

Складний диференційний діагноз геморагічного васкуліту у практиці лікаря загальної практики-сімейної медицини: власні клінічні спостереження та дані літератури

А.М. Пилецький¹, Н.В. Снігир², В.М. Рудіченко², В.О. Кривець¹, М.Г. Маслій¹

¹Київська міська клінічна лікарня № 8, м. Київ

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

У статті розглядається проблема диференційного діагнозу геморагічного васкуліту на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Приводиться сучасна класифікація системних васкулітів Міжнародної погоджувальної конференції в Чепел Хіл (США, 2012). Надана характеристика найчастішої форми васкуліту – пурпури Геноха-Шенлейна та менш відомої форми васкуліту мілких судин – лейкоцитокластичного васкуліту (гіперсенситивного васкуліту). Матеріал викладений на підставі даних наукової літератури та власних клінічних спостережень шкірного васкуліту.

Ключові слова: системний васкуліт, геморагічний васкуліт, пурпура Геноха-Шенлейна, лейкоцитокластичний васкуліт, гіперсенситивний васкуліт.

У роботі лікаря загальної практики-сімейної медицини (первинної ланки) можливі ситуації контакту з хворобливим станом хворого із залученням у патологічний процес шкіри з маніфестацією васкуліту. У таких випадках доречно тримати у пам'яті сучасну класифікацію системних васкулітів Міжнародної погоджувальної конференції у Чепел Хіл (International Chapel Hill Consensus Conference, 2012) [13, 14]. Зокрема, васкуліти розподіляють на:

Васкуліт великих судин:

- артеріт Такаєсу
- гігантоклітинний артеріт.

Васкуліт середніх судин:

- вузликковий поліартеріт
- хвороба Кавасаки.

Васкуліт мілких судин:

Васкуліти, асоційовані з антинейтрофіліїними цитоплазматичними антитілами (АНЦА, antineutrophil cytoplasmic antibody, ANCA)

- мікроскопічний поліангіт
- гранулематоз з поліангіттом (Вегенера)
- еозинофільний гранулематоз з поліангіттом (Чарджа-Строса).

Імунокомплексні васкуліти мілких судин

– захворювання асоційовані з антитілами до базальної мембрани клубочків

- криоглобулінемічний васкуліт
- IgA-васкуліт (пурпура Геноха-Шенлейна)
- гіпокомплементаемічний уртикарний васкуліт (анти-C1q-васкуліт).

Варіабельний васкуліт

- хвороба Бехчета
- синдром Когана.

Васкуліт одного органа

- шкірний лейкоцитокластичний ангіт
- шкірний артеріт
- первинний васкуліт центральної нервової системи

– ізольований аортит

– інші.

Васкуліт, асоційований із системними захворюваннями

- люпус-васкуліт
- ревматоїдний васкуліт
- васкуліт асоційований з саркоїдозом
- інші.

Васкуліт, асоційований з певним етіологічним фактором

– криоглобулінемічний васкуліт асоційований з вірусом гепатиту С

- васкуліт асоційований з вірусом гепатиту В
- аортит асоційований з сифілісом
- медикаментозний імунокомплексний васкуліт
- медикаментозний АНЦА-асоційований васкуліт
- паранеопластичний васкуліт
- інші.

Серед чисельних форм васкуліту **пурпура Геноха-Шенлейна** (ПГШ, геморагічний васкуліт Геноха-Шенлейна, васкуліт Шенлейна-Геноха, пурпура Шенлейна-Геноха, Henoch-Schönlein purpura) є однією з найбільш частих форм васкуліту в дитинстві, хоча може спостерігатися в різних вікових групах. Захворювання характеризується шкірною пурпурою, артритом, гастроінтестинальними розладами та залученням нирок.

Класифікаційні критерії ПГШ були запропоновані у 2008 році EULAR/PRINTO/PRES (European League Against Rheumatism, Європейська ліга проти ревматизму, PRES: Paediatric Rheumatology European Society, Педіатричне ревматологічне європейське товариство, PRINTO: Paediatric Rheumatology International Trials Organisation, Міжнародна організація досліджень в педіатричній ревматології). Названі критерії включають пурпуру (найчастіше пальпуему та дещо прищипляту) або петехії переважно на нижніх кінцівках та з щонайменше одним із чотирьох наступних критеріїв:

1. Дифузний абдомінальний біль.

