

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА КАК РАЗНОВИДНОСТЬ СЕПТАЛЬНОГО ПАННИКУЛИТА В РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности УЭ в зависимости от этиологического агента, а также определить факторы риска рецидивов заболевания. **Материалы и методы:** в исследование был включен 121 пациент с УЭ. В зависимости от причины возникновения все больные разделены на три группы: УЭ при сЛ (66 человек), УЭ у беременных (23 человека) и УЭ, ассоциированная с инфекцией (32 человека). В работе оценены особенности течения и исходов УЭ для каждой из групп. **Результаты:** клинико-лабораторная характеристика в целом была сопоставимой в группах с УЭ, ассоциированной с инфекцией и при беременности, и резко отличалась от таковых при сЛ. В последнем случае отмечалось значительное повышение показателей воспалительной активности. Характерным клиническим признаком УЭ, ассоциированной с инфекцией, являлся симптом «цветения синяка». Терапия была достаточно эффективной и хорошо переносимой. Рецидив в группах УЭ при беременности и сЛ наблюдали в ¼ случаев. В группе УЭ, ассоциированной с инфекцией, рецидив имел место в 40% случаев, вероятно, вследствие меньшего лечебного эффекта от противовирусных препаратов и большей склонности вирусной инфекции к хронизации.

Ключевые слова: узловатая эритема, исходы, факторы риска рецидивов, время регресса узлов.

N.M. SAVUSHKINA, O.N. EGOROVA, PhD in medicine, S.I. GLUKHOVA, PhD in medicine, B.S. BELOV, MD

E.V. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow

ERYTHEMA NODOSUM AS A TYPE OF SEPTAL PANNICULITIS IN RHEUMATOLOGIC PRACTICE: EVALUATION OF THE COURSE AND OUTCOMES

Study objective: to study clinical and laboratory peculiarities of EN depending on the etiological agent as well as to determine disease recurrence risk factors. **Materials and methods:** the study included 121 patient with EN. Depending on the reason of origin all patients were divided into three groups: EN with sL (66 subjects), EN in pregnant women (23 subjects) and infection-associated EN (32 persons). The work evaluated peculiarities of the course and outcomes of EN for each of the groups. **Results:** Clinical and laboratory characteristics was on the whole comparable in groups with infection associated EN and EN in pregnancy, but was sharply different from those observed in sL. In the recent case a considerable increase of inflammatory activity values was noted as well. A characteristic clinical sign of infection-associated EN is a symptom of the "bruise blossoming". The recurrence in groups of EN in pregnancy and in sL was observed in ¼ of cases. In the infection-associated EN group the recurrence took place in 40% of case, which was due to lower therapeutic effect from antivirals and greater disposition of the viral infection to chronicity.

Keywords: erythema nodosum; outcomes; recurrence risk factor; node regression time.

ВВЕДЕНИЕ

Панникулиты (Пн) представляют собой группу гетерогенных воспалительных заболеваний, характеризующихся поражением подкожно-жировой клетчатки (ПЖК) и нередко протекающих с вовлечением в процесс опорно-двигательного аппарата и внутренних органов [1]. Описанные впервые еще в начале XIX в., они и по сей день нередко заводят клиницистов в тупик. Этиология заболевания многообразна и может различаться в каждом конкретном случае. Определенную роль в развитии Пн могут играть инфекции (вирусные, бактериальные), травмы, гормональные и иммунные нарушения, прием

лекарственных препаратов, ревматические болезни, заболевания поджелудочной железы, злокачественные новообразования и др. [2]. В патогенезе заболевания обсуждается роль провоспалительных цитокинов [3–5] и иммунокомпетентных клеток [6].

Проблемы обусловлены не только этиологией, но и отсутствием единой общепринятой классификации заболевания. Впервые попытка упорядочить имеющиеся данные была предпринята испанскими дерматологами Requena L. и Yus E. в 2001 г. Авторы предложили группировать Пн в соответствии с этиологией и гистоморфологической картиной [7, 8]. В зависимости от преимущественного вовлечения в процесс тех или иных структур

ПЖК (септы/дольки) все Пн были разделены на септальные (СПн) и лобулярные (ЛПн). Обе указанные формы могут протекать с поражением мелких сосудов (васкулитом) и без такового.

Наиболее часто в повседневной практике ревматологу приходится иметь дело с узловой эритемой (УЭ), которая в современных условиях рассматривается как септальный Пн, протекающий преимущественно без васкулита [7]. В настоящее время самой частой причиной УЭ у детей является стрептококковая инфекция, у взрослых – стрептококковые инфекции и саркоидоз [9–11]. Также УЭ может встречаться в ассоциации с беременностью, некоторыми системными заболеваниями вследствие проведения лекарственной терапии или быть идиопатической.

