

УДК 616-003.826 (575.2) (04)
DOI 10.53473/16946324_2024_2

МЕЗЕНТЕРИК ПАННИКУЛИТ: КЛИНИКАЛЫК КӨРҮНҮШҮ, ДИАГНОСТИКАСЫ, ДАРЫЛОО

Егорова О.Н.¹, Дацина А.В.¹, Койлубаева Г.М.²

¹ В.А. Насонова атындагы «Ревматология илимий-изилдөө институту», Федералдык мамлекеттик бюджеттик мекеме (ФМБМ)

² Академик М. Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору.

¹Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А.

²Кыргызская Республика, 720040, Бишкек, Тоголок Молдо көчөсү, 3

Байланыштар: Ольга Николаевна Егорова; e-mail: onegorova@yandex.ru

Мезентериалдык панникулит (МПн) — майлуу ткандардын, негизинен, ичеги карынынын, азыраак болсо, тиштин, пре-жана ретроперитонеалдык ткандардын сезгенүүсүнүн сейрек кездешүүчү түрү. МПн адабиятта ревматикалык оорулардын (тутумдашкан кызыл жүгүрүк, системалык склероз, Шегрен синдрому, ревматоиддик артрит (РА), анкилоздоочу спондилит, идиопатиялык лобулярдык панникулиттин (ИЛПн) мезентериалдык формасы (МФ) жана IgG4-CB) симптому катары көп сүрөттөлгөн эмес. Клиникалык көрүнүштөрдүн, анын ичинде системалык көрүнүштөрдүн полиморфизмин эске алуу менен МПн көйгөйүн ревматологдун көз карашы менен кароо кызык.

Негизги сөздөр: мезентериалдык панникулит; ичтин оорушу; ревматикалык оорулар; дифференциалдык диагностика; компьютердик томография

MESENTERIC PANNICULITIS: CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS, TREATMENT

Egorova O.N.¹, Datsina A.V.¹, Koilubaeva G.M.²

¹ Federal State Budgetary Institution «Research Institute of Rheumatology named after V.A. Nasonova»

² National Centre of Cardiology and Internal Medicine named after academician M. Mirрахимов. Bishkek

¹ Russia, 115522, Moscow, Kashirskoe shosse, 34a

² Kyrgyzstan, 720040, Bishkek, st. Togolok Moldo, 3

Contacts: Olga Nikolayevna Egorova, e-mail: onegorova@yandex.ru

Mesenteric panniculitis (MPn) is a rare form of inflammation of adipose tissue, mostly of the intestinal mesentery, less commonly of the omentum, pre- and retroperitoneal tissue. In the literature there are not many descriptions of MPn as a symptom of rheumatic diseases: systemic lupus erythematosus, systemic sclerosis, Sjögren's syndrome, rheumatoid arthritis (RA), ankylosing spondylitis, mesenteric form (MF) of idiopathic lobular panniculitis (ILPn) and IgG4-related disease (IgG4-CB). Considering the polymorphism of clinical manifestations, including systemic ones, it is of interest to look at the problem of MPn from the perspective of a rheumatologist.

Key words: mesenteric panniculitis; abdominal pain; rheumatic diseases; differential diagnosis; computed tomography.

МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ПАННИКУЛИТ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Егорова О.Н.¹, Дацина А.В.¹, Койлубаева Г.М.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва;

²Национальный Центр кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова при МЗ Кыргызской Республики, Бишкек.

¹Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А.

²Кыргызская Республика, 720040, Бишкек, ул.Тоголок Молдо, 3.

Контакты: Ольга Николаевна Егорова; электронная почта: onegorova@yandex.ru

Резюме

Мезентериальный панникулит (МПн) – редкая форма воспаления жировой ткани, преимущественно брыжейки кишечника, реже сальника, пред- и забрюшинной клетчатки. В литературе не так много описаний МПн при ревматических заболеваниях: системной красной волчанке, системном склерозе, синдроме Шегрена, ревматоидном артрите (РА), анкилозирующем спондилите, мезентериальной форме (Мф) идиопатического лобулярного панникулита (ИЛПн) и IgG4-связанном заболевании (IgG4-CB). Учитывая полиморфизм клинических проявлений, в том числе системных, представляет интерес взгляд на проблему МПн с позиции ревматолога.

Ключевые слова: мезентериальный панникулит; боль в животе; ревматические заболевания; дифференциальная диагностика; компьютерная томография.

