

УДК 616.5-008.6:616.75-031.81(045)

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ненашева Татьяна Михайловна

д-р мед. наук

Потапова Марина Валериановна

канд. мед. наук

Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского, Саратов

author@apriori-journal.ru

Аннотация. В статье освещены кожные изменения, которые наблюдались у 135 больных системными поражениями соединительной ткани: при системной красной волчанке, склеродермии, дерматомиозите, узелковом полиартериите и геморрагическом васкулите.

Ключевые слова: системные поражения соединительной ткани; диагностика; кожные проявления.

SKIN MANIFESTATIONS OF CONNECTIVE TISSUE SYSTEMIC DISEASES

Nenasheva Tatyana Mihailovna

doctor of medical sciences

Potapova Marina Valerianovna

candidate of medical sciences

Saratov State Medical University named after N. Razumovsky, Saratov

Abstract. We described the skin manifestations in 135 patients with the connective tissue systemic diseases: systemic lupus erythematosus, scleroderma, dermatomyositis, polyarteritis nodosa and hemorrhagic vasculitis.

Key words: connective tissue systemic diseases; diagnosis; skin manifestations.

Диагностика системных поражений соединительной ткани представляет определенные трудности. Патология не всегда своевременно диагностируется. Трудности связаны с полиморфизмом клинических проявлений, тяжестью состояния больных. В связи с прогностической значимостью заболеваний, необходимостью начала раннего патогенетического лечения, большое внимание уделяется вопросам своевременной диагностики нозологий. При этих заболеваниях кожные изменения занимают важное место, и их правильная оценка и интерпретация играют большую роль в дифференциально-диагностическом поиске, способствуют достоверному и своевременному распознаванию патологии [1-2].

Материал и методы: Изучены кожные проявления у 135 больных с системными поражениями соединительной ткани: у 48 больных с си-

стемной красной волчанкой (СКВ), у 40 больных с системной склеродермией (ССД), у 17 больных с дерматомиозитом (ДМ), у 20 с геморрагическим васкулитом (ГВ), у 10 с узелковым полиартериитом (УП). Диагноз ставился на основании имеющихся диагностических критериев установленных для каждой из указанных нозологий.

Полученные результаты. При СКВ определялись следующие кожные изменения. У 21 больного были типичные (специфические) изменения с гиперемией, инфильтрацией, фолликулярным гиперкератозом и рубцовой атрофией. У 16 была эритема над скуловыми выступами и в области переносицы, напоминающая «бабочку», симметричная, и не сопровождающаяся какими-либо субъективными ощущениями; усиливающаяся при волнении. У 12 пациентов преобладал сосудистый или васкулярный тип, обусловленный эритемой. Эритематозные высыпания были на открытых частях тела в не защищенных от солнца местах: на лице, верхней части груди над локтевыми суставами, преимущественно и коленными. У 3 пациентов имелась стойкая эритематозная отечная форма, когда кроме эритемы появлялся и отек, у одной больной установлены сливающиеся дискоидные очаги гиперемии и инфильтрации, гиперкератоза, рубцовой атрофии. У 2 больных СКВ подострого течения поражения кожи характеризовались обилием эритематозных, очерченных кольцевидных высыпаний, которые напоминали лентиформную экссудативную эритему и соответствовали синдрому Роуэлла. В остром периоде болезни среди других кожных проявлений СКВ встречался (у 4 больных) люпусхейлит – поражение красной каймы губ – застойная гиперемия с плотными сухими, сероватыми чешуйками, иногда корочками и эрозиями с исходом в атрофию на красной кайме губ. Почти у половины больных обнаруживались различные сосудистые изменения: на ладонях, подошвах, в области ногтевого ложа капилляриты, петехии, сетчатое ливедо, как правило, локализовалось на коже нижних конечностей. При обострении забо-

левания у 16 больных отмечалась волчаночная энантема. В дебюте болезни преобладали проявления фотодерматита, эритемы.

При ССД кожные покровы поражались у всех больных. Это с течением времени характерным образом меняло их внешний облик. У 14 больных отмечался плотный отек кожи с локализацией на лице (у 2), туловище (у 10) или конечностях (у 2). Определялось достаточно выраженное уплотнение кожи, сочетающееся у некоторых пациентов с уплотнением подкожных мягких тканей. С течением времени очаги претерпевали отчетливую трансформацию с формированием остаточных изменений в виде атрофии и/или дисхромии кожи. При динамическом наблюдении за больными изменения проходили стадии плотного отека, индурации и атрофии. У 28 пациентов имели место типичные для ССД склеродактилия – уплотнение кожи кистей с нарастающим ограничением движений и развитием контрактур, или выраженная атрофия кожи живота, свойственные уже II и III стадии заболевания. Наиболее характерным и часто встречающимся (у 35 человек) являлось формирование склеродермических очагов бляшечной или полосовидной формы, локализовавшихся в различных областях, чаще на конечностях и туловище. Очаги были гипо/гиперпигментированные. с желтоватым либо коричневым оттенком. У некоторых больных имелось сочетание различных кожных изменений. «Маскообразное лицо» было у 13, первоначально за счет плотного отека, а затем индурации и частичной атрофии тканей; «кисетный рот» у 18 – кисетообразные морщины вокруг рта, уплотнение и натяжение кожи с последующим сужением ротового отверстия. «Птичьи лапы» наблюдались у 3. Телеангиоэктазии у 13 пациентов – с локализацией на лице, слизистой губ, языке, на спине, груди, конечностях; дигитальные рубчики у 17 пациентов. Дигитальные рубчики – участки западения кожи на кончиках пальцев или потеря вещества подушечек пальцев являются диагностическими критериями ССД. Склеродактилия и маскообразность лица позволяют поставить диагноз уже при первом взгляде на больного.

