

# Случай липоидного некробиоза у ребенка

В. В. Думченко<sup>1,2</sup>, А. А. Шашкова<sup>2</sup>, Э. М. Тарасенко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России  
414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121

<sup>2</sup> ГБУЗ АО «Областной кожно-венерологический диспансер»  
414056, г. Астрахань, ул. М. Максаковой, д. 6

Описан случай липоидного некробиоза у двенадцатилетней девочки. Клиническая картина характеризовалась наличием у больной изменений на коже голеней длительно, в течение 2 лет. Изменения на голенях интерпретировались как посттравматические. Приведены данные о патогенезе, клинических формах, лечении.

Ключевые слова: **липидный некробиоз, клиника, этиология, лечение.**

Контактная информация: Shashkova.aa@mail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2017; (1): 51—54.

# The case of necrobiosis lipoidica in a child

V.V. Dumchenko<sup>1,2</sup>, A.A. Shashkova<sup>2</sup>, E.M. Tarasenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Astrakhan State Medical University  
Bakinskaya str., 121, Astrakhan, 414000, Russia

<sup>2</sup> Regional dermatovenerology dispensary  
M. Maksakovoy str., 6, Astrakhan, 414056, Russia

The case of necrobiosis lipoidica in a girl of twelve is described. The clinical picture is presented by skin changes occurred on the patient's shins during 2 years. The changes on the shins are considered as post traumatic. Here there are some data about the pathogenesis, clinical forms and treatment.

Key words: **Necrobiosis lipoidica, clinic, aetiology, treatment.**

Corresponding author: Shashkova.aa@mail.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2017; 1: 51—54

■ Липоидный некробиоз (ЛН) — хронический дерматоз, относимый к группе локализованных липидозов кожи. Этиология неизвестна. Болеют преимущественно женщины в возрасте 40—60 лет [1].

Оппенгейм первым представил описание клинической картины заболевания в 1930 г., а в 1932 г. Урбах дал название заболеванию *Necrobiosis lipoidica diabetorum*, изучив гистологическую картину пораженной кожи.

На сегодняшний день ЛН изучен недостаточно, в 75% случаев заболевание связано с сахарным диабетом (СД), которому оно может предшествовать за много лет. Такие факторы, как курение, гипертония, аллергические реакции, инфекции, не являются триггерами, а травматизация кожи, укусы насекомых часто связаны с дебютом заболевания. Предполагается, что в основе кожных изменений лежит диабетическая микроангиопатия, сопровождающаяся склерозированием и облитерацией сосудов. Это приводит к некробиозу дермы с последующим отложением липидов [2].

ЛН может развиваться в любом возрасте. Описаны случаи этого дерматоза как у новорожденных, так и у лиц старческого возраста. Что касается вопроса о первичности СД или ЛН, то кожные изменения появляются чаще на фоне уже существующего СД. Сочетание ЛН с СД отмечается у 26—67% больных, как самостоятельное заболевание у 10—50% [3].

В детском возрасте, по данным П. Хегера, ЛН встречается редко, среди 1557 детей и подростков с диагнозом СД обнаружен только 1 (0,06%) случай ЛН. Среди заболевших лица женского пола преобладают. В некоторых случаях ЛН на годы предшествует клиническим проявлениям СД [4, 5].

Различают диабетическую и недиабетическую формы заболевания [2]. Выделяют 4 клинические формы ЛН: классическая, склеродермоподобная, поверхностно-бляшечная и по типу кольцевидной гранулемы.

Заболевание обычно начинается с появления синюшно-розоватых пятен или гладких плоских узелков, склонных к периферическому росту с последующим формированием четко отграниченных индуративно-атрофических бляшек. Преимущественная локализация процесса — голени и стопы (80%), руки, туловище, лицо и волосистая часть головы.

ЛН по типу склеродермии характеризуется появлением инфильтративных бляшек буровато-красного цвета с четкими границами. Размеры элементов от 0,5 см до детской ладони. Просуществовав в течение 2—3 лет, бляшки становятся желтовато-бурыми с блестящей поверхностью и приподнятым краем фиолетово-красного цвета. Пальпация очагов выявляет склеродермоподобное уплотнение в центре.

Поверхностно-бляшечная форма ЛН определяется наличием округлых и овальных очагов поражения розовато-желтого цвета, окруженных фиолетово-

красным ободком, расположенных на плечах, предплечьях, тыле кистей, груди, животе, спине.

