

УДК 616.379-008.64-06:616.511

## ЛИПОИДНЫЙ НЕКРОБИОЗ УРБАХА

Д.Я. Головченко, В.М. Кисилевский, О.В. Пасечникова, О.Д. Пурышкина, Шаги Иса

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев  
Центральная городская клиническая больница, Киев

**Ключевые слова:** липоидный некробиоз, коллаген, сахарный диабет.

Липоидный некробиоз (*Necrobiosis lipoidia seu diabetica*) был описан и назван так Урбахом в 1932 г., а Оппенгейм именовал его *Dermatitis atrophicans maculosa lipoides diabetica*. Существуют и другие названия этого заболевания: псевдосклеродермиформный симметричный хронический гранулематоз Готтрона, хронический прогрессирующий гранулематоз Мишера—Ледера [1, 6]. Согласно литературным данным, заболевание встречается сравнительно редко. Возникает в любом возрасте, но чаще у женщин 30—40 лет (70—75%), реже у лиц пожилого возраста и детей.

Причиной развития этого дерматоза могут быть не только сосудистые поражения, обуславливающие некробиоз коллагена в очагах поражения кожи при сахарном диабете [3], но и различные нейроэндокринные, иммунологические и другие нарушения [1, 3, 4].

По мнению ряда ученых, липоидному некробиозу могут предшествовать ушибы, укусы насекомых, ссадины и др. [3]. Предполагается взаимосвязь развития заболевания с инфекциями, аллергией, длительным курением [1, 3, 4].

Чаще всего поражается кожа наружной поверхности голени. Приблизительно у половины больных отмечаются повреждения обеих голеней [1, 2, 5, 6].

Липоидный некробиоз проявляется в виде нескольких клинических форм: *necrobiosis maculosa*, *granulomatosis disciformis chronica et progressiva* (Mischer—Leder), *acroangiodermatitis pigmentosa* (Cordonnier), язвенно-сифилоидной (напоминает подострую узловатую эритему), а также кольцевидной формы (кольцевидная гранулема). Учитывая разнообразие клинических проявлений, диагностирование заболевания без данных о наличии диабета у больного может быть очень трудным.

Представляет интерес наблюдаемый нами случай липоидного некробиоза. Пациентка В. 80 лет поступила в клинику по направлению дерматолога с диагнозом саркома Капоши(?). Считала себя больной в течение 3 месяцев — с того времени, когда впервые заметила сыпь на коже правой голени. Заболевание связывала с приемом большого количества отваров трав от холецистита. Страдала гипертонической болезнью, в тридцатилетнем возрасте перенесла туберкулез легких (в кавернозной форме). При осмотре: на коже передне-внутренней поверхности голени наблюдались высыпания в виде глянцевидных узелков, бляшек и узлов полусферической и неправильной формы различной величины — от размеров горошины до небольшого грецкого ореха, возвыша-

ющихся над уровнем кожи. Элементы розово-красного цвета с едва заметным желтоватым оттенком в центре. На блестящей поверхности некоторых из них отмечались телеангиэктазии. Центральный отдел поверхности узловых образований несколько западал по сравнению с периферическим краем. При пальпации всех элементов отмечалось достаточно выраженное уплотнение. Субъективных ощущений в очагах поражения кожи не было (рисунок).

При обследовании: общий анализ крови: лейкоциты —  $11,6 \cdot 10^9 / \text{л}$ , эритроциты —  $4,19 \cdot 10^{12} / \text{л}$ , Hb — 131 г/л, Ht — 36,6%, тромбоциты —  $219 \cdot 10^9$ , лейкоцитарная формула: палочкоядерные — 8%, сегментоядерные — 59%, эозинофилы — 1, лимфоциты — 18, моноциты — 14. СОЭ — 11 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция — кислая, удельный вес — 1017, белка — следы, глюкоза — не обнаруже-



Рисунок. Больная В. На коже правой голени узелковые бляшечные и узловатые образования

на; микроскопія осада: епітелій 1—3 в п/зр., эритроциты измеренные 0—2 в поле зрения.

Глюкоза крови — 6,10 ммоль/л.

