



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО КРАТКОЕ ИЗДАНИЕ

Под редакцией
проф. Ю.С. Бутова,
акад. РАН Ю.К. Скрипкина,
проф. О.Л. Иванова

Подготовлено под эгидой
Ассоциации медицинских обществ по качеству



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

Ангииты (васкулиты) кожи

Ангииты (васкулиты) кожи — дерматозы, в клинической и патоморфологической картине которых первоначальным и ведущим звеном выступает неспецифическое воспаление стенок дермальных и гиподермальных кровеносных сосудов разного калибра.

Коды по МКБ-10

L95.9. Полиморфный дермальный ангиит.

D69. Хроническая пигментная пурпура.

L52. Узловатый ангиит.

L95. Васкулит, ограниченный кожей, не классифицированный в других рубриках.

Классификация

В настоящее время насчитывают до 50 нозологических форм, относимых к группе ангиитов кожи.

Наиболее приемлема для практических целей рабочая классификация ангиитов кожи, разработанная О.Л. Ивановым (табл. 41-1).

Таблица 41-1. Классификация ангиитов кожи

Клинические формы	Синонимы	Основные проявления
I. Дермальные ангииты		
Полиморфный дермальный ангиит, тип:	Синдром Гужеро–Дюперра, артериолит Рюитера, болезнь Гужеро–Рюитера, некротизирующий васкулит, лейкоцитокластический васкулит	См. с. 552
уртикарный	Уртикарный васкулит	Воспалительные пятна, волдыри
геморрагический	Геморрагический васкулит, геморрагический лейкоцитокластический микробид Мишера–Шторка, анафилактоидная пурпура Шенлейна–Геноха, геморрагический капилляротоксикоз	Петехии, отечная пурпура («пальпируемая пурпура»), экхимозы, геморрагические пузыри

Клинические формы	Синонимы	Основные проявления
папулонодулярный	Нодулярный дермальный аллергид Гужеро	Воспалительные узелки и бляшки, мелкие отечные узлы
папулонекротический	Некротический нодулярный дерматит Вертера–Дюмлинга	Воспалительные узелки с некрозом в центре, «штампованные» рубчики
пустулезноязвенный	Язвенный дерматит, гангренозная пиодермия	Везикулостулы, эрозии, язвы, рубцы
некротически-язвенный	Молниеносная пурпура	Геморрагические пузыри, геморрагический некроз, язвы, рубцы
полиморфный	Трехсимптомный синдром Гужеро–Дюперра, полиморфнонодулярный тип ангиолита Рюитера	Чаще сочетание волдырей, пурпуры и поверхностных мелких узлов; возможно сочетание любых элементов
Хроническая пигментная пурпура, тип:	Геморрагически-пигментные дерматозы, болезнь Шамберга–Майокки	См. с. 554
петехиальный	Стойкая прогрессирующая пигментная пурпура Шамберга, болезнь Шамберга	Петехии, пятна гемосидероза
телеангиэктатический	Телеангиэктатическая пурпура Майокки	Петехии, телеангиэктазии, пятна гемосидероза
лихеноидный	Пигментный пурпурозный лихеноидный ангиодермит Гужеро–Блюма	Петехии, лихеноидные папулы, телеангиэктазии, пятна гемосидероза
экзематоидный	Экзематоидная пурпура Дукаса–Капетанакиса	Петехии, эритема, лихенификация, чешуе-корочки, пятна гемосидероза
II. Дермо-гиподермальные ангииты		
Ливедо-ангиит	Кожная форма узелкового периартериита, некротизирующий васкулит, ливедо с узлами, ливедо с изъязвлениями	Ветвистое или сетчатое ливедо, узловатые уплотнения, геморрагические пятна, некрозы, язвы, рубцы
III. Гиподермальные ангииты		
Узловатый ангиит:	См. с. 554	См. с. 554
острая узловатая эритема	См. с. 554	См. с. 555
хроническая узловатая эритема	Узловатый васкулит	Рецидивирующие узлы без выраженных общих явлений