2. Біопсія, що виявляє лейкоцитокластичний васкуліт з переважним відкладенням IgA.

3. Артрит або артралгія.

4. Ниркове залучення, включно з протеїнурією або гематурією [18].

ПГШ є потенційно самообмежуваним захворюванням, але рецидиви та повернення симптоматичних проявів повідомлялось приблизно у 30% пацієнтів. Поширеність ПГШ коливається від 6,7 до 22 на 100 тис. пацієнтів первинної педіатричної практики [4, 9, 20, 22, 23]. Vanesa et al. повідомили, що найбільш часті прояви рецидивів захворювання у перші місяці після початкового епізоду розладу становлять абдомінальний біль та суглобові маніфестації [23]. ПГШ відбувається найчастіше у віці від 5 до 15 років, узагальнений середній вік – від 4 до 7 років [20, 22]. Дерматологічні маніфестації є зазвичай пурпура, що палькується, та петехії.

Деякі інші види ураження, такі, як уртикарне або еритематозне макулопапулярне ураження також можуть бути виявлені. Шкірна висипка зазвичай знаходиться на місцях під тиском, особливо нижніх кінцівках та сідниці. Геморагічні везикули є незвичними, рідкісними маніфестаціями [21].

Лейкоцитокластичний васкуліт (ЛКВ), який також називають гіперсенситивним васкулітом, відноситься до васкулітів малих судин. Наукова література повідомляє частоту захворюваності приблизно 30 випадків на 1 млн осіб на рік. Вважається, що ЛКВ уражає чоловіків та жінок в однаковій кількості випадків [11, 12]. Шкіра – це орган, який найчастіше залучений до ЛКВ. Типовим проявом є болюча, пекуча висипка переважно на нижніх кінцівках. Однак до однієї третини пацієнтів демонструють залучення тулуба та верхніх кінцівок [6]. Найбільш частим шкірним проявом ЛКВ є пурпура, яку можна пропальпувати [6, 11, 12]. Інші шкірні маніфестації включають макулопапулярну висипку, бульби, папули, бляшки, вузлики, виразки та livedo reticularis [17].

У пацієнтів з ЛКВ можуть також виявляти артралгії або артрити, часто колінних та гомілковостопних суглобів [17]. Диференційний діагноз ЛКВ включає синдром реакції на препарати з еозинофілією та системними симптомами (PPECC, drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms, DRESS), амілоїдоз, антифосфоліпідний синдром, атріальну міксому, хворобу Бехчета, синдром Чарджа-Строса, грануломатоз з поліангітом, пурпуру Геноха-Шенлейна, уртикарний васкуліт, імунну тромбоцитопенічну пурпуру та менінгококемію [10].

Множинні етіологічні фактори, які включають медикаментозні препарати, інфекції, харчові продукти, аутоімунні захворювання, колагенозні васкулярні захворювання та злоякісні новоутворення були пов'язані з ЛКВ [12]. Хоча точний патогенетичний механізм залишається остаточно не з'ясованим, циркулюючі імунні комплекси, як вважають в наукових публікаціях, залучені до розладу [7, 16].

Під час оцінювання стану пацієнтів з ЛКВ лікарю первинної ланки необхідно тримати в пам'яті, що лабораторні тести, які включають формулу крові, швидкість осідання еритроцитів, біохімічне дослідження крові з оцінкою печінкової та ренальної функцій та дослідження сечі корисні у виключенні інших васкулітів, визначенні наявності системного захворювання та ідентифікуванні посланого розладу, що може забезпечити прогностичну інформацію [17]. Пацієнти з підозрою на ЛКВ, які потребують призначення парентеральних анальгетиків для контролю болю, можуть поступати до відділення невідкладної допомоги. У той самий час пацієнтам, які не потребують госпіталізації, бажана консультація дерматолога: Діагноз ЛКВ підтверджується при гістологічному дослідженні біоптату з ураженої зони, яке демонструє периваскулярні та васкулярні лейкоцитарні інфільтрати поряд із фібриноїдним некрозом [12].

