

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ТЕРАПИЯ УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ У ДЕТЕЙ

¹ Т.А.Лашковкая, ² А.И.Кизелевич

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет», г.Гродно, Республика Беларусь

² УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», г.Гродно, Республика Беларусь

Статья посвящена изучению клиники, диагностики и лечения узловой эритемы у 43 детей. Показано, что узловая эритема чаще диагностируется у девочек школьного возраста и проявляется узловатыми образованиями, расположенными на передней поверхности голени (95,3%), болезненными (72,1%), горячими при пальпации (62,7%), артралгиями (27,9%). Применение в терапии НПВС, антибиотиков и глюкокортикоидов приводит к выздоровлению детей.

Ключевые слова: узловая эритема, дети, клиника, диагностика, лечение

Введение. Узловая эритема – полиэтиологическое заболевание, которое может встречаться в повседневной практике врачей-клиницистов различных специальностей и характеризуется воспалительным поражением мелких сосудов кожи и подкожной жировой клетчатки, возникающее при разнообразных острых или хронических инфекциях и интоксикациях. Нередко, несмотря на тщательно собранный анамнез и проведенное обследование, этиологический фактор остается невыясненным. Данное заболевание может развиваться в любом возрасте, но чаще встречается у подростков и молодых женщин [1, с.565].

Узловая эритема характеризуется появлением плотных, ярко-красных, отечных, болезненных узлов, размером от 5 мм до 3 см и более, чаще локализующихся на симметричных поверхностях голени и бедер, реже на коже предплечий и стоп. Узлы слегка возвышаются над кожей, не имеют четких границ, не сливаются друг с другом и не изъязвляются [2, с.38]. Они исчезают бесследно в течение 3-6 недель, последовательно изменяя свою окраску от синюшной до зеленовато-желтой [3, с.41]. Нередко заболевание сопровождается нарушением общего состояния, появлением болей в суставах и мышцах, подъемом температуры до 38-39°C, повышением СОЭ до 40-50мм/ч, лейкоцитозом и другими проявлениями воспалительной активности, что требует проведения дифференциальной диагностики с системными заболеваниями соединительной ткани.

Целью исследования явился анализ особенностей клинической картины, лабораторной диагностики и терапии узловой эритемы у детей, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с 2004 по 2015гг.

Материал и методы. Пролечено 43 ребенка, в возрасте от 1 года до 18 лет (средний возраст – 8,8±4,5 лет). Всем детям проводилось полное обследование, включающее тщательный сбор анамнеза и родословной, клинические и биохимические анализы крови, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование сердца и внутренних органов, электрокардиограмму, по показаниям рентгенографию органов грудной клетки, мазки из зева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, копроовоцистоскопию, энтеробиоскопию.

Из 43 детей в стационар поступила 31 (72,1%) девочка и 12 (27,9%) мальчиков (P<0,05). По возрасту пациенты разделились следующим образом: 1-6 лет – 12 (27,9%) детей, 7-18 лет – 31 (72,1%) (P<0,05).

Обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты. При направлении в стационар диагноз «узловая эритема» был выставлен только 30 (69,7%) детям. 6 (13,9%) детей поступило в стационар с диагнозом геморрагический васкулит. У остальных детей направляющими диагнозами были: левосторонний гонит, субсепсис Висслера-Фанкони, начинающаяся флегмона левой кисти, абсцесс средней трети правой голени, острый миокардит.

В анамнезе у 42 (97,7%) детей имелась сочетанная сопутствующая патология: хронический тонзиллит – 21 (48,8%) ребенок, пищевая аллергия – 17 (39,5%) детей, дискинезия желчевыводящих путей – 9 (20,9%) детей, кариес – 7 (16,2%), хронический гастродуоденит – 5 (11,6%), анемия легкой степени – 5 (11,6%), вегетативная дисфункция – 5 (11,6%) детей.

Накануне поступления в стационар 25 (58,1%) детей перенесли острую респираторную вирусную инфекцию. Обострение хронического тонзиллита отмечалось у 11 (25,5%) детей. У 2 (4,6%) детей клиника заболевания появилась после перенесенного афтозного стоматита. Узловатые образования на коже у одного ребенка диагностированы на третий день после прививки «Приорикс» и у одного – после переохлаждения. У 2 (4,6%) детей причину заболевания установить не удалось.

