

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА



Узловатая эритема

- ▶ - это заболевание, характеризующиеся воспалением сосудов кожи и подкожно-жировой клетчатки. Чаще всего встречается у женщин, в возрасте от 15 до 30 лет.

СПРОСТРАНЕННОСТЬ



- ▶ Узловатая эритема — довольно редкий синдром. Он может встречаться в любом возрасте, но обычно наблюдается у молодых людей. Распространенность заболевания различна и прежде всего зависит от выраженности предрасполагающих факторов.
- ▶ К важным эпидемиологическим факторам относятся изменения времени года, от которых зависит распространение стрептококковых инфекций, географическое положение. В последние десятилетия, в связи с ранним и эффективным лечением стрептококковых и микобактериальных инфекций, частота случаев узловой эритемы, связанных с этими заболеваниями, существенно снизилась.
- ▶ Предрасполагающими факторами являются застойные явления в конечностях, длительное воздействие холода, эндокринные нарушения, гиповитаминоз С и Р. Заболевание чаще развивается весной и осенью.

Source: Dermatol Online J © 2002 Arthur C. Huntley, MD

ПРИЧИНЫ

*Наиболее распространенные причины узловой эритемы

▶ Инфекционные

- ▶ Стрептококковые заболевания*
- ▶ Туберкулез*
- ▶ Пситтакоз
- ▶ Иерсиниоз
- ▶ Кокцидиомикоз
- ▶ Гистоплазмоз
- ▶ Бластомикоз
- ▶ Проказа
- ▶ Болезнь «кошачьих царапин»
- ▶ Паховый лимфогранулематоз
- ▶ Трихофитоз

▶ Неинфекционные

- ▶ Саркоидоз*
- ▶ Синдром Бехчета
- ▶ Воспалительные заболевания кишечника
- ▶ Язвенный колит
- ▶ Региональный энтерит
- ▶ Опухоли
- ▶ Лейкоз
- ▶ Болезнь Ходжкина
- ▶ Беременность
- ▶ Лекарственные препараты
- ▶ Вакцины

САРКОИДОЗ, ТУБЕРКУЛЕЗ, ЛИМФОГРАНЦЛЕМАТОЗ

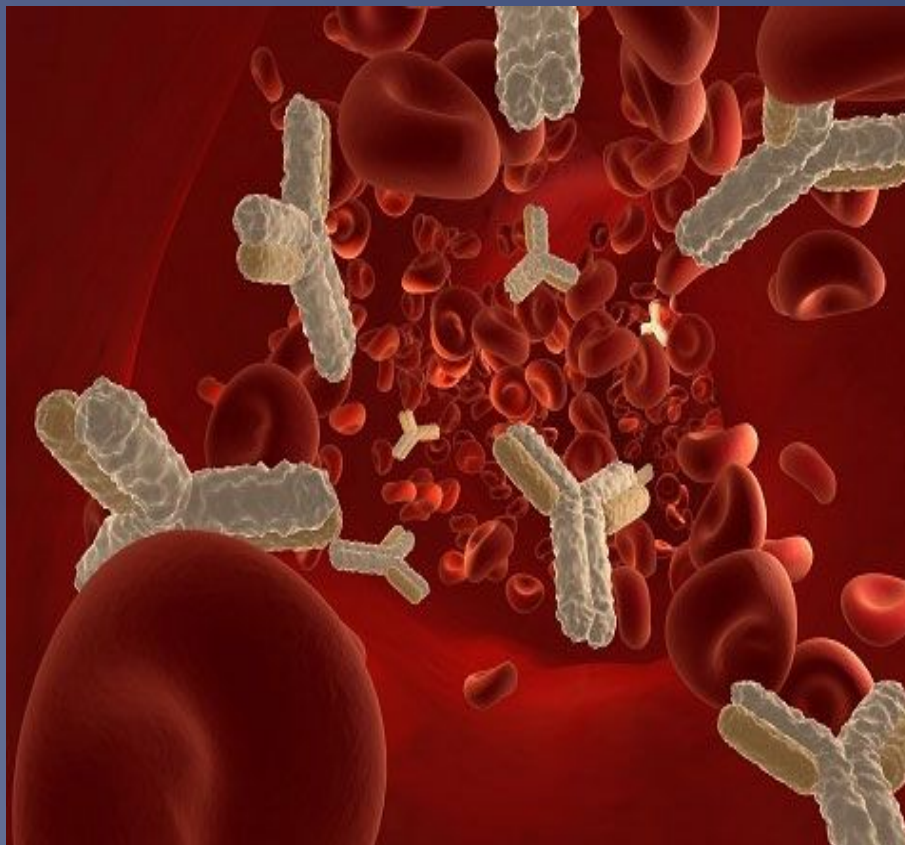
- ▶ у 2/3 обследованных больных узловатая эритема была вызвана саркоидозом, основным методом диагностики которого является рентгенография грудной клетки. Проведение ее показано всем больным узловатой эритемой. Частота узловатой эритемы при этом заболевании в разных странах варьирует от 6 до 67%. При саркоидозе узловатая эритема обычно сопровождается увеличением внутригрудных лимфатических узлов. Значительно более редкими причинами увеличения внутригрудных лимфатических узлов у больных узловатой эритемой являются туберкулез и лимфогранулематоз. При туберкулезном бронхоадените, в отличие от саркоидоза, односторонне увеличиваются прикорневые, трахеобронхиальные или паратрахеальные лимфатические узлы. Дифференцировать саркоидоз и туберкулез помогают туберкулиновые пробы, которые резко положительны при активном туберкулезе. При лимфогранулематозе наблюдается преимущественное увеличение лимфатических узлов верхнего средостения и в меньшей степени прикорневых. Больные лимфогранулематозом обычно жалуются на слабость, похудание, кожный зуд. Характерно увеличение периферических лимфатических узлов, которые становятся плотными и малоподвижными