М'який шкірно-обмежений ЛКВ не потребує високоспеціалізованого лікування окрім відпочинку, підняття ніг, прикладання льодяних пакетів до уражених зон та усунення або лікування причини, що викликала стан [5]. Присутність артралгії або артриту потребує використання нестероїдних протизапальних препаратів або короткого курсу оральних стероїдів (наприклад, преднізон або метилпреднізолон) у дозі 1 мг/кг на добу протягом 4 тиж, після чого дозу стероїдів знижують. Більшість пацієнтів відповідають на такий тип лікування [8]. Одноразова пульсова доза внутрішньовених кортикостероїдів (наприклад, метилпреднізолон, 15 мг/кг) може також бути застосована у більш тяжких випадках, після чого призначають оральні кортикостероїди [7].

Згідно з повідомленнями наукової літератури, колхіцин також був корисним у пацієнтів з шкірними та суглобовими симптомами, хоча успіх у малому рандомізованому контр-

ольованому дослідженні був обмеженим [19]. Колхіцин слід застосовувати з обережністю особам з нирковим захворюванням та вагітним. Більшість пацієнтів із шкірним лейкоцитокластичним васкулітом лікується в амбулаторних умовах. Госпітальне лікування необхідне пацієнтам з тяжкими маніфестними системними васкулітними проявами та органом дисфункцією. У відсутності залучення внутрішніх органів більшість випадків ЛКВ закінчується протягом тижнів до місяців. Приблизно у 10% пацієнтів може бути хронічний або рецидивний перебіг хвороби [15].

Васкуліт одного органа – це васкуліт, який не має жодних ознак, які б вказували, що процес є обмеженим вираженням в одному органі системного васкуліту [14]. Залучений орган та тип судини повинні бути включені у формулювання діагнозу (наприклад, шкірний мілкосудинний васкуліт, тестікулярний артеріїт, васкуліт центральної нервової системи). У деяких пацієнтів з первинно діагностованим васкулітом одного органу розвиваються з часом додаткові хворобливі маніфестації, що обумовлює перевизначення випадку в якості одного з системних васкулітів (наприклад, шкірний артеріїт пізніше може маніфестувати як системний polyarteritis nodosa та ін.). Для нефрологів важливо урахувати, що нирково-обмежений АНЦА-асоційований гломерулонефрит становить обмежений прояв системного васкуліту та не розглядається як васкуліт одного органа [13].

Надаємо власні клінічні спостереження випадку складного диференційного діагнозу геморагічного васкуліту, зробленого у Київській міській клінічній лікарні № 8 (КМКЛ № 8), на базі якої ми проводимо підготовку лікарів на додипломному та післядипломному етапах. Вважало доречним у процесі викладання державною та англійською мовами студентам та інтернам застосовувати опис та аналіз не тільки поширених, а й рідкісних клінічних станів та аспектів їхнього лікування [1, 2, 3].

Клінічний випадок

Хвора Ц., 66 років, була доставлена бригадою швидкої медичної допомоги до терапевтичного відділення № 2 КМКЛ № 8 04.02.2019 р. з діагнозом: «Токсичний дерматит? Геморагічний васкуліт?». Під час госпіталізації скаржилася на геморагічний висип на обличчі, нижніх та верхніх кінцівках, попереку, сідниці. Попередньо хвора була оглянута черговим інфекціоністом Київської міської клінічної лікарні № 9, яка рекомендувала дообстеження в умовах багатопрофільного інфекційного відділення для виключення менінгококової інфекції. Хвора була проконсультована інфекціоністом Олександрівської лікарні, яка не виявила даних за менінгококову інфекцію. Діагноз: «Геморагічний васкуліт?».

З анамнезу захворювання виявлено, що пацієнтка хворіє з 28.01.2019 р., коли в неї підвищилась температура тіла, з'явився кашель та загальна слабкість. Вона лікувалась самостійно: серед іншого приймала трав'яні чаї, таблетовані фітопрепарати, комбінований препарат, що містив парацетамол, римантадин. Прояви гострої респіраторної інфекції зменшились, проте 03.02.2019 р. пацієнтка помітила появу шкірного висипу на обличчі, нижніх та верхніх кінцівках, які не супроводжувались свербіжем та швидко прогресували. Сімейний лікар оглянув пацієнтку 04.02.2019 р. та направив її в стаціонар з діагнозом: «Токсичний дерматит? Геморагічний васкуліт?».

З анамнезу життя відомо, що пацієнтка часто хворіє на гострі респіраторні інфекції. Лікується зазвичай травами. Чотири роки назад у неї виник висип на руках після прийому левоміцетину, який швидко пройшов самостійно. Хронічних захворювань не має.

