

Протокол № 3 заседания
Ученого совета Федерального государственного бюджетного научного учреждения
«Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой»
от 26 января 2016 г.

Председатель: академик РАН Е.Л.Насонов
Ученый секретарь: д.м.н. В.Н.Амирджанова

Насонов Е.Л., Эрдес Ш.Ф., Каратеев Д.Е., Амирджанова В.Н., Александрова Е.Н., Авдеева А.С., Алекберова З.С., Алексеева Л.И., Ананьева Л.П., Балабанова Р.М., Бадокин В.В., Белов Б.С., Бялик Е.И., Васильев В.И., Васин А.Д., Волков А.В., Галушко Е.А., Гордеев А.В., Денисов Л.Н., Елисеев М.С., Каратеев А.Е., Коротаева Т.В., Кузьмина Н.Н., Лукина Г.В., Макаров С.А., Мухин Н.А., Муравьев Ю.В., Новоселова Т.М., Никишина И.П., Олюнин Ю.А., Павлов В.П., Попкова Т.В., Решетняк Т.М., Сигидин Я.А., Смирнов А.В., Соловьев С.К., Филимонов Т.А., Чичасова Н.В., Сокол Е.В., Лисицына Т.А., Асеева Е.А., Пальшина С.Г., Васильев В.И., Городецкий В.Р., Воробьева Л.Д., Буханова Д.В., Лебедева О.И., Волков М.Ю., Цховребова И.З., Четина М.Н., Хван Ю.И., Сухинина А.В., Коваленко П.С., Стребкова Е.А., Шевченко А.К., Черкасова М.В., Юдкина Н.Н., Чальцев Б.Д., Лучихина Е.Л., Новиков А.А., Новикова Д.С., Каледя М.И., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Федоров Е.С., Салугина С.О., Кошелева Н.М., Егорова О.Н., Наумцева М.С., Карпова Ю.А., Румянцева Д.Г., Колтакова А.Д., Алексеева А.В., Алексеева О. Муравьева Н.В., Алексеев Д.Л., Захарова А.Ю., Гарзанова Л.А., Овсянникова О.Б., Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю., Владимиров С. Желябина О.В., Касумова К.А., Старовойтова М.Н., Десинова О.А., Годзенко А.А., Панасюк Е.Ю., Имамединова Г.Р., Хелковская-Сергеева А.Н., Середавкина Н.В., Герасимова Е.В., Кондратьева Л.В., Панафидина Т.А., Шахраманова Е.Л., Гукасян Д.А., Шелепина Т.А., Овсянникова О.Б., Евсикова М.Д., Сатыбалдыев А.М., Шорникова Н.С., Шалхметова Р.У., Пиванова А.В., Канонирова М.А., Сатыбалдыева М.А., Демина А.Б., Аникин С.Г., Чурсан А.В., Гонтаренко Н.В., Цветкова Е.С., Никитинская О.Л., Шарапова Е.П., Верижникова Ж.Г., Румянцева О.А., Дубинина Т.В., Меснянкина А.Н., Павлов В.П.

Повестка:

1. Утверждение темы докторской диссертации Егоровой Ольге Николаевне **«Панникулит в ревматологии: клинико-морфологические варианты»**

Научный консультант: д.м.н.Б.С.Белов
Специальность: ревматология

По первому вопросу выступила О.Н.Егорова с докладом «Панникулит в ревматологии: клинико-морфологические варианты» . В основном содержании выступления была отражена актуальность темы, краткий ход, личный вклад в проведенное исследование, главные итоги: теоретическая и практическая новизна и значимость результатов (аннотация прилагается).

Вопросы и обсуждение:

Проф., д.м.н. Кузьмина Н.Н.

1. Влияет ли возрастной диапазон на развития вариантов панникулитов (Пн)?

к.м.н. Егорова О.Н. – В результате проведенного исследования не было выявлено статистически значимых корреляций между возрастом и вариантами Пн. Однако, отмечено, что узловатая эритема (УЭ) ассоциированная с инфекцией, преимущественно со стрептококковой, диагностировалась в юношеском возрасте. Тогда, как липодерматосклероз чаще выявлялся у пациентов зрелой возрастной группы.

2. По какому принципу объединяются все представленные в сообщении заболевания?

к.м.н. Егорова О.Н.- Репрезентированные заболевания относятся к панникулитам - это группа гетерогенных воспалительных заболеваний, характеризующихся поражением подкожной жировой клетчатки (ПЖК), и нередко протекающих с вовлечением в процесс опорно-двигательного аппарата и внутренних органов.

3. Проводился ли анализ исходов вариантов Пн?

к.м.н. Егорова О.Н – Нет, но мы планируем проанализировать эти данные.

4. Какой катамнез у Ваших больных?

к.м.н. Егорова О.Н – Динамика наблюдения за пациентами составляет 7 лет.

5. Встречался ли в Вашей практике переход одного варианта Пн в другой?

