

# СЛУЧАЙ ЛИПОИДНОГО НЕКРОБИОЗА У БОЛЬНОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Коряк В.В., к.м.н.Пасиешвили Т.М., Птущенко Н.Ю.

Учебно-научный медицинский комплекс «Университетская клиника»

Харьковского национального медицинского университета

Сахарный диабет относится к хроническим неинфекционным заболеваниям внутренних органов, эпидемиологическая составляющая которого позволяет ему «удерживать» почетное третье место в структуре патологии во всем мире, уступая только заболеваниям сердечно-сосудистой системы и онкопатологии. Несмотря на достигнутые успехи в разработке вопросов этиологии и патогенеза заболевания, количество больных не уменьшается, а наметилась четкая тенденция к росту таких пациентов.

Проблема лечения сахарного диабета приобретает все большее значение не только в связи с высокой распространенностью заболевания и отсутствием какой-либо наметившейся положительной динамики, но и с формированием его осложнений, определяющих как качество жизни, так и прогноз. Среди таких осложнений рассматривается липоидный некроз, как результат микроангиопатии и метаболических нарушений в организме, итогом чего является дезорганизация соединительной ткани с отложением в ней липидов и последующим некробиозом.

Патогенез неизвестен, но предполагаемые причины развития липоидного некроза включают иммунно-комплексный васкулит и дефект агрегации тромбоцитов. При этом отложение липидов (локализованный липоидоз) происходит в тех участках дермы, где есть дегенерация или некроз коллагена. Образующиеся гранулемы окружают большие зоны некротического и склерозированного коллагена с одновременным расширением сосудистого пространства, скоплением плазматических клеток и увеличением количества нейтрального жира.

Частота данного осложнения составляет до 4% с пиком формирования в возрасте 20-40 лет.

Приводим случай клинического наблюдения липоидного некробиоза у больной с сахарным диабетом.

Больная Ч., 28 лет, поступила в эндокринологическое отделение УНМК «Университетская клиника» ХНМУ 11.01.2016 г с жалобами на вздутие живота, склонность к запорам, чувство похолодания в руках и ногах, судороги в икроножных мышцах, частые гипогликемии, общую слабость, изменение кожных покровов на голенях.

#### *Анамнез заболевания*

Болеет СД с 16 летнего возраста, когда появились жалобы на постоянный зуд и рецидивирующее течение кандидоза половых органов. Обратилась к гинекологу по месту жительства. При обследовании был выявлен высокий уровень сахара в крови (18 ммоль/л), в связи с чем была направлена в эндокринологическое отделение стационара. С момента заболевания на инсулинотерапии. Ежегодно проводит обследование и лечение в условиях стационара. С 20-летнего возраста присоединились проявления универсальной микро- и макроангиопатии. На протяжении последних 3 лет отмечает изменения кожных покровов нижних конечностей. С мая 2015 года состоит на учете у дерматолога по поводу трофических изменений кожи нижних конечностей – липоидного некробиоза.

Схема лечения СД на момент поступления: левемир утром - 14 ед., вечером -14 ед.; новорапид - п/з 10 ед, п/о 10 ед, п/у 10 ед.

#### *Анамнез жизни*

Вирусный гепатит, венерические заболевания, язвенную болезнь отрицает. Оперативных вмешательств не было. Наблюдалась аллергическая реакция на актовегин (на момент госпитализации приобретен пациенткой самостоятельно). Наследственный анамнез по эндокринной патологии отягощен (по материнской линии). Материально-бытовые условия удовлетворительные. Вредные привычки отрицает.

#### *Данные осмотра и физикального исследования.*

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Правильного телосложения. Достаточного питания. Положение активное.

Температура тела 36,6 градусов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими перкуторно: легочной звук; аускультативно жесткое дыхание. ЧДД 17 в мин. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, без болезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез контролирует. Периферических отеков нет.

*Локальный осмотр:* по внутренней поверхности нижней трети правой голени - единичный очаг размером со взрослую ладонь. На внутренней поверхности и задней поверхности левой голени - два очага размером с детскую ладонь. Кожные покровы над ними гиперемированы, четко очерчены от здоровой ткани. По периферии очагов отмечается темно-красный валик пораженной ткани; центр имеет розовую окраску и вид папиросной ткани, который покрыт местами мелкопятнистым шелушением.

*Эндокринный статус:* Рост 168 см, вес 60 кг. ИМТ=21,5 кг/м<sup>2</sup>. Нормостенического телосложения, достаточного питания. Эмоциональная сфера – адекватная, спокойная. В позе Ромберга устойчива. Кожные покровы нормальной влажности и температуры. Экзофтальма нет. Язык без отпечатков зубов. Щитовидная железа пальпаторно увеличена до 2 ст., неоднородная, плотная, безболезненная. Симптом Мари «отрицателен». ЧСС-96 уд/мин. Пульсация на периферических сосудах стоп снижена. Вторичные половые признаки в норме.

