

Клинический случай впервые выявленного аллергического (гиперсенситивного) васкулита на ядохимикаты для опрыскивания деревьев у мужчины молодого возраста

Кузнецова М. А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Кожный лейкоцитокластический васкулит составляет около 9 % случаев среди всех васкулитов. Большинство случаев кожного лейкоцитокластического васкулита (40-54 %) – идиопатические, многие из них ассоциированы с лекарственными препаратами (10-45 %) или с инфекционными агентами (10-36 %). В статье приведен клинический случай первичной диагностики гиперсенситивного васкулита у молодого мужчины. Считает себя больным после сильной физической нагрузки – опрыскивание деревьев: стал отмечать периодические подъемы температуры тела до 37,2°С - 38,0°С, миалгии нижних конечностей, боль в голеностопных суставах и ярко-красные, болезненные, выступающие над поверхностью кожи уплотнения, локализующиеся на переднелатеральной поверхности голени. Консультирован: дерматологом, инфекционистом, невропатологом, урологом. Диагноз: Корь, неврологическую и почечную патологию исключили. Представленная клиническая демонстрация характеризует особенности впервые выявленного гиперсенситивного васкулита у молодого мужчины, который был связан с обработкой деревьев ядохимикатами и протекал с вовлечением в патологический процесс как подкожной жировой клетчатки, так и сосудов, что подтверждено клинической симптоматикой.

Ключевые слова: аллергический васкулит, артралгия, воспалительная реакция, множественные ярко-красные узлы, молодой возраст.

Актуальность. Аллергический васкулит кожи – это чаще всего острая, преимущественно нейтрофильная воспалительная реакция сосудов мелкого и среднего калибра, которая охватывает всю сосудистую стенку и ведет к ее фибриноидному некрозу. Кожный лейкоцитокластический васкулит составляет около 9 % случаев среди всех васкулитов. Большинство случаев кожного лейкоцитокластического васкулита (40-54 %) – идиопатические, многие из них ассоциированы с лекарственными препаратами (10-45 %) или с инфекционными агентами (10-36 %).

Возможными этиологическими факторами могут являться различные антигенные структуры – инфекционные агенты, аллергены и т. п. Разрешающими (провоцирующими) факторами могут быть:

- острое инфекционное заболевание (чаще – стрептококковой или вирусной этиологии) или обострение хронических очагов инфекции;

- профилактические прививки;
- введение иммуноглобулинов;
- приём лекарств, пищевых продуктов;
- укусы насекомых;
- переохлаждение;
- физические и эмоциональные перегрузки и т. д.

Определить провоцирующий фактор удается далеко не во всех случаях. Заболевание встреча-

ется у лиц любого возраста.

Многообразие клинических проявлений (кожные высыпания, суставный синдром и т. д.) в дебюте заболевания приводит к тому, что первично больной нередко обращается к специалистам разного профиля (дерматолог, хирург, инфекционист, невролог и т. д.). К сожалению, диагностика не всегда бывает своевременной; а отсрочка адекватной терапии способствует возникновению осложнений, ухудшая прогноз. Но, даже попав в профильный стационар (гематологический, ревматологический), больной далеко не всегда получает адекватное лечение по причине отсутствия единых установок относительно ведения пациентов, что, в свою очередь, связано с полиэтиологичностью заболевания и сложностью патогенетических механизмов.

Клинический случай. Рассмотрен клинический случай первичной диагностики гиперсенситивного васкулита у молодого мужчины ОВИ., 37 лет, госпитализированного в терапевтическое отделение КУ ДКОСМП ДОС 23.04.2018.

An. morbi: считает себя больным с 21.04.18, когда после сильной физической нагрузки – опрыскивание деревьев стал отмечать периодические подъемы температуры тела до 37,2°С-38,0°С, миалгии нижних конечностей. 22.04.18 появились боли в голе-

ностопных суставах и ярко-красные, болезненные, выступающие над поверхностью кожи уплотнения, локализующиеся на переднелатеральной поверхности голени. Консультирован терапевтом по месту жительства. При обследовании выявлено:

- *He* – 147 г/л;
- лейкоциты – $12,4 \times 10^9$;
- моноциты – 8 %;
- СОЭ – 18 мм/ч.

Анализ мочи и биохимические показатели – без изменений.

Рекомендована локальная терапия индовазином, что привело к уменьшению боли в мышцах и суставах. Однако продолжали появляться новые болезненные узлы на голених и в области коленных суставов, плотный отёк нижней трети голених. Учитывая прогрессирование заболевания, недостаточную эффективность проводимой терапии, больного направили на госпитализацию в терапевтическое отделение по месту жительства.

Жалобы при поступлении на 3-й день заболевания – на:

- множественные болезненные узлы различной окраски – от красно-бурых до синюшных;
- субфебрильную температуру;
- артралгии голеностопных суставов;
- плотный отёк голених;
- периодическое повышение АД до 140 / 90 мм. рт. ст.