На сегодняшний день в литературе существует незначительное число публикаций, посвященных оценке течения и исходов УЭ в зависимости от ее этиологического фактора. Так, В. Tejera Segura и соавт. проведено ретроспективное исследование [12], в ходе которого оценивали клинические характеристики, лечение и исход болезни у 80 пациентов с синдромом Лефгрена (сЛ). Визель И.Ю. и соавт. представили результаты 10-летнего наблюдения за 83 больными с гистологически верифицированным саркоидозом [13]. Несмотря на множество публикаций об УЭ, ассоциированной с инфекцией, ни в одном сообщении не прослежено течение заболевания на протяжении нескольких лет, а также не указаны причины возможного рецидива. Аналогичная ситуация отмечается и при УЭ, развивающейся в периоде гестации. Несмотря на разнообразие лекарственных средств, применяемых для лечения УЭ при беременности [14, 15], многие вопросы до настоящего времени остаются нерешенными, спорными и требуют дальнейшего изучения.

Суммируя вышеизложенное, можно констатировать, что на сегодняшний день отсутствуют исследования, посвященные детальной оценке течения и исходов (в том числе с учетом выбранной схемы терапии) УЭ в зависимости от причины ее возникновения. Оценка течения и распознавание возможных предикторов рецидива при различных формах УЭ представляются чрезвычайно важными аспектами, поскольку может быть получена ценная информация о разнообразных факторах, значимо влияющих на прогноз заболевания.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности УЭ в зависимости от этиологического агента, а также определить факторы риска рецидивов заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование был включен 121 пациент (112 женщин – 92,6%, 9 мужчин – 7,4%) с различными формами УЭ. Средний возраст составил $38,9 \pm 12,6$ лет. Продолжительность заболевания варьировала от 1 недели до 20 лет. Больные наблюдались в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в 2009–2015 гг.

Все пациенты обследованы по разработанному нами диагностическому алгоритму [16]. Больным проводилось клиническое обследование, включавшее сбор анамнеза (с акцентом на хронические заболевания), а также исследования по органам и системам. При характеристике поражения кожи оценивали количество, размер пораженных участков, распространенность и окраску уплотнений, а также интенсивность их боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) при надавливании на центр узла до побеления ногтевой фаланги исследователя. Лабораторное и инструментальное исследования включали: общий анализ крови и мочи; биохимические (амилаза, ферритин, α -1-антитрипсин, кальций, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, IgE), иммунологические (С-реактивный белок (СРБ), антинуклеарный фактор (АНФ-Нер2), антитела к двуспиральной ДНК (dsДНК), антинейтрофильные цитоплазматические антитела (ANCA), антитела к антигену Scl-70 (ядерной топоизомеразы) (Scl-70), ревматоидный фактор, криоглобулины, циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК), антитела к антигенам Ro/SS-A и La/SS-B) показатели, а также компьютерную томографию органов грудной клетки. В трудных диагностических случаях выполняли биопсию кожи и ПЖК из участка наибольшего поражения с последующим морфологическим исследованием.

Наиболее часто в повседневной практике ревматологу приходится иметь дело с узловой эритемой, которая в современных условиях рассматривается как септальный панникулит, протекающий преимущественно без васкулита

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клиническая характеристика исследуемой группы пациентов с УЭ приведена в *таблице*. Соотношение женщин и мужчин составило 7:1. Заболевание чаще дебютировало в весенне-осенний период.

У большинства наблюдаемых нами больных узлы располагались симметрично чаще на передних, реже на медиальных, латеральных и задних поверхностях голеней, реже на бедрах и верхних конечностях. Узлы были умеренно болезненными при пальпации, среднего диаметра, а их количество варьировало от 1 до 30. Обращает внимание, что при сЛ УЭ отличалась большим диаметром ($p < 0,0001$) и численностью ($p = 0,0004$), носила более распространенный характер ($p = 0,01$) и нередко локализовалась не только на голенях, но также на бедрах и верхних конечностях. В этой же группе отмечалась наибольшая болезненность узлов при пальпации

($p = 0,035$). Характерным клиническим признаком УЭ, ассоциированной с инфекцией являлся симптом «цветения синяка» ($p < 0,0001$) (рис. 1).

При сЛ значимо чаще выявляли повышение температуры тела, артралгии и артриты ($p < 0,0001$ соответственно). Повышение лабораторных показателей воспалительной активности (СОЭ, СРБ) также значимо чаще отмечали при сЛ ($p = 0,002$ и $p < 0,0001$ соответственно).

В зависимости от этиологии УЭ пациентам назначали различные схемы лечения: сосудистые, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), венотоники, глюкокортикоиды (ГК), антибиотики (АБ), противовирусные, гидроксихлорохиновые (ГКХ) и цитостатические (Цс)

препараты. Во всех случаях назначали местное лечение с использованием НПВП, ГК и антикоагулянтов прямого действия в виде мазей и кремов.

У всех пациентов проведено динамическое обследование через 1–5 лет. За период наблюдения летальных случаев не зафиксировано. К моменту контрольного осмотра регресс УЭ был достигнут у 105 человек (87%). Выявлена положительная клинико-лабораторная динамика в виде уменьшения болезненности узлов при пальпации по шкале ВАШ, выраженности артралгий, снижения уровня СОЭ и СРБ ($p < 0,0001$ соответственно). За период наблюдения неблагоприятные лекарственные реакции не зафиксированы ни в одном случае.