Дані об'єктивного обстеження на момент госпіталізації: «Загальний стан стабільний, середнього ступеня тяжкості. Свідомість ясна. Положення в ліжку активне. Конституція астенична. Зріст 162 см, маса тіла 53 кг. На шкірі обличчя (мал. 1), верхніх (мал. 2) та нижніх кінцівках (мал. 3) геморагічний ви-



Мал. 1. Геморагічний висип на обличчі пацієнтки Ц.



Мал. 2. Геморагічний висип та набряк на кистях рук пацієнтки Ц.



Мал. 3. Геморагічний висип на сідницях та нижніх кінцівках пацієнтки Ц.

сип, який не блідне при натискуванні. Щипкова проба негативна. Спостерігається набряк кистей обох рук. Слизова оболонка ротової порожнини блідо-рожева, на слизовій оболонці м'якого піднебіння дрібнокрапкові геморагії. Акроціаноз відсутній. Підшкірна клітковина задовільна. Суглоби без змін. Грудна клітка нормальна. Частота дихання – 15 за 1 хв. Над легеньми ясний легеневий звук. Дихання везикулярне жорстке, ослаблене у нижньобоккових відділах. SpO_2 – 99%. Пульс 110 за 1 хвилину, однаковий на обох руках, ритмічний. Артеріальний тиск (АТ) 110/80 мм рт.ст. Межі серця не змінні. Тони серця ослаблені, діяльність ритмічна. Частота серцевих скорочень (ЧСС) 110 за 1 хв. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт м'який, при пальпації неболючий. Печінка не збільшена. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Периферичних набряків на нижніх кінцівках немає. Фізіологічні відправлення не порушені».

У прийнятному відділенні було проведено лабораторно-інструментальне обстеження, результати якого приведені нижче.

Загальний аналіз крові: еритроцити – $4.48 \times 10^{12}/л$, гемоглобін – 150 г/л, гематокрит – 45%, лейкоцити – $15.0 \times 10^9/л$, тромбоцити – $210 \times 10^9/л$, паличкоядерні – 9%, сегментоядерні – 80%, лімфоцити – 5%, моноцити – 6%.

Біохімічний аналіз крові: загальний білірубін – 17,0 мкмоль/л, прямий – 3,4 мкмоль/л, непрямий – 13,6 мкмоль/л, АлТ – 45,2 ОД/л, АсТ – 67,2 ОД/л, загальний білок – 60 г/л, сечовина – 2,7 ммоль/л, креатинін – 0,069 ммоль/л, калій – 4,2 ммоль/л, натрій – 121 ммоль/л, хлор – 92 ммоль/л, глюкоза – 10,1 ммоль/л.

Показники системи згортання крові: протромбінова активність – 94%, тромбіновий час – 14 с, фібриноген – 3,9 г/л, фібриноген «В» – негативний, активований час рекальцифікації – 92 с. Під час рентгенографічного дослідження органів грудної клітини у прямій проекції видимих вогнищевих і інфільтративних тіней в легень не виявлено. Корені ущільнені, тяжкі. Контури діафрагми і реберно-діафрагмальні синуси без особливостей. Серцева тінь звичайної конфігурації.

На ЕКГ синусовий ритм правильний. Електрична вісь серця не відхилена. Синусова тахікардія. ЧСС – 107 за 1 хв.

На підставі наявності поширеного симетричного нетромбоцитопенічного геморагічного висипу був сформульований попередній клінічний діагноз: «Геморагічний васкуліт?».



Мал. 4. Висип на сідницях у пацієнтки Ц. через 10 днів лікування глюкокортикоїдами



Мал. 5. Висип на сідницях та нижніх кінцівках у пацієнтки Ц. через 10 днів лікування глюкокортикоїдами

У терапевтичному відділенні хворій було проведено дообстеження, спрямоване на виявлення діагностичних критеріїв геморагічного васкуліту (насамперед, ураження нирок) та клініко-лабораторних ознак інших форм системних васкулітів. Важливим моментом диференційної діагностики пурпури в осіб похилого віку є виключення вторинного генезу шкірного васкуліту на тлі системних захворювань сполучної тканини, інфекцій та пухлин. Результати цього дообстеження наведені нижче.

