

# Случай липоидного некробиоза у больной сахарным диабетом

И.А. Олейник, О.Н. Стулий

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

## Резюме

В статье приводится случай липоидного некробиоза в сочетании с сахарным диабетом.

**Ключевые слова:** липоидный некробиоз, сахарный диабет, патогенез, клиника, гистологическое исследование.

Липоидный некробиоз – это хроническое ненаследственное заболевание кожи, связанное с нарушением обмена веществ, представляет собой локализованный липоидоз с отложением липидов в тех участках дермы, где есть дегенерация или некробиоз коллагенов. Проявляется разноцветными (красными, желтыми, коричневыми) бляшками с четкими границами, сопровождается дегенерацией коллагеновых и эластических волокон с вторично развивающейся гранулемой.

Липоидный некробиоз, как правило, обусловлен сахарным диабетом и представляет собой одно из его проявлений, связанное с тяжестью микроангиопатии. Однако сахарный диабет – частая, но не единственная причина заболевания. Согласно статистике, у 1/3 больных липоидным некробиозом диагностируют сахарный диабет, еще у 1/3 – нарушение толерантности к глюкозе. Дерматоз в 1/3 случаев может наблюдаться у больных, не страдающих нарушением углеводного обмена.

Основная роль в развитии заболевания отводится микроангиопатиям различного происхождения. У пациентов, не имеющих сахарного диабета, этиология заболевания остается неизвестной. Липоидный некробиоз, не связанный с метаболическими нарушениями, описывают как гранулематоз Мишера [7].

Факторы, провоцирующие очаговую дегенерацию коллагена, неизвестны. К ним могут относиться:

- очаговые нарушения кровообращения и гемостаза вследствие микроангиопатии у диабетиков;
- первичная дегенерация или нарушение синтеза коллагеновых волокон, непосредственно связанные с травмой у лиц, не страдающих сахарным диабетом;

- вторичная дегенерация вследствие распространяющейся гранулемы, которая сама может быть вызвана отложением иммунных комплексов [6].

Диагноз ставится на основании клинической картины: свежие очаги имеют вид восковидных бляшек с четкими границами, различных размеров, их поверхность лоснящаяся. Сквозь атрофический эпидермис видны расширенные сосуды дермы. Свежие бляшки желтые, оранжевые, что является важным диагностическим признаком. Старые очаги образуются после слияния мелких бляшек. Центральные части имеют изъязвления, после заживления которых остаются вдавленные рубцы. В центре бляшки многочисленные телеангиэктазии, цвет бурый. Располагаются очаги поражения иногда симметрично. Более чем в 80% случаев локализованы на передних поверхностях голеней, реже – на стопах, кистях, туловище, лице, волосистой части головы, еще реже отмечается генерализованное поражение [4].

При локализации на коже голеней диагноз устанавливается по клинико-патологическим признакам, которые достаточно специфичны. На ранней стадии в дифференциальный диагноз включают расположенные на голенях бляшки диабетической дерматопатии и обычные рубцы. При других локализациях дифференциальная диагностика проводится с бляшечной склеродермией, индуративной эритемой Базена, папуло-некротическим васкулитом, узловой эритемой, панникулитом, кольцевидной гранулемой, саркоидозом, ксантоматозом и другими неинфекционными гранулематозными заболеваниями [5].

Внешний вид очагов настолько характерен, что биопсия не требуется. Ее проводят только для

исключения кольцевидной гранулемы. Данные биопсии помогают установить диагноз. При липоидном некробиозе в отсутствие сахарного диабета гистологические признаки не имеют характерной специфичности: очаги дегенерировавшего коллагена встречаются редко или отсутствуют, гранулемы по типу инородного тела более обширны, малые кровеносные сосуды не имеют характерных признаков диабетической микроангиопатии, а имеют утолщение базальных мембран клеток в стенках сосудов с периодически положительной ШИК-реакцией, приводящей к сужению просвета сосудов. Полагают, что гранулематозное воспаление возникает в ответ на дегенерацию коллагеновых волокон. Поражение артериол в очагах некробиоза, по-видимому, обусловлено усиленной агрегацией тромбоцитов. Выраженность липоидного некробиоза не зависит от тяжести сахарного диабета [3].

Из-за отсутствия субъективных ощущений (боли, зуда) больные долго не обращаются к врачу: заболевание прогрессирует, бляшки растут, изъязвляются, приводят к значительному косметическому дефекту. Язвы могут рубцеваться без лечения. Прогноз для жизни при липоидном некробиозе благоприятный, для выздоровления – сомнительный.

Приводим случай липоидного некробиоза.

**Пациентка С., 44 года**, жительница г. Харькова, поступила в клинику ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» с жалобами на появление очагов на коже тыла обеих кистей и правой голени. Болеет с 2015 г., когда впервые появилось пятно округлой формы, 1 см в диаметре, на коже тыла правой кисти, светло-коричневого цвета, не сопровождающееся субъективными ощущениями. Появление аналогичного пятна через 6 мес на коже тыла левой кисти и через год – на коже правой голени отмечает на фоне увеличения размера первого очага.

Обратилась к дерматологу по месту жительства и получала лечение по поводу кольцевидной гранулемы глюкокортикостероидными (ГКС) наружными средствами с отсутствием положительной динамики.

**Из анамнеза известно:** тонзиллэктомия в 1998 г., аппендэктомия в 2011 г., фурункул левой голени в 2015 г., операция по поводу кисты яичника в 2016 г., ишемическая болезнь сердца, нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу – 2016 г. На фоне лечения панариция первого пальца правой кисти в 2016 г. был впервые выявлен сахарный диабет, II тип.