Среднее время регресса заболевания составило $2,5 \pm 2,4$ месяца и было значимо большим при сЛ ($p = 0,014$). В исследуемых группах выявлены разные предикторы более быстрого обратного развития патологического процесса. Так, при сЛ среднее время регресса УЭ составило $2,6 \pm 2,3$ мес. В зависимости от факта приема ГКХ и Цс все пациенты были разделены на 4 подгруппы:

1) не принимавшие данные препараты (10); 2) получавшие ГКХ (26); 3) ГКХ в комбинации с ГК (16); 4) Цс с/без ГК (14). При анализе кумулятивной доли пациентов методом Каплана – Мейера установлено, что в группе больных, получавших Цс, полный регресс УЭ (при отсутствии рецидивов) был достигнут уже через 3 месяца от начала терапии в отличие от первых трех групп; однако ввиду малой выборки эти различия статистически не значимы ($p = 0,2$) (рис. 2).

Таблица. Клиническая характеристика исследуемой группы пациентов с УЭ

Показатель	УЭ при сЛ	УЭ у беременных	УЭ при ассоциации с инфекцией
Возраст, годы, $M \pm SD$	$41,9 \pm 12,3$	$28,7 \pm 3,4$	$39,6 \pm 13$
Пол, мужчины/женщины, n (%)	8(12)/58(88)	23 (100)	2 (6)/30 (94)
Длительность заболевания, месяцы, Me [25-й, 75-й перцентили]	1 [0,75; 3]	1,5 [0,75; 2,5]	3,5 [1,5; 16]
Время дебюта заболевания, n (%)			
• весна	24 (36)	6 (26)	10 (31,25)
• осень	15 (23)	9 (39)	10 (31,25)
• зима	14 (21)	4 (17,5)	6 (18,75)
• лето	13 (20)	4 (17,5)	6 (18,75)
Симметричность поражения, n (%)	61 (92)	21 (91)	30 (94)
ВАШ боли при пальпации, $mm, M \pm SD$	48 ± 23	41 ± 22	35 ± 24
Диаметр узлов, $cm, M \pm SD$	$5,5 \pm 3,3$	$3,1 \pm 1,4$	$3,1 \pm 1,4$
Количество узлов, $M \pm SD$	14 ± 10	8 ± 6	7 ± 6
Локализация УЭ, n (%)			
• голени	66 (100)	23 (100)	31 (97)
• бедра	21 (32)	1 (4)	6 (18,75)
• плечи	17 (26)	1 (4)	4 (12,5)
Пораженные поверхности голеней, n (%)			
• передние	63 (95)	23 (100)	31 (97)
• латеральные	58 (88)	11 (48)	20 (62,5)
• медиальные	57 (86)	13 (56)	20 (62,5)
• задние	43 (65)	3 (13)	14 (43,75)
Склонность УЭ к слиянию, n (%)	28 (42)	1 (4)	1 (3)
Симптом «цветения синяка», n (%)	6 (9)	3 (13)	25 (78)
Повышение температуры тела $> 37,0^\circ C$, n (%)	49 (74)	6 (26)	6 (18,75)
Локализация артралгий, n (%)			
• голеностопные	62 (94)	7 (30)	7 (22)
• коленные	27 (41)	4 (17,5)	1 (3)
• мелкие суставы кистей и/или стоп	10 (15)/20 (30)	2 (9)/3 (13)	1 (3)/1 (3)
• лучезапястные	8 (15,7)	0	1 (3)
• плечевые	6 (11,7)	2 (9)	0
• локтевые	6 (11,7)	1 (4)	0
Ускорение СОЭ более 20 мм/ч, n (%)	43 (65)	5 (22)	10 (31,25)
Увеличение СРБ более 5,0 мг/л, n (%)	53 (80)	6 (26)	14 (43,75)

Рисунок 1. Симптом «цветения синяка» при УЭ, ассоциированной с инфекцией



Рисунок 2. Кумулятивная доза пациентов с регрессом УЭ при сЛ в зависимости от схемы терапии

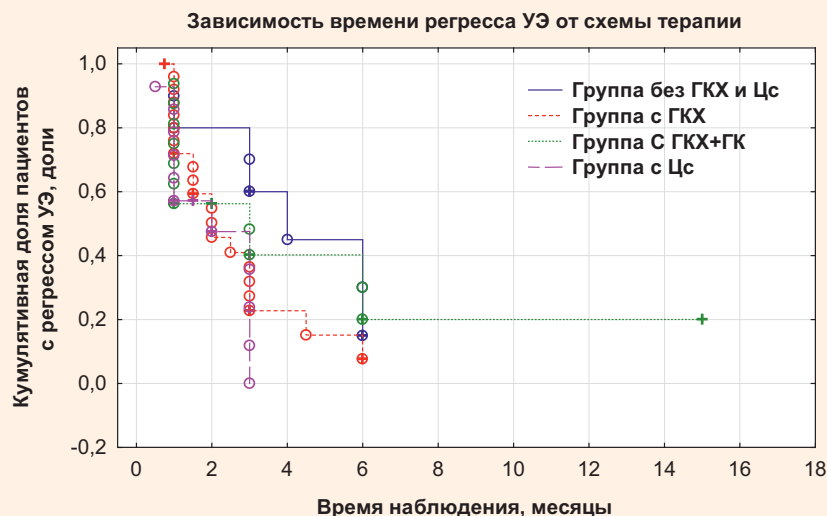


Рисунок 3. Зависимость времени регресса узлов от количества пораженных поверхностей голеней

