

2. Gadzhimuradov M.N., Gunaeva A.A. Atypical forms of lichen planus: clinical presentation, differential diagnosis, treatment. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2009; 3: 80–5. (in Russian)
3. Lomonosov K.M. Lichen planus. *Lechaschiy vrach*. 2003; 9: 30–1. (in Russian)
4. Zagorodnyaya E.B., Oskol'skiy G.I., Lushnikova E.L., Nepomnyaschikh L.M., Scheglov A.V. Immunohistochemical analysis of lichen planus of the oral mucosa. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2011; 10 (vol. 3): 495–7. (in Russian)
5. Anisimova I.V., Nedoseko V.B., Lomiashvili L.M. *Clinic, diagnosis and treatment of diseases of the mucous membranes of the mouth and lips*. Moscow: Meditsinskaya kniga; 2008: 117–30. (in Russian)
6. Scheer M., Kawari-Mahmoodi N., Neugebauer J., Kübler A.C. Pimecrolimus (Elidel) for therapy of lichen ruber mucosae. *Mund. Kiefer. Gesichtschir*. 2006; 10(6): 403–7.
7. Polić M.V., Miskulin M., Solić K., Pluzarić V., Sikora M., Atalić B. Imbalanced concentrations of serum lipids and lichen planus. *Coll. Antropol*. 2014; 38(2): 595–9.
8. Thongprasom K., Dhanuthai K.J. Steroids in the treatment of lichen planus: a review. *Oral. Sci*. 2008; 50(4): 377–85.
9. Turan H., Baskan E.B., Tunali S., Yazici S., Saricaoglu H.J. Methotrexate for the treatment of generalized lichen planus. *Am. Acad. Dermatol*. 2009; 60(1): 164–6.

Received 30.11.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.5-007.23-02:616-018.2]-036.1

Анетодермия в практике врача-дерматолога

Кондратьева Ю.С.¹, Ерошенко Н.В.¹, Гранина И.А.²

¹Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, 656038, г. Барнаул; ²ГБУЗ Краевой кожно-венерологический диспансер, 656045, г. Барнаул

Статья посвящена редкому заболеванию соединительной ткани – анетодермии, дерматозу с неясной этиологией, приводящей к деструкции эластических волокон и атрофии кожи в очагах поражения. Приведены исторические данные о дерматозе, вероятные причины возникновения, описаны клинические разновидности анетодермии, дифференциальный диагноз, представлены основные принципы медикаментозного, наружного и физиотерапевтического лечения. Подробно описаны три собственных клинических наблюдения анетодермии Ядассона, Швенцингера–Буцци и вторичной анетодермии после перенесенной ветряной оспы у пациентов разных возрастных групп. Приведенные случаи демонстрируют разнообразие клинических проявлений пятнистой атрофии кожи, широкий возрастной диапазон больных и вариативный анамнез заболевания у каждого пациента.

Ключевые слова: анетодермия; атрофия кожи.

Для цитирования: *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18 (1): 21–24

ANETODERMIA IN PRACTICAL DERMATOLOGY

Kondratyeva Yu.A.¹, Eroshenko N.V.¹, Granina I.A.²

¹Altai State Medical University, 656038, Barnaul, Russian Federation; ²Territorial Center of Skin and Sexually-Transmitted Diseases, 656045, Barnaul, Russian Federation

A rare disease of connective tissue is presented – anetodermia, a dermatosis of unknown etiology, leading to destruction of elastic fibrils and skin atrophy in the foci. Historical data on the dermatosis and its probable causes are discussed, clinical variants of anetodermia, differential diagnosis, and basic drug, topical, and spa therapies are described. The authors present three clinical observations of Jadasson's, Schwenninger-Buzzi's, and secondary anetodermias after varicella in patients of different age. These cases demonstrate a variety of clinical manifestations of spotted skin atrophy in patients of quite different age and the differences in the case histories.

Key words: anetodermia; skin atrophy.

Citation: *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2015; 18 (1): 21–24

Анетодермия (син. атрофия кожи пятнистая) – редкий дерматоз неясной этиологии, в основе которого лежит атрофия кожи и деструкция эластических волокон в очагах поражения [1].