Загальний аналіз крові 05.02.2019 р.: еритроцити – $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобін – 131 г/л, лейкоцити – $9,8 \times 10^9/л$, тромбоцити – $257 \times 10^9/л$, еозинофіли – 1%, паличкоядерні – 4%, сегментоядерні – 77%, лімфоцити – 13%, моноцити – 5%, швидкість осідання еритроцитів – 27 мм/год.

Загальний аналіз сечі 05.02.2019 р.: колір солом'яно-жовтий, відносна густина – 1010, прозора, реакція нейтральна. Білок, цукор не виявлені. Еритроцити не виявлені, лейкоцити – 1–2 у полі зору. Епітелій перехідний – 1–2 у полі зору. Повторні загальні аналізи сечі не виявили патологічних змін.

Біохімічне дослідження крові 05.02.2019 р.: загальний білірубін – 18,0 мкмоль/л, прямий – 0 мкмоль/л, непрямої – 18 мкмоль/л, АЛТ – 36 ОД/л, АСТ – 43 ОД/л, загальний білок – 69 г/л, сечовина – 4,9 ммоль/л, креатинін – 0,071 ммоль/л, калій – 4,1 ммоль/л, натрій – 133 ммоль/л, хлор – 100 ммоль/л, глюкоза крові – 3,2 ммоль/л. С-реактивний білок (кількісний) 08.02.2019 р. 8,2 мг/л (референсні значення менше 10 мг/л).

Маркери вірусних гепатитів 08.02.2019 р.: гепатит В (HBsAg) <0,1 (негативний), гепатит С (антіНСV) – 0,05 (негативний). Дослідження на антиген р24 та/або антитіла до ВІЛ 08.02.19 р. – результат негативний.

ANA-скринінг (кількісне та папілкілічне визначення антинуклеарних аутоантитіл) 14.02.2019 р. – 1:100 (референсні значення менше 1:100).

На ехокардіографії виявлено недостатність мітрального клапана I ступеня та недостатність трикуспідального клапана II ступеня. Порожнини серця не збільшені. Скоротливість лівого шлуночка нормальна (фракція викиду 60%).

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини виявило жировий гепатоз I ступеня, хронічний холецистопанкреатит, сольовий діатез.

Пацієнтка була оглянута дерматологом «Скарги на висипку на тулубі, кінцівках, обличчі, загальну слабкість. Інших скарг не має. Болю в ділянці суглобів не відмічає. Появу висипки пов'язує з медикаментами, які вона приймала для лікування гострої респіраторної інфекції».

Status localis: Патологічний процес має поширений характер з локалізацією на шкірі тулуба, переважно сідницях, кінцівках, обличчі. Висип представлений геморагічними елементами, які зливаються та утворюють значні (площею до 10 см²)

вогнища ураження, на слизовій оболонці ротової порожнини виявлено точкові геморагії. Спостерігається набряк кистей.

Заключення: Геморагічний васкуліт?

Рекомендовано: дезінтоксикаційна терапія, глюкокортикостероїди перорально, внутрішньом'язова ін'єкція суспензії бетаметазону дипропіонату, місцево крем бетаметазону дипропіонату».

Під час огляду гінекологом патології не виявлено.

Особливості анамнезу (початок захворювання в похилому віці, зв'язок висипу з вживанням медикаментів та гострою респіраторною інфекцією, наявність в минулому подібного обмеженого висипу на вживання медикаментів) та отримані дані дослідження (характеристика висипу, відсутність суглобового синдрому, абдомінального болю та клініко-лабораторних ознак системного ураження внутрішніх органів) дозволили з найбільшою частотою ймовірності припустити діагноз лейкоцитокластичного шкірного васкуліту. Підтвердити діагноз необхідно результатами гістологічного дослідження біоптату шкіри, проте хвора не дала згоди на проведення подібного обстеження.

Заключний клінічний діагноз: «Лейкоцитокластичний гіперсенситивний васкуліт, шкірна форма. ІХС: дифузний кардіосклероз. Мітральна недостатність I ступеня. Трикуспідальна недостатність II ступеня. СН I зі збереженою фракцією викиду. ФК I за NYHA».

Призначено лікування:

1. Метилпреднізолон 32 мг на добу 7 днів, надалі зниження на 2 мг кожні 3 дні.
2. Омепразол 20 мг 2 рази на добу.
3. Суспензія бетаметазону дипропіонату 1 мл внутрішньом'язово одноразово.
4. Місцево крем бетаметазону дипропіонату.
5. Гепарин 2,5 тис. МО/мл 4 рази підшкірно через 6 год.
6. Реосорбілакт 200 мл внутрішньовенно крапельно.