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА

- ▶ В последние годы одной из главных причин узловой эритемы стали лекарственные вещества, ими могут быть салицилаты, бромиды, йодиды, сульфаниламиды, антибиотики, вакцины и другие биологические препараты, а также оральные контрацептивы. Прием лекарств обычно за 10—14 дней предшествует появлению узловой эритемы. Установить лекарственную этиологию узловой эритемы нетрудно при опросе больного. Следует помнить, что больные нередко не придают значения факту приема некоторых распространенных препаратов или забывают о нем

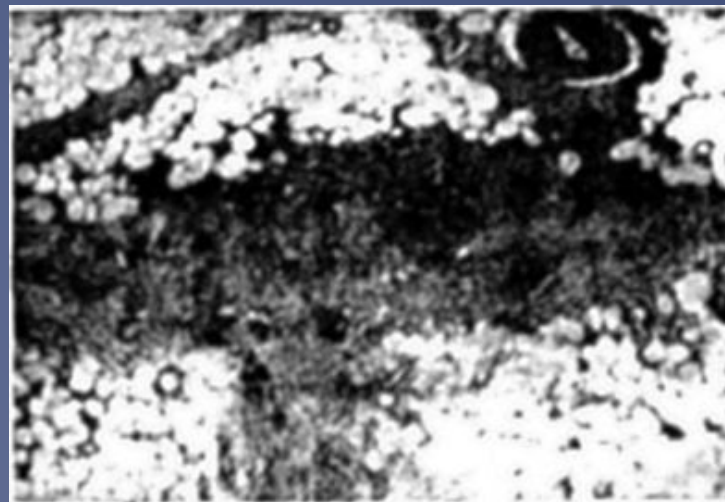
ПАТОГЕНЕЗ

- ▶ 1. В патогенезе узловой эритемы придают значение циркулирующим иммунным комплексам, гиперчувствительности замедленного типа и гиперпродукции медиаторов клеточного иммунитета.
- ▶ 2. . В последние годы обнаружено высокое распространение антигена HLA-B8 у больных с узловой эритемой, что предполагает наличие генетической предрасположенности к этому синдрому.



СТОПАТОЛОГИЯ

- ▶ Узловой эритемы характерны воспалительные поражения, вначале захватывающие мелкие кровеносные сосуды, а также междольковые перегородки и дольки жира, расположенные на переходе сетчатого слоя дермы в подкожную жировую клетчатку. Специфические гистологические признаки узловой эритемы отсутствуют, морфологические данные колеблются от признаков васкулита до панникулита.
- ▶ Ранние изменения (давность 12—48 ч) проявляются в виде периваскулярного воспаления, захватывающего преимущественно вены, реже — артерии. Сосудистые изменения вначале характеризуются отеком эндотелиальных клеток, сосудистой стенки, а также появлением в стенке сосудов и периваскулярной ткани воспалительных инфильтратов, состоящих прежде всего из полиморфноядерных лимфоцитов. Встречаются кровоизлияния в окружающие ткани, которые рассматривают как важный морфологический симптом узловой эритемы. Сосуды, снабжающие подкожную жировую клетчатку, расположены в междольковых перегородках. Поэтому при поражении перегородок вокруг сосудов разрастаются в радиальном направлении гистиоциты, проникающие в междольковые перегородки и жировые дольки подкожной ткани.



