

В.А. Савоськина, к.м.н., доцент
кафедра дерматовенерологии и ВИЧ/СПИДа
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Множественные папулы и бляшки красновато-желтого цвета на коже туловища и конечностей

Пациент С., 1971 г. р., житель г. Харьков, был направлен дерматологом на кафедру дерматовенерологии и ВИЧ/СПИДа для уточнения диагноза. Больной предъявлял жалобы на высыпания на коже туловища и конечностей, без субъективных ощущений, которые начали появляться и увеличиваться в размере в течение 1 года. Появление высыпаний ни с чем не связывает. Обратился к дерматологу по месту жительства, был установлен диагноз «Контагиозный моллюск» и проведено удаление элементов высыпаний при помощи криодеструкции, после чего часть их регрессировала, однако через время на месте удаления вновь появились папулезные элементы, также появились свежие высыпания на других участках туловища и конечностей.

Из анамнеза: хронических заболеваний не имеет, на учете у терапевта не находится. Болезнь Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Общее состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки слегка иктеричны. Лимфоузлы не увеличены. Других изменений со стороны органов и систем не выявлено.

Локальный статус: на коже туловища в области поясницы и ягодиц, нижних конечностей в области бедер, на верхних конечностях, особенно на разгибательных поверхностях, — множественные плотные красновато-желтые папулы различных размеров, которые не удаляются при помощи пинцета. В области локтевых суставов папулы сливаются и образуют бляшки, на некоторых из них — шелушение (рис. 1).

Дерматоскопия: скопление гомогенных желтовато-белых гранулам (рис. 2).



Рис. 1. Пациент С.: множественные плотные красновато-желтые папулы различных размеров на коже туловища, конечностей (здесь и далее – фото предоставлены автором)



Рис. 2. Пациент С. Дерматоскопия: а – иммерсионная дерматоскопия; б – дерматоскопия с кросс-поляризацией

Клинический анализ крови: гемоглобин – 194 г/л, эритроциты – $4,76 \times 10^{12}$ /л, гематокрит – 0,432, цветной показатель – 1,22, средний объем эритроцита – 91 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците – 40,8 пг, средняя концентрация клеточного гемоглобина – 449 г/л, ширина распределения эритроцитов по объему – 11,7%, тромбоциты – 317 г/л, СОЭ – 25 мм/час, лейкоциты – $13,7 \times 10^9$ /л, лимфоциты – 28,0%, моноциты – 6,0%, эозинофилы – 0,0%, базофилы – 0,0%, палочкоядерные – 10,0%, сегментоядерные – 56,0%, плазматические клетки – 0,0%.

Клинический анализ мочи: количество – 200,0 мл, цвет – желтый, прозрачная, реакция – кислая; белок не обнаружен, глюкоза – 43,8 ммоль/л, кетоновые тела – не обнаружены; лейкоциты 2–3 в поле зрения, эпителий переходный 1–2 в поле зрения, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: альбумин – 46,4 г/л, глюкоза – 20,33 ммоль/л, общий белок – 71,8 г/л, билирубин общий – 13,12 мкмоль/л, билирубин прямой – 2,48 мкмоль/л, гамма-глутамилтрансфераза – 55 ед/л, АсАТ – 48 ед/л, АлАТ – 8 ед/л, щелочная фосфатаза – 89,4 ед/л, кальций – 2,60 ммоль/л.

Липидограмма: триглицериды – 3,27 ммоль/л, холестерин общий – 26,37 ммоль/л, ЛВП – 8,62 ммоль/л, ЛНП – 1,20 ммоль/л, ЛОНП – 16,55 ммоль/л, коэффициент атерогенности – 2,06.

Установите диагноз и предложите лечение
(правильный ответ смотрите на обороте)



Диагноз: эруптивные ксантомы.

Пациент был направлен на консультацию к терапевту и эндокринологу, где и был подтвержден диагноз ксантоматоза.

Ксантомы образуются из-за отложения липидов в коже и других тканях. Это желто-коричневые, оранжевые или розоватые пятна (плоские ксантомы), папулы (эруптивные ксантомы), бляшки (ксантелазмы), узлы (бугорчатые ксантомы) или инфильтраты (сухожильные ксантомы). Гистологически они представляют собой скопления ксантомных, или пенистых, клеток – макрофагов, нагруженных липидами. Наиболее частая локализация высыпаний – на разгибательной поверхности конечностей, ягодицах, в области суставов, на кистях, стопах.

Плоские ксантомы на коже век называют ксантелазмами. Встречается сухожильная ксантома – ксантоматозные узловатости, пальпируемые вдоль сухожилий. Билиарные ксантомы находят при болезнях печени и желчевыводящих путей, диабетические – при сахарном диабете, костные – в костях (при болезни Хенда–Шюллера–Крисчена). Ксантомы появляются при нарушениях липидного обмена (первичных и вторичных гиперлипопротеидемиях), гистиоцитозах. В отдельных случаях генерализованная плоская ксантома наблюдается при миеломе, лимфомах. В основе заболевания лежат локальные или общие расстройства обмена липидов с отложением вне- и/или внутриклеточно жировых веществ: холестерина, фосфолипидов, нейтральных жиров.

Лечение: больным гиперхолестеринемическим, гиперлипемическим ксантоматозом рекомендуют диету с резким ограничением животных жиров, которые заменяют жирами растительного происхождения. Для лечения ксантоматоза назначают лекарственные препараты гипохолестеринемического, липотропного действия (цетамифен, пармидин, линетол, липамид, диоспонин, метионин, адеметионин, ловастатин, симвастатин и др.).

Ксантоматозные элементы можно удалять хирургически, при помощи диатермокоагуляции и, криодеструкции и с помощью лазера. Больным ксантоматозом следует избегать травматизации кожи, так как в этих местах могут появляться новые элементы.

Всем пациентам с ксантоматозом необходимо диспансерное наблюдение у терапевта из-за риска развития раннего атеросклероза и ИБС.