DOI: 10.33266/2782-6430-2026-4-72-75

Гамова И.В., Удовиченко Е.Н., Перфилова И.А.

ПАЦИЕНТ С ТРУДНЫМ ДИАГНОЗОМ: КРАПИВНИЦА ИЛИ ВАСКУЛИТ.

Кафедра клинической иммунологии и аллергологии имени профессора Н.Г.Астафьевой ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов

Контактное лицо: Екатерина Николаевна Удовиченко, email: udokate@mail.ru

РЕФЕРАТ

У пациента с зудящими высыпаниями на коже наиболее часто предполагается диагноз крапивницы, в ряде случаев проводят дифференциальную диагностику с уртикарным васкулитом, мастоцитозом, пемфигоидом, аутовоспалительными заболеваниями, в том числе лейкоцитокластическим васкулитом (ЛКВ). Мы описываем случай 37-летнего мужчины, у которого после травмы ноги возникли пальпируемые зудящие высыпания на нижних конечностях, был установлен диагноз крапивницы с назначением системных ГКС длительного действия. Лечение иммуносупрессивными препаратами привело к образованию тромбов в аорте и магистральных сосудов. При последующем обследовании выявлены признаками системного воспаления. Серологическое исследование исключило аутоиммунный васкулит. Пункционная биопсия выявила минимальный поверхностный периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат без классических признаков васкулита, вероятно, из-за времени, предшествующего острому воспалению. Результаты клинического обследования и осмотра подтверждают диагноз постинфекционного кожного васкулита.

Ключевые слова: *крапивница, ГКС; тромбоз артерий, лейкоцитокластический васкулит, зудящие высыпания..*

Для цитирования: Гамова И.В., Удовиченко Е.Н., Перфилова И.А. Пациент с трудным диагнозом: крапивница или васкулит. // Клинический вестник ФМБЦ им. А.И. Бурназяна 2026. № 4. С. 72–75. DOI: 10.33266/2782-6430-2026-4-72-75

DOI: 10.33266/2782-6430-2026-4-72-75

Patient with Difficult Diagnosis: Urticaria or Vasculitis.

I.V.Gamova, E.N.Udovichenko, I.A.Perfilova

Department of Clinical Immunology and Allergology named after professor N.G.Astafieva
Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky Ministry of Health of Russia Moscow, Saratov, Russia

Contact person: Ekaterina N. Udovichenko: e-mail: udokate@mail.ru

ABSTRACT

In patients presenting with pruritic skin eruptions, urticaria is the most common suspected diagnosis; however, differential diagnosis often includes urticarial vasculitis, mastocytosis, pemphigoid, and autoinflammatory diseases, such as leukocytoclastic vasculitis (LCV). We report the case of a 37-year-old man who developed palpable, pruritic eruptions on his lower extremities following a leg injury; he was initially diagnosed with urticaria and prescribed long-acting systemic corticosteroids. Treatment with immunosuppressive agents led to thrombus formation in the aorta and major vessels. Subsequent evaluation revealed signs of systemic inflammation. Serological testing ruled out autoimmune vasculitis. A punch biopsy showed a minimal superficial perivascular lymphocytic infiltrate without classic signs of vasculitis, likely due to the timing relative to the acute inflammation. Clinical findings and physical examination support a diagnosis of post-infectious cutaneous vasculitis.

Keywords: *urticaria, GCS; arterial thrombosis, leukocytoclastic vasculitis, itchy rashes.*

For citation: Gamova IV, Udovichenko EN, Perfilova IA. Patient with difficult diagnosis: urticaria or vasculitis. A.I. Burnasyan Federal Medical Biophysical Center Clinical Bulletin. 2026.4:72-75. (In Russian) DOI: 10.33266/2782-6430-2026-4-72-75

Клинический случай

Крапивница – распространенное заболевание в общей практике и часто является поводом для направления к врачам различных специальностей, включая аллергологов, дерматологов и др. Клиническая картина этой патологии гетерогенна, поэтому неудивительно, что некоторые кожные заболевания могут быть первоначально приняты за крапивницу. Существует ряд кожных заболеваний, схожих по морфологии, что может представлять трудности в постановке диагноза даже для самых опытных врачей[1, 2].