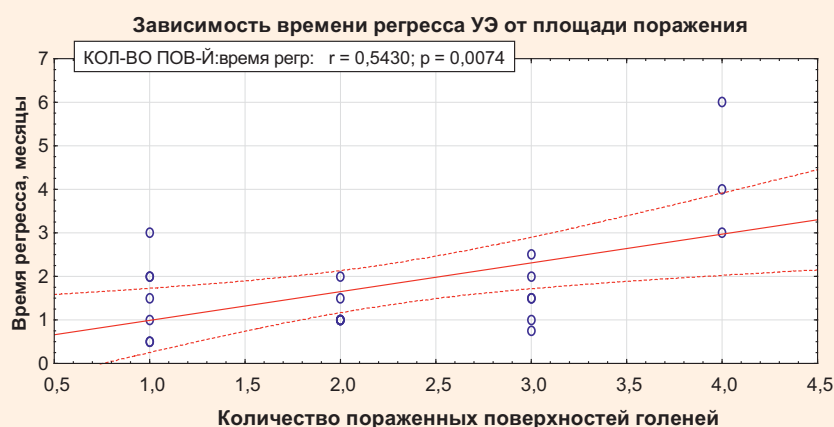


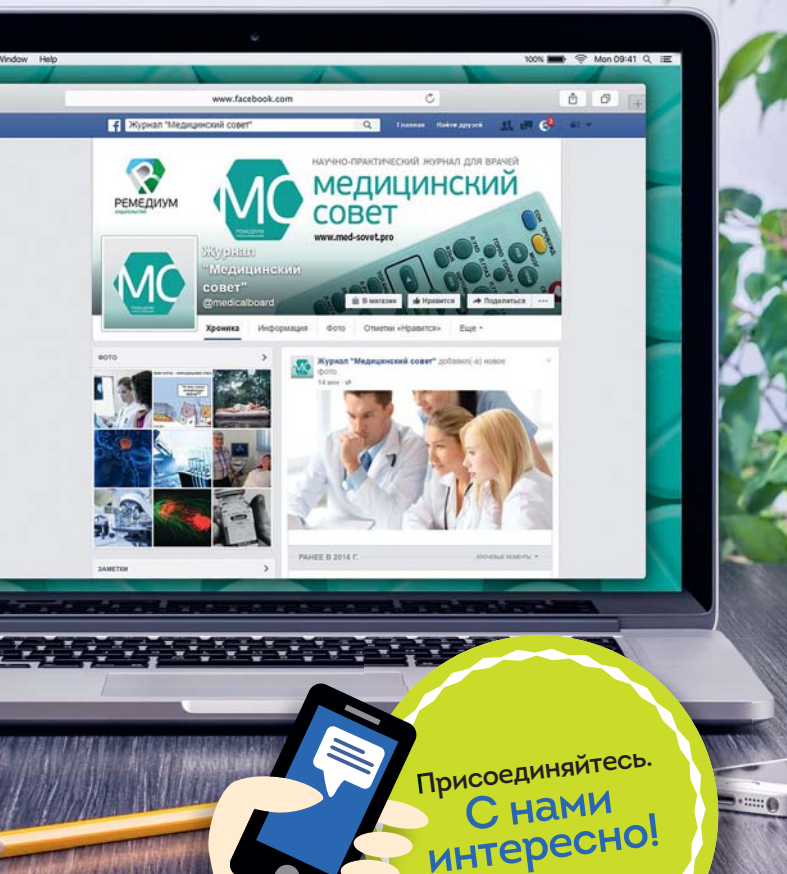
Рисунок 4. Зависимость времени регресса УЭ от этиологического фактора



Средняя продолжительность обратного развития УЭ у беременных составила $1,8 \pm 1,3$ мес. Выявлена значимая прямая взаимосвязь между временем регресса УЭ и количеством пораженных поверхностей голеней в дебюте (рис. 3).

Среднее время регресса УЭ при ассоциации с инфекцией составило $1,6 \pm 0,8$ мес. В зависимости от этиологии возбудителя все пациенты были разделены на 3 подгруппы: 1) бактериальная инфекция (5 человек – 15%), 2) вирусная инфекция (11 человек – 35%), 3) смешанная бактериально-вирусная инфекция (16 человек – 50%). При построении кривых Каплана – Мейера установлено, что в 1-й и 3-й группах регресс узлов происходил через 2 и 3,5 месяца соответственно; во 2-й группе медиана регресса не достигалась ($p = 0,13$) (рис. 4).

