

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
14 января 2026 г. № 3

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с реактивным артритом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ревматоидным артритом и другими ревматоидными артритами» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с пирофосфатной артропатией» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с недифференцированным артритом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с остеоартрозом (остеоартритом)» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с васкулитами крупных сосудов (неспецифическим аортоартериитом и гигантоклеточным артериитом)» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с дерматомиозитом и полимиозитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью Шегрена» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ревматической полимиалгией» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с эссенциальным криоглобулинемическим васкулитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с псориатическим артритом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с системной красной волчанкой» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с анкилозирующим спондилитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью Стилла» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с рецидивирующим панникулитом Вебера-Крисчена» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с синдромом Фелти» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) со спондилоартритом, ассоциированным с воспалительным заболеванием кишечника» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с подагрой» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с системным склерозом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) со смешанным заболеванием соединительной ткани» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с недифференцированным спондилоартритом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с фибромиалгией» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с IgA-ассоциированным васкулитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с узелковым полиартериитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с синдромом Гудпасчера» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гранулематозом с полиангиитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с микроскопическим полиангиитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью Бехчета» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острой ревматической лихорадкой» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хронической ревматической болезнью сердца» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с вторичным остеопорозом при ревматологических заболеваниях» (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

абзац третий пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 мая 2005 г. № 274 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 мая 2012 г. № 522 «Об утверждении клинического протокола диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный комитет
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь

Национальная академия наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
14.01.2026 № 3

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с рецидивирующим панникулитом Вебера-Крисчена»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с рецидивирующим панникулитом Вебера-Крисчена (Weber-Christian) (далее, если не установлено иное, – ПнВ-Кр) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – М35.6) в амбулаторных и стационарных условиях.

2. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

панникулит (далее, если не предусмотрено иное, – Пн) – гетерогенная группа воспалительных заболеваний с вовлечением в патологический процесс подкожной жировой клетчатки (далее – ПЖК);

септальный Пн – Пн с преобладающими воспалительными изменениями в соединительно-тканых перегородках ПЖК, протекающий с васкулитом или без такового;

лобулярный Пн – Пн с преобладающими воспалительными изменениями в жировых долях (лобулах) ПЖК, протекающий с васкулитом или без такового;

рецидивирующий ПнВ-Кр – клинический вариант лобулярного Пн без васкулита с рецидивирующими некротическими изменениями ПЖК, поражением внутренних органов и гистологическими изменениями в виде лимфоцитарных инфильтратов с примесью лейкоцитов, гистиоцитов, гигантских многоядерных клеток, неспецифических макрофагальных гранулем.

3. Направление пациентов с ПнВ-Кр для оказания им медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 октября 2025 г. № 137 «О порядке информирования населения об оказании медицинской помощи и направления пациентов для получения медицинской помощи».

4. Лекарственные препараты (далее – ЛП) и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛП и МИ.

5. Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label), при этом, дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ И ДИАГНОСТИКА ПнВ-Кр

6. Классификация ПнВ-Кр:

6.1. по клиническим формам:

узловатая – четко отграниченные от окружающей ткани узлы с вариабельной окраской кожи (от обычного цвета до ярко-розового); диаметр уплотнения – от нескольких миллиметров до 5 см и более; узлы обычно спаяны с кожей, легко сдвигаются относительно подлежащих тканей; умеренно или резко болезненны; воспалительная активность умеренная или низкая;

бляшечная – плотноэластический бугристый конгломерат с изменением цвета кожи от розового до синюшно-багрового; рассасывается в течение нескольких недель, оставляя «блюдецобразные» западения кожи вследствие атрофии ПЖК с возможным отложением кальцинатов; воспалительная активность высокая;

инфильтративная – вариант с возникновением флюктуации в зоне отдельных узлов или конгломератов ярко-красного или багрового цвета; вскрытие очага происходит с выделением желтой маслянисто-пенистой массы и формированием плохо заживающих изъязвлений и атрофических рубцов; воспалительная активность высокая;

мезентериальная – хронический неспецифический воспалительный процесс жировой ткани брыжейки кишечника, сальника, пред- и забрюшинной клетчатки, протекающий с преобладанием воспаления или фиброза; воспалительная активность умеренная или низкая;

смешанная – поэтапное развитие узловых, бляшечной и инфильтративной форм, или сочетание мезентериального Пн с одной из форм поражения ПЖК;

6.2. по клиническим вариантам:

с системными проявлениями – гепатоспленомегалия, панкреатит, нефропатия;

без системных проявлений;

атипичные – безлихорадочные и без системных проявлений:

синдром Ротмана-Макаи (Rothmann-Makai) – долго не заживающие язвы, резистентные к терапии, развивается преимущественно у подростков;

болезнь Деркума – болезненные, медленно развивающиеся в ПЖК инфильтраты в виде ограниченных узлов или диффузных утолщений у лиц с эндокринными нарушениями обмена веществ (ожирение, климакс, расстройства менструального цикла, гипотиреоз, другие);

6.3. по течению:

острое – лихорадка гектического типа, прогрессирующая общая слабость, выраженные миалгии, артралгии, артриты, высокая лабораторная активность, гепато- и нефропатия, отсутствие ответа на терапию, в терминальной стадии – коагулопатия с тромбозами и кровотечениями; ремиссии редкие и непродолжительные (1–3 месяца); летальный исход через 3 месяца – 1 год после начала;

подострое – выражены общие симптомы, лейкопения, увеличение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ), изменения ферментативной активности печени, торпидность течения и резистентность к терапии;

хроническое – благоприятный прогноз независимо от остроты начала, длительные ремиссии, нетяжелые рецидивы, без существенного изменения общего состояния и тяжелых органических поражений;

6.4. по стадиям развития узла:

0 – нет высыпаний;

I – начальная стадия (бледно-розовый или розовый);

II – развернутая стадия (красный или багрово-красный);

III – разрешение (синюшная и (или) обычная окраска кожи).