Фракционное исследование глюкозы крови:

7.00 — 6,0 ммоль/л;

13.00 — 5,9 ммоль/л;

17.00 — 5,8 ммоль/л.

Биохимия крови: общий билирубин — 11,25 ммоль/л, общий белок — 72 г/л, мочеви́на — 7,8 ммоль/л, холестерин — 6,38 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 10<sup>4</sup> ЕД/л, креатинин — 91,5 ммоль/л, АЛТ — 13 ЕД/л, АСТ — 22 ЕД/л.

Белок и фракции: общий белок 76 г/л, альбумины — 57%, глобулины — 43%, α1 — 4%, α2 — 6%, β — 13%, γ — 20%; коэффициент А/Г — 1,3.

RW крови — отрицательная.

Несмотря на нормальные показатели содержания глюкозы в крови, на основании клинической картины больной был поставлен диагноз: липоидный некробиоз кожи.

В целях подтверждения клинического диагноза было проведено патогистологическое исследование биопсийного материала из очага поражения кожи правой голени.

Описание препарата: со стороны эпидермиса — гиперкератоз, в некоторых участках наблюдается его атрофия, вакуольная дистрофия базального слоя. В дерме, преимущественно в ее нижнем отделе, отмечены нерезко ограниченные очаги некробиоза коллагена, отложения липоидов. Вблизи очагов некробиоза располагаются околососудистые инфильтраты, состоящие из лимфоцитов, гистиоцитов и фибробластов. Также отмечаются скопления эпителиоидных и гигантских клеток. В кровеносных сосудах, капиллярах, артериолах наблюдается фиброз стенок, пролиферация эндотелия, стенозирование просветов малых сосудов, что способствует дегенерации коллагенов.

Описанные изменения кровеносных сосудов, инфильтрат, представленный гистиоцитами и лимфоцитами, эпителиоидными клетками, фибробластами, некробиоз коллагена и отложения липоидов подтверждают диагноз липоидного некробиоза. После обследования больная была выписана из клиники с рекомендациями: контроль уровня глюкозы крови, диета с ограничением углеводов в пище, прием витаминов Е и С, гепатопротекторов, смазывание очагов поражения кортикостероидными мазями и наблюдение дерматолога по месту жительства.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каламкарян А.А., Абрамов А.А. Клинические варианты липоидного некробиоза. В кн. Современные методы диагностики и лечения дерматозов. — М., 1984. — С. 41—44.
2. Поляков В.А. Мелкоузелковая форма липоидного некробиоза // Вестн. дерматол. и венерол. — 1983. — № 6. — С. 62—63.
3. Цветкова Г.М., Морговцев В.Н. Некробиоз липоидный. / В кн.: Патоморфологическая диагностика заболеваний

кожи. — М.: Медицина. — 1986. — С. 133—135.

4. Шапошников О.К., Хазизов И.Е. Современные аспекты патогенеза и терапии кольцевидной гранулемы и липоидного некробиоза // Вестн. дерматол. и венерол. — 1985. — № 5. — С. 4—8.

5. Mackey J. Necrobiosis lipoidica diabetica involving calp and face // Brit. J. Dermatol. — 1975. — Vol. 93. — N 6. — P. 729—730.

6. Urbach, 1932 цит. Леввер У.Ф. Гистопатология кожи. — М.: Медгиз. — 1958. — С. 289—291.

## ЛІПОЇДНИЙ НЕКРОБІОЗ УРБАХА

Д.Я. Головченко, В.М. Кисилевський, О.В. Пасєчнікова, О.Д. Пуришкіна, Шаді Іса

У роботі висвітлено основні питання етіології та патогенезу ліпоїдного некробіозу Урбаха. Вміщено опис клінічної картини захворювання, яку спостерігали автори, наведено результати проведеного обстеження.

## LIPOID NECROBIOSIS

D.Y. Golovchenko, V.M. Kisilevsky, O.V. Pasychnikova, O.D. Purishkina, Shadi Isa

The basic questions of etiology and pathogenesis of lipoid necrobiosis are presented in the article. The clinical part includes the description of a case of lipoid necrobiosis which authors observed. The features of clinical course and diagnostic of this disease are given.