Окончание табл. 41-1

Клинические формы	Синонимы	Основные проявления
подострая (мигрирующая) узловатая эритема	Вариабельный гиподермит Вилановы–Пиньоля, мигрирующая узловатая эритема Бейерштедта, болезнь Вилановы	Асимметричный плоский узел, растущий по периферии и разрешающийся в центре
Узловато-язвенный ангиит	Нодулярный васкулит, нетуберкулезная индуративная эритема	Плотные узлы с изъязвлением, рубцы

Этиология и патогенез

К этиологическим факторам, приводящим к воспалению сосудистой стенки, чаще всего относят фокальную (реже общую) инфекцию, обусловленную стафилококком или стрептококком, туберкулезной палочкой, энтерококками, дрожжевыми и другими грибами, вирусом гриппа. О сенсибилизирующем влиянии инфекции на сосудистые стенки свидетельствуют положительные результаты внутрикожных проб с соответствующими антигенами. Среди экзогенных сенсибилизирующих факторов при ангиитах особое место в настоящее время отводят лекарственным средствам, в первую очередь антибиотикам и сульфаниламидам.

Существенную роль в патогенезе ангиитов могут играть хронические интоксикации, эндокринопатии, различные виды обменных нарушений, а также повторные охлаждения, психическое и физическое перенапряжение, фотосенсибилизация, артериальная гипертензия, венозный застой.

Ангииты кожи часто выступают в качестве кожного синдрома при различных острых и хронических инфекциях (гриппе, туберкулезе, сифилисе, лепре, иерсиниозе и др.), диффузных болезнях соединительной ткани (ревматизме, СКВ, ревматоидном артрите и др.), криоглобулинемии, болезнях крови, различных опухолевых процессах.

Клиническая картина и течение

Клинические проявления кожных ангиитов чрезвычайно многообразны. Однако существует ряд общих признаков, клинически объединяющих эту полиморфную группу дерматозов. К ним относят:

- ✧ воспалительный характер изменений кожи;
- ✧ склонность высыпаний к отеку, кровоизлиянию, некрозу;
- ✧ симметричность поражения;
- ✧ полиморфизм высыпных элементов (обычно эволюционный);
- ✧ первичную или преимущественную локализацию на нижних конечностях (в первую очередь на голенях);

- ✧ наличие сопутствующих сосудистых, аллергических, ревматических, аутоиммунных и других системных заболеваний;
- ✧ нередкую связь с предшествующей инфекцией или лекарственной непереносимостью; острое или периодически обостряющееся течение.

Полиморфный дермальный ангиит

Данное заболевание имеет хроническое рецидивирующее течение и отличается разнообразными морфологическими проявлениями. Высыпания первоначально появляются на голенях, но могут возникать и на других участках кожного покрова, реже — на слизистых оболочках. Характерны волдыри, геморрагические пятна различной величины, воспалительные узелки и бляшки, поверхностные узлы, папулонекротические высыпания, пузырьки, пузыри, пустулы, эрозии, поверхностные некрозы, язвы, рубцы. Появившаяся сыпь обычно существует длительный период (от нескольких недель до нескольких месяцев), имеет тенденцию к рецидивам. В зависимости от наличия тех или иных морфологических элементов сыпи выделяют различные типы дермального ангиита.

Уртикарный тип симулирует картину хронической рецидивирующей крапивницы, проявляясь волдырями различной величины, возникающими на разных участках кожного покрова. Однако, в отличие от крапивницы, волдыри при уртикарном ангиите отличаются стойкостью, сохраняясь на протяжении 1–3 сут (иногда и более длительно). Вместо выраженного зуда больные обычно испытывают жжение или чувство раздражения в коже. Высыпаниям нередко сопутствуют артралгии, иногда боль в животе, т.е. признаки системного поражения. У больных отмечают повышение СОЭ, гипокомплементию, увеличение активности лактатдегидрогеназы, положительные воспалительные пробы, изменения в соотношении иммуноглобулинов.