7. Диагноз ПнВ-Кр устанавливается или подтверждается врачом-ревматологом. Для постановки диагноза осуществляются: клиническое обследование пациента, лабораторные и инструментальные исследования – обязательные и дополнительные, консультации врачей-специалистов. Диагноз узловой, бляшечной, инфильтративной форм ПнВ-Кр подтверждается гистологически, мезентериальной – данными компьютерной томографии (далее – КТ) брюшной полости. Биопсия для подтверждения мезентериального Пн рутинно не проводится:

7.1. особенности клинических проявлений ПнВ-Кр:

основные клинические симптомы – выявление рецидивирующих болезненных узлов преимущественно на коже верхних и нижних конечностей, реже – в области грудной клетки, живота, лицевого черепа в сочетании с лихорадкой (37–41°C);

дополнительные клинические симптомы – общая слабость, тошнота, рвота, снижение аппетита, веса, выраженные миалгии, полиартралгии, артриты;

симптоматика мезентериального ПнВ-Кр – неспецифические признаки патологии желудочно-кишечного тракта в сочетании с лихорадкой, при развитии осложнений – кровотечения из прямой кишки, кишечная непроходимость, или бессимптомное течение;

7.2. особенности клинического осмотра пациента с ПнВ-Кр:

объективизация локального поражения включает оценку количества узлов, их локализацию, стадию по окраске в соответствии с подпунктом 6.4 пункта 6 настоящего клинического протокола, интенсивность болезненности при надавливании на центр узла;

количественная оценка болезненности проводится по визуальной аналоговой шкале с распределением баллов по классификации: 0–4 мм – нет болевых ощущений; слабая болезненность – 5–44 мм; умеренная – 45–74 мм; сильная – 75–100 мм;

объективные признаки мезентериального Пн – пальпируемое образование в брюшной полости;

7.3. особенности сбора анамнеза – обязательной является оценка фоновых заболеваний и состояний, ассоциированных с прочими вариантами Пн в соответствии с приложением 1.

8. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с исследованием СОЭ – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострение, подозрение на развитие осложнений); перед назначением и в процессе динамического лабораторного контроля эффективности и безопасности лекарственного лечения;

биохимический анализ крови (далее – БАК) с исследованием уровней С-реактивного белка (далее – СРБ), общего белка, креатинина, мочевины, глюкозы, амилазы, креатинфосфокиназы (далее – КФК), аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспаратаминотрансферазы (далее – АСТ), гамма-глутамилтранспептидазы (далее – ГГТП), общего билирубина; оценка скорости клубочковой фильтрации (далее – СКФ) по эндогенному креатинину – на этапе постановки диагноза, при изменении характера течения заболевания (обострение, подозрение на развитие осложнений), перед назначением фармакотерапии; в процессе динамического лабораторного контроля безопасности лекарственного лечения с исследованием уровней АСТ, АЛТ, билирубина, ГГТП, креатинина, СКФ;

исследование сыворотки крови на маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, HBc-core, anti-HCV) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострение, подозрение на развитие осложнений); перед назначением иммунодепрессивной терапии – азатиоприн, циклоспорин, мофетила микофенолат, циклофосфамид, генно-инженерных биологических ЛП (далее – ГИБП);

исследование сыворотки крови на наличие вируса иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) – на этапе постановки диагноза, перед назначением иммунодепрессивной терапии – азатиоприн, циклоспорин, мофетила микофенолат, циклофосфамид, ГИБП;

исследование на сифилитическую инфекцию – на этапе постановки диагноза;

диаскинтест – на этапе постановки диагноза; перед назначением ГИБП, при продолжающейся терапии – 1 раз в год;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострение, подозрение на развитие осложнений); перед назначением и в процессе динамического контроля фармакотерапии;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) очагов поражения ПЖК – на этапе постановки диагноза (УЗИ-критерии узловой, бляшечной, инфильтративной форм ПнВ-Кр в соответствии с приложением 2);

УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, внутрибрюшных и периферических лимфоузлов – на этапе постановки диагноза, при признаках системного поражения, для диагностики мезентериального панникулита (УЗИ-критерии мезентериального ПнВ-Кр в соответствии с приложением 2);

рентгенография органов грудной полости (далее – РОГП) – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

спиральная компьютерная томография (далее – СКТ) ОГП – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания;

электрокардиографическое исследование (далее – ЭКГ) – 1 раз в 12 месяцев; перед госпитализацией.

9. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

ОАК с исследованием уровня СОЭ – 1 раз в 5–7 дней; при назначении иммунодепрессантов – до начала терапии и после их применения;

БАК с исследованием уровня СРБ, общего белка, креатинина, мочевины, глюкозы, АЛТ, АСТ, КФК, амилазы, общего билирубина, оценка СКФ – исходно и с последующим контролем отдельных показателей – уровней СРБ, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, СКФ по медицинским показаниям 1 раз в 5–7 дней; при назначении иммунодепрессантов – до начала терапии и после их применения;

исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg, HBc-core, anti-HCV) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания

(обострение, подозрение на развитие осложнений); перед назначением иммунодепрессивной терапии – азатиоприн, циклоспорин, мофетила микофенолат, циклофосфамид, ГИБП;

исследование сыворотки крови на ВИЧ – на этапе постановки диагноза, перед назначением иммунодепрессивной терапии – метотрексат, азатиоприн, циклоспорин, мофетила микофенолат, циклофосфамид, ГИБП;

обследование на сифилитическую инфекцию – на этапе постановки диагноза;

диаскинтест – на этапе постановки диагноза, перед назначением ГИБП, далее – 1 раз в год при продолжении терапии;

ОАМ – 1 раз в 5–7 дней; перед назначением и после применения иммунодепрессивной терапии – азатиоприн, циклоспорин, мофетила микофенолат, циклофосфамид, ГИБП;

УЗИ очагов поражения ПЖК – на этапе постановки диагноза (УЗИ-критерии узловой, бляшечной, инфильтративной форм ПнВ-Кр в соответствии с приложением 2) – в случае, если исследование не выполнялось на амбулаторном этапе;

УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, внутрибрюшных и периферических лимфоузлов – на этапе постановки диагноза, при признаках системного поражения, для диагностики мезентериального панникулита (УЗИ-критерии мезентериального ПнВ-Кр в соответствии с приложением 2) – в случае, если исследование не выполнялось на амбулаторном этапе;

РОГП – при постановке диагноза для исключения туберкулеза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

СКТ ОГП – на этапе постановки диагноза, при изменении характера течения заболевания;

КТ органов брюшной полости с контрастным усилением или без контрастного усиления с оценкой данных в соответствии с приложением 2 (КТ диагностика мезентериального ПнВ-Кр) – при пальпируемом образовании в брюшной полости, верифицированном как мезентериальный Пн по данным УЗИ, контрастное усиление не проводится; в случае выявления признаков мезентериального Пн только по данным УЗИ – показано выполнение КТ с контрастным усилением;

эксцизионная биопсия узла с патоморфологическим и иммуногистохимическим (по медицинским показаниям) исследованием – для подтверждения диагноза при узловой, бляшечной, инфильтративной формах Пн в соответствии с приложением 3 (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения (далее – ОЗ));

ЭКГ – при поступлении, после каждого введения циклофосфамида.

10. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

БАК с исследованием уровня мочевой кислоты;

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидиям (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamidia pneumonia*), иерсинии (*Yersinia enterocolitica*), боррелии (*Borrelia burgdorferi*);

иммунологическое исследование крови с исследованием уровня ревматоидного фактора (далее – РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (далее – АЦЦП); антинуклеарных антител (далее – АНА) (при диагностически значимом повышении показано выполнение иммуноблотинга); антинейтрофильных цитоплазматических антител (далее – АНЦА) к протеиназе-3 и миелопероксидазе;

выявление волчаночного антикоагулянта, определение уровня антител (IgG и М) к кардиолипину, бета-2 гликопротеину;

определение в сыворотке крови уровня антител к стрептолизину О (далее – АСЛ-О);

определение в сыворотке крови онкомаркеров – СА19-9 (поджелудочная железа, желчный пузырь), простат-специфического антигена (далее – PSA);

мазок из зева на наличие стрептококка с определением чувствительности к антибактериальным препаратам;

рентгенография пораженных суставов – при суставном синдроме;

эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭФГДС);

ультразвуковая доплерография (далее – УЗДГ) сосудов (артерий, вен) нижних/верхних конечностей – дифференциальный диагноз с другими причинами узловых образований кожи и ПЖК;

УЗИ предстательной железы и мочевого пузыря – при подозрении на онкопатологию, в том числе при повышении PSA.

11. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

БАК с исследованием уровня мочевой кислоты;

иммунологическое исследование крови с определением уровня РФ, АЦЦП; АНА (при диагностически значимом повышении показано выполнение иммуноблоттинга); АНЦА к протеиназе-3 и миелопероксидазе; С3-, С4-компонентов комплемента; АСЛ-О;

выявление волчаночного антикоагулянта, определение уровня антител (IgG и М) к кардиолипину, бета-2 гликопротеину;

определение в сыворотке крови уровня онкомаркеров – СА19-9, PSA;

мазок из зева на наличие стрептококка с определением чувствительности к антибактериальным препаратам;

исследование сывороточной концентрация α -1-антитрипсина, липазы, трипсина – после консультации врача-гастроэнтеролога;

исследование сыворотки крови на криоглобулины – при подозрении на холодовой Пн;

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидиям (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumonia*), микоплазме (*Mycoplasma pneumonia*); иерсинии (*Yersinia enterocolitica*), боррелии (*Borrelia burgdorferi*); цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн-Бар (IgG);

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia pneumonia*, *trachomatis*), микоплазмы и уреаплазмы (*Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* и (или) *Mycoplasma hominis*) отделяемого из уретры, цервикального канала, ротовой полости;

определение уровня иммуноглобулина G4 – дифференциальный диагноз с IgG4-связанным заболеванием при мезентериальном Пн;

определение в сыворотке крови уровня ионизированного кальция; 25(ОН) витамина D;

рентгенография периферических суставов – при суставном синдроме;

ЭФГДС;

фиброколоноскопия с биопсией – исключение онкопатологии, воспалительных заболеваний кишечника (далее – ВЗК);

УЗДГ сосудов (артерий, вен) нижних/верхних конечностей;

УЗИ предстательной железы, мочевого пузыря;

магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) брюшной полости (дополнительный метод диагностики и дифференциальной диагностики мезентериального Пн);

позитронно-эмиссионная КТ – для исключения IG4-ассоциированной патологии, лимфопролиферативных и других онкологических заболеваний (по решению консилиума, в областных (г. Минск) и республиканских ОЗ);

эхокардиографическое исследование.

