References

1. Domenyuk D. A., Korobkeev A. A. Variantnaya anatomiya zuboche-lyustnyh segmentov. Stavropol: «Izd-vo StGMU»; 2016. 200 p.
2. Domenyuk D. A., Korobkeev A. A., Caturyan L. D. Osobennosti chelyustno-lichevoj oblasti pri makrodontizme postoyannyh zubov. Stavropol: «Izd-vo StGMU»; 2016. – 159 p.
3. Persin L. S. Ortodontiya (diagnostika i lechenie zuboche-lyustnyh anomalij). M.: «Medicina»; 2004. 358 p.
4. Proffit U. R. Sovremennaya ortodontiya. M.: «MedPress-in-forum»; 2006. 560 p.

Сведения об авторах:

Коробкеев Александр Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анатомии; тел.: (8652)353229; e-mail: Korobkeev@stgma.ru

Доменюк Дмитрий Анатольевич, доктор медицинских наук, доцент кафедры стоматологии общей практики и детской стоматологии; тел.: 89188701205; e-mail: domeniyukda@mail.ru

Ведешина Эрнеста Григорьевна, аспирант; тел.: 89184675311; e-mail: vedeshine@bk.ru

Фищев Сергей Борисович, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии; тел.: 88122950646; e-mail: spb@grma.ru

Коробкеева Яна Алексеевна, кандидат медицинских наук, соискатель кафедры анатомии; тел.: (8652)353229; e-mail: Korobkeev@stgma.ru

Лежнина Оксана Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры анатомии; тел.: (8652)353229; e-mail: okliz26@mail.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.643.65-002:616.5-001

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11111>

ISSN 2073-8137

СЛУЧАЙ РАСПРОСТРАНЕННОГО КСАНТОМАТОЗА У ПАЦИЕНТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

А. В. Одинец, И. Б. Казьмина, В. В. Чеботарев, М. В. Кошель,
А. О. Коробейникова, А. Ю. Сотникова

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

XANTHOMATOSIS COMMON CASE OF A PATIENT WITH NEWLY DIAGNOSED DIABETES

Odinets A. V., Kazmina I. B., Chebotarev V. V., Koshel M. V.,
Korobeinikova A. O., Sotnikova A. Yu.

Stavropol State Medical University, Russia

Описан клинический случай распространенного ксантоматоза с впервые выявленным сахарным диабетом II типа.

Ключевые слова: эруптивный ксантоматоз, гистиоцитоз, феномен Кебнера, гипертриглицеридемия

A clinical case xanthomatosis common, newly diagnosed with type II diabetes.

Key words: eruptive xanthomatosis, histiocytosis, Koebner phenomenon, hypertriglyceridemia

Ксантоматоз – системное заболевание, характеризующееся отложением в тканях липидов с формированием ксантом – узелков белого или желтоватого оттенка. Ксантоматоз впервые был описан Р. F. Rayer (1835), а процесс на фоне гиперлипидемии – Пик и G. Pincus в 1909 году.

Нарушение обмена липидов может носить как первичный (генетически детерминируемый), так и вторичный (вследствие заболеваний, например диабета) характер. На существование семейных случаев (первичный ксантоматоз) впервые указал в 1871 году Гетчинсон: у гомозигот данное состояние протекает тяжелее. Для вторичного процесса характерен регресс в случае компенсации основного заболевания.

Клинические проявления ксантом определяют характером нарушений обмена липопротеидов по D. S. Fredrickson (1967):

I тип. Характерно высокое содержание в крови хиломикрон и триглицеридов вследствие недостаточности тканевой липопротеидлипазы. Происходит формирование эруптивных ксантом кожи. Сыпь при этом носит генерализованный характер, в том числе поражаются слизистые оболочки, однако преимущественная локализация – разгибательные поверхности конечностей, спина, ягодицы, может отмечаться зуд. Особенностью эруптивных ксантом является корреляция клинических проявлений с уровнем гиперлипидемии,

при снижении которой элементы частично либо полностью регрессируют.

При II типе определяется высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности и холестерина либо липопротеидов очень низкой плотности и триглицеридов. Формируются сухожильные ксантомы, преимущественно поражаются области ахилловых сухожилий, сухожилий разгибателей и связок пальцев, фасции околосуставных тканей. Элементы могут впервые возникать в раннем детском возрасте, но чаще – после 20 лет; самопроизвольному регрессу не подвергаются, постепенно увеличиваются в размерах.

III тип характеризует накопление флотирующих β -липопротеидов, высокое содержание в крови холестерина и триглицеридов. Формируются плоские ксантомы на ладонях, сухожильные ксантомы, реже – эруптивные и эруптивно-бугорчатые ксантомы.