Введение

Мезентериальный (брыжеечный) панникулит (МПн) – относительно редкий неспецифический иммуновоспалительный синдром, возникающий в результате различных причин (воспалительные заболевания кишечника, аутоиммунные процессы, злокачественные новообразования, лимфопролиферативные болезни, инфекции, травмы и др.), с локализацией патологических изменений в жировой ткани (ЖТ) брыжейки кишечника, сальника, реже в жировой клетчатке пред- и забрюшинной областей. Распространенность МПн варьируется от 0,16 до 7,8% [1-3]. Подавляющее большинство случаев МПн приходится на возраст 50–70 лет, преимущественно болеют мужчины кавказской, североафриканской и другой этнической принадлежности [1,2]. Соотношение мужчин и женщин составляет 2–3:1 [1–4].

Идиопатическое воспаление брыжейки впервые было описано в 1924 г. S.V. Jura [5] как «склерозирующий мезентерит». Позже, в 1960 г., W. Odgen и соавт. [6] предложили термин «брыжеечный панникулит». В литературе это воспалительное заболевание встречается под разными названиями: «липосклеротический мезентерит», «мезентериальная форма (Мф) идиопатического лобулярного панникулита» (ИЛПн, болезнь Вебера–Крисчена), «склерозирующий мезентерит», «брыжеечная липодистрофия», «мезентериальный склероз», «брыжеечный липоматоз», «липогранулема брыжейки», «ретрактивный мезентерит» [1–6]. Такое обилие терминов вызывало значительную путаницу, но в настоящее время это заболевание расценивается как единый патологический процесс с двумя подгруппами. Если воспаление и некроз жира преобладают над фиброзом, используется термин «мезентериальный (брыжеечный) панникулит», а если превалируют фиброз и ретракция – термин «ретракционный, или склерозирующий, мезентерит» [1-3].

Несмотря на длительную историю изучения, единая концепция этиологии и патогенеза болезни отсутствует. Предполагают иммунопатологическую природу МПн, где ключевыми триггерами воспаления ЖТ являются клеточная гипоксия, механический стресс адипоцитов, избыточное содержание свободных жирных кислот и липополисахаридов [7].

Провоцирующими факторами развития МПн могут быть травма или хирургические вмешательства, тепловые или химические повреждения, нарушения в системе свертывания, изменения сосудистой стенки, поражение желудочно-кишечной и сердечно-сосудистой систем, ожирение, развитие онкологической патологии, влияние бактериальной инфекции, курения и наркотиков [1–3]. Имеется незначительное число описаний МПн при синдроме Шегрена [8], системной красной волчанке [9], системном склерозе [10], ревматоидном артрите [11], анкилозирующим спондилите [12], Мф ИЛПн [13,14] и IgG4-связанном заболевании (IgG4-CB) [15]. Истинная клиническая и прогностическая значимость МПн при ревматических заболеваниях остается недооцененной.

Пациенты могут предъявлять неспецифические жалобы, в основном на желудочно-кишечные проявления, включая боль в животе, запор или диарею, иногда пальпируемое образование в брюшной полости, потерю массы тела, лихорадку или асцит [1–4]. Изменения лабораторных показателей при МПн носят неспецифический характер, отражая наличие и выраженность воспалительного процесса [16]. Нередко заболевание протекает бессимптомно и является диагностической находкой при компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии брюшной полости. Основными рентгенологическими признаками МПн являются: одиночная четко очерченная масса, иногда неоднородной повышенной плотности ЖТ в корне брыжейки (симптом «мутной брыжейки»), захват верхних брыжеечных сосудов без вовлечения крупных сосудов, отсутствие признаков инвазии петель тонкой кишки влево, увеличение лимфатических узлов в брыжейке до 10 мм и наличие псевдокапсулы (симптом «жирового кольца»), окружающей область пораженной ЖТ брыжейки, которая имеет вид тонкого ободка толщиной <4 мм (рисунок) [2]. Для подтверждения диагноза МПн необходимо минимум три из перечисленных выше признаков поражения брыжейки [2,3]. В отдельных

случаях нодулярный жировой некроз невозможно отличить от опухоли [1–3, 9].

Диагноз МПн базируется на характерной клинической картине и данных методов визуализации.

Лечение МПн окончательно не разработано, проводится в основном эмпирически и направлено на устранение возможной первопричины заболевания и купирования симптоматических проявлений. Нестероидные противовоспалительные препараты, антибактериальные средства (из группы цефалоспоринов, фторхинолонов, пенициллина), малые дозы ГК и аминохинолиновые препараты способствуют уменьшению выраженности воспалительных изменений, в частности при хроническом течении болезни. Нередко, в зависимости от основного заболевания, назначаются цитостатики (метотрексат, циклофосфан). При изменении структуры печени и снижении функции органа целесообразен прием гепатопротекторов. При выраженном органическом поражении тканей показано хирургическое вмешательство [1–4,14].