За период наблюдения рецидивы УЭ имели место у 33 человек (27%). Различий в количестве рецидивов в исследуемых группах не отмечено. Рецидивы УЭ, число которых варьировало от 1 до 6, при сЛ отмечены у 16 больных (24%). Причинами рецидивов были: ОРВИ/переохлаждение (10), отмена терапии (3), резкое снижение дозы ГК (нарушение предписанной врачом схемы лечения) (1), недостаточный эффект от проводимой терапии (2). Риск рецидива был выше у пациентов в возрасте > 40 лет (ОШ 3,81) (95% ДИ 1,1–13,5; $p = 0,03$), длительностью УЭ до начала терапии > 3 мес. (ОШ 8,94) (95% ДИ 2,2–37,0; $p = 0,0008$) и диаметром уплотнений > 5 см (ОШ 3,65) (95% ДИ 1,1–11,8; $p = 0,03$). УЭ при беременности рецидивировала в 6 случаях (26%): через 6–8 мес. после родов у 4 женщин, через 14–15 мес. у 2. Причинами рецидивов были: переохлаждение (у 2 больных), ОРВИ (1), прием оральных контрацептивов (1), стресс (1), кишечная инфекция, вызванная *Y. enterocolitica* (1). Ассоциаций с каким-либо клинико-лабораторным показателем не выявлено. Рецидивы в группе УЭ, связанной с инфекцией, имели место у 13 человек (40,6%); в т.ч. после ОРВИ/переохлаждения (7), стресса (2), нарушения и неэффективности предписанной терапии (2),



медицинский совет online

- актуальные новости о разных разделах медицины
- интересные события и открытия в России и в мире
- анонсы журнала «Медицинский совет»
- инфографика
- заметки в помощь практикующим врачам
- история науки и медицины



Наша группа в «Фейсбуке»
facebook.com/medicalboard



Наша группа в «ВКонтакте»
vk.com/med_sovetpro

обострения хронического тонзиллита (1). Отмечена обратная взаимосвязь между площадью поражения и рецидивирующим течением заболевания ($p = 0,03$). У пациентов, достигших регресса, в дебюте уровни АСЛ-О превышали 250 МЕ/мл ($p = 0,00008$) в отличие от группы с рецидивами. В зависимости от этиологии возбудителя все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – бактериальная инфекция (5 человек – 15%), 2-я – вирусная инфекция (11 человек – 35%), 3-я – смешанная бактериально-вирусная инфекция (16 человек – 50%). В 1-й группе рецидив отмечен в 1 случае (8% от общего числа рецидивов), во 2-й группе – в 7 (54%), в 3-й группе – в 5 (38%), статистически значимых различий не выявлено.

ОБСУЖДЕНИЕ

В наблюдаемой нами группе больных преобладали лица женского пола, среднего возраста, со средней длительностью заболевания 1,5 [1;3] месяца. В других работах приводят аналогичные данные. Так, в исследовании Mert A. и соавт., наблюдавших 50 пациентов с УЭ различной этиологии, средний возраст составил 38 лет, а соотношение женщин и мужчин было 6:1 [17]. Cribier B. и соавт. ретроспективно проследили течение полиэтиологической УЭ у 129 больных: средний возраст составил 31 год, а соотношение мужчин и женщин было 5:1 [18].

Клиническая картина в целом была схожей в группах с УЭ, ассоциированной с инфекцией и при беременности, и резко отличалась от таковой при сЛ. Узлы в последнем случае имели больший диаметр и численность, были более болезненными при пальпации и носили распространенный характер с локализацией на голених, бедрах и верхних конечностях. Характерным клиническим признаком УЭ, ассоциированной с инфекцией, являлся симптом «цветения синяка». Клинические и лабораторные признаки воспалительной активности (повышение температуры тела, артралгии, артриты, повышение уровня СОЭ и СРБ) были выражены при сЛ и не характерны для других групп УЭ.

На фоне проводимой терапии отмечалась выраженная положительная клиничко-лабораторная динамика, фактически 90% пациентов к моменту контрольного осмотра не имели каких-либо признаков заболевания. Неблагоприятные лекарственные реакции не зафиксированы. Все это говорит о хорошей эффективности и переносимости лечения, а также благоприятном прогнозе заболевания. За период наблюдения летальных исходов не наблюдали. Подобные результаты были продемонстрированы и в других исследованиях [11–14, 17–19].

Среднее время регресса УЭ составило 2 месяца, что не противоречит данным других авторов. Так, S. Bohn и соавт. в ретроспективном исследовании проанализировали 112 пациентов с УЭ, получавших лечение за период 1983–1993 гг. в отделении дерматологии университетского госпиталя г. Базель, Швейцария. В 77% случаев УЭ претерпела обратное развитие через 7 недель, наибольший период регресса составил 18 недель [20]. По нашим данным, время регресса узлов было большим в группе паци-

Информационные системы «КЛИФАР» – программные решения для работы с данными по зарегистрированным лекарственным препаратам, фарм-субстанциям, БАД и изделиям медицинского назначения.

«Клифар: Госреестр»

позволяет проводить поиск более чем по 45 критериям в базах данных:

- Реестр лекарственных препаратов Российской Федерации (включая архив ЛП с 1957 г.)
- Единый реестр лекарственных препаратов, объединяющий государственные реестры Армении, Белоруссии, Казахстана, Кыргызстана, Молдовы, Узбекистана, Украины и России
- ЖНВЛП – реестр цен и предельные надбавки в регионах РФ
- Реестр изделий медицинского назначения (медтехника)
- Бракованные и изъятые из обращения препараты РФ

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ:

- Статьи Европейской Фармакопеи
- Оригинальный/дженерик
- Первая регистрация аналога ЛП
- Инструкции по применению РФ
- Утвержденные в США и Европейском союзе инструкции FDA и EMEA
- Макеты упаковок
- ВЗН (высоко затратные нозологии)
- Данные CAS кодов

«Клифар: Импорт-экспорт»

содержит данные об экспортно-импортных поставках фармацевтической продукции, официально регистрируемых органами Государственного таможенного контроля. Позволяет проводить поиск более чем по 15 критериям и предоставляет следующие возможности:

- Конкурентный анализ
- Определение структуры импорта-экспорта готовых лекарственных средств и фармсубстанций
- Определение объема импорта-экспорта готовых лекарственных средств и фармсубстанций (в натуральном и денежном выражении)
- Прослеживание динамики импортно-экспортных операций в целом на фармрынке
- Управление импортно-экспортными операциями на основе анализа полученных данных
- Оценка перспектив роста соответствующего сегмента в экспортно-импортных операциях
- Другая информация по специфическим запросам пользователя.



