

В.Е. Ткач¹, Л.Д. Калюжна², О.Д. Александрук¹, М.С. Волошинович¹

¹Івано-Франківський національний медичний університет

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Випадок плямистої атрофії типу Швеннінгера–Буцці: клінічні ознаки та диференційна діагностика з іншими типами атрофії шкіри

Описано випадок плямистої атрофії шкіри типу Швеннінгера–Буцці, диференційну діагностику, можливі діагностичні помилки.

Ключові слова

Атрофія шкіри, клінічні різновидності, рідкісна клінічна форма.

Розмаїття дерматозів — синдроми, у симптомокомплекс яких входять патологічні зміни шкіри. Їх патоморфоз часто спричиняють діагностичні помилки, особливо у дерматологів-початківців. Лише знання та клінічний досвід зменшують ризик діагностичних помилок. Це насамперед стосується захворювань шкіри, які трапляються в практиці дуже рідко. До таких дерматозів належить плямиста атрофія шкіри.

Уперше плямисту атрофію шкіри описав у 1884 р. С. Pellizzari під назвою «атрофічна уртикарна еритема». В 1891 р. J. Jadassahn повідомив про два випадки невідомого раніше дерматозу, характерною ознакою якого була надзвичайна пухкість уражених ділянок шкіри. Він назвав його «анептодермія» (від гр. «анетос» — пухкий). Того самого року Е. Schwenninger і F. Buzzì описали дещо іншу клінічну різновидність плямистої атрофії шкіри і назвали її «множинні доброякісні пухлиноподібні ураження шкіри» [2, 5]. Пізніше цей дерматоз у спеціальній літературі згадувався як хвороба Швеннінгера–Буцці.

Нині розрізняють три типи плямистої атрофії шкіри:

- тип Ядассона–Тібієржа — атрофії передую еритемо-еритематозна стадія. Часто не прослідковується через малопомітну еритему;

- тип Пеліцці — атрофія виникає на місці невеликих (з просяне зерно) уртикарних або міхурцевих елементів;
- тип Швеннінгера–Буцці — грижоподібні елементи виявляють на незмінній шкірі.

Усі ці варіанти можуть траплятися в одного і того самого пацієнта. Висипні елементи найчастіше локалізуються на верхній частині тулуба, шиї, обличчі, верхніх кінцівках [1].

Висипні елементи мають невеликий розмір (від 0,3 до 1–2 см), округлої або овальної форми, білуватого, іноді — білувато-голубого кольору. Кількість плям різна — від поодиноких до декількох десятків. Висипання хворих не турбують. Плямиста атрофія шкіри трапляється в будь-якому віці, найчастіше — у молодих жінок. Описано випадки дерматозу у дітей віком до 5 років [4].

Причина захворювання невідома, існують різні думки щодо її виникнення. В 1941 р. М.О. Торсуєв висловив припущення, що в основі розвитку процесу лежить аномалія конституції людини, ймовірно, ендокринні розлади. Останні впливають на еластичну і колагенову тканину та нерви шкіри. Інші (А. Oikarinen та співавт., 1984; Р. Venencie, R. Winkelman, 1984) вважають, що з невідомих причин знижується синтез еластину або мікрофібрилярного компо-