ЛН по типу кольцевидной гранулемы характеризуется наличием на различных участках кожи очагов округлой формы 3—4 см в диаметре розовато-синюшного цвета с желтоватым оттенком.

Диагноз ЛН ставят на основании клинических данных, результатов обследования на СД и данных биопсии с окраской на наличие липидов. Гистологические изменения представлены интерстициальными гранулемами и гранулемами с характерным полисадообразным расположением клеток, снижением количества интрадермальных нервов, утолщением стенок кровеносных сосудов и отеком эндотелиальных клеток в дерме. В кровеносных сосудах имеются характерные признаки диабетической микроангиопатии (пролиферация эндотелия, фиброз и гиалиноз стенок сосудов). Если в свежих очагах поражения преобладают периваскулярные и интерстициальные воспалительные инфильтраты, то в длительно существующих присутствует атрофия, являющаяся следствием фиброза в дерме и подкожной жировой клетчатке. При окраске шарлах-красным в участках некробиоза выявляются ржаво-коричневые липидные зерна, расположенные внеклеточно.

ЛН следует дифференцировать с ксантомой, ксантогранулемой, саркоидозом, ревматическими узелками, кольцевидной гранулемой, варикозной экземой. Течение процесса торпидное, не вызывающее субъективных ощущений. Иногда при травматизации кожи в очагах поражения могут появиться умеренная болезненность, жжение.

Для лечения используют окклюзионные повязки с сильнодействующими кортикостероидами, включая их введение в область очага, однако в некоторых случаях это провоцирует изъязвление. Хороший эффект дает антиагрегационная терапия (аспирин, пентоксифиллин, никотинат), препараты биологического действия (инфликсимаб). При неэффективности иссекают всю бляшку с последующей трансплантацией кожи [6].

Приводим наше наблюдение.

Пациентка Н., 12 лет, обратилась в амбулаторное отделение №5 ГБУЗ АО ОКВД в мае 2013 г. с жалобами на высыпания на коже голеней. Больной себя считает в течение 2 лет, когда впервые появились пятна на голени. Данные изменения на коже связывала с травматизацией при катании на роликовых коньках. За медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно применяла детский крем, однако улучшения не отмечалось. При этом субъективных ощущений пациентка не испытывала. В 2012 г. обратилась в поликлинику по месту жительства, был поставлен диагноз: васкулит. Назначено наружное лечение: акридерм крем, троксевазин контрактубекс. Эффекта от проводимого лечения не отмечено. В мае 2013 г. обратилась в поликлиническое отделение ОКВД г. Астрахани



а



б



в

Рис. 1. Клинические проявления ЛН у пациентки 12 лет до лечения

с целью консультации и проведения лечения. Была госпитализирована в стационар ОКВД с диагнозом: ЛН. Васкулит? Красная волчанка?

Наследственность отягощена: у отца пациентки СД 2-го типа. Росла и развивалась соответственно возрасту. Туберкулез и венерические заболевания в семье отрицаются. Лекарственный анамнез спокоен. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа в 6 мес. жизни, ОРВИ, вегетососудистая дистония.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Рост 157 см, масса 53 кг. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца в пределах нормы, тоны ясные. Пульс 73 удара в минуту. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Патологический процесс расположен симметрично на передней поверхности голени и представлен бляшками красновато-фиолетового цвета овальной формы с четкими границами (рис. 1). Центральная часть бляшек желтоватого цвета с блестящей поверхностью, слегка западает. На этом фоне видны единичные телеангиэктазии. Проведены следующие диагностические исследования. Общий анализ крови: Нb 140 г/л, эр.  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , л.  $11,4 \cdot 10^9/л$ , с. 74%, лимф. 19%, мон. 7%. СОЭ 3 мм/ч; тр.  $204 \cdot 10^9/л$ . Гематокрит 44%. Биохимическое исследование крови: общий билирубин 11,8 мкмоль/л; мочевина 5,1 ммоль/л; аспартатаминотрансфераза 0,16 ммоль/л, аланинаминотрансфераза 0,15 ммоль/л, креатинин 82 мкмоль/л, глюкоза крови 13,7 ммоль/л. Общий анализ мочи: сахар — положительный, белок — отрицательный, кетоновые тела — отрицательный, лейкоциты единичные в поле зрения. Из-за повышенного содержания глюкозы в крови и в моче пациентка была переведена в эндокринологическое отделение Областной детской клинической больницы, где был поставлен диагноз СД 1-го типа.

