# К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ВЕБЕРА-КРИСЧЕНА

Гуйда П.П., Молотягина С.П.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина
ГУ «Институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков

Болезнь Вебера-Крисчена (панникулит, целлюлит) – рецидивирующее воспалительное, чаще локальное, поражение подкожно-жировой и соединительной ткани.

Диагностика болезни Вебера-Крисчена нередко затруднена, что может быть обуловлено редкостью заболевания и недостаточным знанием врачами его клинических проявлений и диагностических критериев. Диагноз базируется прежде всего на клинических проявлених и результатах морфологического исследования биоптатов кожи, взятой в участках поражения.

Болезнь Вебера-Крисчена характеризуется полиморфизмом клинических проявлений поражения подкожной жировой клетчатки, а в ряде случав внутренних органов (печени, почек, надпочечников, селезенки и др.) и органов, содержащих жир (забрюшинная и околопочечная клетчатка, сальник, брыжейка, средостение, эпикард). В различных участках подкожно-жирового слоя появляются плотные, спаянные с кожей, болезненные узлы различной величины, локализующиеся, как правило, в области бедер, голеней, туловища и плечевого пояса. Кожа над узлами багрово-красного цвета, в складки не собирается. В ряде случаев наблюдаются изъязвления с отделением маслообразной жидкости. При обратном развитии в местах поражения образуются атрофия и западения.

Заболевание может сопровождаться головной болью, повышением температуры тела, ознобом, артралгиями, миалгиями, тошнотой, общей слабостью. У отдельных больных отмечаются легочная патология, увеличение печени и селезенки. В лабораторных показателях отмечаются увеличение СОЭ, лейкоцитоз и эозинофилия.

При диагностике следует учитывать сравнительно острое возникновение умеренно болезненных узлов в подкожной жировой клетчатке, которому часто предшествует повышение температуры тела до субфебрильных или высоких цифр (в наших наблюдениях – до 40$^{o}$C). Течение заболевания длительное, рецидивирующее. При постановке диагноза необходимо помнить и о возможности развития панникулита при злокачественных новообразованиях.

Лечение болезни Вебера-Крисчена заключается в назначении нестероидных противовоспалительных препаратов, аминохинолиновых производных (при хроническом течении), сосудорасширяющих и десенсибилизирующих средств, аскорутина. При системных вариантах болезни показаны глюкокортикостероиды.