Геморрагический тип дермального ангиита наиболее характерен. Самое типичное проявление этого варианта — так называемая пальпируемая пурпура, отечные геморрагические пятна различной величины, локализующиеся обычно на голенях и тыле стоп, легко определяемые не только визуально, но и при пальпации, чем и отличаются от других пурпур. Однако первыми высыпаниями при геморрагическом типе обычно бывают мелкие отечные воспалительные пятна, напоминающие волдыри и вскоре трансформирующиеся в геморрагическую сыпь. При дальнейшем нарастании воспалительных явлений на фоне сливной пурпуры и экхимозов могут формироваться геморрагические пузыри, оставляющие после вскрытия глубокие эрозии или язвы. Высыпаниям, как правило, сопутствуют умеренные отеки нижних конечностей. Геморрагические пятна могут появляться на слизистой оболочке полости рта и зева.

Папулонодулярный тип встречается довольно редко. Он характеризуется появлением гладких уплощенных воспалительных узелков округлой формы величиной с чечевицу или мелкую монету, а также небольших поверхностных нерезко очерченных отечных бледно-розовых узлов величиной с лесной орех, болезненных при пальпации. Высыпания локализуются на конечностях, обычно на нижних, редко на туловище и не сопровождаются выраженными субъективными ощущениями.

Папулонекротический тип проявляется небольшими плоскими или полушаровидными воспалительными нешелушащимися узелками, в центральной части которых вскоре формируется сухой некротический струп, обычно в виде черной корочки. При срывании струпа обнажаются небольшие округлые поверхностные язвочки, а после рассасывания папул остаются мелкие «штампованные» рубчики. Высыпания располагаются, как правило, на разгибательных поверхностях конечностей и клинически полностью имитируют папулонекротический туберкулез, с которым следует проводить самую тщательную дифференциальную диагностику.

Пустулезно-язвенный тип обычно начинается с небольших везикулопустул, напоминающих акне или фолликулит, быстро трансформирующихся в язвенные очаги с тенденцией к неуклонному эксцентрическому росту вследствие распада отечного синюшно-красного периферического валика. Поражение может локализоваться на любом участке кожи, чаще на голених, в нижней половине живота. После заживления язв остаются плоские или гипертрофические, длительно сохраняющие воспалительную окраску рубцы.

Некротически-язвенный тип — наиболее тяжелый вариант дермального ангиита. Он имеет острое (иногда молниеносное) начало и последующее затяжное течение (если процесс не заканчивается быстрым летальным исходом). Вследствие острого тромбоза воспаленных кровеносных сосудов возникает омертвление (инфаркт) того или иного участка кожи, проявляющееся некрозом в виде обширного черного струпа, образованию которого может предшествовать обширное геморрагическое пятно или пузырь. Процесс обычно развивается в течение нескольких часов, сопровождается сильной болью и лихорадкой. Поражение чаще располагается на нижних конечностях и ягодицах. Гнойно-некротический струп сохраняется длительное время. Образовавшиеся после его отторжения язвы имеют различную величину и очертания, покрыты гнойным отделяемым, крайне медленно рубцуются.

Полиморфный тип характеризуется сочетанием различных высыпных элементов, свойственных другим типам дермального ангиита. Чаще отмечают сочетание отечных воспалительных пятен, геморрагических высыпаний пурпурозного характера и поверхностных отечных мелких узлов, что составляет классическую картину так называемого трехсимптомного синдрома

Гужеро–Дюперра и идентичного ему полиморфнонодулярного типа артериолита Рюитера.

Хроническая пигментная пурпура

Это хронический дермальный капиллярит, поражающий сочковые капилляры. В зависимости от клинических особенностей выделяют следующие ее разновидности (типы).

Петехиальный тип (стойкая прогрессирующая пигментная пурпура Шамберга) характеризуется множественными мелкими (точечными) геморрагическими пятнами без отека (петехиями) с исходом в стойкие буровато-желтые различной величины и очертаний пятна гемосидероза; высыпания располагаются чаще на нижних конечностях, не сопровождаются субъективными ощущениями, возникают почти исключительно у мужчин.

