

## МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ПАННИКУЛИТ КАК ВАРИАНТ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ПАННИКУЛИТА ВЕБЕРА-КРИСЧЕНА

<sup>1</sup> О.Н.Егорова, <sup>1</sup> Б.С.Белов, <sup>2</sup> С.Г.Раденска-Лоповок

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А.Насоновой» (ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой), г.Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

*В исследование включено 33 пациента с идиопатическим панникулитом Вебера-Крисчена, из них у 7 выявлен мезентериальный панникулит (МПн). В 100% случаев выявлялись боль в животе, тошнота и субфебрильная температура тела. Для подтверждения диагноза проведены инструментальные методы исследования (3), биопсия из области уплотнения (5) и сегмента брыжейки тонкого кишечника (2). Терапевтический эффект отмечен у 6 больных. МПн требует верификации и особого терапевтического подхода.*

*Ключевые слова: идиопатический панникулит Вебера-Крисчена, мезентериальный панникулит, клиника, диагностика.*

**Введение.** Идиопатический панникулит (Пн) Вебера-Крисчена (ИПВ-К) – редкое и малоизученное заболевание, которое чаще встречается у женщин в возрасте 20–50 лет и характеризуется рецидивирующими некротическими изменениями подкожной жировой клетчатки (ПЖК), а также поражением внутренних органов. Единая общепринятая классификация этой патологии на сегодняшний день отсутствует. Ряд авторов искусственно предложили выделять два варианта ИПВ-К: кожный и системный [1, с.660; 2, с.151]. При системном течении заболевания в патологический процесс вовлекается жировая клетчатка брюшной полости и сальника (мезентериальный Пн – МПн) [1, с.661; 3, с.32; 4, с.623], печени, поджелудочной железы и других органов.

Заболевание нередко протекает бессимптомно и является диагностической находкой в результате компьютерной или магнитно-резонансной томографии (КТ/МРТ) брюшной полости [5, с.238]. Пациенты часто предъявляют жалобы на снижение аппетита, боль в животе, тошноту, метеоризм, дисфункции кишечника, лихорадку, снижение массы тела и пальпируемое образование в брюшной полости [4, с.624], реже – на кровотечения из прямой кишки и желтуху [6, с.289].

Диагноз подтверждается характерной томографической симптоматикой и данными патоморфологического исследования биоптата ПЖК из брюшной полости и сальника [4, с.626].

Учитывая полиморфизм клинических проявлений [3, с.33; 7, с.72; 8, с.73], включая системные, представляет интерес осветить проблему МПн с позиции ревматолога.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение особенностей клинической картины и

данных дополнительных исследований МПн как одного из вариантов ИПВ-К.

**Материалы и методы.** В исследование включены 33 пациента (м-2, ж-31 в возрасте от 32 до 71 года) с верифицированным диагнозом ИПВ-К. Средняя длительность заболевания составила 63,1±10,6мес. Все больные обратились в ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой с направлятельными диагнозами «узловатая эритема», «панникулит» или «МПн» в период с 2008 по 2016г.

В исследование не включали больных с туберкулезной инфекцией, гематологическими и онкологическими заболеваниями, беременных и кормящих грудью женщин. Исследование одобрено локальным Этическим комитетом ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой. Всеми пациентами подписано информированное согласие. Помимо общеклинического обследования, определяли содержание глюкозы, трансаминаз, амилазы, кальция, С-реактивного белка (СРБ), антинуклеарного фактора, антител к двуспиральной нативной ДНК, антител к нейтрофильным цитоплазматическим антигенам, антител к центромере В и топоизомеразе I, ревматоидного фактора, выполняли иммунохимическое исследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, КТ, МРТ, позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ) органов брюшной полости, а также биопсию кожи и подкожной клетчатки из очагов наибольшего поражения, а пункционную биопсию брюшной полости и сальника с последующим патоморфологическим исследованием.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета анализа данных Statistica 10 для Windows (StatSoft Inc.,

USA). Различия считали статистически значимыми при уровне ошибки  $P < 0,05$ .

**Результаты.** В результате проведенного обследования у 7 больных диагностирован МПн. Из них выделены 2 пациента с длительностью заболевания до 1 мес. и 5 – от 5 мес. до 86 мес. Соотношение мужчин и женщин составило 2:5 (25%:75%), возраст 43–62 года. Развитию заболевания предшествовали аппендэктомия, острый бронхит и пневмония (по 1 случаю каждый), у 4 установить предшествующие факторы не удалось. Никто из пациентов с МПн не имел тяжелых сопутствующих заболеваний, включая онкологических.

Все больные имели повышенный индекс Кетле (ИК), у двоих он составил  $34,2 \pm 4,7$  см/кг, что позволило диагностировать ожирение II ст. и у 5 –  $42,7 \pm 6,3$  см/кг – ожирение III ст.