Стан хворої на тлі лікування покращився, висип значно зменшився (мал. 4, мал. 5). Хворій роз'яснено, що уточнення діагнозу може потребувати отримання результатів додаткових методів дослідження у спеціалізованому стаціонарі та подальшого динамічного спостереження лікарем первинної ланки. Хвора виписана 15.02.2019 р. у задовільному стані.

Сподіваємося, що представлене клінічне спостереження буде корисним для лікарів загальної практики-сімейної медицини щодо розширення знань з диференційної діагностики такої різноманітної та складної для діагностики групи захворювань, як системні васкуліти.

Difficult differential diagnosis of hemorrhagic vasculitis in the practice of general physician-family practitioner: own clinical observations and literature data

A.M. Piletskii, N.V. Snigir, V.M. Rudichenko, V.O. Kryvets, M.G. Maslij

Сложный дифференциальный диагноз геморрагического васкулита в практике врача общей практики-семейной медицины: собственные клинические наблюдения и данные литературы

A.M. Пилецкий, Н.В. Снигирь, В.М. Рудиченко, В.А. Кривец, Н.Г. Маслий

В статье рассматривается проблема дифференциального диагноза геморрагического васкулита на уровне первичной медико-санитарной помощи. Приводится современная классификация системных васкулитов Международной согласительной конференции в Чепел Хилл (США, 2012). Дана характеристика самой частой формы васкулита – пурпуры Геноха-Шенлейна и менее известной формы васкулита мелких сосудов – лейкоцитокластического васкулита (гиперсенситивного васкулита). Материал изложен на основе данных научной литературы и собственных клинических наблюдений кожного васкулита.

Ключевые слова: системный васкулит, геморрагический васкулит, пурпура Геноха-Шенлейна, лейкоцитокластический васкулит, гиперсенситивный васкулит.

The article is dedicated to the problem of differential diagnosis of hemorrhagic vasculitis on the level of primary medicine. Current classification of systemic vasculitides, namely International Chapel Hill Consensus Conference of 2012 is present. Clinical features of the often form of vasculitis – Henoch-Schönlein purpura and the less common form of vasculitis of the small vessels – leukocytoclastic vasculitis (hypersensitivity vasculitis) are analyzed. Material is given basing on scientific literature data and own clinical observations of skin vasculitis.

Key words: systemic vasculitis, hemorrhagic vasculitis, Henoch-Schönlein purpura, leukocytoclastic vasculitis, hypersensitivity vasculitis.

Сведения об авторах

Пилецкий Анатолий Михайлович – Киевская городская клиническая больница № 8, кафедра клинической, лабораторной иммунологии и аллергологии Национальной медицинской академии последилового образования имени П.Л. Шупика, 04201, г. Киев, ул. Кондратюка, 8; тел.: (044) 502-37-00

Снигирь Наталия Валентиновна – Кафедра общей практики-семейной медицины Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 04050, г. Киев, ул. Пимоненко, 10 а; тел.: (067) 235-91-19. E-mail: snigir@ukr.net

Рудиченко Виталий Михайлович – Кафедра общей практики-семейной медицины Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 04050, г. Киев, ул. Пимоненко, 10 а; тел.: (044) 484-08-96

Кривец Владислав Александрович – Киевская городская клиническая больница № 8, 04201, г. Киев, ул. Кондратюка, 8; тел.: (044) 502-37-00

Маслий Николай Григорьевич – Киевская городская клиническая больница № 8, 04201, г. Киев, ул. Кондратюка, 8; тел.: (044) 502-37-00