Телеангиэктатический тип (телеангиэктатическая пурпура Майокки) проявляется чаще своеобразными пятнами-медальонами, центральная зона которых состоит из мелких телеангиэктазий (на слегка атрофичной коже), а периферическая — из мелких петехий на фоне гемосидероза.

Лихеноидный тип (пигментный пурпурозный лихеноидный ангиодермит Гужеро–Блюма) характеризуется диссеминированными мелкими лихеноидными блестящими, почти телесного цвета узелками, сочетающимися с петехиальными высыпаниями, пятнами гемосидероза и иногда мелкими телеангиэктазиями.

Экзематоидный тип (экзематоидная пурпура Дукаса–Капеланакиса) отличается возникновением в очагах, помимо петехий и гемосидероза, явлений экзематизации (отечности, разлитого покраснения, папуловезикул, корочек), сопровождающихся зудом.

Ливедо-ангиит возникает почти исключительно у женщин, обычно в период полового созревания. Первым его симптомом служит стойкое ливедо — синюшные пятна различной величины и очертаний, образующие причудливую петлистую сеть на нижних конечностях, реже на предплечьях, кистях, лице и туловище. Окраска пятен резко усиливается при охлаждении. С течением времени интенсивность ливедо становится более выраженной, на его фоне (преимущественно в области лодыжек и тыла стоп) возникают мелкие кровоизлияния и некрозы, образуются изъязвления. Больные ощущают зябкость, тянущую боль в конечностях, сильную пульсирующую боль в узлах и язвах.

Узловатый ангиит

Данная нозологическая форма включает различные варианты узловой эритемы, отличающиеся друг от друга характером узлов и течением процесса.

Острая узловая эритема — классический, хотя и не самый частый вариант заболевания. Она проявляется быстрым вы-

сыпанием на голенях (редко на других участках конечностей) ярко-красных отечных болезненных узлов величиной с детскую ладонь на фоне общей отечности голеней и стоп. Характерны повышение температуры тела до 38–39 °С, общая слабость, головная боль, артралгии. Заболеванию обычно предшествует простуда, вспышка ангины. Узлы исчезают бесследно в течение 2–3 нед, последовательно изменяя свою окраску на синюшную, зеленоватую, желтую («цветение синяка»). Изъязвления узлов не бывает. Рецидивов не наблюдают.

Хроническая узловатая эритема (самая частая форма кожного ангиита) отличается упорным рецидивирующим течением, возникает обычно у женщин зрелого возраста. Обострения чаще возникают весной и осенью, характеризуются появлением небольшого числа синюшно-розовых плотных, умеренно болезненных узлов величиной с лесной или грецкий орех. В начале своего развития узлы могут не изменять окраску кожи, не возвышаться над ней, а определяться только при пальпации. Почти исключительная локализация узлов — голени (обычно их передняя и боковая поверхности). Отмечают умеренную отечность голеней и стоп. Общие явления непостоянны и слабо выражены. Рецидивы длятся несколько месяцев, в течение которых одни узлы могут рассасываться, а на смену им появляются другие.

Мигрирующая узловатая эритема обычно имеет подострое, реже хроническое, течение и своеобразную динамику основного поражения. Процесс, как правило, носит асимметричный характер и начинается одиночным плоским узлом на переднебоковой поверхности голени. Узел розовато-синюшной окраски, тестоватой консистенции, довольно быстро увеличивается в размерах вследствие периферического роста, превращаясь вскоре в крупную глубокую бляшку с запавшим и более бледным центром и широкой валообразной, более насыщенной периферической зоной. Поражение сохраняется от нескольких недель до нескольких месяцев. Возможны общие явления (субфебрилитет, недомогание, артралгии).

Узловато-язвенный ангиит

В широком смысле его можно рассматривать как язвенную форму хронической узловатой эритемы. Процесс с самого начала имеет торпидное течение и проявляется плотными, довольно крупными малобезболезненными синюшно-красными узлами, склонными к распаду и изъязвлению с образованием вяло рубцующихся язв. Кожа над свежими узлами может иметь нормальную окраску. Иногда процесс начинается с синюшного пятна, трансформирующегося со временем в узловатое уплотнение и язву. После заживления язв остаются плоские или втянутые рубцы, область которых при обострениях может вновь уплотняться и изъязвляться. Типичная локализация — задняя поверхность

голеней (икроножная область), однако возможно расположение узлов и на других участках. Характерна пастозность голеней. Процесс имеет хроническое рецидивирующее течение, наблюдается у женщин зрелого возраста, иногда у мужчин.