к.м.н. Егорова О.Н –Мы наблюдали это явление только при идиопатическим Пн Вебера-Крисчена (ИПВ-К), когда у больного первично выявлялась узловатая форма и в результате динамического наблюдения преобразовывалась в бляшечную форму или бляшная трансформировалась в инфильтративную. Поэтапное возникновение всех вышеуказанных разновидностей расценивалась, как смешанная форма ИПВ-К. Траверс вариантов септального Пн в лобулярный Пн мы не отметили.

Проф., д.м.н. Ананьева Л.П.

1. Что такое синдром эозинофилии-миалгии?

к.м.н. Егорова О.Н- Синдром эозинофилии-миалгии (СЭМ) заболевание, протекающее с преимущественным поражением кожи и кроветворной системы, а также внутренних органов. На рубеже 1980-1990-х гг. в США насчитывалось более 1600 больных СЭМ. Как выяснилось, многие случаи заболевания были обусловлены применением L-триптофана в связи с тревожными и депрессивными состояниями. Чаще встречается у женщин (до 80%), характеризуется острым началом с развитием лихорадки, слабости, интенсивных миалгий генерализованного характера, непродуктивного кашля и выраженной эозинофилии (более 1000/мм³). Острая симптоматика быстро купируется глюкокортикоидами. В 20% случаев, наблюдается артрит, в 35-52% - артралгии, у

отдельных больных формируются сгибательные контрактуры с преобладающими явлениями фасциита.

2. Как Вы считаете, панникулиты относятся к аутоиммунным или аутовоспалительным заболеваниям?

к.м.н. Егорова О.Н – Пн это обширная группа заболеваний. При одних панникулит выступает как симптом основного заболевания, так например: узловатая эритема при саркоидозе и беременности, или лобулярный панникулит при системной красной волчанке и дерматомиозите. При ИПВ-К как критериальный признак заболевания, поэтому патогенез этих состояний различен. При аутоиммунных заболеваниях аутоантитела и цитостатические Т-лимфоциты направлены против собственных антигенов. В отличие от аутоиммунных заболеваний в инициации аутовоспалительных болезней играют роль, главным образом, генетически детерминированные реакции иммунитета и воспаления, а не механизмы, связанные с антиген-индуцированным синтезом антител или активацией Т-лимфоцитов. Группа аутовоспалительных заболеваний включает в себя семейные периодические лихорадки (периодическую болезнь, синдром Макла-Уэллса и др.), наиболее частым осложнением которых является вторичный АА-амилоидоз, что за 7-летнее кураторство за нашими больными мы не отметили. Хронические аутовоспалительные заболевания создают персистирующий воспалительный фон и способствуют активации иммунных реакций с возможным развитием классических аутоиммунных заболеваний. Учитывая вышесказанное, мы планировали бы уточнить эти позиции при дальнейшем исследовании.

Проф., д.м.н. Ю.В.Муравьев

1. Почему в названии Вы не указали формы панникулитов?

к.м.н. Егорова О.Н – Мы хотели обратить внимание именно на многообразие вариантов Пн, что и нашло свое отражением в названии работы.

2. Как вы определяли активность Пн?

к.м.н. Егорова О.Н- Оценки определения активности Пн в настоящий момент не разработаны. В нашем исследовании для оценки активности заболевания были использованы определения СОЭ и СРБ. При характеристике узловатой эритемы дополнительно нами были охарактеризованы стадии этого проявления: при 1 стадии (созревания) уплотнение розовое и ВАШ боли до 50 мм, при 2 ст (зрелой) очаг багрово-красный и ВАШ боли до 100мм и 3 ст (разрешения) характеризуется симптомом «синяка» с ВАШ боли 20мм. Представленная клиническая референция при УЭ позволяет комплексно оценить активность УЭ.

Проф., д.м.н. Алекберова З.С.

1. Какая общность всех вариантов панникулитов?

к.м.н. Егорова О.Н-При всех вариантах панникулитов воспалительный процесс локализуется в подкожно-жировой клетчатке, который проявляется единичными или множественными уплотнениями на коже. В соответствии с преимущественным преобладанием воспалительных изменений в соединительнотканых перегородках (септах) или жировых дольках, выделяют септальный (СПн) и лобулярный панникулиты (ЛПн). Оба типа Пн могут протекать с признаками васкулита и без такового, что находит отражение в клинической картине заболевания.

К.м.н. Дыдыкина И.С.

1. К какой классификационной группе относится гетерогенная группа панникулитов?

к.м.н. Егорова О.Н- Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра идиопатический панникулит Вебера-Кристена относится к системным поражениям соединительной ткани (М 35.6), кальцифилаксия и панникулит неуточненный к болезням мягких тканей (М60-М79)(слайд 10).

Д.м.н. Каратеев А.Е.

