



ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ЛОБУЛЯРНЫЙ ПАННИКУЛИТ: КЛИНИКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Егорова О.Н., Белов Б.С.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой», Москва

Введение

Идиопатический лобулярный панникулит (ИЛП) является наименее изученным заболеванием из группы системных поражений соединительной ткани и характеризуется системным поражением подкожной жировой клетчатки (М 35.6).

Цель

Изучить взаимосвязь между клинической картиной и иммуновоспалительными показателями у больных ИЛП.

Материалы и методы

Обследовано 67 больных (9 мужчин и 58 женщин) в возрасте от 20 до 76 лет с медианой длительности заболевания 78,91 [48; 540] мес с верифицированным диагнозом ИЛП, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в период с 2007 по 2017 г. Помимо общеклинического обследования, проведены определения сывороточной концентрации α 1-антитрипсина, трансаминаз, амилазы, липазы, трипсина, ферритина, креатинфосфокиназы, лептина, фактора некроза опухоли α (ФНО α), компьютерная томография органов грудной клетки и патоморфологическое исследование уплотнения. При статистическом анализе использовалась Statistica 6.0.

Результаты

Анализ клинических проявлений позволил выделить четыре формы ИЛП: узловатую (n=30) (рис.1А), бляшечную (n=10) (рис.1Б), инфильтративную (n=15) (рис.1В) и мезентериальную (n=12) (рис.1Г), которые характеризовались типичными клиническими чертами. В наблюдаемой группе отмечено значимое повышение СОЭ ($p = 0,01$) и уровня С-реактивного белка (СРБ) ($p < 0,0001$). СОЭ коррелировала с болезненностью по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) ($p < 0,05, r = 0,29$), площадью уплотнения ($p < 0,05, r = 0,50$), повышением температуры ($p < 0,05, r = 0,68$) и СРБ ($p < 0,05, r = 0,68$). Концентрация СРБ коррелировала с болезненностью по ВАШ ($p < 0,05, r = 0,46$), площадью уплотнения ($p < 0,05, r = 0,61$), стадией узла ($p < 0,05, r = 0,41$) и концентрацией ФНО – α ($p < 0,05, r = 0,32$). Последний показатель имел прямую корреляцию со стадией узла ($p < 0,05, r = 0,41$) и с уровнем лептина ($p < 0,05, r = 0,28$), и обратную корреляцию с количеством узлов ($p < 0,05, r = -0,24$). Уровень лептина был повышен у 35 больных (52,23%), имел прямую корреляцию с индексом массы тела ($p < 0,05, r = 0,46$), площадью уплотнения ($p < 0,05, r = 0,31$), концентрацией СРБ ($p < 0,05, r = 0,36$) и обратную – с количеством концентрацией СРБ ($p < 0,05, r = -0,33$).



Рисунок 1. Формы ИЛП : А – узловатая, Б – бляшечная, В – инфильтративная, Г – мезентериальная.

Патоморфологическое исследование биоптата кожи и ПЖК, проведено у 65 больных (97,01%). Биопсия жировой клетчатки пред- и забрюшинной областей проведена у 3 из 5 больных без поражения кожи и ПЖК. Во всех случаях подтверждено наличие ИЛП (рис. 2 А,Б).

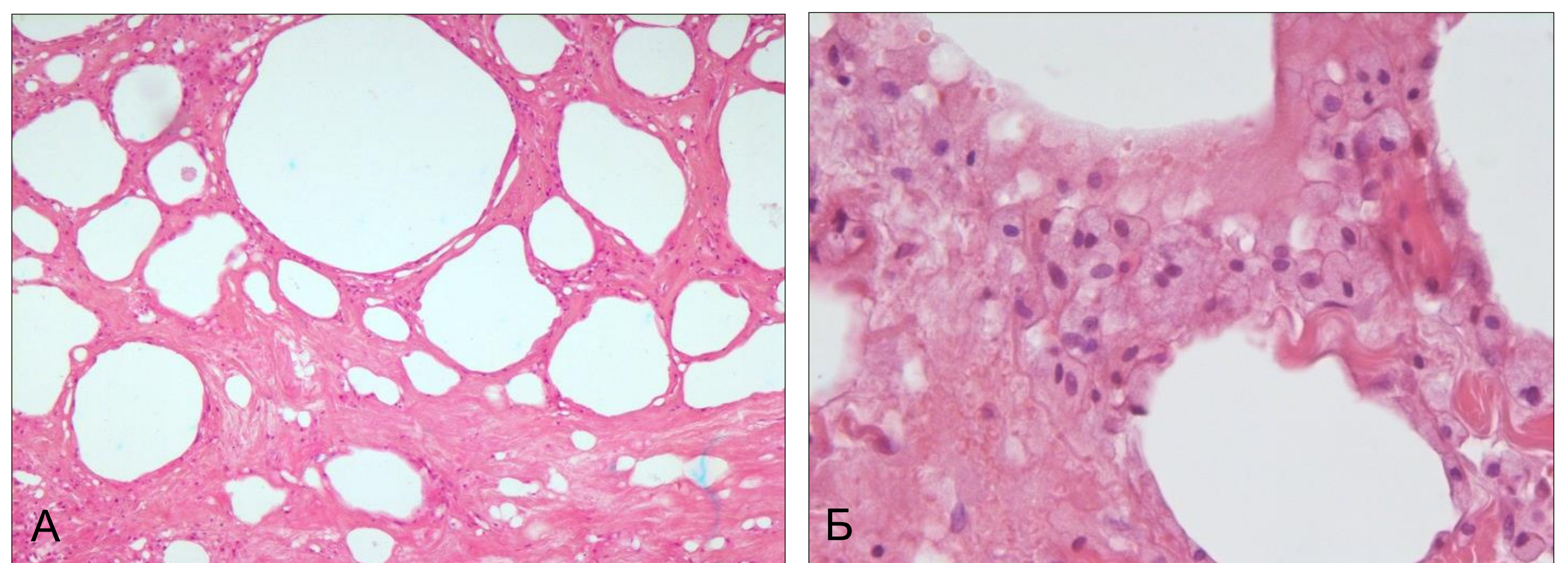


Рис 2. ИЛП. Подкожная клетчатка. а) Липонекроз и образование кист. x150. б) Липофаги на фоне липонекроза. x 250. Окр. гематоксилином и эозином.

Заключение

Очевидна необходимость расширения знаний об этой патологии среди врачей и проведения дальнейших исследований с целью своевременной диагностики и поиска наиболее эффективных методов лечения ИЛП.