12. Медицинские показания для консультации врачей-специалистов в амбулаторных и стационарных условиях:

при подозрении на ВЗК, панкреатит, недостаточность α -1-антитрипсина, онкопатологию желудочно-кишечного тракта – консультация врача-гастроэнтеролога;

для дифференциального диагноза с кожными заболеваниями, для уточнения выбора и кратности применения топической терапии – консультация врача-дерматовенеролога;

для исключения стрептококковой носоглоточной инфекции, санации очагов ЛОР-инфекции – консультация врача-оториноларинголога;

для исключения Пн, ассоциированного с туберкулезной инфекцией, и при планируемой терапии ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (далее – ФНО- α) – консультация врача-фтизиатра;

для исключения иерсиниоза, боррелиоза, рожистого воспаления – консультация врача-инфекциониста;

при подозрении на лимфопролиферативные заболевания – консультация врача-онколога;

при подозрении на саркоидоз – консультация врача-пульмонолога;

при подозрении на мезентериальный Пн – консультация врача-хирурга/врача-онколога-хирурга;

для исключения урогенитальной инфекции – консультация врача-уролога/врача-акушера-гинеколога;

для контроля безопасности приема аминохинолиновых препаратов – консультация врача-офтальмолога;

для определения медицинских показаний (медицинских противопоказаний), объема физиотерапевтического лечения (далее – ФТЛ) – консультация врача-физиотерапевта;

для гистологического исследования биопсийного материала – консультация врача-патологоанатома.

13. Дифференциальный диагноз ПнВ-Кр проводится с другими вариантами септального и лобулярного Пн в соответствии с приложением 4, атипичными вариантами ПнВ-Кр согласно подпункту 6.2 пункта 6 настоящего клинического протокола, инфекциями кожи и ПЖК (рожистое воспаление, абсцессы, флегмоны).

14. Принципы медицинской профилактики ПнВ-Кр: вторичная медицинская профилактика рецидивов заключается в санации очагов инфекции, предупреждении травм, в том числе, постинъекционных, ушибов, простудных заболеваний, избыточной инсоляции, а также соблюдении гипоаллергенной диеты с ограничением жиров и углеводов.

15. Прогноз и исходы ПнВ-Кр зависят от клинической формы:

узловатая форма – при благоприятном течении полная регрессия узлов;

тяжелые случаи инфильтративной и бляшечной форм с вовлечением в патологический процесс анатомической области (плечо, бедро, голень) – развитие стойкого лимфостаза со сдавлением сосудистых и нервных пучков;

мезентериальная форма – развитие склерозирующего мезентерита с клиникой кишечной непроходимости вследствие ретракции брыжейки, трансформация в злокачественное новообразование;

острое прогрессирующее течение, отсутствие ответа на терапию, висцеральные формы – неблагоприятный прогноз, смертность в течение 3 лет 10 %.

Пн с сохраняющимися клиническими проявлениями более 3 месяцев имеют высокие риски рецидива.

ГЛАВА 3

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПнВ-Кр

16. Цели терапии ПнВ-Кр – уменьшение выраженности симптомов, предотвращение или замедление прогрессирования болезни с последующим достижением ремиссии.

Критерии эффективности лечения – достижение минимальной активности и (или) клинико-лабораторной ремиссии; инволюция узлов; отсутствие рецидивов и осложнений.

17. Медицинские показания к лечению пациентов с ПнВ-Кр в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания: стабильное состояние пациента с низкой и умеренной активностью заболевания, адекватно контролируемое проводимой терапией.

Медицинские показания к лечению пациентов с ПнВ-Кр в стационарных условиях (в ревматологических отделениях, на ревматологических койках в составе других терапевтических отделений):

необходимость уточнения диагноза в диагностически сложных случаях;

выполнение эксцизионной биопсии;
невозможность проведения адекватного обследования пациента в амбулаторных условиях вследствие тяжелого соматического состояния;
неэффективность фармакотерапии на амбулаторном этапе узловой формы хронического течения;
острое и подострое течение ПнВ-Кр при впервые установленном диагнозе и на этапе подбора терапии;
обострения с рецидивом высыпаний, выраженными системными проявлениями, в том числе, лихорадкой;
мезентериальный ПнВ-Кр;
необходимость проведения генно-инженерной биологической терапии, терапии циклофосфамидом.

18. Лечение ПнВ-Кр не стандартизовано. Объем проводимой терапии зависит от клинического варианта заболевания, остроты течения, активности воспаления, общего клинического статуса пациента (пол, возраст, коморбидность, проводимая сопутствующая терапия) и представляет комбинацию фармакологических и нефармакологических (локальных) методов лечения.

