

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ У ДЕТЕЙ Г. ИРКУТСКА

И.С. Самборская¹, Н.М. Павлова², П.П. Пташкина¹, А.В. Татарина¹

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра детских болезней с детскими инфекциями, зав. — д.м.н., проф. Л.А. Решетник; ²Иркутская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, гл. врач — д.м.н., проф. В.А. Новожилов, отделение педиатрии №1, зав. — к.м.н. Н.М. Павлова)

Резюме. В статье представлены результаты ретроспективного анализа 44 случаев узловой эритемы у детей 1-17 лет по материалам Иркутской Ивано-Матренинской детской клинической больницы за период 2000-2007 г. Установлено наличие связи заболевания в большинстве случаев с перенесенной острой вирусной и бактериальной инфекциями (гемолитический стрептококк), в меньшей степени с туберкулезной инфекцией. В большинстве случаев активная терапия НПВП, антибактериальная и местная терапия позволяет добиться быстрого и полного купирования симптомов заболевания и низкую частоту рецидивов. Несвоевременная диагностика узловой эритемы приводит к затягиванию сроков стационарного лечения и дальнейшей реабилитации.

Ключевые слова: узловая эритема, дети, г. Иркутск.

FEATURES OF COURSE OF ERYTHEMA NODOSUM IN CHILDREN OF IRKUTSK

I.S. Samborskaya¹, N.M. Pavlova², P.P. Ptashkina¹, A.V. Tatarinova¹

(¹Irkutsk State Medical University; ²Irkutsk Municipal Children's Clinical Hospital)

Summary. The article describes the results of the retrospective analysis of 44 cases of erythema nodosum of 1-17 year old children according to the materials of the Children's Hospital of Irkutsk for 2000-2007. The most cases have shown that the patients had any acute virus or bacterial infection (haemolytic streptococcus) or tuberculosis infection in fewer cases. In the most cases the NSAID therapy, antibacterial and local therapy as well allow to get rapid and total reduction of the disease and low frequency of recidivation. The late diagnostics of erythema nodosum slows down the stationary treatment and further rehabilitation.

Key words: erythema nodosum, children, Irkutsk.

Как самостоятельная нозологическая форма узловая эритема (erythema nodosum) была выделена достаточно давно. Но на современном этапе отсутствуют многоцентровые исследования по распространенности и особенностям течения заболевания в связи с небольшим количеством наблюдений. Имеются лишь отдельные описательные статьи, характеризующие особенности течения заболевания [6,7].

Узловая эритема (L-52 по МКБ) — заболевание, относящееся к группе глубоких дермо-гиподермальных васкулитов. Впервые описал узловатую эритему английский дерматолог R. Willan в 1798 г. В 1860 г. F. Hebra подробно изложил клинические проявления этого дерматоза [8]. Наиболее частой причиной данной нозологии являются БГСА (особенно среди детей) [2], туберкулезная инфекция, саркоидоз [4], лимфогранулематоз, применение лекарственных препаратов [9].

По степени выраженности, течению и давности воспалительного процесса выделяют три типа УЭ:

1. Острая узловая эритема является классическим вариантом заболевания [5]. Обычно возникает на фоне лихорадки, интоксикации, проявляется быстро развивающимися, довольно крупными узлами овальной формы, слегка приподнятыми над окружающей кожей, болезненными при пальпации. Границы их нечеткие, с преимущественной локализацией на передней поверхности голени. Высыпания могут быть и распространенными. Узлы исчезают бесследно в течение 2-3 недель, последовательно изменяя окраску по типу «цветения синяка» [1].

2. Подострая УЭ отличается от острой склонностью к затяжному течению, меньшей выраженностью воспалительной реакции, нерезкими общими явлениями и менее высокой лабораторной активностью.

3. Хроническая УЭ, характеризующаяся упорным рецидивирующим течением, на фоне хронических очагов инфекции, общих сосудистых и аллергических заболеваний.