КЛИФАР

БАЗЫ ДАННЫХ

Мы стремимся обеспечить наших клиентов актуальными данными и удобными инструментами для работы с информацией

+7 (495) 780-34-25
cliphar@remedium.ru

ГК «Ремедиум»
105082, Москва, ул. Бакунинская 71, стр. 10

ентов с диагнозом сЛ, что можно объяснить более агрессивным течением данной разновидности УЭ, сопровождающейся высокой клинико-лабораторной активностью.

Преимущественное развитие заболевания весной и осенью, а также наиболее частые причины рецидива УЭ в каждой группе (ОРВИ и переохлаждение) свидетельствуют о важной роли инфекции в возникновении и развитии УЭ, что наглядно демонстрируется рядом авторов. По данным ретроспективных исследований, в развитии УЭ превалировал инфекционный этиологический фактор: 28% [18], 25,8% [21], 11% [17].

Частота рецидивов была относительно невысокой, в среднем в каждом четвертом случае при сЛ и у беременных. В группе УЭ при ассоциации с инфекцией этот показатель несколько увеличивался, вероятно, вследствие меньшего лечебного эффекта от противовирусных препаратов и большей склонности вирусной инфекции к хронизации. Статистически значимых различий в зависимости от этиологического фактора УЭ отмечено не было. Сходные данные были получены Papaigrigoraki A. и соавт. [21]. Немногочисленные исследования, посвященные проблемам рецидивов при УЭ, в основном относятся к сЛ. В исследовании И.Ю. Визель и соавт. частота рецидивов при сЛ составила 83,3% среди больных, получавших системные ГК, и 50% при отсутствии последних [22]. Эти результаты отличаются от полученных нами, что, вероятно, можно объяснить акцентом на ГК и отсутствием в схемах терапии ГКХ и Цс препаратов. С учетом выявленной нами тенденции к более быстрому наступлению регресса в группе больных с сЛ, получавших Цс, требуются

дальнейшие исследования на более многочисленной группе пациентов с целью возможного внедрения указанных препаратов в схему лечения сЛ. Данные других исследователей по частоте рецидивов были сопоставимы с нашими результатами: 17% – в работе B. Tejera Segura и соавт., оценивавших исходы у 80 пациентов с сЛ [9], 26,6% – Papaigrigoraki A. и соавт., проанализировавших группу пациентов из 124 человек с полиэтиологичной УЭ [21]. В исследовании Mana J. и соавт. было продемонстрировано, что возраст ≥ 40 лет является фактором риска рецидива [23]. Данные о факторах риска при УЭ, в зависимости от этиологического агента, в доступной литературе отсутствуют.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинико-лабораторная характеристика УЭ в целом была сопоставимой в группах УЭ, ассоциированной с инфекцией и при беременности, и резко отличалась от таковой при сЛ. В последнем случае отмечалось значительное повышение показателей воспалительной активности. Характерным клиническим признаком УЭ, ассоциированной с инфекцией, являлся симптом «цветения синяка». Терапия была достаточно эффективной и хорошо переносимой. Рецидив в группах УЭ при беременности и сЛ наблюдали в ¼ случаев. В группе УЭ, ассоциированной с инфекцией, рецидив имел место в 40% случаев, вероятно, вследствие меньшего лечебного эффекта от противовирусных препаратов и большей склонности вирусной инфекции к хронизации.