19. Нестероидные противовоспалительные препараты (далее – НПВП).

Предпочтительным вариантом приема НПВП при ПнВ-Кр является прием внутрь (таблетки, капсулы, порошок для приготовления суспензии для приема внутрь) во избежание дополнительной травматизации кожи и ЖКТ. Выбор НПВП, лекарственная форма, длительность применения определяются с учетом оценки выраженности болевого синдрома; сердечно-сосудистого, гастроэнтерологического риска; хронической болезни почек, аллергологического анамнеза. Длительность приема определяется индивидуально, в среднем составляет 2–3 недели):

ацеклофенак, таблетки, покрытые оболочкой, 100 мг или капсулы, 100 мг; или порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 100 мг в пакетиках, внутрь; по 100 мг 1–2 раза в сутки;

или диклофенак, таблетки, покрытые оболочкой (покрытые кишечнорастворимой оболочкой), 25 мг; 50 мг; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой (таблетки замедленного высвобождения, таблетки ретард, покрытые оболочкой), 100 мг; внутрь, по 25–50 мг 3 раза в сутки или по 100 мг (таблетки ретард) 1 раз в сутки;

или мелоксикам, таблетки 7,5 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 15 мг, внутрь, по 7,5–15 мг 1 раз в сутки;

или нимесулид, таблетки 100 мг или порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь, 100 мг в пакетах внутрь по 100 мг 1–2 раза в сутки;

или целекоксиб, капсулы 100 мг; 200 мг, внутрь по 100–200 мг 2 раза в сутки;

или этодолак, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг, внутрь, по 400 мг 2 раза в сутки;

или напроксен, таблетки покрытые оболочкой, 550 мг или капсулы 100 мг; 200 мг, внутрь 550–1100 мг 2 раза в сутки;

или эторикоксиб, таблетки, покрытые оболочкой 60 мг; 90 мг, внутрь по 60–90 мг 1 раз в сутки;

или ибупрофен, таблетки покрытые оболочкой 200 мг; 400 мг или капсулы 200 мг; 400 мг, внутрь 200–400 мг 2–3 раза в сутки;

или индометацин, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (капсулы), 25 мг или таблетки (капсулы) пролонгированного действия 75 мг, внутрь по 25–50 мг 3 раза в сутки или по 75–150 мг пролонгированного действия 1 раз в сутки;

или лорноксикам, таблетки покрытые оболочкой, 8 мг; внутрь, по 8 мг 1 раз в сутки;

или кетопрофен, капсулы 25 мг; 50 мг; внутрь по 50 мг 3 раза в сутки; таблетки покрытые оболочкой форте 100 мг; внутрь 1 раз в сутки; капсулы с медленным высвобождением, 150 мг; внутрь, 1 раз в сутки;

20. Глюкокортикоиды (далее – ГК) для системного применения (дозы ГК варьируют в зависимости от клинической формы Пн и остроты течения с полной отменой после стабилизации состояния):

20.1. ГК для приема внутрь:

метилпреднизолон, таблетки 4 мг; 8 мг; 16 мг, 32 мг внутрь 4–32 мг в сутки в 1–2 приема в первой половине дня с распределением дозы – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед

или

преднизолон, таблетки 5 мг; внутрь 5–40 мг в сутки, в 1–2 приема в первой половине дня с распределением дозы – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед;

20.2. ГК для внутривенного применения:

метилпреднизолон, лиофилизат для приготовления раствора для инъекций, 125 мг; 250 мг, 500 мг, 1000 мг, внутривенно капельно в течение 3–5 дней по 500 мг или 1000 мг в сутки в зависимости от клинической формы, клинического варианта и остроты течения ПнВ-Кр.

21. Противопротозойные ЛП:

гидроксихлорохин, таблетки, покрытые оболочкой, 200 мг, внутрь, 200–600 мг в сутки в 1–2 приема длительно.

22. Иммунодепрессанты (длительность поддерживающей терапии иммунодепрессантами (азатиоприн, циклоспорин, микофеноловая кислота, циклофосфамид) определяется индивидуально в каждом клиническом случае. Контроль переносимости иммунодепрессивной терапии осуществляется индивидуально с учетом особенностей проявлений ПнВ-Кр и коморбидной патологии с обязательной оценкой уровней гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов, мочевины, креатинина, АСТ, АЛТ. При уменьшении числа лейкоцитов менее $2,5 \times 10^9/\text{л}$ и (или) тромбоцитов менее $100 \times 10^9/\text{л}$, и (или) повышении концентрации АСТ, АЛТ более чем в 3 раза от верхней границы нормы, лечение необходимо прекратить до устранения симптомов токсичности. При присоединении интеркуррентной инфекции необходима временная отмена иммунодепрессивных препаратов до купирования признаков инфекции):

22.1. селективные иммунодепрессивные ЛП*:

микофеноловая кислота, капсулы 250 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; назначается в начальной дозе 500 мг 2 раза в сутки, при необходимости с последующим титрованием дозы до 1000 мг 2 раза в сутки;

22.2. ингибиторы кальциневрина:

циклоспорин, капсулы, 25 мг; 50 мг; 100 мг; раствор для внутреннего применения (раствор для приема внутрь) 100 мг/мл; внутрь по 2,5–5,0 мг/кг в сутки в два приема;