Диагноз основывается на данных анамнеза, клинических проявлениях, результатах лабораторного и инструментального исследова-

ния. Дифференциальный диагноз проводят с индуктивным туберкулезом (эритема Базена), розей, кожной формой узелкового периартериита, болезнью Вебера-Крисчена, мигрирующим тромбофлебитом. Лечение должно быть направлено на ликвидацию основного заболевания. Большое значение имеет постельный режим. Терапию всех форм УЭ проводят НПВП, антибиотиками широкого спектра действия. При высокой воспалительной активности или недостаточном эффекте от лечения показано назначение преднизолона. Для местного лечения применяют противовоспалительные, рассасывающие инфильтрат и восстанавливающие микроциркуляцию средства: аппликации с 33% раствором димексида [3], физиолечение.

Несмотря на возможность рецидивов, течение УЭ, как правило, благоприятное. Диспансерное наблюдение проводится в течение 6 месяцев.

Цель исследования: по материалам ИМДКБ изучить особенности течения узловой эритемы на современном этапе, совершенствовать методы ее ранней диагностики и лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 44 историй болезни больных с узловой эритемой, проходивших стацио-

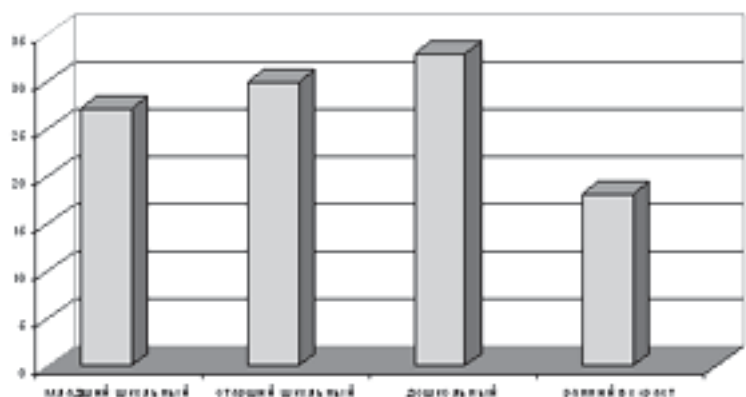


Рис. 1.

нарное лечение в отделении педиатрии №1 в 2000–2007 гг., а также 44 амбулаторных карт вышеуказанных больных.

Оценены демографические параметры, средние сроки амбулаторного и стационарного этапов лечения, количество повторных обращений. Оценена эффективность терапии на амбулаторном и стационарном этапе. Оценена выраженность клинических симптомов и их зависимость от показателей лабораторной активности.

Исследование основано на изучении результатов клинического обследования и лечения 44 больных (21 мальчиков и 23 девочек), перенесших узловатую эритему за период 2000–2007 года. Дети были распределены по возрастам на четыре группы: ранний возраст (1–3 года), дошкольный (3–7 лет), младший школьный (7–11), старший школьный (11–17). Минимальное количество больных с узловатой эритемой наблюдалось в группе детей раннего возраста (6,8%). Наибольшее количество заболевших было в группе 11–17 лет — 43,3%. В группах дошкольного и младшего школьного возрастов количество случаев узловатой эритемы было сопоставимо (27,2%, 22,7% соответственно).

Результаты и обсуждение

Дети поступали в стационар преимущественно ранней весной (39,3%), реже зимой (24,3%) и осенью (24,3%), меньше всего летом (12,1%). На догоспитальном этапе правильность диагностики узловатой эритемы составила всего 54,5%.

