γ -глобулінів, позитивна реакція Ваалер-Розе, підвищений рівень імуноглобулінів, зниження рівня комплементу, наявність протеїнурії. Таким хворим призначався суворий ліжковий режим, відповідна дієта, крім вищевказаних груп медикаментів також призначались преднізолон у добовій дозі 30-40 мг, цитоста-

тики (азотіопрін), периферичні гемокінатори (компламін), діуретики. Обов'язковим було призначення антикоагулянтів і декстранів. При виразках ззовні додатково хворі отримували дезінфікуючі примочки, аплікації з 30% розчином димексиду, 1% мазь етонію, іруксулову мазь. Всі хворі отримували комбіновані фітопрепарати в краплях – “Джерело”, “Світанок” (гепатопротекторна, антиалергічна і м'яка імунотропна дії). При необхідності хворі були консультовані суміжними спеціалістами (ендокринолог, гематолог, ревматолог, гастроентеролог).

Всі проліковані виписалися з клінічним одужанням. У 12 пацієнтів повністю нормалізувалися лабораторні показники, у решти – відмічена чітка тенденція до нормалізації. Середній термін перебування в стаціонарі $19 \pm 3,2$ ліжко-дня, при виразкових формах – $26 \pm 4,4$ ліжко-дня. Проліковані в подальшому перебували під наглядом лікарів (дерматолог, ревматолог) впродовж 6 міс. Вони були попереджені про необхідність дотримання профілактичних заходів, які виключають вплив факторів ризику (переохолодження, значне перегрівання, надмірні інсоляції, фізичні та нервові перевантаження, тривале перебування на ногах, забої м'яких тканин гомілок, санації вогнищ інфекцій). При необхідності (12 особам з 23) проводилась підтримувальна терапія для покращання мікроциркуляції і реологічних властивостей крові (продектин, пармідин або доксіум по 0,25 г 2-3 рази на день, впродовж 1 міс.; компламін по 0,15 г 3 рази на день, цинаризин по 0,025 г на ніч або екстракт елеутерококу по 25 крапель 2 рази на день впродовж 1 міс.). Рекомендовано 1-3 таких курси з перервою в 1 міс. з контролем аналізів.

Висновок. Наші спостереження свідчать про складність обстеження та лікування таких хворих, що закономірно дає право захищувати алергічні васкуліти шкіри до важких дерматозів, які й досі спричиняють велику проблему в теоретичній і практичній дерматології.

Література. 1. *Іванов О.Л.* Современные аспекты проблемы ангитов кожи // Вестник РАМН. – 1995. - № 1. – С. 7-9. 2. *Іванов О.Л.* Современная классификация и клиническое течение ангитов (васкулитов) кожи // Рус. мед. ж. – 1997. - Т. 5, № 11. – С. 693-700. 3. *Кожные и венерические болезни.* Справочник / Под ред. О.Л. Иванова. – М.: Медицина, 1997. – С. 19-27. 4. *Кожные и венерические болезни.* Руководство для врачей / Под ред. Ю.К. Скрипника и В.Н. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – С. 274-305. 5. *Скрипник Ю.К., Шарапова Г.Я., Резайкина Н.В.* и др. Иммунология в дерматологии // Вестн. дерм. – 1993. - №4. – С. 4-14. 6. *Somer T., Finegold S.M.* Vasculitides associated with infection, immunisation and antimicrobial drugs // Clin. infect. Dis. – 1995. – Vol. 20. – P. 1010-1036.

ALLERGIC VASCULITES IN DERMATOLOGICAL PRACTICE

S.P.Trefanenko, A.V.Pryimak

Abstract. 23 patients with different clinical forms of allergic skin vasculites were examined. All the patients underwent a general-clinical and immunologic examination. A differentiated course of treatment was instituted in accordance with the degree of the process activity. Apparent clinical recovery set in all the patients, depending on the severity of dermatosis, the terms ranging from $19 \pm 3,2$ to $26 \pm 4,4$ bed days. Rehabilitation and preventive measures are recommended.

Key words: skin vasculites, treatment, rehabilitation, prophylaxis.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 4.07.2002 року