

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края

Государственное учреждение здравоохранения
КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7
тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95
E-mail: priem@kkb.chita.ru

От 30 декабря 2022 г. №1304-о

И.о.главного врача



Утверждаю

Д.Б.Нардин

Информационное письмо

ПАННИКУЛИТЫ В СОВРЕМЕННОЙ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

*Главный внештатный ревматолог Забайкальского края, заведующая
ревматологическим отделением ГУЗ «Краевая клиническая больница»*

Белозерцева Л.В.

Панникулиты (Пн) – гетерогенная группа воспалительных заболеваний, которые наряду с поражением подкожной жировой клетчатки (ПЖК) характеризуются воспалением многих органов и систем. Разнообразные клинические и, нередко, гистологические варианты, приводят к тому, что пациенты обращаются к врачам разного профиля: терапевтам, дерматологам, хирургам, ревматологам и др. Актуальность настоящей мультидисциплинарной патологии обусловлена неуклонным ростом аутоиммунных процессов, в том числе вовлечением в воспалительный процесс мягких тканей при ревматических заболеваниях (РЗ), приводящих к тяжелым медицинским последствиям – инвалидизации и даже гибели пациентов с неблагоприятными формами. У пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) в качестве одного из симптомов могут выступать разные формы панникулита.

Поражения кожи и ПЖК, как правило, носят распространенный характер на нижних и верхних конечностях, реже – на груди, животе. Некоторые уплотнения могут сливаться с формированием бугристых обширных конгломератов, что ассоциируется с УФ и БФ. Иногда уплотнение или уплотнения вскрываются с выделением маслянисто-пенистой массы, с последующим изъязвлением и развитием атрофичных рубцов, что определяет ИФ.

Диагностика Пн является сложной задачей, особенно у больных с РЗ, что обусловлено отсутствием четких клинических и инструментальных признаков. Часто одним из первых симптомов РЗ становятся Пн, что затрудняет дифференциально-диагностический процесс основной патологии. Несомненно, проблема своевременного выявления, правильная оценка течения и тяжести Пн, особенно при РЗ, их взаимоотношения и общая активность основного заболевания имеют важное значение для практической медицины и определяют актуальность данного исследования.

Единая концепция этиологии и патогенеза Пн отсутствует. В развитии Пн могут играть роль инфекции, травмы, гормональные и иммунные

нарушения, прием лекарственных препаратов, заболевания поджелудочной железы, злокачественные новообразования и др. Кругом формам Пн относятся такие как узловатая эритема, эозинофильный фасциит, поверхностный мигрирующий тромбофлебит, люпус-Пн, Пн при дерматомиозите, системной склеродермии, подагре, псориазическом артрите и др.

В настоящее время ощущается необходимость изучения кожных изменений и поражения ПЖК с позиций РЗ, что позволит оценить истинное клиническое и прогностическое значение Пн при РЗ.

Типичным представителем является *узловатая эритема (УЭ)* – неспецифический иммуновоспалительный синдром, который может развиваться под влиянием различных причин. Нередко УЭ выступает как один из симптомов системной патологии, включая РЗ, синдром Лефгрена, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, онкологические заболевания и т. д., что нередко приводит к поздней диагностике и терапии. УЭ чаще страдают женщины, заболевание может наблюдаться в любом возрасте. Для УЭ типично поражение кожи в виде резко болезненных мягких единичных (до 5) эритематозных узлов диаметром 1–5 см, локализующихся на голенях, в области коленных и голеностопных суставов. Эти высыпания могут сопровождаться повышением температуры тела, ознобом, недомоганием, полиартралгиями и миалгиями. Цвет поражений кожи – от бледно-красного до желто-зеленого («цветение синяка»), в зависимости от стадии процесса. Узелки полностью регрессируют без изъязвления, атрофии или образования рубцов.

Другой вариант СПн – *эозинофильный фасциит* (синдром Шульмана) – относится к склеродермической группе болезней. Примерно в трети случаев прослеживается его связь с предшествовавшей физической нагрузкой или травмой.

Панникулит Вебера–Крисчена – редкое, мало изученное системное рецидивирующее заболевание, поражающее не только ПЖК, но и жировую

ткань внутренних органов. Чаще заболевают женщины в возрасте 20–50 лет. Три основные клинические формы этого заболевания: узловатую (Уф), бляшечную (Бф) и инфильтративную (Иф). Предполагают иммунопатологическую природу заболевания. Провоцирующими факторами которого могут быть травма, нарушения жирового обмена и эндокринной системы, поражение печени и поджелудочной железы, влияние препаратов брома, йода. Заболевание характеризуется быстрым развитием ограниченных подкожных узлов, расположенных в ПЖК на разной глубине, как правило, множественных, локализующихся преимущественно на нижних и верхних конечностях, реже на груди, животе. Обычно в течение нескольких недель узлы рассасываются, оставляя блюдцеобразные западения кожи вследствие развития атрофии ПЖК, в которой иногда откладываются соли кальция. Клиническая симптоматика зависит от формы.

Длительность болезни варьируется от нескольких недель до нескольких лет. Течение может быть доброкачественным и ограничиваться только кожными проявлениями. При системном варианте заболевания в патологический процесс вовлекаются ПЖК забрюшинной области и сальника (мезентериальный Пн – МПн), выявляются гепатоспленомегалия, панкреатит, нефропатия, что не всегда сопровождается кожными симптомами.

Пн представляет собой мультидисциплинарную проблему и может встречаться в практике клиницистов разных специальностей (ревматологов, терапевтов, хирургов, гинекологов, инфекционистов и др.). Многообразие форм и вариантов течения Пн требует проведения тщательного опроса и всестороннего клинико-лабораторного и инструментального обследования больного для верификации диагноза и своевременного назначения адекватной терапии.