Описание клинического случая

Пациент Д., 37 лет, обратился за медицинской помощью на кафедру клинической иммунологии и аллергологии в январе 2026г. с жалобами на зудящие высыпания на коже голеней, сохраняющиеся в течение нескольких дней. (рис. 1)

Считает себя больным с ноября 2025 года, когда после травмы пальца правой ноги появились зудящие высыпания на коже стопы и нижней трети голени. Лечился самостоятельно, использовал народные средства – примочки с настойкой девясила, без эффекта. Обратился в частную клиники, где после осмотра для купирования воспалительного процесса была назначена антибактериальная терапия, местно топические ГКС. Однако стали нарастать отек, боль, гиперемия области правой голени, появились пузыри на коже стопы.

Пациент был госпитализирован в стационар с диагнозом «Буллезная рожа правой стопы (рис. 2). Аллергическая реакция по типу крапивницы на неизвестный аллерген». Проводилась консервативная терапия для купирования воспалительного процесса (антибактериальная терапия, обезболивание, антисептики), с положительным эффектом.



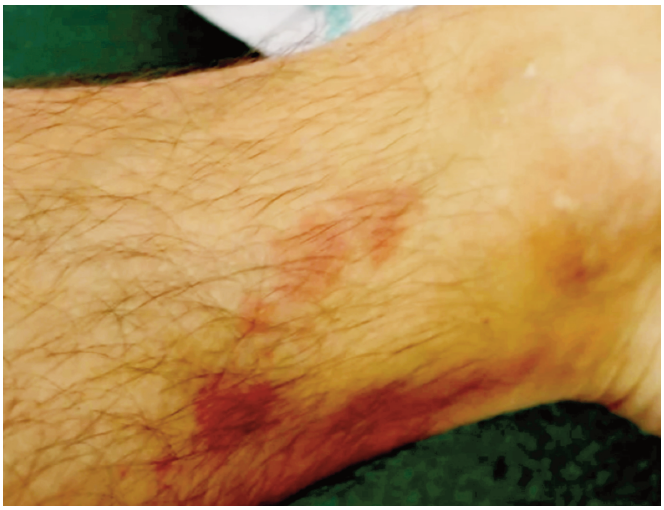


Рис. 1. *Высыпания на голени при обращении.*

Fig. 1 *Patient D., 37 years old, sRashes on the shins upon examination.*



Рис. 2. *Булезные высыпания на коже пациента при госпитализации.*

Fig. 2. *Bullous rashes on the patient's skin upon hospitalization."*

В начале декабря 2025г пациент отметил распространение кожного процесса на левую голень. Высыпания сохранялись в течение нескольких дней, сопровождались зудом, после исчезновения сохранялись участки гиперпегментации. Был осмотрен дерматологом, выставлен диагноз острая крапивница, назначена инъекция дипроспана. После введения СГКС кожные симптомы купировались.

Через несколько дней его состояние резко ухудшилось, появилась интенсивная боль в правой верхней конечности. Он был экстренно госпитализирован, после обследования выявлена эмболия и тромбоз артерий верхних конечностей, окклюзия плечевой, лучевой, локтевой артерии слева, флотирующий тромб нисходящего отдела аорты. Проведена тромбэктомия из артерий левой верхней конечности. Находится под наблюдением гемостазиолога.

В январе 2026г пациент из-за вновь появившихся зудящих пятнисто – папулезных высыпаний на нижней трети обеих голеней был направлен к аллергологу для уточнения генеза крапивницы.