Назначена инсулинотерапия (хумалог), гепатопротекторы (карсил), желчегонные (аллохол), ферменты (мезим, энзистал, пакреатин). На протяжении 2,5 года пациентка наблюдалась в поликлиническом отделении ОКВД. Проводилась следующая терапия: топические стероиды под окклюзионную повязку 1 раз в сутки № 15, ношение компрессионных гольфов периодически, мидокалм, аевит, аспирин, фонофорез с гидрокортизоновой мазью на область голени. Непосредственно после проводимых курсов лечения отмечалась положительная динамика. Однако изменения на нижних конечностях сохраняются в виде бляшек синюшно-багрового цвета, сохраняется атрофия в центре (рис. 2).

Таким образом, приведенный клинический случай демонстрирует трудности диагностики ЛН в детском возрасте. Своевременной диагностике этого редкого дерматоза способствуют тщательно собранный анамнез, характерная клиническая картина и данные лабораторного обследования. Лечение носит симптоматический характер, при сочетании с СД необходима его коррекция. Пациенты нуждаются в регулярном диспансерном наблюдении. ■



а

б

Рис. 2. Клиническая картина после лечения

## Литература

- Ivanov O. L. Kozhnyye i venericheskiye bolezni. M.: Meditsina; 1997. [Иванов О. Л. Кожные и венерические болезни. М.: Медицина; 1997.]
- Platonova A. N., Bakulev A. L., Slesarenko N. A., Morrison A. V., Shabogina A. A., Davydova A. V. Lipoidnyy nekrobioz (bolezнь Oppenheyma — Urbakha). Vestn dermatol venerol 2012; (5): 70—73. [Платонова А. Н., Бакулев А. Л., Слесаренко Н. А., Моррисон А. В., Шабогина А. А., Давыдова А. В. Липоидный некробиоз (болезнь Оппенгейма — Урбаха). Вестн дерматол венерол 2012; (5): 70—73.]
- Samsonov V. A. Lipoidnyy nekrobioz. V: Rukovodstvo Kozhnyye i venericheskiye bolezni. Pod red. Yu. K. Skripkina. M.: Meditsina; 1995. T. II. S. 411—419 [Самсонов В. А. Липоидный некробиоз. В: Руководство Кожные и венерические болезни. Под ред. Ю. К. Скрипкина. М.: Медицина; 1995. Т. II. С. 411—419].
- Kheger Peter G. Detskaya dermatologiya. Pod red. A. A. Kubanovoy, A. N. Lvova. M.: BINOM; 2013. [Хёгер Петер Г. Детская дерматология. Под ред. А. А. Кубановой, А. Н. Львова. М.: БИНОМ; 2013.]
- Koen Bernard A. Pediatricheskaya dermatologiya. Pod red. N. M. Sharovoy. M.: MEDpress-inform; 2015. [Козэн Бернард А. Педиатрическая дерматология. Под ред. Н. М. Шаровой. М.: МЕДпресс-информ; 2015.]
- Keyn Key Shu-Mey, Stratigos Aleksandr Dzh, Lio Piter A., Dzhonson Richard Alen. Detskaya dermatologiya. Pod. Red. O. L. Ivanova, A. N. Lvova. M.: BINOM; 2011. [Кейн Кей Шу-Мей, Стратигос Александр Дж., Лео Питер А., Джонсон Ричард Алэн. Детская дерматология. Под. Ред. О. Л. Иванова, А. Н. Львова. М.: БИНОМ; 2011.]

### об авторах:

**В. В. Думченко** — к.м.н., и.о. зав. кафедрой кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет», главный врач ГБУЗ АО «Областной кожно-венерологический диспансер», Астрахань

**А. А. Шашкова** — зав. амбулаторным отделением №5, врач-дерматовенеролог ГБУЗ АО «Областной кожно-венерологический диспансер», Астрахань

**Э. М. Тарасенко** — врач-дерматовенеролог амбулаторного отделения №5 ГБУЗ АО «Областной кожно-венерологический диспансер», Астрахань

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье