

# ПАНИКУЛИТ

О.Л. Иванов, А.Н. Львов  
«Справочник дерматолога»

ПАНИКУЛИТ - воспаление подкожной жировой клетчатки, развивающееся в жировых дольках или в междольковых перегородках.

**Панникулит ферментативный** обусловлен воздействием панкреатических ферментов, характеризуется болезненными узлами с некрозом подкожного жира. Может сочетаться с артритами, плевральным выпотом, асцитом и др. Системные поражения иногда приводят к смерти.

*Диагноз панникулита* устанавливают на основании:

- данных гистологического исследования (признаки жирового некроза)
- повышения уровня активности амилазы и липазы в коже и моче.

Панникулит, обусловленный дефицитом альфа1-антитрипсина, нередко носит наследственный характер и сопровождается эмфиземой легких, гепатитом, циррозом печени, васкулитом, крапивницей.

**Панникулит иммунологический** нередко развивается на основе различных васкулитов. Ротман-Макаи синдром (липогранулематоз подкожный) нередко является вариантом течения глубокой узловой эритемы у детей, характеризующийся наличием буллезных узлов, лихорадки.

*Дифференциальный диагноз* проводят со спонтанным панникулитом Вебера-Крисчена, узловатым васкулитом, узловатой и индуративной эритемой.

**Панникулит волчаночный** (красная волчанка глубокая, люпус-панникулит) характеризуется глубокими подкожными узлами или бляшками, нередко болезненными и изъязвленными, располагающимися в области проксимальных отделов конечностей, туловища, ягодиц, иногда головы и шеи.

Кожа над очагами поражения обычно не изменена, но может быть гиперемированной, пойкилодермичной или иметь признаки дискоидной красной волчанки.

*Течение* длительное, после регресса высыпаний остается атрофия кожи или липоатрофия.

*Гистологически* в подкожной клетчатке - картина диффузного лобулярного панникулита.

При прямой иммунофлюоресценции часто выявляются отложения IgG и C, в зоне базальной мембраны эпидермиса

*Дифференцируют* со спонтанным панникулитом.

*Лечение:* синтетические противомаларийные препараты. При распространенных высыпаниях - кортикостероиды внутрь, а при отсутствии эффекта - цитостатики.

**Панникулит пролиферативно-клеточный** развивается при лимфомах, лейкемии, гистиоцитозе и др.

**Панникулит холодовой** является результатом локализованных изменений после воздействия холода на любом участке тела.

Чаще развивался у детей у углов рта (при сосании сосулек).

Клинически характеризуется плотными узлами розового цвета с нечеткими границами (Ознобление).

Субъективно беспокоят ощущение холода и боль.

Узлы персистируют в течение 2-3 нед. и разрешаются бесследно.

**Панникулит искусственный** развивается от введения различных препаратов (например, при Олеогранулема).

**Панникулит стероидный** наблюдается у детей через 1-14 дней после прекращения общей кортикостероидной терапии.

Проявляется зудящими подкожными узлами диаметром от 0,5 до 4 см, окраска которых варьирует от цвета нормальной кожи до красной.

Высыпания локализуются на щеках, верхних конечностях, туловище.

Лечения не требуется, так как наступает спонтанное излечение.

**Панникулит кристаллический** обусловлен отложением микрокальцификатов при гиперкальциемии на фоне почечной недостаточности, уратов при подагре, кристаллов после инъекций некоторых лекарственных средств (менеридин, пентазоцин), холестерина из атероматозных бляшек при эмболии.

**Панникулит эозинофильный** - проявление неспецифической реакции при ряде кожных и системных заболеваний:

- узловатая эритема,
- васкулиты кожи,
- укусы насекомых,
- инъекционная липофатическая гранулема,
- эозинофильный целлюлит,
- системная лимфома.

**Панникулит спонтанный Вебера-Крисчена** (панникулит узловатый ненагнаивающийся лихорадящий рецидивный) - самая частая форма панникулита.

Чаще поражает молодых женщин.

В патогенезе спонтанного панникулита важная роль отводится усилению процесса перекисного окисления липидов.

*Клинически* проявляется единичными или множественными подкожными узлами, располагающимися чаще в области конечностей и ягодиц, реже - на груди, животе, лобке, щеках.

При *узловатой разновидности* узлы четко отграничены от окружающей ткани, их окраска в зависимости от глубины залегания узлов варьирует от цвета нормальной кожи до ярко-розовой, а диаметр колеблется от нескольких миллиметров до 10 см и более.

**Бляшечная разновидность** является результатом слияния отдельных узлов в плотноэластический бугристый конгломерат; цвет кожи над ним варьирует от розового до синюшно-багрового.

**Инфильтративная разновидность** характеризуется возникновением флюктуации в зоне отдельных узлов или конгломератов и ярко-красным или багровым цветом; вскрытие очага происходит с выделением желтой пенистой массы.

При *системном течении* заболевания в патологический процесс вовлекаются подкожная жировая клетчатка брюшной области, сальника, жировая клетчатка печени, поджелудочной железы и других органов, что может привести к летальному исходу.

*Течение* спонтанного панникулита длительное, рецидивирующее.

Заболевание продолжается от недели до нескольких лет.

Отдельные элементы регрессируют спонтанно, после чего остается пигментация или рубец.

*Прогноз* зависит от формы течения заболевания (хроническая, подострая, острая).

*Патоморфологически* выделяют

- островоспалительную,
- липофагическую,
- фиброзную

стадии изменения подкожных узлов.

*Дифференциальный диагноз* проводят с:

- другими формами панникулитов,
- олеогранулемой,
- патомимией,
- инсулиновой липодистрофией,
- сосудистыми гиподермитами,
- узловатой эритемой,
- индуративной эритемой Базена,
- эозинофильным фасциитом,
- актиномикозом,
- споротрихозом,
- кожными саркоидами Дарье-Русси,
- глубокой красной волчанкой,
- подагрическими узлами,
- кальцинозом кожи,
- некрозом подкожной жировой клетчатки новорожденных,
- липомой,
- диссеминированным липогранулематозом (болезнь Фарбера).

**Лечение** комплексное:

- назначают большие дозы витаминов,
- ксантинол никотинат,
- антигистаминные и синтетические антималярийные препараты.

На узлы накладывают

- 5% линимент дибунола под окклюзионную повязку в течение 2-3 нед,
- повязки с чистым ихтиолом.

Системная кортикостероидная терапия показана при подостром и остром течении (преднизолон внутрь - не менее 60-90 мг/сут и 90-120 мг/сут соответственно в течение 10-12 дней с последующим снижением).

Иногда применяют внутриочаговое введение кортикостероидных гормонов.

Назначают антибиотики широкого спектра действия.

При тяжелом течении применяют проспидин - по 100-200 мг/сут внутривенно (на курс 2,0-2,5 г) или метотрексат - по 25 мг 1 раз в 5 дней (4-5 инъекций).