Объективно:

- состояние тяжелое, невозможность совершать активные движения самостоятельно;
- видимые слизистые оболочки – обычного цвета;
- периферические лимфатические узлы – не увеличены;
- на голених – множественные ярко-красные узлы величиной от 2 до 6 см, некоторые имеют сливной характер (Рис. 1 на вкладке);
- отмечается резкая боль при пальпации узла;
- плотный отёк голених;
- боль при пальпации голеностопных суставов;
- дыхание – везикулярное, хрипов нет;
- тоны сердца – звучные, ритм сердечных сокращений – правильный, АД – 140 / 90 мм. рт. ст.;
- живот мягкий, безболезненный;
- печень – у края реберной дуги;
- селезенка – не увеличена;
- симптом «поколачивания» по поясничной области – отрицателен.

Консультирован:

- дерматологом;
- инфекционистом;
- невропатологом;
- урологом.

Диагноз: Корь, неврологическую и почечную патологию исключили.

Данные лабораторного обследования:

- *He* – 147 г/л;
- тромбоциты – 296×10^9 /л;
- лейкоциты – 12×10^9 /л;
- лимфоциты – 10 %;
- СОЭ – 24 мм/ч;
- общий белок – 74 г/л;
- печеночные ферменты – в пределах нормы:
 - 1) АЛТ – 30,8 ммоль/л;
 - 2) АСТ – 24,8 ммоль/л;

3) ЩФ – 10^5 Ед/л;

4) γ -ГТП – 48,1 Ед/л;

- криоглобулины и ревматоидный фактор – отрицательные;
- креатинфосфокиназа – 10^4 ед. опт. пл.;
- иммуноглобулины:
 - 1) *IgG* – 17,6 мг/мл;
 - 2) *IgA* – 2,7 мг/мл;
 - 3) *IgM* – 0,52 мг/мл;
- СРБ – 107,67 мг%;
- антистрептолизин – 30,98 МЕ/мл.
- маркеры гепатитов (*HBSAg*, анти-*HCV*), ВИЧ – не обнаружены;
- РВ – отрицательная.

Общий анализ мочи – без патологии.

Исследования методом иммуноферментного анализа не выявили наличия антител (АТ) к:

- *Yersinia*;
 - *Chlamydia* трёх классов (*trachomatis*, *pneumoniae*, *psittaci*);
 - *Mycoplasma* двух классов (*trachomatis*, *pneumoniae*);
 - вирусу простого герпеса (ВПГ) II типа.
- Миелопероксидаза, антитела *IgG* – менее 0,2;
 Протеиназа 3, антитела *IgG* – менее 0,2;
 Базальная мембрана гломерулярного аппарата, антитела *IgG* – менее 0,2.

По данным ЭКГ: синусовый ритм, 74 ударов в минуту, нормальная ЭОС.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки:

- лёгочные поля – без очаговых и инфильтративных теней;
 - лёгочной рисунок – не изменён;
 - корни – структурные;
 - синусы – свободные;
 - купола диафрагмы – чёткие, ровные;
 - сердце – в пределах возрастной нормы.
- Полученные данные позволили исключить:
- системную красную волчанку;
 - ревматоидный артрит;
 - ВИЧ;
 - вирусный гепатит, –

и позволили диагностировать гиперсенситивный васкулит на ядохимикаты для опрыскивания деревьев, с поражением суставов (артралгии).

На основании течения и активности заболевания, была проведена интенсивная терапия дексаметазоном в суммарной дозе 48 мг с последующим приемом:

- метилпреда – 16 мг/сут *per os*;
- Солумедрола – 125 мг/сут внутривенно;
- сосудистых препаратов:
 - 1) Аскорутин – 300 мг/сут;
 - 2) локально – троксевазиновая мазь.

Начато лечение:

- виростатиками (Валтрекс – 150 мг/сут в течение 7 дней);
- иммунокорректорами (свечи Виферон – 3 млн. МЕ через день в течение 20 дней).

На момент выписки состояние пациента значительно улучшилось:

- температура тела нормализовалась;
- существенно уменьшились воспалительные кожные узлы;

- купированы артралгии голеностопных суставов. Сохранились единичные малоблезненные подкожные узелки на переднелатеральной поверхности голени. Другие органы и системы – без особенностей.

Отмечена положительная динамика лабораторных показателей:

- *He* – 148 г/л;
- лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л;
- лимфоциты – 24 %;
- СОЭ – 12 мм/ч.

Общий анализ мочи, биохимические и иммунологические показатели – без патологии.