Дебют МПн у всех больных характеризовался болью в животе, лихорадкой и тошнотой. Продолжительность жалоб была различной: у 2 пациентов резко выраженные боли в правом подреберье и в области пупка возникали после большой физической нагрузки (подъем тяжести) с последующим развитием клинической картины “острого живота”. У других пациентов симптоматика развивалась медленно, без явной взаимосвязи с какими-либо факторами.

При осмотре у 6 пациентов выявлены умеренно болезненные (ВАШ боли от 10 мм до 50 мм) гиперемированные узлы на туловище, у 4 на верхних и нижних конечностях. У 4 больных количество узлов колебалось от 1 до 3, у 1 до 6, у 1 – достигало 14 и у 1 – изменений на туловище и конечностях не выявлено. Во всех случаях узлы были изолированы друг от друга, четко ограничены от окружающей ткани, имели окраску от розового до красного цвета. Размер узлов колебался от 3 до 8 см. У всех больных выявлены блюдцеобразные западения кожи вследствие атрофии ПЖК, что является специфичным для лобулярного Пн (ЛПн). Ни у одного пациента не зафиксированы узлы на лице(!). У 2 больных в брюшной полости пальпировались мягкие образования различной величины.

У 2 больных с малой длительностью заболевания (до 1 мес.) были повышены СОЭ и СРБ, тогда как у 4 пациентов с длительным течением заболевания (5–86 мес.) отмечено повышение уровней трансаминаз. Других патологических изменений в результате обследования не выявлено.

При УЗИ органов брюшной полости у всех пациентов определялись дополнительные образования различных размеров, напоминающие уплотненную жировую ткань и не имеющие четких границ.

Всем пациентам проведена КТ органов брюшной полости, в результате которой выявлены объемные опухолевидные образования различного раз-

мера (от  $5 \times 4$  см до  $10 \times 7$  см в поперечнике) и формы, со структурой, в основном соответствующей уплотненной жировой ткани. Одному пациенту без типичной для ИПВ-К кожной симптоматики была проведена позитронно-эмиссионная КТ, которая не выявила накопления позитрон-излучающих ультракороткоживущих радионуклидов, что позволило отвергнуть лимфопролиферативные и паранеопластические заболевания и подтвердить МПн.

Патоморфологическое исследование биоптата кожи и ПЖК проведено у 5 пациентов. Во всех случаях подтверждено наличие лобулярного паникулита. В области гиподермы отмечены диффузная лейко-лимфоцитарная инфильтрация, единичные многоядерные клетки, очаги некроза и пролиферация липоцитов.

Пункционная биопсия из утолщенного сегмента брыжейки тонкого кишечника проведена у двух больных. В обоих случаях выявлены признаки ЛПн и исключена малигнизация процесса.

Совокупность клинических симптомов и данных дополнительных исследований позволила у всех 6 пациентов диагностировать МПн, как вариант ИПВ-К.

**Заключение.** Таким образом, в нашем исследовании МПн представлен как системный вариант ИПВ-К. Его диагностика и дифференциальная диагностика представляют определенные трудности. Применение высокотехнологичных методов обследования и правильная трактовка полученных результатов позволяют избежать неоправданных и неадекватных оперативных вмешательств. Исходя из этого, очевидна необходимость расширения знаний об этой патологии среди врачей и проведения дальнейших исследований с целью современной диагностики и поиска наиболее эффективных методов лечения МПн.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Odgen W.W., Bradburn D.M., Rives J.D. Panniculitis of the mesentery. *Ann Surg* 1960;151:659–65.
2. Milner R.D., Mitchinson M.J. Systemic Weber-Christian disease. *J Clin Pathol.* 1965;18:150–6.
3. Nicholson J.A., Smith D., Diab M., Scott M.H. Mesenteric panniculitis in merseyside: a case series and a review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010;92(6):31–4.
4. Guettrot-Imbert G., Boyer L., Piette J.C., et al. Mesenteric panniculitis *Rev Med Interne.* 2012;33(11):621–7.
5. Coulier B. Mesenteric panniculitis. Part 1: MDCT-pictorial review. *JBR-BTR.* 2011;94(5):229–40
6. Bechade D, Durand X, Desrame J. et al. Etiologic spectrum of mesenteric panniculitis: report of 7 cases. *Rev Med Interne.* 2007;28(5):289–95.
7. Shah A., Cao D., Shah D., Sun W. Uncommon solitary mesenteric mass: mesenteric panniculitis. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2013;52(189):288–91.
8. Лукьянченко А.Б., Долгушин Б.И., Стилиди И.С., Медведева Б.М. Мезентериальный паникулит (обзор литературы и собственные наблюдения). *Мед визуал.* 2005; 4:70–5.