22.3. прочие иммунодепрессивные ЛП:

азатиоприн, таблетки 50 мг, по 100–250 мг в сутки внутрь, в 2–3 приема длительно;

22.4. противоопухолевые средства: алкилирующие агенты:

циклофосфамид, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций), 200 мг; 200 мг в 500 мл физиологического раствора 0,9 % или декстрозы 5 % 1 раз в неделю в течение 30 минут – 2 часов; при хорошей переносимости и (или) отсутствии клинического ответа доза может быть увеличена до 400 мг 2 раза в неделю; поддерживающая терапия – 800–1000 мг 1 раз в месяц или 400 мг каждые 2 недели внутривенно капельно в течение не менее 6 месяцев;

для профилактики развития пневмоцистной пневмонии (*Pneumocystis jirovecii*) назначается сульфаметоксазол/триметоприм (ко-тримоксазол), таблетки 400/80 мг, внутрь, по 1 таблетке в сутки или по 1 таблетке 2 раза в день через день; или 800 мг/160 мг (по 2 таблетки) через день 3 раза в неделю с коррекцией дозы при снижении СКФ в течение всего курса введения циклофосфамида и далее в течение 3 месяцев после его завершения.

23. Ингибиторы ФНО- α (инфликсимаб, адалимумаб)* назначают при отсутствии эффекта от активной глюкокортикоидной и иммунодепрессивной терапии, проводимой в течение 6 месяцев:

инфликсимаб*, порошок лиофилизированный для приготовления концентрата для приготовления раствора для внутривенного введения (лиофилизат для приготовления

раствора для инфузий), 100 мг; внутривенно 3–5 мг/кг на 0, 2, 6, 8 неделях, далее – 1 раз в 8 недель;

адалимумаб*, раствор для инъекций (раствор для подкожного введения), 40 мг/0,4 мл или 40 мг/0,8 мл в преднаполненных шприцах; подкожно по 40 мг 1 раз в 2 недели.

24. Особенности назначения системной терапии ПнВ-Кр в зависимости от клинического варианта:

24.1. при узловатой форме хронического течения применяют НПВП в сочетании с гидроксихлорохином 400–600 мг в сутки.

При неэффективности терапии НПВП в течение 2–3 недель проводят замену НПВП на ГК (метилпреднизолон в дозе 8–12 мг в сутки или преднизолон 10–15 мг в сутки) до разрешения узлов без отмены гидроксихлорохина.

При отсутствии эффекта в течение 6 месяцев, а также при остром и подостром течении показано назначение иммунодепрессантов: препараты первой линии – микофенолата мофетил или циклоспорин, второй линии – азатиоприн или циклофосфамид;

24.2. при бляшечных формах острого или подострого течения, а также инфильтративной форме подострого и хронического течения ПнВ-Кр показано исходное назначение комбинации ГК (метилпреднизолон 16–24 мг в сутки или преднизолон 20–30 мг в сутки) и иммунодепрессанта (микофеноловая кислота, или циклоспорин, или азатиоприн, или циклофосфамид);

комбинации ГК и микофенолата мофетила в дозе 2 г/сутки или ГК и циклоспорина в дозе < 5 мг/кг в сутки являются приоритетными, сочетание ГК с азатиоприном или циклофосфамидом относят к альтернативной терапии;

24.3. при остром течении инфильтративной, бляшечной, мезентериальной форм терапию начинают с «пульс-терапии»:

метилпреднизолон, лиофилизат для приготовления раствора для инъекций, 125 мг; 250 мг; 500 мг; 1000 мг; вводят внутривенно капельно по 500–1000 мг в сутки через день № 3 в течение 3–5 дней;

при неблагоприятном течении с висцеральными поражениями – метилпреднизолон, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 250 мг; 500 мг; 1000 мг; продлевают внутривенное капельное введение по 500–1000 мг в сутки через день до 7–10 дней;

далее метилпреднизолон вводят внутривенно капельно по 250–500 мг 1 раз в неделю в течение 3–4 недель с последующим переходом на прием метилпреднизолонa внутрь в дозе не менее 32 мг/сутки (или преднизолонa в дозе 40 мг в сутки);

24.4. при подострой и хронической мезентериальной форме показано назначение ГК (метилпреднизолон 8–16 мг в сутки или преднизолон 10–20 мг в сутки) в сочетании с азатиоприном 150 мг в сутки или микофенолата мофетилем 1,5–2,0 г/сутки.

25. Локальная терапия ПнВ-Кр включает ФТЛ, аппликационную терапию и обкалывание одиночных узлов ГК:

25.1. ФТЛ назначается в амбулаторных и стационарных условиях после консультации врача-физиотерапевта при отсутствии общих и местных медицинских противопоказаний с целью уменьшения локального воспаления кожи и ПЖК:

физиотерапевтические процедуры: фонофорез с гидрокортизоном 2,5–5 %, гиалуронидазой (лидазой); аппликации озокерита, диметилсульфоксида 50–60 %; ультразвуковая терапия; магнитотерапия; УВЧ-терапия; воздействие лучами лазера непосредственно на очаги поражения;

продолжительность курса ФТЛ определяется врачом-физиотерапевтом (в среднем до 10 процедур) и при необходимости может корректироваться врачом-физиотерапевтом с учетом индивидуальных особенностей пациента и сопутствующих заболеваний;