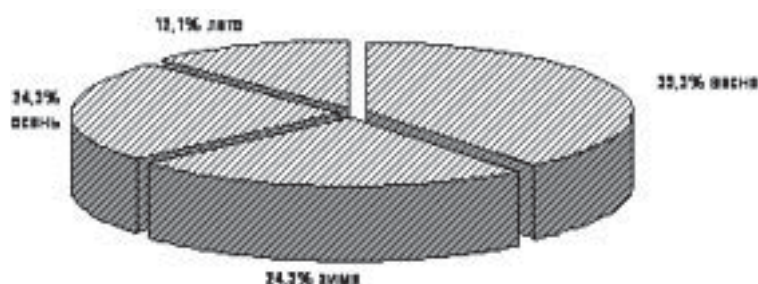


Рис. 2.

Практически у половины диагноз был поставлен неверно. Наиболее частым ошибочным диагнозом являлся геморрагический васкулит — 12,1%, с диагнозом недифференцированный коллагеноз были направлены 9% и в 6% случаев с диагнозом аллергическая реакция. В единичных случаях больные были направлены с такими диагнозами, как узелковый периартериит, острый неревматический кардит, нарушение ритма, ПЮД.

У всех больных был неблагоприятный анамнез, свидетельствующий о высоком инфекционном индексе: очаги хронической инфекции (61%) в виде хронического тонзиллита, назофарингита, гнойных заболеваний (панариции), пиодермий, стрептодермий, хронического среднего отита. Частые острые респираторные заболевания (48%). Отягощенный аллергологический анамнез выявлен у 51,1% всех больных в виде пищевой, лекарственной непереносимости, atopического дерматита, аллергического диатеза. У всех больных выявлена связь с перенесенными заболеваниями: соотношение вирусной и бактериальной инфекции было одинаково (45% и 54% соответственно). Наиболее частыми бактериальными инфекциями, провоцирующими развитие узловатой эритемы, являлись назофарингит (21,2%), ОКИ (9%), трахеобронхит (6%). В 12,1% случаев выявлено первичное тубинфицирование.

В редких случаях узловатая эритема развивалась на фоне пневмонии, фолликулярной ангины, цистита, подчелюстного лимфоаденита.

У подавляющего большинства больных отмечалось острое начало заболевания (82%). В клинической картине узловатой эритемы можно выделить 3 периода: продромальный, разгара заболевания и обратного развития.

Продромальный период отмечался у всех больных; длительность его составляла в среднем 11 дней. У детей ухудшалось самочувствие. Лихорадка наблюдалась в 57,5% в течение нескольких дней, во время появления высыпания держалась на фебрильных цифрах, а с прекращением высыпаний литически снижалась до нормальной за сутки. Субфебрилитет наблюдался редко — в 18,1% случаев. В остальных случаях температура оставалась в пределах нормы. Артралгии имели место в 18,1% с преимущественной локализацией в коленных и голеностопных суставах.

На момент госпитализации у 20 больных регистрировались остаточные явления ОРВИ: гиперемия зева, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей (насморк, кашель). В 61% случаев имелась гипертрофия небных миндалин I–II степени. Умеренное увеличение подчелюстных лимфатических узлов констатировано в 48,5% случаев.

В разгар заболевания следует выделять местный синдром (дермогиподермит). На передней поверхности голени, вдоль сосудов, над суставами — в 84,8% случаев у больных появлялись симметрично расположенные, плотные, резко болезненные (в 66,7% случаев), выступающие над поверхностью кожи инфильтраты; кожа над ними была ярко гиперемирована, напряжена. У одного ребенка имела атипичная локализация в области плеч. Двое детей поступили с распространенной формой узловатой эритемы. Размеры инфильтратов были различными: от мелких единичных размером 0,5х0,5 см до множественных, крупных размеров до 5 см, с тенденцией к слиянию. У большинства (в 75,7%) были выражены симптомы интоксикации: недомогание, вялость, бледность, периорбитальные тени.

Лабораторная активность оценивалась на основании показателей: СОЭ и СРБ. Увеличение СОЭ наблюдалось в 72,7%, из них в 48% превышала 25 мм в час. С-реактивный белок обнаруживался в 42%, причем из них в 20% реакция на него была резко положительной (++++), в 80% положительной и слабopоложительной (++ и +).