**При поступлении** общее состояние удовлетворительное, нормостеник, слизистые оболочки розовой окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. АД – 140/90 мм рт. ст., пульс – 78 уд./мин. Температура – 36 °С. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

**Локальный статус:** бляшки на коже тыла правой кисти – 5х6 см, левой – 4х4,4 см, передней поверхности бедра – 5х4 см, красно-коричневого цвета, с четкими очертаниями, неправильной формы, четко отграничены от здоровой кожи, полициклические, приподнятые. Поверхность бляшек гладкая, блестящая, имеются многочисленные телеангиэктазии, мелкопластинчатое шелушение на коже голени (см. рисунок).

В клиническом анализе крови обращает на себя внимание лимфоцитоз (40%) и повышение СОЭ (28 мм/ч). Глюкоза крови – 10,6 ммоль/л. При консультации эндокринолога установлен диагноз: сахарный диабет, тип II, средней тяжести, субкомпенсированный. Назначено соблюдение диеты диабетического типа и гипогликемизирующие препараты.

В настоящее время пациентка получает ангиопротекторы, антиоксиданты, антиагреганты, витамины, амид липоевой кислоты.

Наружно: топические ГКС и антиагрегантные препараты.

Интерес случая: быстрое прогрессирование липоидного некробиоза у больной на фоне сахарного диабета, тип II.



а



б

Рисунок. Пациентка С., липоидный некробиоз, поражение кожи правой голени (а), и тыльной поверхности кистей (б)

## Список литературы

1. Дерматология. Атлас-справочник / Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вулф и др. М.: Мак-Гроу-Хилл – «Практика», 1998. 1088 с.
2. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний / Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 736 с.
3. Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней / М.А. Пальцев, Н.Н. Потехаев, И.А. Казанцева, С.С. Кряжева. М.: Медицина, 2006. 512 с.
4. Курдина М.И., Макаренко Л.А. Липоидный некробиоз в практике терапевта и дерматолога. Клиническая медицина. 2013. № 1. С. 62–64.
5. A systematic review of the relationship between glycemic control and necrobiosis lipoidica diabetorum in patients with diabetes mellitus / B.D. Mistry, A. Alavi, S. Ali, N. Mistry. Int J Dermatol. 2017. Vol. 56, No. 12. P. 1319–1327.
6. Cutaneous Manifestations of Diabetes Mellitus: A Review / A.L. Lima, T. Illing, S. Schliemann, P. Elsner. Am J Clin Dermatol. 2017. Vol. 18, No. 4. P. 541–553.
7. Patsatsi A., Kuriakou A., Sotiriadis D. Necrobiosis lipoidica: early diagnosis and treatment with tacrolimus. Case Rep. Dermatol. 2011. Vol. 3, No. 1. P. 89–93.

## References

1. Fitzpatrick T, Dzhonson R, Vulf K, et al. Dermatology. Atlas-spravochnik (Dermatology. Atlas-reference book). Moscow: Mak-Grou-Khill – «Praktika»; 1998. 1088 p.
2. Katsambas AD, Lotti TM (eds). Evropeyskoye rukovodstvo po lecheniyu dermatologicheskikh zabolevaniy (European guidelines for the treatment of dermatological diseases). M.: MEDpress-inform; 2009. 736 p.
3. Paltsev MA, Potekayev NN, Kazantseva IA, Kryazheva SS. Kliniko-morfologicheskaya diagnostika i printsiy lecheniya kozhnykh bolezney (Clinical and morphological diagnostics and principles of treatment of skin diseases). Moscow: Meditsina; 2006. 512 p.
4. Kurдина MI, Makarenko LA. Lipoidnyy nekrobioz v praktike terapevta i dermatologa (Lipoid necrobiosis in the practice of a therapist and dermatologist). Klinicheskaya meditsina. 2013;1:62–64.
5. Mistry BD, Alavi A, Ali S, Mistry N. A systematic review of the relationship between glycemic control and necrobiosis lipoidica diabetorum in patients with diabetes mellitus. Int J Dermatol. 2017;56(12):1319–1327.
6. Lima AL, Illing T, Schliemann S, Elsner P. Cutaneous Manifestations of Diabetes Mellitus: A Review. Am J Clin Dermatol. 2017;18(4):541–553.
7. Patsatsi A, Kuriakou A, Sotiriadis D. Necrobiosis lipoidica: early diagnosis and treatment with tacrolimus. Case Rep. Dermatol. 2011;3(1):89–93.

## ВИПАДОК ЛІПОЇДНОГО НЕКРОБІОЗУ У ХВОРОЇ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

І.О. Олійник, О.М. Стулій

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

## Резюме

У статті наводиться випадок ліпоїдного некробіозу в поєднанні з цукровим діабетом.

**Ключові слова:** ліпоїдний некробіоз, цукровий діабет, патогенез, клініка, гістологічне дослідження.

## CASE OF LIPOID NECROBIOSIS IN PATIENT WITH DIABETES MELLITUS

I. O. Oliinyk, O. M. Stulyi

SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»

## Abstract

The article presents a case of lipoid necrobiosis in combination with diabetes mellitus.

**Key words:** lipoid necrobiosis, diabetes mellitus, pathogenesis, clinic, histological examination.

## Сведения об авторах:

**Олейник Ирина Александровна** – д-р мед. наук, ст. науч. сотр., гл. науч. сотр. отдела дерматологии, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»; e-mail: otdderm@ukr.net.**Стулий Ольга Николаевна** – канд. мед. наук, науч. сотр. отдела дерматологии, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»; e-mail: otdderm@ukr.net.