

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛЕЙКОЦИТОКЛАСТИЧНОГО ВАСКУЛІТУ ШКІРИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19

Кучерівська Людмила Даріївна,

Лікар- дерматовенеролог,

ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги»,

м. Чернівці, Україна

Холоденко Тетяна Вікторівна,

Завідувач терапевтичним відділенням,

ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги»,

м. Чернівці, Україна

Денисенко Ольга Іванівна,

завідувач кафедри дерматовенерології,

Буковинський державний медичний університет,

м. Чернівці, Україна

Актуальність. Коронавірусна хвороба – COVID-19, спричинена вірусом SARS-CoV-2, є однією з актуальних медичних та соціальних проблем на сучасному етапі. Як засвідчили клінічні спостереження, окрім ураження дихальних шляхів, COVID-19 може призвести до ураження інших органів і систем, а також шкіри, тому коронавірусну хворобу розглядають як міждисциплінарне захворювання. У частини пацієнтів характерні для коронавірусної хвороби зміни шкіри супроводжують основні клінічні прояви COVID-19, або ж виникають у віддалений період часу. Одним із частих проявів COVID-19 є ангіїти, які розвиваються внаслідок ураження стінок чи тромбозу судин, порушення обмінних процесів у шкірі, що потребує відповідної діагностичної та лікувальної тактики щодо таких пацієнтів.

Метою роботи було проаналізувати клінічний випадок розвитку обмеженого лейкоцитокластичного васкуліту шкіри після перенесеної коронавірусної хвороби.

Матеріали та методи. Проведено клінічне та лабораторне обстеження пацієнти Т., 26 років, яка звернулася зі скаргами на висип на шкірі нижніх кінцівок, наявність ран, загальну слабкість, тривале помірне підвищення температури. З анамнезу відомо, що вперше зміни на шкірі нижніх кінцівок виникли через 6 місяців після проведеного кесаревого розтину, після якого відзначала тривале (впродовж 3 місяців) заживлення післяопераційної рани, не зважаючи на проведене системне та зовнішнє лікування. Через півроку на ногах, переважно в підколінних ямках, почали з'являтися синюшно-рожеві плями, які не зважаючи на застосоване лікування, не мали тенденції до регресу. Поступово в ділянці плям почали з'являтися невеликі виразки, які через деякий час самостійно вирішувалися. У січні 2022 року пацієнтка звернулася зі скаргами на підвищення температури, загальну слабкість та висип на шкірі нижніх кінцівок у вигляді виразок, появу яких пов'язує з перенесеною коронавірусною інфекцією. При зверненні пацієнтки з метою уточнення діагнозу було проведено її клінічне та комплексне лабораторне обстеження, у тому числі – патогістологічне дослідження елементів висипки на шкірі.

Результати та обговорення. При об'єктивному обстеженні – заганий стан пацієнтки середньої тяжкості, серцеві тони ритмічні, тахікардія, ЧСС/Ps – 107, АТ – 125/80 мм.рт.ст., SpO2% – 99%. Над легенями дихання везикулярне, хрипи не вислуховуються.

Під час клінічного обстеження відзначено, що шкірні покриви поза вогнищами ураження блідо-рожеві, чисті, пастозність нижніх кінцівок, ожиріння 1-го ступеня. На шкірі обох гомілок, переважно в підколінних ямках – поліморфна дисемінована висипка у вигляді множинних, обмежених, різних розмірів буро-коричневих плям та рубців (сліди регресу попередніх елементів), на тлі яких відзначається свіжа плямиста висипка синюшно-рожевого забарвлення, розміром від 1,5 до 2 см, яка не зникає при надавлюванні, а також поодинокі петехії та дрібна папульозна висипка без свербіжу чи больових відчуттів. Водночас у підколінних ямках присутні ділянки ураження з проявами

виразкування з тенденцією до збільшення у розмірах. Шкіра навколо висипки дещо підвищеної температури.