Связь с перенесенной стрептококковой инфекцией была выявлена в 56% случаев (положительная культура стрептококка в смывах из носоглотки, с одинаковой частотой *a-Hemolyticus Streptococcus* и *b-Hemolyticus Streptococcus* в 57% и 43% соответственно). В 12% у детей обнаружен *Streptococcus solivarius*, в 9% — *Staphylococcus aureus*.

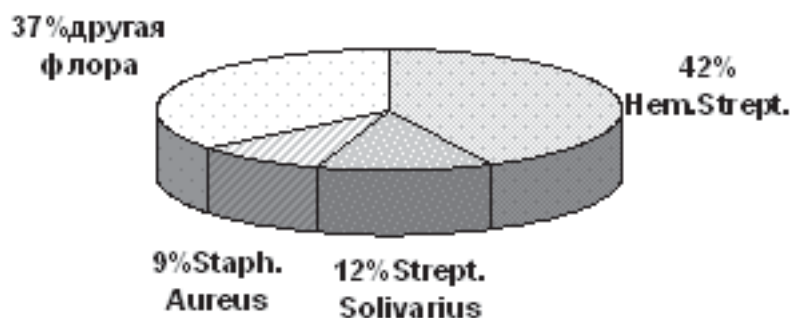


Рис. 3.

В 36,6% титр АСЛО превышал 250 МЕ/мл.

Всем детям проводилось электрокардиографическое исследование, в двух случаях — холтеровское мониторирование. У половины (50%) регистрировались изменения сердца по ЭКГ. В 36,4% выявлены различные нарушения ритма: синусовая тахикардия — 16,7%, синусовая брадикардия — в 16,7%, экстрасистолы — в 25%, суправентрикулярная блокада — в 16,7%, синдром WPW — в 16,7%, феномен укорочения PQ — в 16,7%.

Для исключения дебюта аутоиммунного процесса и у больных с суставным синдромом, определялось содержание РФ в сыворотке крови. Во всех случаях результаты были отрицательны.

Для исключения туберкулезной инфекции проводился анализ анамнестических данных, туберкулинодиагностика. Ни у кого из детей не установлен контакт с больными туберкулезом. Однако у четверых детей результат пробы Манту с 2 ТЕ оказался положительным. У одного ребенка был выявлен туберкулез внутригрудных лимфатических узлов и дальнейшее лечение продолжено в ОПТД. Одному ребенку назначен профилактический курс противотуберкулезных препаратов. Еще два ребенка, получавших курс противотуберкулезных препаратов, находились под наблюдением фтизиатра до поступления в стационар. Таким образом, в 12% случаев была выявлена туберкулезная этиология заболевания.

У больных с распространенным вариантом течения узловой эритемы отмечались более высокая лабораторная активность воспалительного процесса.

Нами оценено соответствие объема проведенного обследования со стандартом медицинской помощи больным с узловой эритемой, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 декабря 2006 г. №851. Установлено, что диагностические мероприятия проводились в полном объеме в соответствии с выше указанным стандартом.

Среднее время с момента заболевания до назначения лечения составило 11 дней.

В разгар заболевания все больные получали НПВП в соответствующих дозировках, в большинстве случаев диклофенак (89%), в редких случаях нимесулид (9%) и индометацин (9%).

Антибиотикотерапия у детей без отягощенного алергоанамнеза начиналась с пенициллина (51,5%). В 29,4% имелся положительный эффект от лечения при проведении полного курса. В 22,1%, в связи с недостаточным клиническим эффектом от лечения, был назначен повторный курс АБТ из группы макролидов: эритромицином и суммамедом.

У детей с аллергией на пенициллиновый ряд (18,1%) был проведен курс цефалоспоринов 2-3 поколений. Из них 50% не нуждались в повторном курсе АБТ, остальным проведен повторный курс АБТ макролидами. По

окончании АБТ в 17,6% в связи со стрептококковой инфекцией проводилась бициллинопрофилактика.