*Данные лабораторного и инструментального исследований.*

КАК: Нв-142 г/л, Эр.-4,7\*10<sup>12</sup>/л, ЦП-0,9, Лейк.-4,8\*10<sup>9</sup> /л, Эоз.-3 % П.-2 % , С-51 % , Лимф-36 % , М.-8 % , СОЭ-25 мм/ч.

КАМ: пл. - 1034, белок – нет, сахар –111,02 ммоль/л, ацетон-отриц., Э – 1-2 экз. в п/зр; Л - 1-2 экз. в п./зр., эпителий переходной – местами; слизь – умеренное количество.

Биохимический анализ крови. Общий белок – 70,4 г/л, СРБ–отриц., холестерин общ.- 4,44 ммоль/л, β-липопротеиды - 58,0 ммоль/л, билирубин общий - 14,70 ммоль/л, прямой - 4,10, непрямой - 10,60; тимоловая проба –

3,0 ммоль/л; мочевины крови – 5,5 ммоль/л; креатинин крови - 0,089 ммоль/л, АЛТ - 0,42 ммоль/л, АСТ- 0,36 ммоль/л; α-амилаза - 8,89, мочевиная кислота - 0,453 ммоль/л.

Исследование влагалищных выделений: слизь - умеренное кол-во, лейкоциты – 3-4 экз. в п/зр., эпителий - немного, палочки - умеренное кол-во, кокки - немного.

Гликемический профиль:

Время/дата	08:00	12:00	18:00	22:00	03:00	06:00
12.01	6,2	9,5	-	-	-	-
15.01	8,7	8,8	-	18,6	17,1	15,8
19.01	5,3	3,4	-	16,5	13,3	10,6

ЭКГ: ритм синусовый, тахикардия. Вертикальное положение ЭОС

Гормоны щитовидной железы: Ат к ТГ 1,0 (№ до 1,5), Ат к ТПО 4,1 МЕ/мл (№ до 30 МЕ/мл), ТТГ 2,6 мЕд/л (№ 0,3-4,0 мЕд/л)

РВГ: Снижение пульсового кровенаполнения в голених 3-2 ст, в стопах 3 ст.

Гинеколог: бактериальный вагиноз, кольпит.

Окулист: пролиферативная диабетическая ретинопатия сетчатки обоих глаз.

Частичная атрофия зрительного нерва левого глаза.

Невропатолог: ВСД по гипотоническому типу с цефалгическим и астено-невротическим синдромом.

Уролог: МКД. Диабетическая нефропатия.

Дерматолог: Липоидный некробиоз.

Гастроэнтеролог: хронический гастродуоденит, стадия нестойкой ремиссии.

Хирург: Сахарный диабет, 1 тип. Диабетическая ангиопатия. Хроническая ишемия 1 ст.

На основании выше изложенного был поставлен диагноз: Сахарный диабет, 1 тип, тяжелая форма, лабильное течение, стадия декомпенсации. Генерализованная диабетическая микро- и макроангиопатия. Диабетическая ангиопатия. Хроническая ишемия 1 ст. Липоидный некробиоз. ВСД по

гипотоническому типу с цефалгическим и астено-невротическим синдромом. Проллиферативная диабетическая ретинопатия сетчатки обоих глаз. Частичная атрофия зрительного нерва левого глаза. Мочекислый диатез. Диабетическая нефропатия. Хронический гастродуоденит, стадия нестойкой ремиссии. Бактериальный вагиноз. Кольпит.

Проведенное лечение: инсулинотерапия, тиоктацид, актовегин, витаксон, тивортин, реосорбилакт, гастронорм, панкреатин.

В результате лечения состояние улучшилось. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

*Комментарии.*

Сахарный диабет развился в детском возрасте – в 16 лет; причем в семье подростка с осложненным анамнезом – мать девочки наблюдается по поводу данного заболевания. Закономерным в такой ситуации является формирование 1 типа СД и раннее развитие осложнений. Как было сказано, развитие липоидного некробиоза с одной стороны ожидаемо (пик его формирования 20-40 лет), с другой стороны явилось неожиданностью – достаточная компенсация сахарного диабета на всем протяжении течения заболевания у очень обязательной и исполнительной пациентки, которая два раза в год проходит обследование и профилактическое лечение. Непредсказуемость такой ситуации у больной СД подтверждает негативный прогноз заболевания с формированием различных осложнений, которые влияют не только на качество жизни, но и прогноз.