- Рекомендовано продолжить амбулаторно прием:
- метилпреда в дозе 4 мг/сут в течение 3 месяцев;

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е. Л. Клинические рекомендации. Ревматология. Под ред. Е. Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 288 с.
2. Vassilopoulos D., Manolakopoulos S. Rheumatic manifestations of hepatitis. *Curr. Opin. Rheumatol.* 2010. Vol. 22. P. 91-96.
3. Пайл К., Кеннеди Л. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход. Пер. с англ. Под ред. Н. А. Шестак. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 368 с.
4. Falk R., Gross W., Guillevin L., Hoffman G. S., Jayne D. R., Jennette J. C., Kallenberg C. G.,

- сосудистых препаратов;
- виростатиков;
- иммунокорректоров.

Больной выписан под наблюдение ревматолога по месту жительства.

Таким образом, представленная клиническая демонстрация характеризует особенности впервые выявленного гиперсенситивного васкулита у молодого мужчины, который был связан с обработкой деревьев ядохимикатами, протекал с вовлечением в патологический процесс как подкожной жировой клетчатки, так и сосудов, что подтверждено клинической симптоматикой.

- Luqmani R., Mahr A. D., Matteson E. L., Merkel P. A., Specks U., Watts R. A. Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's): an alternative name for Wegener's granulomatosis. A joint proposal of the American College of Rheumatology, the American Society of Nephrology, and the European League against Rheumatism. *Arthr. Rheum.* 2011. Vol. 63. P. 863-864.
- 5. Кулага В. В., Романенко И. М., Афонин С. Л. Аллергические болезни кровеносных сосудов кожи. Луганск: «Эталон-2», 2006. 168 с.

Клінічний випадок вперше виявленого алергічного (гіперсенситивного) васкуліту на отрутохімікати для обприскування дерев у чоловіка молодого віку Кузнецова М. А.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Шкірний лейкоцитокластичний васкуліт становить близько 9 % випадків серед усіх васкулитів. Більшість випадків шкірного лейкоцитокластичного васкуліту (40-54 %) – ідіопатичні, багатьох серед них асоційовані з лікарськими препаратами (10-45 %) або з інфекційними агентами (10-36 %). У статті наведено клінічний випадок первинної діагностики гіперсенситивного васкуліту у молодого чоловіка. Вважає себе хворим після сильного фізичного навантаження – обприскування дерев: почав відзначати періодичні підйоми температури тіла до $37,2^{\circ}\text{C}$ - $38,0^{\circ}\text{C}$, міалгії нижніх кінцівок, біль у гомілковостопних суглобах і яскраво-червоні болючі ущільнення, що виступають над поверхнею шкіри та локалізуються на переднелатеральній поверхні гомілок. Консультований: дерматологом, інфекціоністом, невропатологом, урологом. Діагноз: Кір, неврологічну і ниркову патологію виключили. Представлена клінічна демонстрація характеризує особливості вперше виявленого гіперсенситивного васкуліту у молодого чоловіка, який був пов'язаний з обробкою дерев отрутохімікатами, протікав із залученням до патологічного процесу як підшкірної жирової клітковини, так і судин, що підтверджено клінічною симптоматикою.

Ключові слова: алергічний васкуліт, артралгія, запальна реакція, множинні яскраво-червоні вузли, молодий вік.

Кузнецова Марина Андреевна – кандидат медичних наук, асистент кафедри семейной медицины ФПО ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины» kuznetsova_ma@i.ua

A clinical case of newly diagnosed allergic (hypersensitive) vasculitis induced with insecticides for spraying trees in a young man Kuznetsova M. A.

"Dnepropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine" SE

Cutaneous leukocytoclastic vasculitis accounts for about 9 % of all vasculitis. Most cases of cutaneous leukocytoclastic vasculitis (40–54 %) are idiopathic, many of them are associated with drugs (10–45 %) or infectious agents (10–36 %). This article presents a clinical case of the primary diagnosis of hypersensitive vasculitis in a young man, who considers himself sick after intense physical exertion – spraying trees having began to notice periodic rises in body temperature to 37.2°C - 38.0°C , myalgia of the lower extremities, pain in the ankle joints and bright red painful protruding hardenings above the skin surface, localized on the anterolateral surface of the legs. Consulted by: dermatologist, infectious diseases specialist, neuropathologist, urologist. Diagnosis: Measles, neurological and renal pathology have been excluded. The presented clinical demonstration characterizes the features of the newly revealed hypersensitive vasculitis in a young man who has been associated with spraying trees with insecticides and involved in the pathological process of both subcutaneous adipose tissue and vessels, which has been confirmed by clinical symptoms.

Key words: allergic vasculitis, arthralgia, inflammatory reaction, multiple red nodes, young age.

Рисунок к статье

Кузнецова М. А.

**Клинический случай впервые выявленного аллергического
(гиперсенситивного) васкулита на ядохимикаты для опрыскивания
деревьев у мужчины молодого возраста**



Рисунок 1.