

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-07-14>

## Панникулит: особенности течения и исходов

Н. Савушкина,

Б. Белов, доктор медицинских наук,

О. Егорова, кандидат медицинских наук,

С. Глухова, кандидат физико-математических наук

НИИР им. В.А. Насоновой, Москва

E-mail: savushkinanm@mail.ru

Представлены результаты, полученные при изучении течения и исходов различных видов панникулита.

**Ключевые слова:** ревматология, панникулит, исходы, рецидив.

**Для цитирования:** Савушкина Н., Белов Б., Егорова О. и др. Панникулит: особенности течения и исходов // Врач. – 2018; 29 (7): 60–62. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-07-14>

Клинический опыт, накопленный за последнее время, все в большей степени свидетельствует о том, что на ежедневных приемах врачам-ревматологам часто приходится иметь дело с панникулитами (Пн), представляющими собой группу гетерогенных воспалительных заболеваний, протекающих с поражением подкожной жировой клетчатки (ПЖК) нередко с вовлечением опорно-двигательного аппарата и внутренних органов [1].

Медицинский словарь Стедмана дает такие определения: *panniculus adiposus* – поверхностная фасция, включающая в себя жировые отложения; *panniculitis* – воспаление поверхностных слоев жировой ткани брюшной стенки. Сегодня термином «панникулит» обозначается воспалительный процесс в ПЖК. Наиболее часто в качестве этиологического фактора выступает инфекционный агент (бактерии, вирусы, грибы, паразиты); среди других причин – аутоиммунные заболевания, лимфогранулематоз, лейкоз и т.д. В развитии заболевания предполагается активное участие провоспалительных цитокинов. В зависимости от преимущественного вовлечения в процесс тех или иных структур ПЖК (септы/дольки) испанскими дерматологами в 2001 г. было предложено разделить все Пн на септальные (СПн) и лобулярные (ЛПн) [2, 3].



Блюдеобразное западение кожи вследствие атрофии ПЖК

Полагают, что одной из клинических особенностей ЛПн является атрофия ПЖК с последующим западением этого участка – так называемый симптом «блюдца» (см. рисунок).

Хотя впервые Пн описан еще в начале XIX века, в литературе практически отсутствуют какие-либо сведения об отдаленных результатах лечения этой патологии и ее исходах. Разработка данного вопроса чрезвычайно актуальна, при этом наряду с оценкой эффективности различных схем терапии важное значение имеет информация о клинических и лечебных факторах, значительно влияющих на прогноз заболевания.

В проведенном нами смешанном ретроспективно-проспективном исследовании участвовали 186 пациентов (83 – проспективная группа с оценкой динамики через 1 год; 103 – ретроспективная группа с оценкой динамики через 3–6 лет) с различными видами Пн (узловатая эритема – УЭ, ассоциированная с инфекцией, при саркоидозе, у беременных, липодерматосклероз, Пн Вебера–Крисчена, холодной Пн, кожный узелковый полиартериит и Пн, ассоциированные с ревматическими заболеваниями и недостаточностью  $\alpha 1$ -антитрипсина). Все больные проходили амбулаторное и (или) стационарное обследование и лечение в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Средний их возраст составил  $43,5 \pm 14,5$  года, продолжительность заболевания варьировала от 1 нед до 20 лет (табл. 1).

Перед включением в исследование всем пациентам проводили комплекс обследований, включавший общеклиническое, иммунологические, серологические исследования (хламидии и микоплазмы 2 классов, уреоплазмы, вирусы герпеса 1-го и 2-го типов, цитомегаловирус, вирус Эпштейна–Барр, гепатиты В/С, йерсинии, ВИЧ и т.д.), пробу Манту (при необходимости – диаскин-тест и квантифероновый тест), компьютерную томографию органов грудной клетки, а также УЗИ сосудов нижних конечностей. Патоморфологическое исследование биоптатов из области узлов проводили только при затруднениях в ходе диагностики (у 28 человек). Исходы Пн оценивали через 1 год – 6 лет.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статистического анализа данных Statistica 10 для Windows (StatSoft Inc., США), включая методы параметрического и непараметрического анализа. Различия считали статистически значимыми при уровне ошибки  $p < 0,05$ .

За период наблюдения зафиксировано 2 (1%) летальных исхода: у пациентки 69 лет – вследствие острой сердечной недостаточности и пациентки 73 лет – из-за острой легочной недостаточности.

На фоне проведенной терапии, включавшей глюкокортикостероиды, цитостатические, нестероидные противовоспалительные препараты и т.д., отмечена положительная клинико-лабораторная динамика: выявлено достоверное снижение уровня боли при пальпации по ВАШ (с  $41,6 \pm 25,0$  до 0 мм), выраженности суставного синдрома (частота артритов уменьшилась с 33 до 2% случаев; артралгий – с 64 до 14,5%; СОЭ – с  $22,8 \pm 17,0$  до  $13,5 \pm 9,7$  мм/ч; уровня С-реактивного белка – СРБ – с 12,9 [1,9; 16,8] до 2 [0,9; 4,5] мг/л;  $p < 0,001$ ).