Сведения об авторах:

Кондратьева Юлия Сергеевна, доктор мед. наук, доцент (julia_jsk@mail.ru); Ерошенко Наталья Васильевна, аспирант; Гранина Ирина Анатольевна, врач-дерматовенеролог.

Corresponding author:

Kondrat'eva Yuiya, MD, PhD, DSc, docent (julia_jsk@mail.ru).

Первое описание «идиопатической» пятнистой атрофии кожи принадлежит С. Pellizzari (1884), назвавшему свой случай «атрофической уртикарной эритемой». В 1891 г. J. Jadassohn сообщил о двух случаях своеобразного дерматоза, главным признаком которого была «поразительная рыхлость кожи» пораженных участков, почему он и предложил называть их анетодермией («анетос» от греч. *Anetos* – рыхлый, пустой). В том же году E. Schwenninger и F. Buzzi описали клинически несколько отличающуюся от ранее известных типов разновидность пятнистой атрофии кожи, как множественные доброкачественные опухолевидные поражения кожи [2].

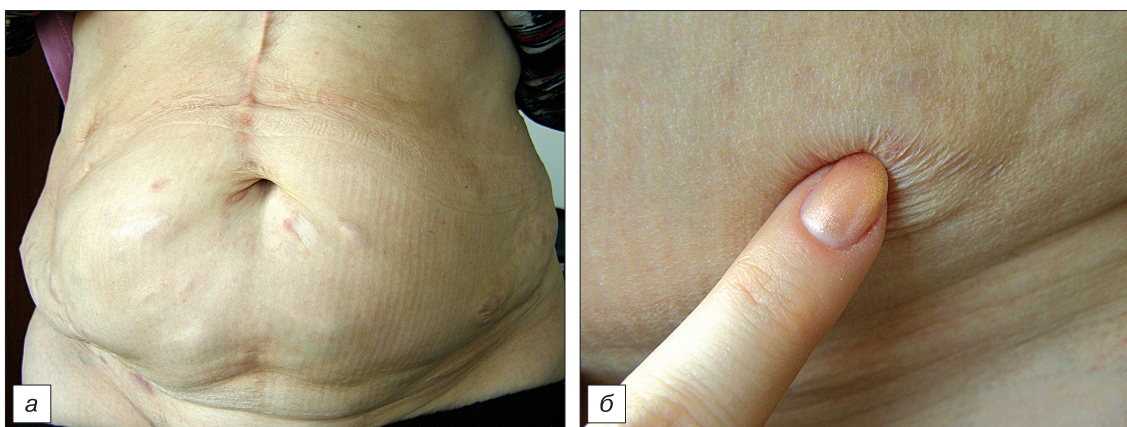


Рис. 1. Больная М., 62 года. Анетодермия Ядассона.
а – крупные элементы на коже живота; б – симптом «кнопки от звонка».

Выделяют анетодермию первичную и вторичную. Причины первичной неясны, возможна роль генетической предрасположенности, хронической инфекции, эндокринопатии, иммунных нарушений. Описаны случаи семейной анетодермии [3]. Вторичная анетодермия возникает в результате предшествующего воспалительного процесса в коже (акне, герпес, контагиозный моллюск, красная волчанка, саркоидоз, туберкулез, сифилис, лепра, мастоцитоз и др.) [1, 4–6]. Описаны случаи анетодермии на фоне ВИЧ-инфекции [7], антифосфолипидного синдрома [8]. Возможно сочетание у больного разных типов анетодермий с другими формами атрофии кожи [9].

Анетодермией чаще страдают женщины в возрасте 20–40 лет. Однако встречаются случаи заболевания в детском, подростковом возрасте у обоих полов, и даже у младенцев, в том числе недоношенных [10]. С.И. Гольцов [11] указывает, что за последние 5 лет у молодых россиян в возрасте 18–25 лет заболеваемость анетодермией Швеннингера–Буцци возросла на 6,2%, причем отмечена тенденция резкого (и внезапного) увеличения площади «выбухающих» пятен на коже туловища у 60–65% подобных больных.