25.2. аппликационная фармакотерапия с использованием топических ГК, гепариновой мази проводится при консультативной помощи врача-дерматолога для определения кратности и длительности терапии:

ГК для местного лечения заболеваний кожи:

гидрокортизон, крем для наружного применения, 1 мг/г – наносить небольшое количество крема на пораженные участки кожи; мазь для наружного применения 10 мг/г – мазь экономно наносится и мягко втирается в кожу пораженного участка; 2 раза в сутки на очаги 2–4 недели;

клобетазол, крем для наружного применения, 0,5 мг/г на очаги 2 раза/сутки 2 недели, затем 1 раз/сутки 2 недели, затем 3 раза в неделю 2 недели; крем наносится тонким слоем в количестве, не большем, чем требуется для покрытия всей пораженной области, и осторожно втирается;

гепарины и гепариноиды для наружного применения:

гепарин натрия, гель для наружного применения 100 ЕД/г; 300 ЕД/г; 600 ЕД/г; на очаги 2–3 раза в сутки 7–10 дней – на пораженный участок кожи наносить 3–10 см геля и осторожно втирать;

25.3. обкалывание очага препаратами ГК (бетаметазон, метилпреднизолон), суспензия для инъекций, показано при одиночных узлах. Выполняется врачом-ревматологом или врачом-хирургом (по рекомендации врача-ревматолога) в амбулаторных и стационарных условиях. Очаг равномерно обкалывают, используя туберкулиновый шприц и иглу диаметром около 0,9 мм. Общее количество введенного глюкокортикоидного препарата не должно превышать 1 мл в течение 1 недели; ГК, суспензия для инъекций, для обкалывания очага:

бетаметазон (бетаметазона дипропионат/бетаметазона натрия фосфат), суспензия для инъекций (5 мг + 2 мг)/мл 1 мл; 0,2 мл/см²

или

метилпреднизолон, суспензия для инъекций 40 мг/1 мл; доза 0,2 мл/см².

26. Антибактериальная терапия в лечении ПнВ-Кр назначается в случае доказанной вторичной инфекции и при необходимости санации очагов инфекции.

27. Медицинские показания для хирургического лечения: симптоматика, обусловленная компрессией сосудов и периферических нервов. Иссечение очага и эвакуация содержимого не рекомендуются.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПнВ-Кр В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

28. Медицинское наблюдение пациентов с ПнВ-Кр в амбулаторных условиях осуществляется врачом-ревматологом, врачом-терапевтом или врачом общей практики амбулаторно–поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента при консультативной поддержке врача-ревматолога.

29. После установления диагноза и назначения лечения в первые 6 месяцев медицинский осмотр проводится врачом-ревматологом 1 раз в месяц, затем 1 раз в 3 месяца до достижения критериев эффективности лечения в соответствии с пунктом 18 настоящего клинического протокола и далее – 1 раз в 6–12 месяцев при стабильном состоянии пациента и отсутствии рецидивов.

30. Медицинский осмотр в течение первых 6 месяцев проводится врачом-терапевтом (врачом общей практики) 1 раз в 3 месяца, далее – 1 раз в 6 месяцев до 2 лет, далее – 1 раз в год.

Клинический осмотр включает оценку изменений кожи и подкожной клетчатки в соответствии с подпунктом 7.2 пункта 7 настоящего клинического протокола, оценку лабораторной динамики, в том числе активности воспаления по уровню СОЭ и СРБ.

31. Дополнительные медицинские показания для консультации врача-ревматолога: рецидив ПнВ-Кр;

необходимость коррекции терапии (появление побочных эффектов, потребность в эскалации терапии при сохранении высокой активности);
возникновение системных проявлений, осложнений;
при направлении на врачебный консилиум;
для направления на морфобиопсию.

32. Лабораторный и инструментальный контроль после установления диагноза:

ОАК, ОАМ, БАК с исследованием уровней АСТ, АЛТ, билирубина, ГГТП, креатинина, СКФ, СРБ – 1 раз в месяц первые 6 месяцев; далее – 1 раз в 3 месяца до 12 месяцев;

ЭКГ 1 раз в 3 месяца первые 6 месяцев, далее – 1 раз в 6 месяцев;

далее (при продолжении иммунодепрессивной терапии) – ОАК, ОАМ – 1 раз в 3 месяца, БАК с исследованием уровней АЛТ, АСТ, креатинина, мочевины, ГГТП, СКФ, СРБ – 1 раз в 6 месяцев; для пациентов без иммунодепрессивной терапии – ОАК, ОАМ – 1 раз в 6 месяцев, БАК с исследованием уровней АЛТ, АСТ, креатинина, мочевины, ГГТП, СКФ, СРБ – 1 раз в год; ЭКГ – 1 раз в год.