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гаврисюк В.К., Меренкова Е.А., Страфун О.В., Гуменюк Г.Л., Дзюблик Я.А., Яник А.И., Лещенко С.И., Беренда Е.А., Быченко О.В., Литвиненко А.В., Морская Н.Д., Пендальчук Н.В., Шадрин О.В., Шкуренко Н.С., Оланасенко Н.С., Лискина И.В., Речкина Е.А., Гаврисюк И.В., Рудиченко В.М., Кривец В.А. Очерги клинической пульмонологии. Под редакцией доктора медицинских наук, профессора В.К. Гаврисюка. – К.: ООО «Велес». – 2016. – 336 с.
2. Пилецкий А.М., Рудиченко В.М., Снігирь Н.В., Карбівничка Н.Г. Спостереження клінічно рідкісної форми раку: дидактичне застосування у викладанні // Мистецтво лікування. – 2017. – № 3. – С. 24–26.
3. Рудиченко В.М. Легенева гіпоплазія: актуальність проблеми у діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини та аспекти викладання на додипломному етапі // Ліки України плюс. – 2016. – № 1. – С. 5–10.
4. Abdel-AI Y.K., Hejazi Z., Majeed H. Henoch-Schönlein purpura in Arab children: analysis of 52 cases // Trop. Geogr. Med. – 1990. – 42. – 52–57.
5. Binamer Y. Dermacase. Can you identify this condition? Drug-induced leukocytoclastic vasculitis // Can. Fam. Physician – 2013. – 59. – 748–750.
6. Brown K., Martin J., Zito S. Severe leukocytoclastic vasculitis secondary to the use of naproxen and requiring amputation: a case report // J. Med. Case Rep. – 2010. – 4. – 204–228.
7. Einhorn J. Dermatologic diagnosis: leukocytoclastic vasculitis // Perm. J. – 2015. – 19. – 77–78.
8. Fiorentino D.F. Cutaneous vasculitis // J. Am. Acad. Dermatol. – 2003. – 48. – 311–340.
9. Gardner-Medwin J.M.M., Dolezalova P., Cummins C., Southwood T.R. Incidence of Henoch-Schönlein purpura, Kawasaki disease, and rare vasculitides in children of different ethnic origins // Lancet. – 2002. – 360. – 1197–1202.
10. Gibson L.E. A review of cutaneous vasculitis // J. Eg. Women Dermatol. Soc. – 2004. – 1. – 1–15.
11. González-Gay M.A., García-Porrúa C. Systemic vasculitis in adults in northwestern Spain, 1988–1997. Clinical and epidemiologic aspects // Medicine. – 1999. – 78. – 292–308.
12. Hussain N., Mustafa U., Davis J. et al. Indomethacin-related leukocytoclastic vasculitis: a case report and review of literature // Case Rep. Dermatol. – 2013. – 5. – 33–37.
13. Jennette J.C. Overview of the 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides // Clin. Exp. Nephrol. – 2013. – 17. – 603–606.
14. Jennette J.C., Falk R.J., Bacon P.A. et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides // Arthritis Rheum. – 2013. – 65. – 1–11.
15. Loricera J., Calvo-Rio V., Ortiz-Sanjuán F. et al. The spectrum of paraneoplastic cutaneous vasculitis in a defined population: incidence and clinical features // Medicine. – 2013. – 92. – 331–343.
16. Mackel S.E., Jordon R.E. Leukocytoclastic vasculitis. A cutaneous expression of immune complex disease // Arch. Dermatol. – 1982. – 118. – 296–301.
17. Martínez-Taboada V.M., Blanco R., García-Fuentes M., Rodríguez-Valverde V. Clinical features and outcome of 95 patients with hypersensitivity vasculitis // Am. J. Med. – 1997. – 102. – 186–191.
18. Ozen S., Pistorio A., Iusan S.M. et al. EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: final classification criteria // Ann. Rheum. Dis. – 2010. – 69. – 798–806.
19. Sais G., Vidaller A., Jucglà A. et al. Colchicine in the treatment of cutaneous leukocytoclastic vasculitis. Results of a prospective, randomized controlled trial // Arch. Dermatol. – 1995. – 131. – 1399–1402.
20. Saulsbury F.T. Henoch-Schönlein Purpura in children report of 100 patients and review of the literature // Medicine. – 1999. – 78. – 395–409.
21. Su H.W., Chen C.Y., Chiou Y.H. Hemorrhagic bullous lesions in Henoch-Schönlein purpura: a case report and review of the literature // BMC Pediatrics. – 2018. – 18. – 157–162.
22. Trapani S., Micheli A., Grisolia F. et al. Henoch-Schönlein Purpura in childhood: epidemiological and clinical analysis of 150 cases over a 5-year period and review of literature // Semin. Arthritis Rheum. – 2005. – 35. – 143–153.
23. Vanesa C.R., José L.H., Francisco O.S. et al. Relapses in patients with Henoch-Schönlein purpura: analysis of 417 patients from a single center // Medicine. – 2016. – 95. – 42–57.

Статья поступила в редакцию 23.04.2019