Клинически различают следующие типы анетодермий: эритематозная Ядассона, опухолевидная Швеннингера–Буцци, уртикарная анетодермия Пеллиццари [12]. Эта классификация условна, поскольку разные типы очагов могут присутствовать одновременно у одного пациента, прогноз при этом одинаков [13].

Анетодермия эритематозная Ядассона характеризуется появлением на коже туловища, конечностей, лица вначале бледно-розовых, а затем голубовато-белесоватых атрофических пятен размером 0,5–2 см со сморщенной, истонченной кожей, западающей в виде ямки при легком надавливании. Элементы единичные или множественные, некоторые обнаруживаются лишь при пальпации. Кожа в центре истончается, становится похожей на смятую папиросную бумагу (феномен Пospelова), при надавливании на нее пальцем возникает ощущение пустоты – симптом «кнопки от звонка» или признак «пуговичной петли». Субъективные ощущения отсутствуют.

Анетодермия Швеннингера–Буцци отличается отсутствием воспалительного компонента и грыжеподобно-выпячивающимися (опухолевидными) элементами на коже. На поверхности нередко бывают телеангиэктазии. Локализуются очаги на спине и верхних конечностях.

Уртикарная анетодермия Пеллиццари наблюдается редко и отличается тем, что вначале высыпания в виде волдырей или узелков. По мере развития заболевания на месте волдырей образуются атрофированные участки кожи. Феномен Пospelова и симптом «кнопки от звонка» положительны.

Гистологические изменения в тканях в начальной (воспалительной) стадии неспецифичны и характеризуются наличием в дерме значительных периваскулярных инфильтратов, состоящих из лимфо-

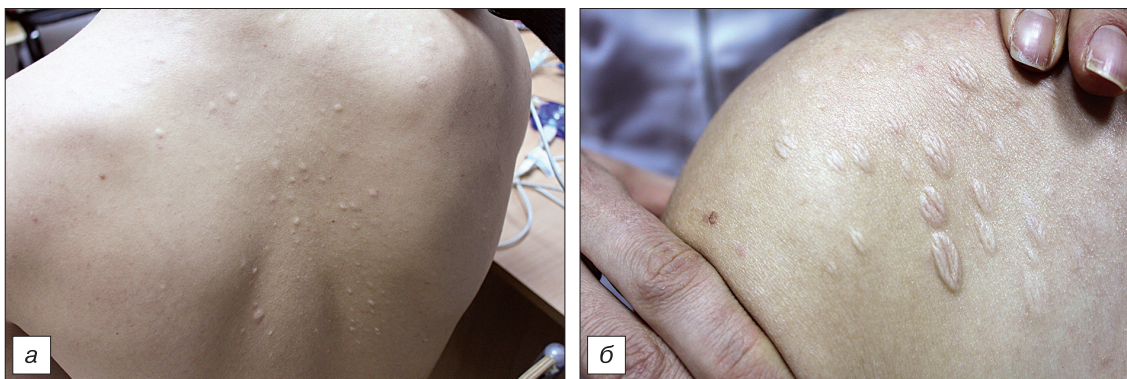


Рис. 2. Больной Ф., 21 год. Анетодермия Швеннингера–Буцци.
а – многочисленные высыпания на коже спины; б – выбухающие элементы с признаками атрофии на поверхности.