При обращении к аллергологу диагноз крапивницы вызвал сомнение. Обратило на себя внимание длительное сохранения элементов на коже, пятнисто-папулезный характер высыпаний, отсутствия эффекта от ранее проводимой терапии и наличие сосудистых осложнений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, на коже голеней эритематозные пятнисто-папулезные высыпания округлой формы. По остальным органам без особенностей.

Проведен ретроспективный анализ лабораторных данных, выявлено наличие анемии – гемоглобин 109 г/л, признаки воспалительного процесса – повышение СОЭ до 32 мм/ч, СРБ до 45 г/л. Анализ мочи патологии не выявил. Учитывая клинико-анамнестические данные, кожные проявления были расценены как симптомы васкулита, пациент был направлен на консультацию к ревматологу.

При обращении к ревматологу возникло подозрение на кожную форму недифференцированного васкулита, также проводилось исключение неспецифического аортоартериита с поражением нисходящего отдела аорты.

Серологическое обследование на аутоиммунные и инфекционные васкулиты не выявило отклонений. Результаты определения антител к двуспиральной ДНК и антител к цитоплазматическим антигенам нейтрофилов (АНЦА) были отрицательными. Антинуклеарные антитела (АНА) также были отрицательными в титре 1:160. Учитывая образование тромбоза артерий верхней конечности и нисходящего отдела аорты проведено исключение антифосфолипидного синдрома.

Вирусные серологические исследования на гепатит В, С и вирус иммунодефицита человека были отрицательными

При исследовании через месяц показатели ОАК имели тенденцию к нормализации, результаты других лабораторных анализов суммированы в таблице. Также отмечена тенденция к нормализации кровотока по магистральным сосудам. При проведении КТ органов грудной клетки (грудная аорта с ЭКГ – синхронизацией) дефектов контрастирования просвета аорты и ее ветвей, входящих в зону сканирования, не определяется.

Несмотря на положительную динамику лабораторных и инструментальных показателей, кожные элементы на голенях у пациента сохранялись. Была выполнена пункционная биопсия, гистологическое исследование выявило минимальный поверхностный периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат без фибриноидного некроза, лейкоцитоклазии или экстравазации эритроцитов. Отсутствие классических признаков васкулита может быть связано с временем проведения биопсии, выполненной после острой воспалительной фазы. В сочетании с клинической картиной эти данные подтверждают диагноз постинфекционного васкулита.

Таблица

Результаты лабораторных анализов в динамике.
Laboratory test results over time.

Параметр (единица измерения)	Результаты анализа	Нормальный диапазон
Гемоглобин (г/л)	119	131-172
Лейкоциты (х 10^9/л)	6,27	4,5-11
Эозинофилы (х 10^9/л)	5,99	4,2-5,6
Тромбоциты (х 10^9/л)	287	150-400
Скорость осаждения (мм/ч)	8	<15
С-реактивный белок	<0,4 мг/л	<5.0 мг/л
Антинуклеарный фактор (ANA IIFT)	Отрицательный результат (<1:160)	<1:160
АНЦА IgG	Отрицательный результат (<1:40)	<1:40
АТ к бета 2 гликопротеину1, IgG+A+M	<2 Ед/мл	<20
АТ к кардиолипину, IgG	<1 GPL Ед/мл	<10
АТ к кардиолипину, IgM	<0.5MPL Ед/мл	<7
АТ к нативной (двуспиральной) ДНК IgG	4.00 МЕ/мл	< 20 МЕ/мл отрицательно

Обсуждение.

Жалобы на «зудящие высыпания на коже» нередко приводят пациентов на консультацию к аллергологу. Чаще всего выставляется диагноз крапивница или уртикарный васкулит. В ряде случаев выявляется лейкоцитокластический васкулит (ЛКВ). ЛКВ — это кожный васкулит мелких сосудов, дермальных капилляров и венул [2, 3]. Чаще всего ЛКВ идиопатический, но может быть вызван лекарственными препаратами, инфекциями, новообразованиями и аутоиммунными заболеваниями [2].