* ЛП назначаются off-label на основании заключения врачебного консилиума.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с рецидивирующим панникулитом
Вебера-Крисчена»

ПЕРЕЧЕНЬ

фоновых заболеваний и состояний, ассоциированных с прочими вариантами панникулита

№ п/п	Группы фоновых заболеваний и состояний, провоцирующих факторов	Нозологические формы заболеваний, группы ЛП, пораженные органы, провоцирующие факторы
1	Инфекции	бактериальные (стрептококк, иерсиниоз, микоплазмоз, хламидиоз, туберкулез, боррелиоз, сальмонеллез, сифилис, гонорея, болезнь кошачьих царапин), вирусные (вирусы гепатита, Эпштейн-Барр, цитомегаловирус, ВИЧ-инфекция), грибковые, протозойные инфекции
2	Онкологическая патология	поджелудочная железа, желудок, кишечник, легкие, предстательная железа, мочевого пузыря; лимфомы, лейкомия
3	Ревматологическая патология	системная красная волчанка, ревматоидный артрит, болезнь Бехчета, подагра, анкилозирующий спондилит, дерматополимиозит, антифосфолипидный синдром, васкулиты
4	Прочие заболевания	заболевания поджелудочной железы, варикозная болезнь, тромбоз, тромбоз, хроническая почечная недостаточность
5	Лекарственные препараты	НПВП, оральные контрацептивы, ГИБП (адалимумаб, инфликсимаб, иматиниб, BRAF-ингибиторы), антибактериальные препараты, сульфаниламиды, бромиды, йодиды, витамин К, другие
6	Физические факторы	холод, травма
7	Синтетические материалы	силикон или синтетические микросферы, парафин
8	Химические средства	краска, металлы, ингаляции дыма, яды животных
9	Прочие причины	саркоидоз, беременность, отягощенный аллергологический статус

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с рецидивирующим панникулитом
Вебера-Крисчена»

ПЕРЕЧЕНЬ признаков ПнВ-Кр по данным УЗИ и КТ

№ п/п	Вид инструментального исследования	Клинические формы панникулита Вебера- Крисчена	УЗИ и КТ-признаки ПнВ-Кр
1	УЗИ кожи и подкожной клетчатки		
1.1	УЗИ кожи и подкожной клетчатки	Узловатая, бляшечная, инфильтративная форма	Неспецифические изменения в виде размытости контуров, повышенной эхогенности, «глыбчатости» ПЖК, наличия или отсутствия васкуляризации
1.2	УЗИ кожи и подкожной клетчатки	Мезентериальная форма	Признаки воспаления брыжеечного жира; дополнительные образования различных размеров без четких границ, различных размеров, схожие по структуре с уплотненной жировой тканью; гипертрофия брыжейки; увеличение лимфатических узлов и расширение сосудов в брыжейке тонкой кишки
2	КТ брюшной полости	Мезентериальная форма	Повышение плотности жировой ткани брыжейки (симптом «мутной брыжейки»); мягкотканное образование в корне брыжейки; признак жирового кольца, основанный на сохранении нормальных денситометрических величин жира рядом с брыжеечными сосудами; увеличенные лимфатические узлы в брыжейке; псевдокапсула, отделяющая непораженную брыжейку от воспаленного жира

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с рецидивирующим панникулитом
Вебера-Крисчена»

Особенности морфологического исследования при ПнВ-Кр*

№ п/п	Преимущественное поражение долек ПЖК без признаков васкулита	
	Варианты клеточной инфильтрации**	
1	Узловатая форма	Лимфоцитарные инфильтраты с примесью эозинофилов
2	Бляшечная форма	Полиморфно-клеточная инфильтрация с преобладанием нейтрофилов
3	Инфильтративная	Нейтрофильные лейкоцитарные инфильтраты
4	Мезентериальная форма	Сочетание полиморфно-клеточных инфильтратов с примесью нейтрофилов и эозинофилов на фоне минимальной выраженности воспаления долек

* Биопсию кожи и ПЖК выполняют из очагов наибольшего поражения.

** Состав клеточной инфильтрации зависит от клинической формы ПнВ-Кр.

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с рецидивирующим панникулитом
Вебера-Крисчена»

Гистоморфологические варианты септальных и лобулярных панникулитов (2017)

№ п/п	Локализация воспалительных изменений	Наличие/отсутствие васкулита	Гистоморфологические варианты
1	Преимущественно септальный панникулит		
1.1	Преимущественно септальный панникулит	Без васкулита	Липоидный некробиоз Очаговая склеродермия Подкожная кольцевидная гранулема Некробиотическая ксантогранулема Узловатая эритема (УЭ)
1.2	Преимущественно септальный панникулит	С васкулитом	Лейкоцитокластический васкулит Поверхностный мигрирующий тромбофлебит Кожная форма узелкового полиартериита
2	Преимущественно лобулярный панникулит		
2.1	Преимущественно лобулярный панникулит	Без васкулита	Склерозирующий Пн (липодерматосклероз) Кальцификация Оксалоз Склерема новорожденных Холодовой Пн Люпус-Пн Пн при дерматомиозите Панкреатический Пн $\alpha 1$ -антитрипсин-дефицитный Пн Инфекционный Пн Подкожный саркоидоз (саркоид Дарье–Русси) Травматический Пн Липоатрофия Подкожный жировой некроз новорожденных Постстероидный Пн Подагрический Пн Цитофагический гистиоцитарный Пн Пн, ассоциированный с применением галогенов (йодиды, бромиды) Идиопатический узловатый Пн (болезнь Вебера-Крисчена)
2.2	Преимущественно лобулярный панникулит	С васкулитом	Лепрозная УЭ Феномен Люцио (диффузная лепроматозная лепра) Нейтрофильный лобулярный Пн, ассоциированный с ревматоидным артритом Индуриативная эритема Базена Болезнь Крона Узловатый васкулит