Прогноз МПн обычно благоприятный, а при адекватной терапии наступает полное выздоровление. При длительном воспалении и отеке подкожно-жировой клетчатки сальника и брыжейки нарушается функция близлежащих органов брюшины, а присоединение осложнений, гнойной микрофлоры могут угрожать жизни больного.

Таким образом, несмотря на длительное изучение МПн, данная нозологическая форма по-прежнему, представляет большой интерес, как в научном, так и в практическом аспектах для врачей различных специальностей, включая ревматологов, терапевтов и гастроэнтерологов. На сегодняшний день констатировано многообразие этиологических агентов и полиморфность клинической симптоматики МПн. Однако остается много вопросов, ждущих своего решения.

Список литературы:

1. [Wagner C](#), [Dachman A](#), [Ehrenpreis ED](#). Mesenteritis and mesenteric lipodystrophy: descriptive review of a rare condition. Clin Colon Rectal Surg. 2022 Aug 10;35(4):342-348. doi: 10.1055/s-0042-1743588.
2. van Putte-Katier N, van Bommel EF, Elgersma OE, et al. Mesenteric panniculitis: Prevalence, clinicoradiological presentation and 5-year follow-up. Br J Radiol. 2014 Dec; 87(1044):20140451. doi: 10.1259/bjr.20140451.
3. [Eze VN](#), [Halligan S](#). Mesenteric panniculitis: a clinical conundrum. [Br J Radiol](#). 2023 Feb; 96(1142):20211369. doi: [10.1259/bjr.20211369](#).
4. Sharma P, Yadav S, Needham CM, et al. Sclerosing mesenteritis: A systematic review of 192 cases. Clin J Gastroenterol. 2017 Apr;10(2):103-111. doi: 10.1007/s12328-017-0716-5
5. Jura SV. Mesenterile e scleosate. Policilinicia (Sez part). 1924; 31:575.
6. Odgen W, Bradburn D, Rives J. Panniculitis of the mesentery. Ann Surg 1960; 151:659–665.
7. Saltiel AR, Olefsky JM. Inflammatory mechanisms linking obesity and metabolic disease. J Clin Invest. 2017 Jan 3;127(1):1-4. doi: 10.1172/JCI92035. Epub 2017 Jan 3.
8. Kakimoto K, Inoue T, Toshina K, et al. Multiple mesenteric panniculitis as a complication of Sjögren's Syndrome leading to ileus. Intern Med. 2016;55(2):131-4. doi: 10.2169/internalmedicine.55.5407. Epub 2016 Jan 15.
9. Nomura S, Shimojima Y, Yoshizawa E, et al. Mesenteric panniculitis in systemic lupus erythematosus showing characteristic computed tomography findings. Lupus. 2021 Jul;30(8):1358-1359. doi: 10.1177/09612033211020363. Epub 2021 May 26.
10. Arroyo-Ávila M, Vilá LM. [Limited systemic sclerosis initially presenting with mesenteric panniculitis](#). BMJ Case Rep. 2014 Oct 17;2014:bcr2014206961. doi: 10.1136/bcr-2014-206961.
11. Makdsi F, Brit M. [A case of sclerosing mesenteritis with rheumatoid arthritis](#). South Med J. 2010 Jan;103(1):96-7. doi: 10.1097/SMJ.0b013e3181c47b7c.
12. [Menéndez PT](#), [Alonso S](#), [Alperi M](#), [Ballina J](#). Mesenteric panniculitis in a patient with ankylosing spondylitis. Reumatol Clin. 2013 May-Jun;9(3):197. doi: 10.1016/j.reuma.2012.10.014. Epub 2013 Mar 22.
13. Ter Poorten MA, Thiers BH. Systemic Weber-Christian. J Cutan Med Surg. 2000 Apr;4(2):110-2. doi: 10.1177/120347540000400214.

14. Егорова ОН, Белов БС, Глухова СИ, Раденска-Лоповок СГ. Идиопатический лобулярный панникулит, как общеклиническая проблема. Терапевтический архив 2019;91(5):49–53. [Egorova ON, Belov BS, Glukhova SI, Radenska-Lopovok SG. Idiopathic lobular panniculitis as a general clinical problem. Terapevticheskii arkhiv 2019;91(5):49–53. (In Russ.)].
15. Fukuda M, Miyake T, Matsubara A, et al. Sclerosing mesenteritis mimicking IgG4-related Disease. Intern Med. 2020 Feb 15;59(4):513-518. doi: 10.2169/internalmedicine.3221-19. Epub 2019 Nov 8.
16. Emory TS, Monihan JM, Carr NJ, Sobin LH. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? Am J Surg Pathol. 1997 Apr;21(4):392-8. doi: 10.1097/00000478-199704000-00004.