На момент динамического осмотра полное обратное развитие уплотнений было достигнуто у 133 (71,5%) больных. В данной группе (в отличие от пациентов без регресса) отмечались более старший возраст (соответственно 48,5 и 41,6 года;  $p = 0,004$ ), большее количество узлов (Ме соответственно 8 и 4;  $p = 0,0004$ ) и меньшая длительность до начала лечения (16 и 46 мес;  $p < 0,0001$ ). Для выявления предикторов достижения регресса узлов выполнен одномерный анализ (табл. 2). В ходе многомерного статистического анализа с использованием модели логистической регрессии указанным предиктором была принадлежность к группе СПн (отношение шансов – ОШ – 5,96; 95% доверительный интервал – ДИ – 1,5–23,0;  $p = 0,009$ ). Чувствительность модели составила 84%, специфичность – 65%, положительная прогностическая значимость (достижение полного обратного развития уплотнений на момент динамического осмотра) – 87%.

В исследуемой группе больных Ме длительности регресса узлов составила 2 [1; 6] мес. Полученные в результате одномерного анализа значимые факторы риска медленного регресса узлов (>3 мес) представлены в табл. 3. Согласно полученной модели логистической регрессии, предикторами более длительного регресса узлов (по сути, более продолжительного течения заболевания) были возраст старше 40 лет (ОШ – 2,58; 95% ДИ – 1,02–6,5;  $p = 0,045$ ) и наличие положительного симптома «блюдца» (ОШ – 5,05; 95% ДИ – 1,2–21,7;  $p = 0,03$ ). Чувствительность модели составила 70%, специфичность – 71%, положительная прогностическая значимость (более длительный период обратного развития уплотнений) – 74%.

За период наблюдения рецидивы заболевания развились у 66 (35,5%) обследованных. Значимые факторы риска рецидива болезни представле-

ны в табл. 4. При многомерном статистическом анализе с использованием модели логистической регрессии предиктором рецидивирующего течения была длительность заболевания >3 мес (ОШ – 4,7; 95% ДИ – 2,0–10,6;  $p = 0,0002$ ). Чувствительность модели состав-

Таблица 1  
Клинико-лабораторная характеристика обследованных

Показатель	Выраженность показателя. Средние данные; $M \pm \sigma$
Возраст, годы	$43,5 \pm 14,5$
Длительность заболевания, мес (Ме [25; 75])	3 [1; 14]
Боль при пальпации по ВАШ, мм	$41,6 \pm 25$
Диаметр узлов, см	$5,1 \pm 4,0$
Количество узлов	$9 \pm 8$
<i>Число больных, n (%)</i>	
Симметричность поражения	142 (76,9)
Пол:	
мужской	14 (7,5)
женский	172 (92,5)
Локализация УЭ:	
голени	176 (94,6)
бедр	49 (26,3)
верхние конечности	38 (20,4)
туловище	21 (11,3)
Боли в суставах:	
голеностопных	101 (54,3)
коленных	47 (25,3)
тазобедренных	7 (3,8)
кистей	18 (9,7)
стоп	38 (20,4)
лучезапястных	13 (7,0)
плечевых	16 (8,6)
локтевых	15 (8,0)
Артриты	61 (33)
Повышение температуры тела	76 (41)
<i>Примечание.</i> ВАШ – визуальная аналоговая шкала; $M \pm \sigma$ – среднее арифметическое и стандартное отклонение; Ме [25; 75] – медиана и 25–75-й проценти.	

Таблица 2  
Предикторы полного обратного развития уплотнений

Показатель	ОШ	95% ДИ	p
Принадлежность к группе СПн	11,4	5,40–23,98	<0,0001
Отрицательный симптом «блюдца»	9,3	4,5–19,4	<0,0001
Количество пораженных поверхностей >2	1,96	1,03–3,70	0,04
Диаметр узлов <3 см	1,9	0,96–3,75	0,06*
Повышение температуры тела	2,4	1,2–4,8	0,01
Повышение СОЭ >30 мм/ч	3,1	1,3–7,5	0,008
Повышение СРБ > 10 мг/л	2,06	1,08–3,96	0,027
<i>Примечания.</i> * – В связи с показателями, близкими к статистически значимым, показатель был взят для расчета модели логистической регрессии (здесь и в табл. 4).			