Патогистология

Патогистологическая структура кожных ангиитов довольно однотипна: набухание эндотелия кровеносных сосудов, инфильтрация сосудистых стенок и их окружности лейкоцитарными клетками (нейтрофилами, эозинофилами, лимфоцитами, гистиоцитами), лейкоцитоклазия (наличие среди клеток инфильтрата обломков ядер лейкоцитов — так называемой ядерной пыли), фибриноидное пропитывание стенок кровеносных сосудов и их окружности, эритроцитарные экстрavasаты в ткани, сегментарный некроз сосудистой стенки.

Диагностика

Диагностика ангиитов кожи в типичных случаях не представляет существенных затруднений. Для предварительного диагноза той или иной формы кожного ангиита обычно бывает достаточно клинического осмотра больного и сбора основных анамнестических данных. Степени активности патологического процесса при кожных ангиитах представлены в табл. 41-2.

Как правило, для подтверждения диагноза ангиита, особенно при упорном течении заболевания или атипичной его разновидности, необходимо проведение патогистологического исследования пораженного участка кожи.

Таблица 41-2. Клиническая и лабораторная характеристика степени активности патологического процесса при кожных ангиитах

Показатель	Степень активности	
	I	II
Поражение кожи (по площади)	Ограниченное	Распространенное
Число высыпаний	Небольшое	Множественное
Температура тела	Нормальная или не выше 37,5 °C	Выше 37,5 °C
Общие явления (недомогание, общая слабость, головная боль, артралгии, миалгии и т.п.)	Отсутствуют или незначительны	Резко выражены
СОЭ	До 25 мм/ч	Выше 25 мм/ч
Эритроциты	Норма	Менее $3,8 \times 10^{12}/л$
Гемоглобин	Норма	Менее 12 г%
Тромбоциты	Норма	Менее $180 \times 10^9/л$
Лейкоциты	Норма	Более $10 \times 10^9/л$

Окончание табл. 41-2

Показатель	Степень активности	
	I	II
Общий белок	Норма	Более 85 г/л
α_2 -Глобулин 2	Норма	Более 12%
γ -Глобулин	Норма	Более 22%
C-реактивный белок	Отсутствует или до 2+	Более 2+
Комплемент	Выше 30 ЕД	Ниже 30 ЕД
Иммуноглобулины	Норма	Повышены
Реакция Ваалера–Роуза	Отрицательная	Положительная
Латекс-тест	Отрицательный	Положительный
Протеинурия	Нет	Есть

Лечение

Кожные ангииты при II степени активности процесса подлежат обследованию и лечению в условиях стационара, в отдельных случаях допускается постельный режим в домашней обстановке. При I степени активности госпитализация или домашний режим необходимы в прогрессирующей стадии заболевания, особенно при наличии неблагоприятных профессиональных условий.

Первостепенное значение во всех случаях обострений кожного ангиита с основными очагами на нижних конечностях имеет постельный режим, поскольку у таких больных обычно резко выражен ортостатизм. В то же время полезна гимнастика в постели для улучшения кровообращения. Постельный режим следует соблюдать до перехода в регрессирующую стадию.

Больным, особенно в период обострения, необходимо соблюдать диету с исключением раздражающей пищи (алкогольные напитки, острые, копченые, соленые и жареные блюда, консервы, шоколад, крепкий чай и кофе, цитрусовые).

Во всех случаях кожного ангиита надо стараться обеспечить по возможности каузальную терапию, направленную на ликвидацию причины заболевания.