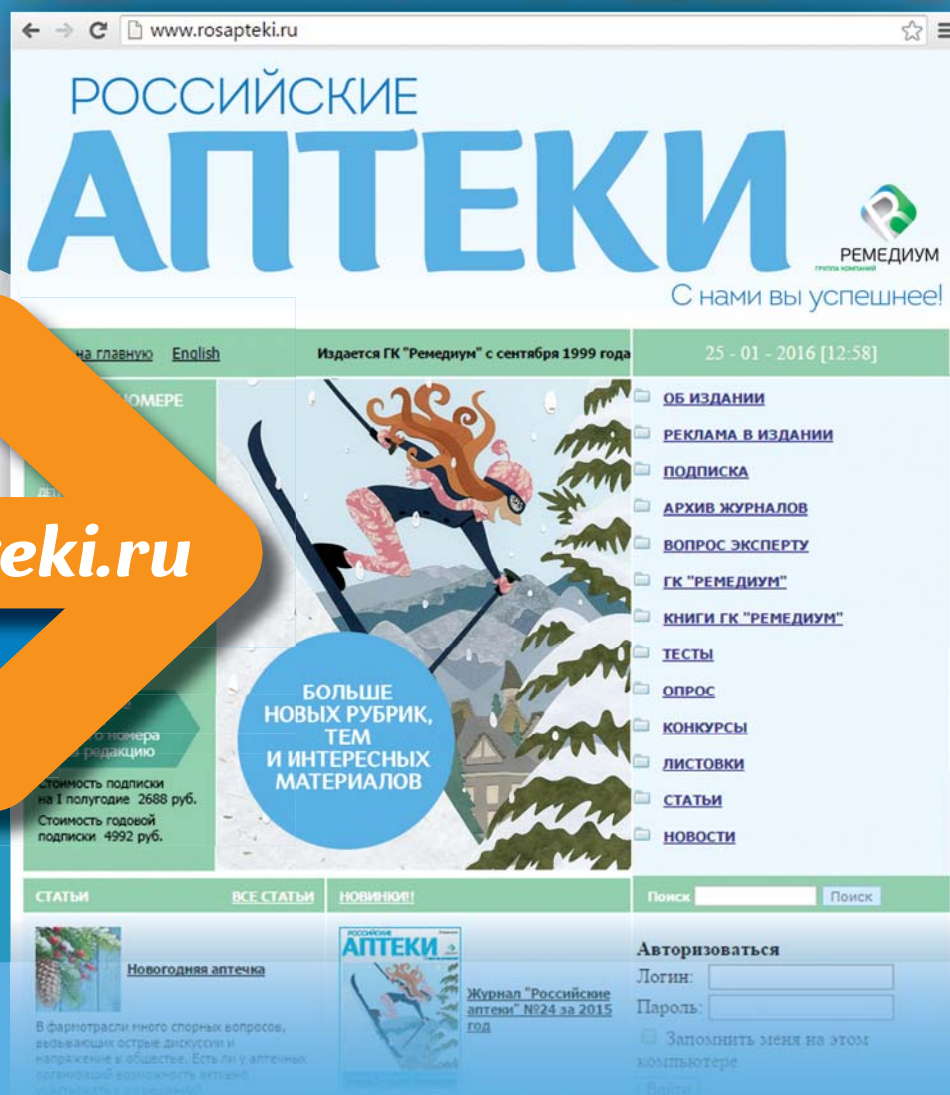
ЛИТЕРАТУРА

- Иванов О.Л., Заборова В.А., Монахов С.А. Панникулиты. В кн. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Иванов О.Л. Дерматовенерология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011, 783-792.
- Callen JP, Requena L. Cutaneous vasculitis and panniculitis. In: Rheumatology, Fifth Edition. Eds. MC. Hochberg, AJ. Silman, JS Smolen, ME Weinblatt, MH Weisman. Rheumatology, 6th ed. 2015, Elsevier Ltd, 1344-1353.
- Iwasaki T, Hamano T, Ogata A, et al. Successful treatment of a patient with febrile, lobular panniculitis (Weber-Christian disease) with oral cyclosporin A: implications for pathogenesis and therapy. *Intern Med*, 1999, 38: 612-4.
- Lamprecht P, Moosig F, Adam-Klages S et al. Small vessel vasculitis and relapsing panniculitis periodic syndrome (TRAPS) in tumour necrosis factor receptor associated. *Ann Rheum Dis*, 2004, 63: 1518-20.
- Fischer-Posovszky P, Hebestreit H, Hofmann AK et al. Role of CD95-mediated adipocyte loss in autoimmune lipodystrophy. *J Clin Endocrinol Metab*, 2006 Mar, 91(3): 1129-35.
- Егорова О.Н., Белов Б.С., Савушкина Н.М. Панникулит: иммунологические аспекты. VII Национальный конгресс терапевтов, 2012: 75-76.
- Requena L, Yus ES. Panniculitis. Part I. Mostly septal panniculitis. *J Am Acad Dermatol*, 2001 August, 45(2): 163-83.
- Requena L, Yus ES. Panniculitis Part II: mostly lobular panniculitis. *J Am Acad Dermatol*, 2001 September, 45(3): 325-64.
- Kisacik B, Onat AM, Pehlivan Y. Multiclinical experiences in erythema nodosum: rheumatology clinics versus dermatology and infection diseases clinics. *Rheumatol Int*, 2013, 33(2): 315-8. DOI 10.1007/s00296-012-2413-5.
- Puavilai S, Sakuntabhai A, Sriprachaya-Anunt S et al. Etiology of erythema nodosum. *J Med Assoc Thai*, 1995, 78(2): 72-5.
- Hassink RJ, Pasquelli-Egli CE, Jacomella V, et al. Conditions currently associated with erythema nodosum in Swiss children. *Eur J Pediatr*, 1997, 156: 851-3.
- Tejera Segura B, Holgado S, Mateo L et al. Lofgren syndrome: A study of 80 cases. *Medicina Clinica*, 2014, 143(4): 166-169.
- Визель И.Ю., Шмелев Е.И., Баранова О.П., и др. Мультицентровой ретроспективный анализ состояния больных саркоидозом с 10-летним интервалом наблюдения. *Клиническая медицина*, 2014, 92(6): 28-34.
- Boyd AS. Etanercept treatment of erythema nodosum. *Skinmed*, 2007, 6(4): 197-9.
- McGready R, Thwai KL, Cho T et al. The effects of quinine and chloroquine antimalarial treatments in the first trimester of pregnancy. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2002, 96(2): 180-4.
- Егорова О.Н., Белов Б.С., Раденска-Лоповок С.Г. и др. Дифференциальная диагностика панникулита. *Врач*, 2014, 11: 14-19.
- Mert A, Ozaras R, Tabak F et al. Erythema nodosum: an experience of 10 years. *Scand J Infect Dis*, 2004, 36: 424-7.
- Cribier B, Caille A, Heid E. Erythema nodosum and associated diseases. A study of 129 cases. *Int J Dermatol*, 1998 Sep, 37(9): 667-72.
- Mana J, Gomez-Vaquero C, Montero A et al. Lofgren's syndrome revisited: a study of 186 patients. *Am J Med*, 1999, 107(3): 240-5.
- Bohn S, Büchner S, Itin P. Erythema nodosum: 112 cases. Epidemiology, clinical aspects and histopathology. *Schweiz Med Wochenschr*, 1997 Jul, 127(27-28): 1168-76.
- Papaigrigoraki 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.
- Визель И.Ю., Визель А.А. Характеристика больных саркоидозом, обратившихся к пульмонологу: анализ повседневной практики. *Практическая пульмонология*, 2015, 1: 32-37.
- Mana J, Salazar A, Manresa F. Clinical factors predicting persistence of activity in sarcoidosis: a multivariate analysis of 193 cases. *Respiration*, 1994, 61(4): 219-25.