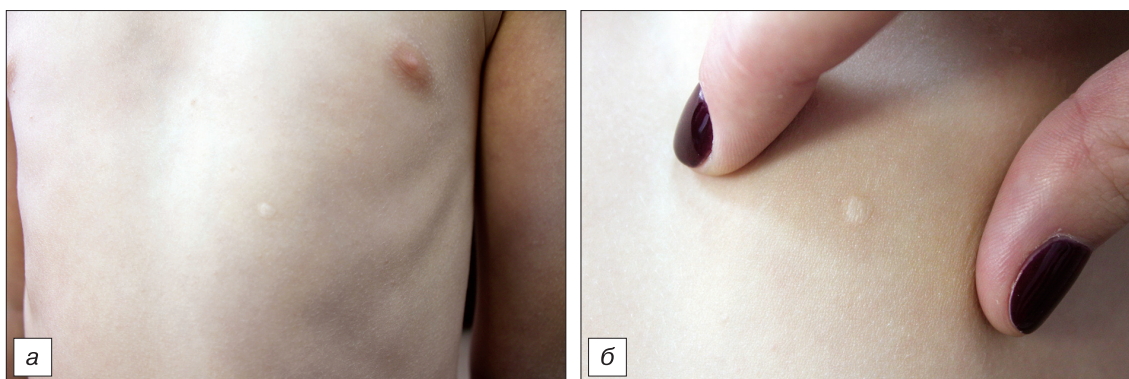


Рис. 3. Больной К., 7 лет. Вторичная анетодермия. а – единичные очаги на передней поверхности туловища; б – признаки атрофии на поверхности элемента.

идных клеток, нейтрофильных и эозинофильных гранулоцитов. В старых элементах (стадия атрофии) отмечается резкое истончение эпидермиса, уменьшение инфильтрата в дерме, полное исчезновение эластических волокон и дистрофические изменения коллагеновых [14]. Диагноз этого заболевания ставится только после окраски среза на эластические волокна, которые местами отсутствуют.

Дифференцируют анетодермию с другими заболеваниями эластической ткани, а также с атрофиями соединительной ткани: атрофическими рубцами, болезнью белых пятен, атрофической формой красного плоского лишая, дистрофическим буллезным эпидермолизом, очаговой склеродермией, нейрофиброматозом, атрофодермией Пазини—Пьерини и др.

Лечение анетодермии считается малоэффективным. При вторичной анетодермии эффективное лечение основного воспалительного заболевания может предупредить образование новых очагов. Применяют витамины А, Е, группы В, ангиопротекторы, противомаларийные препараты, лидазу. В стадии воспаления рекомендуется бензилпенициллин (в курсовой дозе 2–30 млн ЕД), наружно: мазь солкосерил, троксевазин, медерма, линимент с аминокaproновой кислотой. Рекомендовано физиолечение: фонофорез с токоферолом, димексидом, парафиновые аппликации. Есть данные об эффективности применения метода экстракорпоральной фотохимиотерапии – фотофореза [15]. Пациентам с единичными ограниченными очагами, которые косметически неприемлемы, рекомендуется хирургическая эксцизия [13].

Приводим клинические наблюдения трех форм анетодермии у пациентов разного возраста и пола.

Клиническое наблюдение № 1

Больная М., 62 года, обратилась за консультацией на кафедру дерматовенерологии АГМУ в 2010 г. по поводу аллергического дерматита. При осмотре кожного покрова, помимо проявлений дерматита, были обнаружены множественные очаги атрофии на коже туловища, без субъективных ощущений. При сборе анамнеза выяснилось, что данные очаги существуют у больной более 25 лет, впервые их заметила на коже живота, и так как они пациентку не беспокоили, к врачу не обращалась. Постепенно количество элементов увеличилось и распространилось на кожу боковых поверхностей живота, бедер.

При объективном осмотре: общее состояние удовлетворительное, телосложение гиперстеническое, повышенного питания. Видимые слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при

пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме.

Status specialis: кожа вне высыпаний физиологической окраски, нормальной температуры, влажности, тургор снижен соответственно возрасту. Кожный процесс носит распространенный характер – на коже туловища, преимущественно передней и боковых поверхностей живота, бедер высыпания различной формы размером 0,8–2,5 см, цвета нормальной кожи, не возвышающиеся над уровнем здоровой кожи. Элементы с признаками атрофии, при надавливании – проваливаются, болезненности не возникает (рис. 1, а, б).

Лабораторные исследования. Общий анализ мочи и гемограмма патологических изменений не выявили. В биохимическом анализе крови увеличение содержания общего холестерина (8,8 ммоль/л), остальные лабораторные показатели в пределах нормы. Клинически диагностирована анетодермия Ядассона.

Пациентка от лечения по поводу анетодермии отказалась, повторно не обращалась.