41 ребенок (95,3%) поступил в стационар с множественными узловатыми образованиями на коже от ярко-красного до багрово-синюшного цвета, расположенными преимущественно на передней поверхности голени. У 9 (20,9%) детей данные высыпания сочетались с узловатыми образованиями, локализующимися на бедрах, у 6 (13,9%) пациентов – на коже предплечий. В единичных случаях высыпания встречались на лице, плечах, ягодицах, кистях, в подлопаточной области. Болезненность узлов при пальпации отмечал 31 (72,1%) пациент, горячие на ощупь образования пальпировались у 27 (62,7%) детей. Размеры узлов колебались от 0,5 до 4 см в диаметре (средний размер $1,8 \pm 1,0$ см).

Суставной синдром в виде резко выраженных артралгий наблюдался у 12 (27,9%) пациентов: 7 (16,3%) из них предъявляли жалобы на боли в голеностопных суставах, трое (6,9%) детей – в коленных и 2 подростка жаловались на отечность и боль в голеностопных суставах.

При поступлении, в общем анализе крови ускоренное СОЭ выявлено у 28 (65,1%) детей: 15-30мм/ч – у 11 (25,5%), 31-40мм/ч – у 10 (23,3%), 41-50мм/ч – у 4 (9,3%), >50мм/ч – у 3 (6,9%) подростков. У 16 (37,2%) пациентов отмечался нейтрофильный лейкоцитоз: у 11 (25,6%) – $10-15 \times 10^9/\text{л}$, у 4 (9,3%) – $16-20 \times 10^9/\text{л}$, один ребенок поступил с лейкоцитозом $26,0 \times 10^9/\text{л}$. С-реактивный протеин был повышен у каждого третьего ребенка. У 20 (46,5%) подростков при микробиологическом исследовании слизистой миндалин высевались штаммы стрептококка в 10^4-10^5 . Увеличение антистрептолизина-О наблюдалось у 20 (46,5%) детей: 250-600 – у 15 (34,8%), 600-1000 – у 4 (9,3%), > 1000 – у 1 (2,3%) подростка. У всех обследованных в общем анализе мочи изменений не выявлено.

На ЭКГ у 34 (79,1%) детей патологии не отмечалось. У одного ребенка выявлена синоатриальная блокада II степени, у 4 (9,3%) – признаки изменения в миокарде желудочков, у 3 (6,9%) – неполная блокада правой ножки пучка Гиса и у 1 одного ребенка, лечившегося амбулаторно азитромицином, – вторичное удлинение интервала QT.

При ультразвуковом исследовании сердца у 24 (55,8%) детей патологии не выявлено. У 19 (44,2%) диагностированы малые аномалии развития сердца: аномально расположенные хорды левого желудочка, пролапс митрального клапана I степени с митральной регургитацией I степени.

Лечение узловатой эритемы направлено на ликвидацию основного заболевания и уменьшение длительности и выраженности локального воспалительного процесса. С противовоспалительной и обезболивающей целью всем детям с узловатой эритемой назначались нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС): диклофенак натрия в дозе 2-3 мг/кг/сут получали 25 (65,7%) детей, ибупрофен в дозе 20-30 мг/кг – 12 (18,5%), нимесулид – 6 (15,8%). 17 детей получали местно НПВС в виде гелей или мазей на болезненные элементы узловатой эритемы.

В связи с наличием хронических очагов инфекции и воспалительных изменений в анализах крови детям была назначена антибактериальная терапия. Наиболее часто пациенты получали защищенные пенициллины парентерально в течение 7-10 дней – 27 (62,7%) человек. 11 (25,6%) детям были назначены антибиотики цефалоспоринового ряда внутримышечно в дозе 50-75 мг/кг сут. При аллергии в анамнезе на антибиотики пенициллинового и/или цефалоспоринового ряда 5 (11,6%) пациентов получали амикацин в дозе 15 мг/кг/сут. 25 (58,2%) детям при сохраняющейся активности воспалительного процесса был назначен второй курс антибиотиков. После группы пенициллинов и/или цефалоспоринов чаще всего назначались макролиды. Макролиды получали 14 (32,5%) пациентов: макропен (40 мг/кг/сут) – 5 детей, азитромицин (10 мг/кг/сут) – 6, кларитромицин (15 мг/кг/сут) – 3 пациента. 4 подростка получали фторхинолоны, 7 детей – аминогликозиды в возрастной дозировке.