В целях патогенетической терапии необходимо предотвратить воздействие на больного различных провоцирующих факторов (переохлаждения, курения, длительной ходьбы и стояния, ушибов, подъема тяжестей и др.). Следует обеспечить с помощью соответствующих специалистов коррекцию выявленных сопутствующих заболеваний, которые могут поддерживать и ухудшать течение кожного ангиита (в первую очередь гипертонической болезни, сахарного диабета, хронической венозной недостаточности, фибромиомы матки и т.п.). В острых случаях патогенетически показан плазмаферез (табл. 41-3).

Таблица 41-3. Дифференцированные терапевтические программы лечения основных форм ангиитов кожи

Клиническая форма	Степень активности	Общее лечение		Местное лечение
		Препараты	Примерная схема	
Ангиит полиморфный дермальный	I	Нестероидные противовоспалительные препараты	Индометацин по 0,025 г 3 раза в день, нимесулид по 0,05 г 2 раза в день, кетопрофен (кетонал-ретард*) по 0,15 г 2 раза в день	Глюкокортикоидные мази, троксерутин (троксевазин-гель*), фенилбутазон (бутадионовая мазь), аминокапроновый крем
		Антибиотики	Ципрофлоксацин по 0,25 г 2 раза в день, джозамицин (вильпрафен*) по 0,5 г 2 раза в день, доксициклин по 0,1 г 1 раз в день	
		Хинолины	Хлорохин — по 0,25 г в день, гидроксихлорохин по 0,2 г 2 раза в день	
		Антигистаминные средства	Хлорпирамин (супрастин*) по 0,025 г 3 раза в день, клемастин (тавегил*) по 0,001 г 2 раза в день	
		Витамины	Аскорутин* по 1 таблетке 3 раза в день	
	II	Нестероидные противовоспалительные препараты	Индометацин по 0,05 г 4 раза в день, диклофенак (вольтарен-ретард*) по 0,1 г 2 раза в день, нимесулид по 0,1 г 2 раза в день	При некротически-язвенном типе на первом этапе — примочки или мази с протеолитическими ферментами (химопсин*, ируксол*)
		Глюкокортикоиды (в сочетании с корригирующими средствами)	Преднизолон (триамцинолон, метилпреднизолон (урбазон*)) по 1–2 таблетки 4 раза в день, бетаметазон (дипроспан*) 2 мл внутримышечно 1 раз в неделю	на втором этапе — дезинфицирующие, анестезирующие, эпителизирующие мази и губки, лазерное облучение малой мощности, NO-терапия
		Цитостатики	Циклофосфамид (азатиоприн) по 0,05 г 3 раза в день	

Продолжение табл. 41-3

Клиническая форма	Степень активности	Общее лечение		Местное лечение
		Препараты	Примерная схема	
Пурпура пигментная хроническая	I	Антибиотики	Олететрин* по 0,25 г 6 раз в сутки, метациклин по 0,3 г 3 раза в день, цефалоридин внутримышечно по 1,5 г 3 раза в день	Глюкокортикоидные мази, ами-нокапроновый крем, троксерутин (троксевазин-гель*)
		Антигистаминные	Дифенгидрамин (димедрол*) внутримышечно или внутрь по 0,05 г 3 раза в день, эбастин по 0,01 г 1 раз в день	
		Антикоагулянты	Надропарин кальция (фраксипарин*) подкожно по 0,3 мл 2 раза в день	
		Детоксикационная терапия	Реамберин* внутривенно по 400 мл/сут	
		Хинолины, ами-нокапроновая кислота	Хлорохин 0,25 г/сут, аминокапроновая кислота по 2,0 г 3 раза в день, аскорутин* по 1 таблетке 3 раза в день, кальция глюконат по 2 таблетки 3 раза в день, анавенол* по 2 драже 2 раза в день	
Ливедо-ангиит	II	Нестероидные про-тивовоспалительные препараты	Индометацин по 0,025 г 3-4 раза в день, ибупрофен по 0,2 г 3-4 раза в день, диклофенак по 0,1 г 1 раз в день	Сухое тепло
		Хинолины	Гидроксихлорохин по 0,2 г 3 раза в день	
		Периферические гемокинаторы	Пентоксифиллин по 0,1 г 3 раза в день, анавенол* по 2 драже 2 раза в день	
		Витамины	Аевит* по 1 капсуле 1-2 раза в день	
		Глюкокортикоиды	Преднизолон (триамцинолон, метилпреднизолон) по 2 таблетки 4 раза в день	
		Цитостатики	Циклофосфамид (азатиоприн) по 0,05 г 3 раза в день	