Клиническое наблюдение № 2

Больной Ф., 21 год, обратился в ККВД г. Барнаула в 2013 г. по направлению военного комиссариата Алтайского края с целью исключения дерматологической патологии. Жалоб при обращении не предъявлял. Около 1 года тому назад впервые обратил внимание на наличие на верхних конечностях изменений кожи в виде очагов без субъективных ощущений. Постепенно они распространились на кожу плечевого пояса, спины, груди. Общее состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. Видимые слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме.

Status specialis: кожа вне высыпаний физиологической окраски, нормальной температуры, влажности, тургора и жирности. На коже верхних конечностей, спины, грудной клетки имеются опухолевидные («выпячивания») округлой формы размером от 0,3 до 2 см в диаметре, цвета нормальной кожи, безболезненные при пальпации. При надавливании – проваливаются с ощущением пустоты и восстанавливаются при прекращении давления. На коже предплечий единичные мелкие рубцы белого цвета (рис. 2, а, б).

В лабораторных исследованиях все значения в пределах нормы.

Диагностирована анетодермия Швеннингера—Буцци.

Рекомендовано лечение: наружно мазь солкосерил 2 раза в день 1 мес., аевит. Пациент повторно не обращался.

Клиническое наблюдение № 3

Больной К., 7 лет, предъявляет жалобы на появившиеся «рубчики» на коже туловища, верхних конечностей. Субъективно не беспокоили. Высыпания на коже обнаружены мамой год назад, лечения по этому поводу больной не получал.

Растет и развивается соответственно возрасту. Из анамнеза: в октябре 2013 г. перенес ветряную оспу.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, видимые слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме.

Status specialis: кожный покров нормальной окраски, температуры, влажности, жирности. Кожный процесс имеет распространенный характер: на коже туловища, верхних конечностей очаги поражения округлой формы размером от 0,2 до 0,7 см в диаметре, цвета нормальной кожи и

светлее, при пальпации безболезненные, с признаками атрофии на их поверхности (рис. 3, а, б).

Диагноз: вторичная анетодермия (после перенесенной ветряной оспы).

Рекомендовано: наружно мазь солкосерил на очаги 1 раз в день, гель эгаллохит 1 раз в день в течение 2 мес.

Данные клинические наблюдения демонстрируют анетодермию как достаточно редкое заболевание, о котором должен знать и помнить врач-дерматолог и, при осуществлении лечебно-консультативной помощи таким пациентам, уметь грамотно объяснить суть его заболевания и прогноз. Сложностью лечения данных больных является несвоевременная обращаемость к дерматологу ввиду отсутствия субъективных ощущений, необратимость патологического процесса в дерме на стадии атрофии и, как следствие, неэффективность проводимой терапии. Существуют определенные трудности в определении формы заболевания, а в ряде случаев это очень важно, поскольку точный диагноз позволяет прогнозировать течение болезни и выбор оптимальной лечебной тактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А., Кряжева С.С. *Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей.* М.: Медицина; 2006: 205–6.
2. Машкиллейсон Л.Н. *Частная дерматология.* М.: Медицина; 1965: 366–70.
3. Thomas J.E., Mehregan D.R., Holland J., Mehregan D.A. Familial anetoderma. *Int. J. Dermatol.* 2003; 42(1): 75–7.
4. Иванов О.Л., ред. *Кожные и венерические болезни: справочник.* М.: Медицина; 2007: 26–7.
5. Уфимцева М.А., Герасимова Н.М., Бочкарев Ю.М., Сурганова В.И., Иошченко С.Е. Анетодермия у больного сифилисом и туберкулезом. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2006; 2: 56–8.
6. Tousignant J., Crickx B., Grossin M., Besseige H., Lépine F., Belaïch S. Post-varicella anetoderma: 3 cases. *Ann. Dermatol. Venereol.* 1990; 117(5): 355–7.
7. Ruiz-Rodriguez R., Longaker M., Berger T.G. Anetoderma and human immunodeficiency virus infection. *Arch. Dermatol.* 1992; 128(5): 661–2.
8. Disdier P., Christides C., Andrac-Meyer L., Rojat-Habib M.C., Aillaud M.F., Swiader L., et al. Anetoderma during antiphospholipid syndrome: 3 cases. *Ann. Dermatol. Venereol.* 1996; 123(12): 800–3.
9. Картамышев А.И. *Кожные и венерические болезни.* М.: Медгиз; 1954.
10. Yu H.J., Shin H., Kang M.S., Kim J.S. A case of primary anetoderma in an infant. *Br. J. Dermatol.* 2007; 157(6): 1267–9.
11. Гольцов С.И. Анетодермия Швеннингера–Буцци: клинический случай №225. *Connexivum viva.* 2009; 9: 12–6.
12. Кубанова А.А., Акимов В.Г. *Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней: атлас-справочник.* М.: МИА; 2009: 242–4.
13. Вольф К., Голдсмит Л.А., Кац С.И., Джилкрест Б.А., Паллер Э.С., Леффель Д.Дж. *Дерматология Фицпатрика в клинической практике.* Пер. с англ. М.: Изд. Панфилова; БИНОМ; 2012. т.1: 610–1.
14. Цветкова Г.М., Мордовцев В.К. *Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи.* М.: Медицина; 1986.
15. Молочков В.А., Карзанов О.В., Прокофьев А.А., Молочкова Ю.В. К эффективности фотофереза при анетодермии. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2013; 5: 22–4.