ИНИКА

Основным проявлением этого заболевания является наличие плотных узлов, которые располагаются в нижних отделах дермы либо в подкожной клетчатке. Такие узлы могут иметь разный диаметр: он варьируется от 5 мм до 5 см. Над узлами кожа красная и гладкая. Узлы немного возвышаются над общим кожным покровом, но четких границ не наблюдается, так как ткани вокруг отекают.



ИНИКА

- ▶ Примерно через 3-5 дней происходит разрешение узлов. Они уплотняются и не распадаются. Характерный симптом – изменение окраски кожного покрова в местах над узлами. Этот процесс похож на то, как постепенно проходит синяк. Сначала кожа становится буроватой, а потом синеет, и постепенно желтеет.
- ▶ Чаще всего узлы при узловатой эритеме появляются на передней поверхности голеней. В большинстве случаев поражение симметрично, но иногда наблюдаются односторонние или единичные высыпания. Во всех местах тела, где находится подкожная жировая клетчатка, могут появляться элементы узловатой эритемы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- ▶ 1. Индуративная эритема (болезнь Базена) отличается от узловой эритемы клинически и характеризуется наличием рецидивирующих групп фиолетовых узелков на задней поверхности нижних конечностей
- ▶ 2. От токсидермии узловая эритема отличается мономорфными узлами, динамикой развития окраски, болезненностью высыпаний и преимущественной локализацией на передней поверхности голеней.
- ▶ 3. При узловой эритеме с тяжелым поражением сосудов в гистологической картине следует исключить возможность кожного узелкового периартериита
- ▶ 4. с уплотненной эритемой, которая наблюдается преимущественно у молодых женщин при гематогенной диссеминации возбудителя туберкулеза
- ▶ а также со спонтанным панникулитом, липогранулемой, липодистрофией, подкожными саркоидами Дарье—Русси, кальцинозом кожи и мигрирующим тромбофлебитом

УЗЛОВАЯ ЭРИТЕМА У БЕРЕМЕННЫХ

- ▶ На сегодня установлено, что узловая эритема более вредна для здоровья самой женщины – возникает осложнение на сердце, а для ребенка подобные факторы почти не заметны. В этом случае врачи могут назначить сохранение, если есть сбои со стороны сердечно-сосудистой системы. У некоторых беременных узловая эритема может проходить к концу второго-третьего триместра.



УЗЛОВАЯ ЭРИТЕМА У ДЕТЕЙ

- ▶ Для этиологии узловой эритемы в детском возрасте чаще всего предлагается вирусная составляющая, при которой узловая эритема воспринимается как агглютинация с вирусным антигеном.
- ▶ Клиническая картина у детей не намного отличается от взрослой. Ко всем симптомам можно добавить расстройство желудка. В некоторых случаях у детей узловая эритема может размягчаться, нагнаиваться и впоследствии рассасываться без тяжелых местных последствий.



ЧЕНИЕ

- ▶ При острой форме у детей младшего возраста особое внимание уделяют выявлению туберкулезной инфекции и проводят соответствующее лечение. У детей старшего возраста тщательное обследование направлено на фокальную инфекцию, ревматизм. При отсутствии указаний на туберкулез назначают антибиотики широкого спектра действия. Широко используют кальция глюконат или хлорид, напросин, садицилаты, реопирин, пирабутол, бруфен.
- ▶ Назначают кислоту аминокапроновую в 5 % растворе по 1 чайной или десертной ложке 3-4 раза в день в течение 10- 12 дней или амбен в сиропе по 1 чайной ложке 2-3 раза в день детям от 1 года до 3 лет и в таблетках (0,25 г), по 1 - 2 таблетке 2-3 раза в день в течение 7-10 дней.
- ▶ В упорных случаях с выраженной воспалительной реакцией и при отсутствии туберкулеза вместе с антибиотиками назначают глюкокортикоидные гормоны (преднизолон от 10 до 20- 30 мг, урбазон по 8-16-24 мг, дексаметазон по 2-3 мг в сутки) с последующим постепенным снижением дозы по мере улучшения процесса, а также противомаларийные препараты (резохин, делагил) по 0,05-0,1 г детям до 3 лет и по 0,125- 0,25 г старше 3 лет 1-2 раза в день циклами по 3-5 дней под контролем морфологии крови.
- ▶ Рекомендуют витамины: рутин, аскорбиновую кислоту, аевит, витамины Во и В12,- аутогемотерапию. При отсутствии данных за туберкулез и других противопоказаний назначают облучение ртутно-кварцевой лампой, диатермию, соллюкс, УВЧ-терапию.
- ▶ Наружно применяют компрессы из 5-10 % раствора ихтиола, мазь ацемина, рассасывающие мази Микулича, Вишневого или Креде