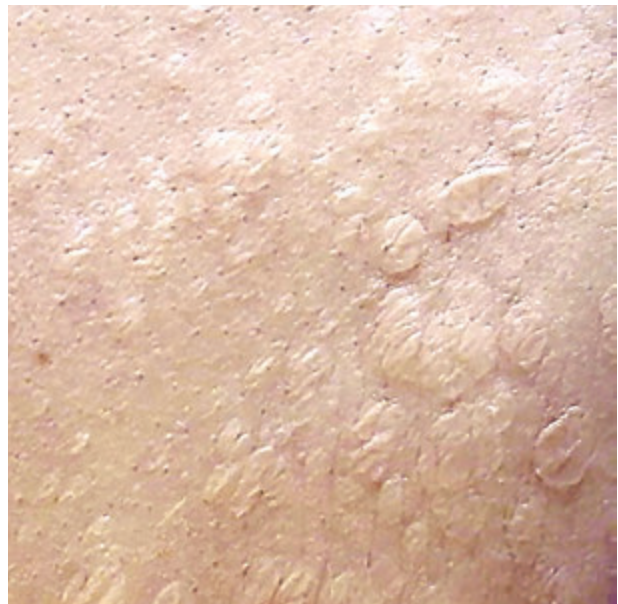
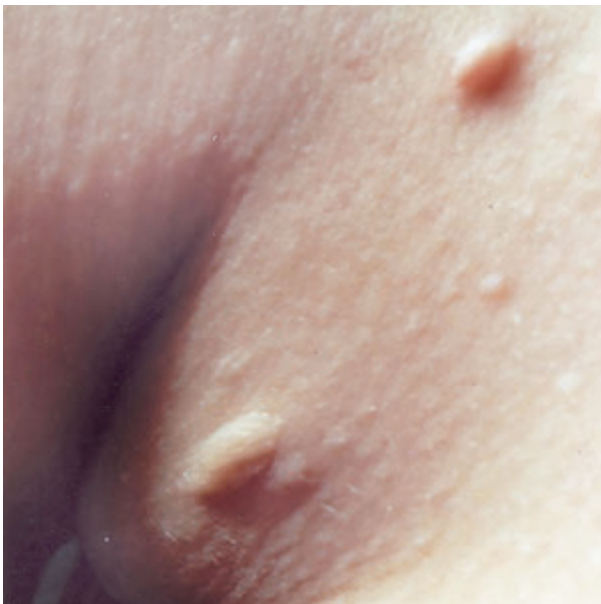


Рисунок. Пухлиноподібні утворення на шкірі грудної клітки

нента еластичних волокон чи порушується утворення десмозину в шкірі. Існує також припущення, що причиною змін у шкірі є деструкція еластичних волокон, спричинена еластозою, яка вивільняється із нейтрофілів і макрофагів у зоні запального інфільтрату. Р.У. Кенепсіє зі співавторів (1984) переконані, що причиною атрофії є підвищений еластоліз, зумовлений низьким співвідношенням еластази та антиеластази. Часто атрофію пов'язують з порушенням функції нервової та ендокринної систем, з перенесеними інфекційними захворюваннями [6].

Ефективного лікування плямистої атрофії шкіри немає, прогноз сприятливий. На початкових стадіях призначають антибіотики пеніцилінового та тетрациклінового ряду, амінокапронову кислоту, вітамін Е, алое, склоподібне тіло. Для сповільнення патологічного процесу рекомендують короткі курси глюкокортикоїдів [3].

У нашій багаторічній дерматологічній практиці трапилося до 10 випадків плямистої атрофії шкіри типу Швеннінгера—Буцці, про один з них вважаємо за доцільне повідомити практичним лікарям.

Мета нашого повідомлення — акцентувати увагу практичних дерматологів на існуванні рідкісних форм захворювань шкіри, їх діагностиці та можливих діагностичних помилках.

Хвора В., 16 років, звернулася до районного дерматолога зі скаргами на появу в ділянці обличчя, шиї, верхньої частини грудної клітки пухлиноподібних елементів різної величини і форми. Висипання не турбують хвору, лише створюють косметичну незручність і негативно впливають на психоемоційний стан. Поодинокі

елементи з'явилися понад 2 роки тому, що хвора пов'язує з початком менструації. Останніх 6—7 міс кількість висипань збільшилася. В анамнезі мали місце часті застудні захворювання. Спадковий анамнез не обтяжений. Районний дерматолог діагностував нейрофіброматоз (хвороба Реклінгаузена) і для підтвердження діагнозу направив на консультацію в університетську клініку. При огляді (рисунок) на шкірі шиї, верхньої частини грудної клітки та обличчі спостерігали множинні пухлиноподібні елементи різного розміру (від 0,2 до 1,5 см у діаметрі), овальної форми білого, рожевого та синюватого кольору. При пальпації елементи м'якої консистенції, неболочі, при надавлюванні на них відчувається провалювання (симптом «кнопки дзвінка»), подібне до входження пальця в грижове кільце. Хвору обстежено. При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини патології внутрішніх органів не виявлено. За даними флюорографії та електрокардіограми змін з боку легень та серця не встановлено. Загальний аналіз крові та сечі, рівень креатиніну, сечовини, глюкози в крові, холестерину, білірубину, тригліциридів, β -ліпопротеїдів, аланінамінотрансферази та аспартатамінотрансферази — без відхилень від норми, реакція Вассермана — негативна. Взято біоптат з пухлиноподібного утворення. Препарат: епідерміс не змінений, у дермі наявні периваскулярні лімфоцитарні інфільтрати, зменшення кількості і фрагментація еластичних волокон, в окремих полях зору еластичні волокна відсутні. Колагенові волокна не змінені. Нами встановлено діагноз: плямиста атрофія шкіри типу Швеннінгера—Буцці. За наполяганням