При IV типе с высоким содержанием в сыворотке крови липопротеидов очень низкой плотности и триглицеридов при нормальном или умеренно повышенном содержании холестерина наблюдается формирование эруптивных, эруптивно-бугорчатых и бугорчатых ксантом.

Для V типа с характерным высоким содержанием в крови хиломикрон и липопротеидов очень низкой плотности, резким повышением триглицеридов на фоне увеличения холестерина свойственно формирование эруптивных, эруптивно-бугорчатых и бугорчатых ксантом [4, 8].

Описаны случаи формирования эруптивных ксантом в ответ на механическую травму, что рассценивается как вариант феномена Кебнера [2, 5, 6]. Однако чаще эруптивные ксантомы отмечаются на фоне заболеваний внутренних органов: повышение уровня триглицеридов выше 200 мг/дл может обуславливать накопление липидов в дерме (эруптивные ксантомы) и сетчатке (lipemia retinalis) [4, 8]. Уровни триглицеридов в сыворотке, превышающие 1000 мг/дл и характерные для острого панкреатита, примерно в половине случаев отмечаются на фоне легкой гипергликемии [3], тогда как за дебютом сахарного диабета может следовать развитие выраженной гипертриглицеридемии, особенно, если заболевание имеет генетическую основу [7].

В качестве примера множественных эруптивных ксантом, возникших на фоне сахарного диабета, представляем клиническое наблюдение.

Больной С., 1984 года рождения, обратился с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей без субъективных ощущений. Считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда высыпания впервые появились на коже ягодиц. Элементы быстро распространились по всему кожному покрову, исключая кожу лица и волосистой части головы. Появление высыпаний ни с чем не связывал, подобных высыпаний у родственников не отмечал. Аллергологический анамнез не отягощен. Табакокурение, употребление алкоголя отрицает. В анамнезе только ОРВИ.

Объективно. Патологический процесс локализуется на коже спины, туловища, верхних и нижних конечностей, представлен многочисленными папулами желтого цвета до 0,5 см в диаметре с гладкой поверхностью (рис. 1, 2). Общие анализы крови, мочи – без патологии, а ВИЧ, HBsAg, aHCV – отрицательные. Билирубин общий 16 мкмоль/л, прямой 3 мкмоль/л, АСТ 21 ЕД/л, АЛТ 15 ЕД/л, щелочная фосфатаза 123 ЕД/л, холестерин 29,9 ммоль/л, триглицериды 114,3 ммоль/л, ЛПВП 1,0 ммоль/л, ЛПНП 3,9 ммоль/л, коэффициент атерогенности 24, глюкоза крови 7,1 ммоль/л.

Рис. 1. Множественные ксантомы кожи передней брюшной стенки

Рис. 2. Поражение кожи верхних конечностей

Было выполнено гистологическое исследование образований на коже.

Заключение: фолликулярный гиперкератоз, эпидермис с тенденцией к атрофии, в верхних отделах дермы массивные скопления ксантомных клеток, гистиоцитов, единичных лимфоцитов и тучных клеток, сосуды расширены, отмечаются умеренные периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты. Картина соответствует ксантоматозу.

С учетом данных анамнеза, клинической картины, результатов лабораторного и гистологического исследования установлен диагноз: множественные эруптивные ксантомы.

По результатам консультации эндокринолога был установлен диагноз сахарного диабета II типа. Больному был назначен гипополипидемический препарат «трайкор» (фенофибрат), который усиливает липолиз и выведение из плазмы атерогенных липопротеинов с высоким содержанием триглицеридов, и гиполипидемический препарат липримар (аторвастатин), который снижает содержание в плазме крови общего холестерина, Хс-ЛПНП и аполипопротеина, а также Хс-ЛПОНП и триглицеридов, вызывая неустойчивое повышение уровня Хс-ЛПВП.

Повторный осмотр кожных покровов выполнялся через 3, 6, 9 месяцев – отмечался постепенный регресс элементов сыпи. На осмотре спустя 12 месяцев кожные покровы были свободны от высыпаний – узелки регрессировали полностью.

Клинический диагноз ксантоматоза обычно не вызывает затруднений. Диссеминированная ксантома – редкое заболевание неизвестной этиологии, при котором отложение липидов происходит вторично, отмечаются инфильтраты из гистиоцитов, эозинофилов, нейтрофилов, лимфоцитов, иногда клеток Т-клетки с отрицательной реакцией на антигены CD1a, S-100

(группа нелангергансовых гистиоцитозов). Клиническая картина включает наряду с кожными проявлениями поражение слизистых, глаз, остеолитические очаги в костях, инфильтраты в легких, поражение центральной нервной системы. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с генерализованной эруптивной гистиоцитомой (заболеванием из группы нелангергансовых гистиоцитозов), при которой высыпания представлены симметричными красно-коричневыми папулезными элементами на лице,

туловище, проксимальных участках конечностей с возможным поражением слизистых оболочек с возможным спонтанным регрессом у взрослых, гистологическая картина включает инфильтраты из гистиоцитов, лимфоцитов, отмечается положительная реакция на антигены CD11b, CD14b, CD68, фактор XIIIa [1, 8].