Пацієнтка була проконсультована гематологом, який даних за системний геморагічний васкуліт не виявив. Пацієнтці було призначено додаткові методи дослідження, у тому числі:

Рентгенографія ОГК: серце та легені в нормі.

ЕКГ: ритм синусовий, регулярний, помірні порушення процесів реполяризації міокарду передньої стінки лівого шлуночка.

УЗД органів черевної порожнини: печінка – контури рівні, чіткі, край гострий, паренхіма дрібнозерниста; жовчний міхур – стінки не ущільнені; підшлункова залоза – розміри в нормі, структура однорідна, ехогенність підвищена, контури рівні, чіткі; селезінка – розміри в нормі, ехогенність не змінена, нирки: розміри в нормі, співвідношення синус-паренхіма збережене, конкременти до 4 мм.

УЗД щитоподібної залози: патологічних структурних змін на момент обстеження не виявлено.

Результати лабораторних методів дослідження: ЗАК: лейкоцити – 14,55 Г/л (еозинофіли – 1%, паличкоядерні – 5%, сегментоядерні – 74%, лімфоцити – 17%, моноцити – 3%), еритроцити – 4,48Т/л, Нв – 140 г/л, тромбоцити – 267 Г/л, ШОЕ – 32 мм/год; біохімічне дослідження крові: глюкоза – 5,5 ммоль/л, загальний білок – 67,0 г/л, загальний білірубін – 14,0 мкмоль/л (прямий – 4,0 мкмоль/л, непрямий – 10,0 мкмоль/л), тимолова проба – 4,7 Од, АлАТ – 20,3 од/л, АсАТ – 16,2 од/л, сечовина – 4,4 ммоль/л, креатинін – 87,8 мкмоль/л, холестерин – 3,8 ммоль/л; ревмопроби: АСЛО – 300 АЕ, СРБ – 6 мг/л, РФ – 28 МОД/мл; ПРС: негативна, ВІЛ – негативна; коагулограма: протромбіновий індекс – 93,2%, фібриноген В – негативний, гематокрит – 44%, час рекальцифікації – 100; ПЛР до вірусних гепатитів В та С – негативна. Діагностика антифосфоліпідного синдрому: вовчаковий антикоагулянт (скринінговий тест) – 44,0 с, кардіоліпіни IgG – 1,29 Од/мл, кардіоліпіни IgM –

1,32 Од/мл, фосфоліпіди, антитіла IgG – 2,09 Од/мл; фосфоліпіди, антитіла IgM – 2,81 Од/мл. Панель аутоімунна: ANNA, ANCA-антитіла негативні

З метою уточнення діагнозу було проведено патогістологічне дослідження свіжих елементів висипки на шкірі (інцизійна біопсія, матеріал – лоскут шкіри 2,2 x 1 см, товщина гіподерми – 0,4 см), на підставі чого було зроблено висновок: морфологічна картина відповідає лейкоцитокластичному васкуліту з ураженням судин дрібного та середнього калібрів.

На підставі клінічного обстеження та результатів патогістологічного дослідження елементів висипки на шкірі пацієнтці було виставлено діагноз: Васкуліт шкіри лейкоцитокластичний, обмежений.

Пацієнтці було призначено ангіопротекторну, глюкокортикостероїдну, антигістамінну, протизапальну та метаболічну терапію. Лікування пацієнтка переносила добре, виписана зі значним покращенням із позитивною клінічною динамікою з подальшим амбулаторним спостереженням у дерматовенеролога за місцем проживання.

Висновок. Одним із ускладнень перенесеної коронавірусної інфекції може бути обмежений лейкоцитокластичний васкуліт (ангіїт) шкіри, діагностика та диференційна діагностика якого потребує не лише оцінки анамнезу і клінічних проявів на шкірі, але й проведення патогістологічного дослідження елементів шкірної висипки.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації 0120U101550).