Всем были назначены антигистаминные препараты: в острый период — супрастин, с последующим переходом на антигистаминные препараты II поколения.

Все больные прошли курс физиотерапии в виде последовательного назначения УФО и фонофареза.

Обязательным было включение в лечение санации хронических очагов инфекции — санации миндалин фурацилином.

В результате активной терапии наблюдались повторные волны высыпания только у двоих детей. По окончании стационарного лечения большинство больных нуждались в амбулаторном долечивании (85%). В 6% при отсутствии динамики в связи с выявленным первичным тубинфицированием дети переведены в туберкулезный диспансер. И только в 9% случаев дети выписаны с полностью купированным кожным синдромом. В период реконвалесценции всем детям была рекомендована дальнейшая терапия НПВП в сочетании с местным лечением (физиолечение, мази).

Средняя длительность пребывания в стационаре составила 14 дней, она вполне сопоставима с длительностью догоспитального наблюдения больных.

Таким образом, в настоящее время диагностика узловой эритемы остается не своевременной, что затягивает сроки стационарного лечения и дальнейшей реабилитации. Достоверных различий по поло-возрастным показателям выявлено не было. В большинстве случаев (94%) заболевание развивалось после перенесенной острой вирусной и бактериальной инфекции и совпадает с пиком заболеваемости ОРВИ и носоглоточной инфекцией. В большинстве случаев активная терапия НПВП, антибиотиками и местная терапия позволяет добиться быстрого и полного купирования симптомов заболевания и низкую частоту рецидивов.

Полученные данные позволяют рекомендовать добиваться улучшения эффективности диспансеризации больных с хроническими очагами инфекции в особенности у носителей стрептококка и туберкулезной инфекции, а также проведения клинических конференций и семинаров у педиатров амбулаторно-поликлинического звена по особенностям течения и диагностике данной нозологической формы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов В.Г., Альбанова В.И., Богатырева И.И. и др. Патология кожи / Под ред. В.Н. Мордовцева, Г.М. Цветковой. — В 2 т. Т. 2. Частная патоморфология кожи. — М.: Медицина, 1992. — 384 с.
2. Зверькова Ф.А. Болезни кожи у детей раннего возраста. — СПб.: Сотис, 1994. — 235 с.
3. Иванов О.Л., Потекаев Н.С., Алябьева А.П. Аппликации диметилсульфоксида в терапии узловой эритемы // Тер. архив. — 1983. — № 9. — С.104-107.
4. Моисеев С.В., Корнев Б.М. Узловая эритема: ревматизм или саркоидоз? // Новый медицинский журнал. — 1996. — № 1-2. — С.8-10.
5. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкин Н.П. Васкулиты и васкулопатии — Ярославль: Верхняя Волга, 1999. — 616 с.
6. Тюрин Н.А., Мякоткина Н.А., Буркина З.П. Особенности клинической картины острой узловой эритемы у детей // Педиатрия. — 1983. — № 3. — С.44-47.
7. Чернышова Л.И., Факторова И.А., Борисенко М.И. Об узловой эритеме у детей // Педиатрия. — 1980. — № 2. — С.64-65.
8. Requena L., Requena C. Erythema nodosum // Dermatology Online Journal. — 2002. — Vol. 1, № 1. — Internet: <http://www.medscape.com/viewpublication/464/>
9. Tavarella V.F. Review article: skin complications associated with inflammatory bowel disease // Aliment Pharmacol Ther. — 2004. — Vol. 20 (suppl. 4). — P.50-53.

Адрес для переписки:

664003, Иркутск, ул. Красного восстания, 1, ИГМУ, кафедра детских болезней, Самборская Ирина Сергеевна — ассистент, к.м.н., Павлова Наталья Марковна — зав. отделением, к.м.н.