Постинфекционный ЛКВ чаще всего встречается после стрептококковой инфекции верхних дыхательных путей. К другим инфекционным триггерам относятся, микобактерии, золотистый стафилококк, хламидии, нейссерии и ВИЧ, а также такие хронические инфекции как гепатит В, гепатит С и сифилис [2, 4].

В данном клиническом случае инфекция выступает наиболее вероятным пусковым механизмом развития васкулита, учитывая временную связь дебюта заболевания и травму ноги. При госпитализации пациента с диагнозом «рожа» на фоне введения антибактериальных препаратов был купирован острый воспалительный процесс, но лечение не предотвратило развитие иммуновоспалительного каскада, характерного для постинфекционного васкулита.

Клинически помимо типичной пальпируемой пурпуры, ЛКВ может проявляться папулами и бляшками, напоминающими крапивницу. В отличие от истинной крапивницы, эти поражения сохраняются более 24 часов, сопровождаются чувством жжения и при разрешении оставляют поствоспалительную гиперпигментацию [4, 5, 6].

Особенностью клинической картины у пациента явилось развитие тромбоза плечевой, лучевой артерий и флотирующего тромба аорты, что вероятно связано с лечением СГКС. СГКС вызывают гиперкоагуляцию (повышают уровень факторов свертывания, снижают фибринолиз, повышают агрегацию тромбоцитов), что у пациента с васкулитом привело к формированию тромбов в нетипичном месте (аорта, артерии руки).

Обследование при ЛВК должно проводиться с учетом клинической картины. К числу традиционных биохимических маркеров, используемых в клинической практике, относятся уровень С-реактивного белка, скорость оседания эритроцитов, а также показатели функции печени и почек [1, 4].

У пациентов с системным васкулитом следует провести серологические исследования на инфекционные заболевания, определение иммуноглобулинов (IgG, IgA, IgM), панель антинуклеарных антител, ревматоидный фактор, уровни комплемента С3 и С4 в сыворотке, АНЦА и др. [4, 6].

Особенностью представленного случая является нормализация лабораторных показателей (СОЭ, СРБ, анемии) без использования иммуносупрессии, что говорит в пользу инфекционного генеза процесса**.** Тенденция к нормализации кровотока по данным КТ-ангиографии подтверждает воспалительный генез тромбоза.

Биопсия кожи имеет первостепенное значение и должна проводиться для подтверждения диагноза ЛКВ. [4, 5, 6, 7]. Гистологически он характеризуется нейтрофильной инфильтрацией с лейкоцитоклазией и фибриноидным некрозом посткапиллярных венул. Наличие этих признаков в препарате, которому менее 48 часов, обеспечивает высокую диагностическую эффективность [1, 4, 7].

Представленному пациенту биопсия была проведена в более поздние сроки и после длительной терапии, в это время гистологическая картина становится неспецифичной (напоминает хроническое воспаление), что может дать ложноотрицательный результат в отношении активного васкулита.

Для правильного назначения терапии важно учитывать причины васкулита, поскольку лечение инфекционного васкулита значительно отличается от лечения аутоиммунного процесса. Лечение инфекционного васкулита иммуносупрессантами может привести к неблагоприятным побочным эффектам, клиническому ухудшению и даже смерти [8,9,10].

Выводы

Случай пациента с первично установленной крапивницей показывает, что при наличии пятнисто-папулезных высыпаний, сохраняющихся более 24 часов и оставляющих гиперпигментацию, уточнение диагноза и исключение наличия васкулита может быть решающим в тактике терапии. Хотя гистологические результаты не выявили классических гистопатологических признаков васкулита, вероятно, из-за времени проведения биопсии, общая картина соответствовала ЛКВ. СГКС (в том числе пролонгированного действия) в качестве монотерапии при подозрении на инфекционный генез васкулита категорически противопоказан из-за риска тромботических осложнений и генерализации инфекции.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