Что касается больных ДМ, то у всех у них были эритематозные с фиолетовым оттенком пятна, в периорбитальных (симптом «очков») и периназальных областях, на веках. Эритематозные чешуйчатые высыпания в области разгибательных поверхностей мелких суставов кистей – над пястно-фаланговыми и проксимальными межфаланговыми суставами (папулы Готтрона), наблюдались у 9 пациентов, у 7 была эритема, васкулитные пятна, сетчатое ливедо, язвенно-некротические изменения. У половины больных обнаруживалась околоногтевая эритема или гипертрофия кутикулы, реже встречались инфаркты околоногтевого ложа.

Из группы системных васкулитов наиболее значимыми заболеваниями с точки зрения частоты вовлечения кожи являются геморрагический васкулит и узелковый полиартериит. У всех больных и при геморрагическом васкулите и при узелковом полиартериите наблюдались кожные проявления. При геморрагическом васкулите наблюдалась характерная симметричная петехиальная сыпь и/или пальпируемая пурпура, (слегка возвышающиеся геморрагические кожные изменения, не связанные с тромбоцитопенией), локализующаяся преимущественно дистально на нижних конечностях. На фоне проводимой терапии пурпура бледнеет, приобретает бурую окраску и постепенно исчезает. Данные изменения считаются характерными, и занимают одну из ведущих позиций среди других диагностических критериев. Реже встречались эритематозные, папулезные и везикулезные элементы.

Более чем у половины больных УП одним из первых симптомов болезни были кожные изменения. У 7 пациентов наблюдался тромбангитический синдром с быстрым формированием некрозов кожи и слизистых оболочек, гангрены дистальных отделов конечностей. Типичны болезненные подкожные узелки по ходу сосудов, сетчатое ливедо (сетчатое или древовидное). Сетчатое ливедо (ветвистое изменение рисунка кожи на конечностях и туловище) у 8 больных, сохранялось и в периоды ремиссий, становясь более ярким при обострении. Буллезные и везикулезные высыпания были у 5 больных. Значимость кожных изменений в

диагностике УП подчеркивается наличием кожных симптомов в диагностических критериях заболевания.

Лечение кожных поражений, при большинстве ревматических заболеваний сводится к купированию основных симптомов болезни и назначению болезни модифицирующих лекарственных средств. Применяется и местная терапия. Это аппликации ДМСО, солкосерила, индовазина, крема долгит, мадекассола, гепарина и других местных средств. В лечебный комплекс включаются антифиброзные средства, влияющие на систему микроциркуляции (пентоксифиллин, никошпан, курантил и др.). Немаловажную роль также играют физиотерапевтические процедуры, в том числе курортотерапия.

Выводы. Таким образом, кожные изменения, являющиеся неотъемлемой частью сложной клинической картины системных поражений соединительной ткани, занимают значимое место в практике терапевта и ревматолога. Именно кожный синдром, впервые выявляемый на приеме у дерматолога или врача первого контакта, должен настораживать в плане возможного развития ревматического заболевания. Кожные изменения являются основными признаками СКВ, ССД, ДМ, УП, ГВ. При обнаружении кожных изменений позитивный тест на антинуклеарные антитела помогает своевременно верифицировать СКВ, позитивный иммунологический тест на антитопоизомеразные Scl-70, антицентромерные антитела позволит своевременно распознать ССД, обнаружение антисинтетазных антител или других миозитспецифических антител поможет в своевременной диагностике дерматомиозита. Для верификации диагноза васкулита (ГВ, УП) важным является проведение биопсии кожного-мышечного лоскута с последующим гистологическим исследованием биоптата и выявление в мелких и средних артериях – гранулоцитарной и мононуклеарно-клеточной инфильтрация стенки сосуда.

Список использованных источников

1. Алексеев Д.Л., Кузьмина Н.Н., Салугина С.О. Кожный синдром при ревматических заболеваниях у детей // Лечащий врач. 2003. Декабрь. № 10. С. 44-46.
2. Ненашева Т.М. Кожный синдром при системной красной волчанке // Тенденции и инновации современной науки. Матер. XII Междунар. науч.-практ. конф. (26 февраля 2014 г). Тезисы докладов. Краснодар 2014. С. 51.