Продолжение табл. 41-3

Клиническая форма	Степень активности	Общее лечение		Местное лечение
		Препараты	Примерная схема	
		Периферические гемокинаторы	Пентоксифиллин по 0,4 г 2 раза в день	
		Антикоагулянты	Надропарин кальция (фраксипарин*) подкожно по 0,6 мл 2 раза в день	
		Детоксикационная терапия	Реамберин* внутривенно по 400 мл/сут	
		Гипербарическая оксигенация		
Эритема узловатая (подострая, хроническая)	I	Йодистые щелочи	Калия йодида 3% раствор по 1 столовой ложке 2 раза в день	Аппликации диметилсульфоксида, окклюзионные повязки с бугатионовой*, глю-
Ангит узловатый		Хинолины	Хлорохин по 0,25 г/сут	Глюкокортикоидной мазью; сухое тепло
язвенный хронический		Нестероидные противовоспалительные препараты	Индометацин по 0,025 г 3–4 раза в день, ибупрофен по 0,2 г 3–4 раза в день	
		Диуретики	Гидрохлоротиазид по 0,05 г в день	
		Антибиотики	Джозамицин (вильпрафен*) по 0,5 г 2 раза в день	
		Витамины	Авит* по 1 капсуле 3 раза в день	

Окончание табл. 41-3

Клиническая форма	Степень активности	Общее лечение		Местное лечение
		Препараты	Примерная схема	
		Глюкокортикоиды в сочетании с корригирующими средствами	Преднизолон (триамцинолон, метилпреднизолон) по 2 таблетки 4 раза в день	То же; лечение язв, как при полиморфном ангиите II степени
		Йодистые щелочи	Калия йодида 3% раствор по 1 столовой ложке 2 раза в день	
		Нестероидные противовоспалительные препараты	Индометацин по 0,05 г 4 раза в день, нимесулид по 0,1 г 2 раза в день	
		Диуретики	Фуросемид 0,04 г в день	
		Витамины	Олиговит* по 1 драже 2 раза в день	

Прогноз

Прогноз для жизни при ангиитах с изолированным или преимущественным поражением кожи благоприятный. Острые варианты обычно имеют циклическое течение, склонны к спонтанному регрессу и не рецидивируют. При хронических формах прогноз определяется адекватностью терапии и профилактики.

Профилактика

Во всех случаях кожного ангиита при исчезновении клинических проявлений заболевания лечение заканчивать не следует. Его в уменьшенном объеме следует продолжать до полной нормализации лабораторных показателей, а в течение последующих 0,5–1 года больных следует оставлять на поддерживающем лечении, для которого обычно используют ангиопротекторы, улучшающие микроциркуляцию и реологические свойства крови, предохраняющие сосудистую стенку от неблагоприятных влияний: пирикарбат (продектин[★], пармидин[★]) или кальция добезилат (по 0,25 г 2–3 раза в день), дезагреганты (дипиридамолом по 0,025 г 2–3 раза в день, ксантинола никотинат по 0,15 г 3 раза в день), периферические гемокинаторы (циннаризин по 0,025 г на ночь) или адаптогены (элеутерококка экстракт[★] по 25 капель 2 раза в день перед едой). Больных следует предупреждать о необходимости соблюдения профилактических мер, исключающих воздействие факторов риска (переохлаждение, физические и нервные перегрузки, длительная ходьба, ушибы). В необходимых случаях следует проводить трудоустройство больных, а иногда переводить их на временную инвалидность. Больным следует рекомендовать здоровый образ жизни (утренняя гимнастика, закаливание, водные процедуры, регулярное сбалансированное питание, прогулки на свежем воздухе, плавание, достаточный сон).