Для улучшения микроциркуляции 12 (18,5%) пациентам с узловатой эритемой назначался пентоксифиллин в виде внутривенной инфузии в течение 5-7 дней с последующим переходом на прием *per os* в дозе 5-10 мг/кг в течение 3-4 недель.

Антигистаминные препараты получали 17 (39,5%) детей, у которых узловатая эритема развивалась на фоне пищевой аллергии.

При неэффективности вышеуказанного лечения и высокой степени активности воспалительного процесса 7 (16,3%) детям назначался *per os* преднизолон в дозе 1 мг/кг в течение 1-2 недель. 2 ребенка получали глюкокортикоиды с постепенной отменой в течение месяца после выписки из стационара.

17 (39,5%) детям с доказанной стрептококковой этиологией узловой эритемы и высоким уровнем АСЛ-О в биохимическом анализе крови вводился однократно бициллин-5 в возрастной дозировке.

Длительность лечения детей в стационаре составила: 7-10 дней – 8 (18,6%) детей, 11-20 дней – 21 (48,9%) ребенок, 21-30 дней – 14 (32,5%).

Выводы:

1. Узловая эритема чаще встречается у девочек школьного возраста ($P < 0,05$).

2. Наиболее типичными клиническими проявлениями являются множественные узловые образования на коже, горячие на ощупь, болезненные при пальпации, локализующиеся преимущественно на передней поверхности голени.

3. Лечение узловой эритемы должно быть строго индивидуальным, комплексным с обязательным назначением нестероидных противовоспалительных средств, антибактериальных препаратов по показаниям, глюкокортикоидов при высокой степени активности воспалительного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришаева, Т.П. Узловая эритема / Т.П.Гришаева, Б.С.Белов // Русский медицинский журнал. Ревматология. – 2005. – №8. – С.565–568.

2. Мерцалова, И.Б. Васкулиты кожи / И.Б.Мерцалова // Лечащий врач. – 2011. – №5. – С.35–37.
3. Юсупова, Л.А. Современное состояние проблемы ангиитов кожи / Л.А.Юсупова // Лечащий врач. – 2013. – №5. – С.38–42.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC CRITERIA AND THERAPY OF ERYTHEMA NODOSUM IN CHILDREN

¹Lashkovskaya T.A., ²Kizelevich A.I.

¹Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

²Grodno Regional Children's Clinical Hospital, Grodno, Republic of Belarus

The article is devoted to studying clinical picture, diagnostics and treatment of erythema nodosum in 43 children. It is shown that erythema nodosum is more often diagnosed for girls of school age and manifested as knotty lumps located on the forward surface of crura (95.3%), tender (72.1%), hot at palpation (62.7%) and arthralgia (27.9%). Administration of NSAIDs, antibiotics and glucocorticoids in therapy leads to recovery of children.

Keywords: erythema nodosum, children, clinical picture, diagnostics, treatment

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИЦИТОКИНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М.Ч.Легеза, Г.М.Варнакова, З.П.Лемешевская

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г.Гродно, Республика Беларусь

УЗ «Гродненская городская клиническая больница №4 г. Гродно»,
г.Гродно, Республика Беларусь

Приведены данные о наблюдении за пациентами с ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилитом в процессе лечения антицитокиновыми препаратами: Актемра, Фламмегис и препаратом, содержащим малые дозы антител к ФНО- α Артрофооном. Отмечены выраженный положительный эффект и отсутствие побочных реакций.

Ключевые слова: тоцилизумаб, Актемра, инфликсимаб, Фламмегис, Артрофоон, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит.

Введение. Основная цель лечения пациентов с ревматическими заболеваниями – достижение поддержания клинико-лабораторной ремиссии, замедление прогрессирования заболевания. Традиционно используемые для этой

цели базисные и нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды не всегда достаточно эффективно контролируют течение заболевания и деструктивные процессы в суставах.