1. В вашем исследовании встречались ли пациенты с выраженными нарушениями функций сердечно-сосудистой системы, печени и почек? Если нет, тогда, может быть, исключить эти критерии исключения из исследования?

к.м.н. Егорова О.Н- В нашем исследовании не было пациентов с выраженными нарушениями функций сердечно-сосудистой системы, печени и почек, у которых были выявлены варианты Пн. Спасибо, за замечание! В дальнейшей нашей работе мы уберем эти критерии исключения.

2. В подразделе «научная новизна» Вы указали, что впервые будут разработаны диагностические критерии отдельных вариантов панникулитов. Разве за более чем, 100-летний период описания этого не было сделано, например, при болезни Вебера-Крисчена? Выявления критериев заболевания требует многоцентрового трудоемкого и длительного исследования.

к.м.н. Егорова О.Н- Спасибо, за замечание! В нашем исследовании мы имели в виду не критерии, а признаки вариантов Пн. Несмотря на длительный период изучения, в настоящее время нет четких признаков вариантов панникулитов. В том числе и при идиопатическом панникулите Вебера-Крисчена, где выделяют только лихорадку и узлы. В нашем исследовании мы выявили, что для этого заболевания характерны не только эти признаки, но и вскрытие узла с выделением желтой маслянистой массы (100% при инфильтративной форме), поствоспалительные атрофии и рубцы ПЖК(с-м «блюдца»), тенденция к рецидивам (94%), повышенные значения СОЭ, СРБ (67% и 87%). Аналогические особенности выделены при узловатой эритеме, например, при саркоидозе, такие как интенсивный отек нижних конечностей, часто предшествующий появлению УЭ; выраженность артралгий и периартикулярных изменений, преимущественно голеностопных, реже - коленных и лучезапястных суставов; тенденция к слиянию элементов УЭ; крупные размеры элементов УЭ (> 2 см в диаметре); нередко

повышение антител к йерсиниям и А-полисахариду стрептококка при отсутствии клинических симптомов инфекций, вызываемых этими возбудителями; клинические признаки поражения бронхолегочной системы: одышка, кашель, боль в грудной клетке.

Академик РАН, проф., д.м.н. Насонов Е.Л.

Представленная работа и развернутая дискуссия, демонстрирует актуальность проблемы и большой интерес к материалу. Это исследование первое в ревматологии, которое ставит перед нами больше вопросов, чем ответов.

Вопросы к Белову Б.С.: Борис Сергеевич, врачи какой специальности занимаются проблемой панникулитов в мире?

Д.м.н.Белов Б.С.- в литературе встречаются единичные описания случаев идиопатического панникулита Вебера-Крисчена, о которых сообщают онкологи, дерматологи, окулисты, гастроэнтерологи, хирурги и т.д. Научных исследований по другим вариантам Пн за последние 10лет мы не встречали.

2. Есть ли современные публикации по этой проблеме?

Д.м.н.Белов Б.С.- Единая общепринятая классификация Пн, клиническая их характеристика и подходы на сегодняшний день отсутствует. Клинико-морфологическая классификация Пн была представлена дерматологом Requena L. в 2001 г. и морфологом-дерматологом Ter Poorten M.C. в 2002 г. В 1985г Е.В.Вербенко предложила выделять три клинические формы - узловатую, бляшечную и инфильтративную. Полиморфизм клинической картины Пн создает определенные трудности как в диагностике, так и в разграничении с другими заболеваниями. Отсутствие четких алгоритмов диагностике нередко приводит к несвоевременному распознаванию болезни, что влечет за собой неадекватную тактику лечения больных. Поэтому, безусловно, представляет интерес проанализировать этиологические факторы и клинико-лабораторно-инструментальную характеристику различных вариантов панникулитов. Изучить морфологические изменения в коже и подкожно-жировой клетчатки, выявить диагностические признаки отдельных вариантов панникулитов. Разработать алгоритм ранней диагностики и дифференциального диагноза и подходы к дифференцированной терапии различных вариантов панникулитов. Безусловно, представляет интерес определения иммунного статуса и выработки интерлейкинов.

Академик РАН, проф., д.м.н. Насонов Е.Л.

Необходимо продолжить изучение проблемы панникулитов в ревматологической практике. Представляет интерес исследования при этой патологии с позиции проблем аутоиммунитета и аутовоспаления. Желательно, на ограниченной группе больных разных вариантов панникулитов посмотреть предикторы В-клеток, биомаркер интерлейкина -1 и изучить влияние генно-инженерной биологической терапии (канакинумаба).

Решение:

1. Утвердить тему докторской диссертации Егоровой Ольге Николаевне
«Панникулит в ревматологии: клинико-морфологические варианты»
2. Утвердить научным консультантом д.м.н. Белова Б.С.
3. Специальность: ревматология
4. Сроки выполнения диссертации: 2016-2019 гг.

Председатель ученого совета

Ученый секретарь:



академик РАН Е.Л.Насонов

д.м.н. В.Н.Амירджанова