1. Yang M., Su Y., Xu K., Wen P., Zhang B., Guo J., Nan K., Yang P., Shao X., Liu L., Yang Z., Xu P. Common Autoimmune Diseases and Urticaria: the Causal Relationship from a Bidirectional Two-Sample Mendelian Randomization Study. Front Immunol. 2023 Nov 2;14:1280135. Doi: 10.3389/fimmu.2023.1280135. PMID: 38022623; PMCID: PMC10652397.
2. Nakamura T., Wakiguchi H., Okazaki F., Asano N., Hoshii Y., Hasegawa S. Purpuric drug Eruption without Leukocytoclastic Vasculitis Associated with Vancomycin. Asian Pac J Allergy Immunol. 2020 Mar;38;1:47-51. Doi: 10.12932/AP-210518-0319. PMID: 30447655.
3. Fraticelli P., Benfaremo D., Gabrielli A. Diagnosis and Management of Leukocytoclastic Vasculitis. Intern Emerg Med. 2021 Jun;16;4:831-841. Doi: 10.1007/s11739-021-02688-x. Epub 2021 Mar 13. PMID: 33713282; PMCID: PMC8195763.
4. Ходаковский В.А., Музыченко А.П. Современные подходы к классификации васкулитов, ограниченных кожей // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2026. Т.24. №1. С. 90-93 [Khodakovskiy V.A., Muzychenko A.P. Modern Approaches to the Classification of Cutaneous Vasculitis. Zhurnal Grodnenskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta = Journal of the Grodno State Medical University. 2026;24;1:90-93 (In Russ.).]. Doi: 10.25298/2221-8785-2026-24-1-90-93.
5. Baigrie D., Crane J.S. Leukocytoclastic Vasculitis. 2023 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL), StatPearls Publishing; 2026 Jan. PMID: 29489227.
6. Fraticelli P, Benfaremo D, Gabrielli A. Diagnosis and Management of Leukocytoclastic Vasculitis. Intern Emerg Med. 2021 Jun;16;4:831-841. Doi: 10.1007/s11739-021-02688-x. Epub 2021 Mar 13. PMID: 33713282; PMCID: PMC8195763.
7. Marzano A.V., Maronese C.A., Genovese G., Ferrucci S., Moltrasio C., Asero R., Cugno M. Urticarial Vasculitis: Clinical and Laboratory Findings with a Particular Emphasis on Differential Diagnosis. J Allergy Clin Immunol. 2022 Apr;149;4:1137-1149. Doi: 10.1016/j.jaci.2022.02.007. PMID: 35396080.
8. Дворянкова Е.В., Невозинская З.А., Сакания Л.Р., Корсунская И.М. Лейкоцитокластический васкулит // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т.15. №35. С. 20–24 [Dvoryankova Ye.V., Nevozinskaya Z.A., Sakaniya L.R., Korsunskaya I.M. Leukocytoclastic Vasculitis. Effektivnaya Farmakoterapiya = Effective Pharmacotherapy. 2019;15;35:20–24. (In Russ.)]. Doi 10.33978/2307-3586-2019-15-35-20-24
9. Lunsford J., Pant P., Rush P.S. Infectious Endocarditis Accompanied by Leukocytoclastic Vasculitis. Cureus. 2024 May 24;16;5:e61021. Doi: 10.7759/cureus.61021. PMID: 38916001; PMCID: PMC11194134.
10. Zhou A., Koh S.H. More than Just Mosquito Bites: a Travel-Associated Case of Cutaneous Small-Vessel Vasculitis. Cureus. 2025 Aug 21;17;8:e90677. Doi: 10.7759/cureus.90677. PMID: 40988814; PMCID: PMC12451223.

Соблюдение этических стандартов: Получено согласие пациента на публикацию клинического случая и фотодокументов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Поступила: 10.09.2026. Принята к публикации: 04.10.2026.

Adherence to ethical standards: Patient consent for the publication of this clinical case and photographic documentation has been obtained.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Financing. The study had no sponsorship.

Article received: 10.09.2026. Accepted for publication: 04.10.2026.