www.rosapteki.ru

Портал для фармацевтов?
провизоров и заведующих
аптеками



**ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ В ОНЛАЙН СООБЩЕСТВО
ПРОФЕССИОНАЛОВ АПТЕЧНОГО ДЕЛА!**



- ➔ Участвуйте в интерактивных программах
- ➔ Перенимайте опыт успешных технологий
- ➔ Будьте в курсе важнейших фармсобытий
- ➔ Вступайте в Клуб РА

С нами вы успешнее!

ПОДПИСНАЯ КАМПАНИЯ НА 2017 ГОД



«МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ»:

профессиональный журнал для практикующих врачей различных специальностей. Периодичность выхода – **18 номеров в год.**

Годовая подписка на 2017 год – 6 534 руб.

Подписка на I полугодие 2017 года – 3 630 руб.

ВЫ МОЖЕТЕ ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ В ЛЮБОМ ПОЧТОВОМ ОТДЕЛЕНИИ РОССИИ ПО КАТАЛОГАМ:

«Газеты, Журналы» Агентства «Роспечать» индексы **48562, 70223**

«Пресса России» индекс **27871**

«Каталог российской прессы Почта России» индекс **35610**

ТАКЖЕ ПОДПИСКУ МОЖНО ОФОРМИТЬ

у официальных дилеров:

Ремедиум Северо-Запад
тел. в г. Санкт-Петербурге:
(812) 971-72-13,

РМВС-Поволжье
тел. в г. Н. Новгороде:
(8312) 30-22-63

у наших партнеров – альтернативных подписных агентств:

ООО «Информнаука»,
тел. (495) 787-38-73, 152-54-81,
www.informnauka.com

ООО «Деловые издания»,
тел. (495) 685-59-78

ООО «Деловая пресса», г. Киров,
тел. (8332) 37-72-03

ЗАО «МК-Периодика»,
тел. (495) 672-70-89

ООО «Урал-пресс»,
(филиалы в 52 регионах России),
тел. (495) 789-86-36,
www.ural-press.ru

ЗАО «Руспресса»,
тел. (495) 729-47-00, тел. (495)
651-82-19

ЗАО «Прессинформ»,
тел. (812) 786-58-29

ПО ВСЕМ ИНТЕРЕСУЮЩИМ ВОПРОСАМ ОБРАЩАЙТЕСЬ В ОТДЕЛ ПОДПИСКИ

☎ (495) 780-34-25 📠 (495) 780-34-26 ✉ podpiska@remedium.ru

ЛЬГОТНАЯ ПОДПИСКА СО СКИДКОЙ

На наших сайтах: www.remedium.ru, www.med-sovet.pro,
на выставках и семинарах,
e-mail: podpiska@remedium.ru

СЧЕТ № МС/900-17				
№	Наименование товара	Ед. измерения	Кол-во	Цена, руб.
1	Подписка на журнал «Медицинский совет» №1-18 (январь – декабрь) 2017 год	комплект	1	6 534,00
			Итого	6 534,00
			Без налога (НДС)	–
			Сумма к оплате	6 534,00
				К оплате: шесть тысяч пятьсот тридцать четыре рубля 00 коп.
				Руководитель предприятия  (Косарева Т.В.)



ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ПЛАТЕЖНОГО ПОРУЧЕНИЯ		
Получатель: ИНН 7718825272 \ 771801001 ООО «Ремедиум»	р/счет	40702810938290019569
Банк получателя: ПАО «Сбербанк России» г. Москва	БИК	044525225
	К/Сч. №	30101810400000000225

АРХИВ ЖУРНАЛА ДОСТУПЕН НА САЙТЕ

WWW.MED-SOVET.PRO