Поступила 01.12.14

REFERENCES

1. Pal'tsev M.A., Potekaev N.N., Kazantseva I.A., Kryazheva S.S. *Clinical and morphological diagnosis and principles of treatment of skin diseases.* Moscow: Meditsina; 2006: 205–6. (in Russian)
2. Mashkilleyson L.N. *The private dermatology [Chastnaya dermatologiya].* Moscow: Meditsina; 1965: 366–70. (in Russian)
3. Thomas J.E., Mehregan D.R., Holland J., Mehregan D.A. Familial anetoderma. *Int. J. Dermatol.* 2003; 42(1): 75–7.
4. Ivanov O.L., ed. *Skin and venereal diseases: manual.* Moscow: Meditsina; 2007: 26–7. (in Russian)
5. Ufimtseva M.A., Gerasimova N.M., Bochkarev Yu.M., Surganova V.I. Ioshchenko S.E. Anetoderma in a patient with syphilis and tuberculosis. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2006; 2: 56–8. (in Russian)
6. Tousignant J., Crickx B., Grossin M., Besseige H., Lépine F., Belaïch S. Post-varicella anetoderma: 3 cases. *Ann. Dermatol. Venereol.* 1990; 117(5): 355–7.
7. Ruiz-Rodriguez R., Longaker M., Berger T.G. Anetoderma and human immunodeficiency virus infection. *Arch. Dermatol.* 1992; 128(5): 661–2.
8. Disdier P., Christides C., Andrac-Meyer L., Rojat-Habib M.C., Aillaud M.F., Swiader L., et al. Anetoderma during antiphospholipid syndrome: 3 cases. *Ann. Dermatol. Venereol.* 1996; 123(12): 800–3.
9. Kartamyshev A.I. *Skin and venereal diseases.* Moscow: Medgiz; 1954. (in Russian)
10. Yu H.J., Shin H., Kang M.S., Kim J.S. A case of primary anetoderma in an infant. *Br. J. Dermatol.* 2007; 157(6): 1267–9.
11. Gol'tsov S.I. Anetodermia Schwenninger-Buzzi'a: a clinical case № 225. *Connexivum viva.* 2009; 9: 12–6. (in Russian)
12. Kubanova A.A., Akimov V.G. *Differential diagnostics and treatment of skin diseases.* Moscow: MIA; 2009: 242–4. (in Russian)
13. Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrist B.A., Paller A.S., Leffell D.J. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* Transl. from Engl. Moscow: BINOM; 2012. т.1: 610–1]. (in Russian)
14. Tsvetkova G.M., Mordovtsev V.K. *Pathomorphological diagnostics of diseases of the skin.* Moscow: Meditsina; 1986. (in Russian)
15. Molochkov V.A., Karzanov O.V., Prokofyev A.A., Molochkova Yu.V. On photopheresis efficiency in anetodermia. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2013; 5: 22–4. (in Russian)

Received 01.12.14