

Гаврилович Е.Ю.

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. Михневич Э.А.

1-я кафедра внутренних болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Узловатая эритема (УЭ) – это септальный панникулит, характеризующийся формированием болезненных пальпируемых подкожных узлов красного или фиолетового цвета на голенях и иногда в других областях. Она может быть как идиопатический, так и проявлением других заболеваний, чаще всего инфекции или аутоиммунной патологии. В зависимости от географии УЭ может ассоциироваться с тем или иным заболеванием.

Цель: изучить этиологию, клинико-лабораторные особенности, течение УЭ среди пациентов ревматологического отделения.

Материалы и методы. Проведено моноцентровое ретроспективное исследование, включающее 85 пациентов, госпитализированных в УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска за период с 01.09.2013 по 29.02.2024. Всем пациентам был выставлен диагноз «узловатая эритема», на основании диагностических критериев (Rudy S., 2001). Проводилось обследование для выявления причины, связанной с её развитием, включающее кроме осмотра врачом-ревматологом широкий спектр инструментально-лабораторных методов. Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи программы SPSS Statistics.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил 39 (29 – 54) лет при минимальном возрасте 19 и максимальном 81 год. Доминирующее большинство составили женщины – 82,4% (n=70). Наибольшая заболеваемость УЭ наблюдалась весной 37,6% (n=32), наименьшая – летом 18,8% (n=16) (p = 0,010). Инфекция была ведущей причиной УЭ в 49,4 % (n=42) случаев. Среди причин УЭ, ассоциированной с инфекцией, были следующие: сезонные респираторные инфекции – 19 случаев, обострение хронического тонзиллита - 7, инфекция мочевыводящих путей - 3, *Helicobacter pylori* – 3, уреоплазмоз – 3, одонтогенная инфекция – 2, *Chlamydia trachomatis* – 2, *Proteus mirabilis* – 1, паронихий – 1, вирус гепатита В – 1. Второе место по частоте составила лёгочно-медиастинальная форма саркоидоза, протекающая в форме синдрома Лёфгрена – 24,7% (n=21) случаев. УЭ явилась проявлением аутоиммунных заболеваний у 4 пациентов: аутоиммунный тиреоидит – 2 случая, болезнь Крона – 1, неспецифический аортоартериит – 1. Было зарегистрировано 2 случая беременности во втором триместре. Значительную долю составила идиопатическая УЭ – 18,8% (n=16). Острое течение наблюдалось у 84,7% (n=72) пациентов, рецидивирующее – у 15,3% (n=13). В 68,2% (n=58) случаев наблюдалось симметричное поражение, в 31,8% (n=27) – асимметричное. У большинства пациентов локализация УЭ ограничивалась голенями, а у 41,2% (n=35) имела распространение на бёдра, стопы, руки и даже туловище. У части пациентов имелось сопутствующее поражение суставов – 64,7% (n=55), чаще голеностопных – 50,6% (n=43).

При проведении сравнения между группами пациентов с инфекциями и саркоидозом, доля пациентов с артритами при саркоидозе была значительно выше, чем при инфекции (p=0,004). Распространение УЭ вне голеней, а именно на бёдра, стопы и руки чаще встречалось у пациентов с инфекциями (p=0,0317). Из лабораторных показателей при саркоидозе наблюдался более низкий абсолютный уровень лимфоцитов в периферической крови (p<0,001) и соответственно лимфоцитарный индекс (p=0,011). Из острофазовых проб повышенный уровень С-реактивного протеина крови чаще встречался среди пациентов с саркоидозом (p=0,042).

Выводы. Среди пациентов ревматологического отделения УЭ ассоциировалась с инфекцией в 49,4% случаев, с лёгочно-медиастинальной формой саркоидоза, протекающей в виде синдрома Лёфгрена – в 24,7%, другие аутоиммунные заболевания и беременность были единичными. Особенности течения УЭ при саркоидозе в отличие инфекций явились: наличие артрита, локализация УЭ на голенях, более низкий уровень лимфоцитов и лимфоцитарного индекса, повышение С-реактивного протеина. В алгоритмах обследования пациентов с УЭ среди женщин детородного возраста первоочередным является исключение беременности.