Появление кожных ксантом всегда является признаком обменных нарушений и позволяет при своевременном и комплексном обследовании больного установить диагноз основного заболевания.

Литература

1. Львов, А. Н. Синусный гистиоцитоз (болезнь Розаи – Дорфмана): клиническое наблюдение / А. Н. Львов, И. Н. Волощук, В. А. Варшавский [и др.] // *Клин. дерматол. и венерол.* – 2011. – № 5. – С. 115–120.
2. Arias-Santiago, S. The Koebner phenomenon: psoriasis in tattoos / S. Arias-Santiago, M. J. Espiñeira-Carmona, J. Aneiros-Fernández // *CMAJ.* – 2013. – Vol. 185. – P. 585.
3. Gan, S. I. Hypertriglyceridemia-induced pancreatitis: A case-based review / S. I. Gan, A. L. Edwards, C. J. Symonds, P. L. Beck // *World J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 12. – P. 7197–7202.
4. Garg, A. Update on dyslipidemia / A. Garg, V. Simha // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2007. – Vol. 92. – P. 1581–1589.
5. Goldstein, G. D. The Koebner response with eruptive

xanthomas / G. D. Goldstein // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1984. – Vol. 10. – P. 1064.

6. Miwa, N. The Koebner phenomenon in eruptive xanthoma / N. Miwa, T. Kanzaki // *J. Dermatol.* – 1992. – Vol. 19. – P. 48–50.
7. Nayak, K. R. Images in clinical medicine. Eruptive xanthomas associated with hypertriglyceridemia and new-onset diabetes mellitus / K. R. Nayak, R. G. Daly // *N. Engl. J. Med.* – 2004. – Vol. 350. – P. 1235.
8. Roederer, G. Eruptive and tuberoeruptive xanthomas of the skin arising on sites of prior injury. Two case reports / G. Roederer, M. Khignesse, J. Davignon // *JAMA.* – 1988. – Vol. 260. – P. 1282–1283.

References

1. Lvov A. N., Voloshchuk I. N., Varshavsky V. A., Gorbacheva Yu. V., Bobko S. I. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* – *Clinical Dermatology and Venereology.* 2011;5:115-120.
2. Arias-Santiago S., Espiñeira-Carmona M. J., Aneiros-Fernández J. *CMAJ.* 2013;185:585.
3. Gan S. I., Edwards A. L., Symonds C. J., Beck P. L. *World J. Gastroenterol.* 2006;12:7197-7202.

4. Garg A., Simha V. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2007;92:1581-1589. doi: 10.1210/jc.2007-0275
5. Goldstein G. D. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1984;10:1064.
6. Miwa N., Kanzaki T. *J. Dermatol.* 1992;19:48-50.
7. Nayak K. R., Daly R. G. *N. Engl. J. Med.* 2004;350:1235. doi: 10.1056/NEJM030676
8. Roederer G., Khignesse M., Davignon J. *JAMA.* 1988;260:1282-1283.

Сведения об авторах:

Одинец Алексей Васильевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ПДО; тел.: 89624498959; e-mail: odinets1@yandex.ru

Казьмина Инна Борисовна, ассистент; тел.: 89187420559; e-mail: kazmina@list.ru

Чеботарев Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор заведующий кафедрой; тел.: (8652)287922; e-mail: sgmakvd@mail.ru

Кошель Марина Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент; тел.: 89283214261; e-mail: k010mv1979@mail.ru

Коробейникова Анастасия Олеговна, ассистент; тел.: (8652)287922; e-mail: sgmakvd@mail.ru

Сотникова Анна Юрьевна, врач-интерн; тел.: 89624390117; e-mail: sam13_r@mail.ru

© Э. Б. Арушанян, 2016

УДК 616.58–08:615.357

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11112>

ISSN 2073-8137

ХРОНОПАТОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И РОЛЬ МЕЛАТОНИНА В ЕЁ ПРОИСХОЖДЕНИИ

Э. Б. Арушанян

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

CHRONOPATHOLOGY OF PARKINSON'S DISEASE AND ROLE OF MELATONIN IN THE ITS ORIGIN

Arushanian E. B.

Stavropol State Medical University, Russia

Как показывает анализ современных литературных данных, болезнь Паркинсона является хронопатологическим феноменом с перестройкой нормальной динамики суточных колебаний большинства физиологических процессов. Причиной может служить нарушение функции пейсмекерных механизмов супрахиазматических