Предикторы медленного обратного развития уплотнений

Таблица 3

Параметр	ОШ	95% ДИ	p
Принадлежность к группе ЛПн	6,5	3,30–12,85	<0,0001
Возраст >40 лет	3,9	1,9–7,8	<0,0001
Положительный симптом «блюдца»	6,6	3,3–13,3	<0,0001
Длительность заболевания >3 мес	2,8	1,5–5,3	0,0015
Склонность элементов к слиянию	2,4	1,2–4,8	0,009
Размеры элементов >3 см	2,8	1,4–5,7	0,0026

Факторы риска рецидива Пн

Таблица 4

Параметр	ОШ	95% ДИ	p
Принадлежность к группе ЛПн	3,1	1,64–5,88	0,0004
Возраст >55 лет	2,26	1,14–4,46	0,018
Положительный симптом «блюдца»	2,5	1,30–4,82	0,005
Поражение туловища	3,96	1,49–10,50	0,0035
Длительность >3 мес	5,34	2,77–10,30	0,001
Число пораженных поверхностей ≤2	1,8	0,98–3,35	0,055*

ными другими авторами. Примечательно, что в зависимости от этиологического фактора склонность к рецидивирующему течению будет различной. В целом на основании полученных данных можно сделать вывод о более благоприятном течении и прогнозе Пн, относящихся к группе септальных.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило установить, что наиболее значимым предиктором достижения полного обратного развития уплотнений была принадлежность к группе СПн, а предикторами медленного регресса узлов – возраст старше 40 лет и наличие положительного симптома «блюдца»; наиболее значимым фактором риска развития рецидива являлась длительность заболевания >3 мес.

\* \* \*

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

вила 60%, специфичность – 78%, положительная прогностическая значимость (вероятность рецидива заболевания) – 59%.

Изучение исходов заболевания и определение эффективности назначенной терапии в медицине в целом и в ревматологии в частности – одна из основных задач клинициста [4]. Нами впервые проведен многомерный анализ больных Пн с целью определения предикторов достижения обратного развития уплотнений, а также факторов риска более длительного регресса узлов и рецидива заболевания. Наиболее значимым предиктором достижения регресса узлов была принадлежность к группе СПн. Время регресса элементов оказалось прямо пропорциональным возрасту больного и наличию положительного симптома «блюдца», в среднем составив 2 мес. По данным S. Bohn и соавт. [5], в 77% случаев УЭ претерпела обратное развитие через 7 нед, наибольший период регресса составил 18 нед, что соответствует полученным нами результатам. Частота рецидивов была относительно невысокой (в каждом 3-м случае), но их вероятность резко возрастала, если длительность заболевания до обращения к врачу составляла >3 мес.

В зависимости от вида Пн и назначенных схем терапии частота рецидивов, по данным разных исследований, колебалась от 6% [6] до 73,3% [7], а средние значения составили 17 [8] и 26,6% [9]. С учетом полиэтиологичности Пн в исследуемой нами группе результаты можно считать сопоставимыми с получен-

## Литература

1. Егорова О.Н., Белов Б.С. Панникулиты: проблемы дифференциальной диагностики // Рус. мед. журн. – 2011; 10: 601.
2. Requena L., Yus E. Panniculitis. Part I. Mostly septal panniculitis // J. Am. Acad. Dermatol. – 2001; 45 (2): 163–83.
3. Requena L., Yus E. Panniculitis. Part II. Mostly lobular panniculitis // J. Am. Acad. Dermatol. – 2001; 45 (3): 325–61.
4. Williamson J. Evaluating quality of patient care: a strategy relating outcome and process assessment // J. Am. Med. Assoc. – 1971; 218 (4): 564–9.
5. Bohn S., Büchner S., Itin P. Erythema nodosum: 112 cases. Epidemiology, clinical aspects and histopathology // Schweizerische medizinische Wochenschrift. – 1997; 127 (27–28): 1168–76.
6. Choonhakarn C., Chaowattanapanit S. Lipodermatosclerosis: improvement noted with hydroxychloroquine and pentoxifylline // J. Am. Acad. Dermatol. – 2012; 66 (6): 1013–4.
7. Визель И.Ю., Шмелев Е.И., Баранова О.П. и др. Мультицентровой ретроспективный анализ состояния больных саркоидозом с 10-летним интервалом наблюдения // Клини. медицина – 2014; 92 (6): 28–34.
8. Tejera Segura B., Holgado S., Mateo L. et al. Lfgren syndrome: A study of 80 cases // Medicina Clinica. – 2014; 143 (4): 166–9.
9. Papagrigraki A., Gisoni P., Rosina P. et al. Erythema nodosum: etiological factors and relapses in a retrospective cohort study // Eur. J. Dermatol. – 2010; 20 (6): 773–7.

## PANNICULITIS: THE FEATURES OF ITS COURSE AND OUTCOMES

**N. Savushkina; B. Belov, MD; O. Egorova, Candidate of Medical Sciences; S. Glukhova, Candidate of Physicomathematical Sciences**  
V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow

The paper presents the results obtained in the study of the course and outcomes of different types of panniculitis.

**Key words:** rheumatology, panniculitis, outcomes, recurrence.

**For citation:** Savushkina N., Belov B., Egorova O. et al. Panniculitis: the features of its course and outcomes // Vrach. – 2018; 29 (7): 60–62. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-07-14>