хворої і для підтвердження діагнозу хвору проконсультовано в клініці кафедри дерматології та венерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика професором Л.Д. Калюжною. Призначено лікування: ампіцилін у дозі 0,5 по 1 табл. 4 рази на добу протягом 2 тиж, йогурт по 1 капсулі двічі на добу впродовж 1 міс, короткий курс «Полькортолону». Хвора перебуває під диспансерним наглядом.

Слід диференціювати плямисту атрофію шкіри типу Швеннінгера—Буцци від вторинної атрофії шкіри, яка залишається на місцях горбиків при третинному сифілісі, люпом при туберкульозі, лепром при проказі, інфільтратів при червоному вовчаку, горбиків при папульозно-некро-

тичному туберкульозі. У диференційній діагностиці допоможе добре зібраний анамнез захворювання, виявлення первинних морфологічних елементів, додаткові методи дослідження, зокрема реакція Вассермана при сифілісі, реакція Пірке та Манту при туберкульозі, діаскопія при туберкульозному вовчаку, визначення больової і температурної чутливості при лепрі, симптомів «дамського каблучка» (симптом Мецерського) і Бенъе—Мецерського при червоному вовчаку.

Отже, встановлення діагнозу «плямиста атрофія» і вибір терапії потребують клінічного досвіду, знань у галузі хронічних захворювань шкіри, вміння проводити диференційну діагностику.

Список літератури

1. Гольцов С.И. Анетодермия Швеннингера—Буцци: клинический случай № 225 // *Connexio viva*.— 2009.— № 9.— С. 12—16.
2. Кондратьева Ю.С., Ерошенко Н.В., Гранина И.А. Анетодермия в практике врача-дерматолога // *Рос. журн. кожных и венерических болезней*.— 2015.— № 1.— С. 21—24.
3. Молочков В.А., Карзанов О.В., Прокофьев А.А. и др. К эффективности фотофереза при анетодермии // *Рос. журн. кожных и венерических болезней*.— 2013.— № 5.— С. 22—24.
4. Уфимцева М.А., Герасимова Н.М., Бочкарев Ю.М. и др. Анетодермия у больного сифилисом и туберкулезом // *Вестн. дерматол. и венерол.*— 2006.— № 2.— С. 56—58.
5. Pönnighaus J.M., Jaeger G., Baum H.P. Anetoderma Schwenninger—Buzzi in a dark-skinned patient // *Hautarzt*.— 2001.— Vol. 52.— P. 950—951.
6. Thomas J.E., Mehregan D.R., Holland J., Mehregan D.A. Familial anetoderma // *Int. J. Dermatol.*— 2003.— Vol. 42 (1).— P. 75—77.

В.Е. Ткач¹, Л.Д. Калюжная², А.Д. Александрук¹, М.С. Волошинович¹

¹Ивано-Франковский национальный медицинский университет

²Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев

Случай пятнистой атрофии типа Швеннингера—Буцци: клинические признаки и дифференциальная диагностика с другими типами атрофии кожи

Описан случай пятнистой атрофии кожи типа Швеннингера—Буцци, дифференциальная диагностика, возможные диагностические ошибки.

Ключевые слова: атрофия кожи, клинические разновидности, редкая клиническая форма.

V.E. Tkach¹, L.D. Kalyuzhna², O.D. Aleksandruck¹, M.S. Voloshynovych¹

¹Ivano-Frankivsk National Medical University

²P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Healthcare of Ukraine, Kyiv

Case of Schwenninger—Buzzi macular skin atrophy: clinical features and differential diagnosis of other types of skin atrophy

A case of SchwenningerBuzzi macular skin atrophy, differential diagnosis, possible diagnostic mistakes were described.

Key words: skin atrophy, clinical varieties, rare clinical form.

Дані про авторів:

Ткач Василь Євтихійович, засл. лікар України, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. Тел. (034) 222-32-27

Лідія Денисівна Калюжна, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, засл. діяч науки і техніки

Александрук Олександр Дмитрович, зав. кафедри дерматології та венерології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Волошинович Мар'ян Стефанович, асист. кафедри дерматології та венерології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»