

© ГАДЖИМУРАДОВ М.Н., 2018  
УДК 616.5-007.237-053.3-036.1-08

Гаджимурадов М.Н.

## СЛУЧАИ АНЕТОДЕРМИИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, 367012, г. Махачкала, Россия

*Представлены клинические наблюдения атрофичных пятен кожи ребенка в возрасте 1 год 7 мес с синдромом Блегда-Хакстхаузена, а также трех форм анетодермии (Ядассона-Тибьержа, Швенингера-Буцци и Пелиццари). Все пациенты мужского пола в возрасте 14, 16 и 18 лет. Из анамнеза 14-летнего мальчика установлено, что заболевание дебютировало еще 7 лет назад, у остальных продолжительность составляет 2 и 1 год соответственно. Заболевший анетодермией Швенингера-Буцци получил лечение в стационаре без видимого улучшения. Заболевание может развиваться, как первично, так и вторично. Показано, что для анетодермии Ядассона-Тибьержа присущи три стадии развития процесса, первая из которых представлена эритематозным пятном, воспалительные изменения могут отсутствовать. Для остальных форм они вообще нехарактерны – развивается сразу атрофия, затем выпячивание морщинистой кожи.*

**Ключевые слова:** анетодермия; клинические формы; патоморфологическая картина; лечение; случай из практики.

**Для цитирования:** Гаджимурадов М.Н. Случаи анетодермии в практике дерматолога. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2018; 21(1): 31-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2018-21-1-31-34>

**Gadzhimuradov M.N.**

### CASES OF ANETODERMA IN PRACTICE OF DERMATOLOGISTS

Dagestan State Medical University, Makhachkala, 367012, Russian Federation

*Clinical observations of atrophic skin of a child at the age of 1 year 7 months with Bleggad-Haxsthausen syndrome, as well as three forms of anetoderma (Jadassohn-Tibierge, Schweninger-Buzzi and Pellizzari) are presented. All patients are male at the age of 14, 16 and 18 years. The 14-year-old boy has the disease during seven years, while the duration of the other patients is two and one year, respectively. Patient with Schweninger-Buzzi anetoderma received treatment in a hospital without visible improvement. The literature review also noted that the disease can develop both primary and secondary. There are three stages of development of Jadassohn-Tibierge anetoderma, the first of which is represented by the erythematous spot. However, inflammatory changes may be absent, but for other forms they are generally uncharacteristic: atrophy develops immediately, then wrinkled skin is protruding.*

**Ключевые слова:** anetoderma; clinical forms; pathomorphological picture; treatment; case from practice.

**For citation:** Gadzhimuradov M.N. Cases of anetoderma in practice of dermatologists. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2018; 21(1): 31-34. (in Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2018-21-1-31-34>

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship.

Received 28 Febr 2018

Accepted 21 March 2018

Анетодермия – редкая форма атрофии кожи. Впервые описана С. Pellizzari в 1884 г., а затем заболевание подробно изучено Я. Jadassohn (1891), который дал ему название эритематозная анетодермия. Встречается чаще у женщин 20–40 лет, иногда у детей (включая младенцев) и подростков [1]. На фоне эндокринных расстройств отмечаются патологические изменения

эластической, коллагеновой тканей, а также нервов кожи [2]. Не исключена генетическая предрасположенность, так как описаны случаи семейного заболевания [3]. При этом отмечается уменьшение (гибель) эластических волокон в очаге поражения, под влиянием самых разнообразных причин и механизмов. Рассматривается возможность, как уменьшения синтеза эла-

#### Для корреспонденции:

Гаджимурадов Марат Нурмагомедович, доктор мед. наук, доцент, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, 367012, г. Махачкала, Россия. E-mail: [gabenu@mail.ru](mailto:gabenu@mail.ru)

#### For correspondence:

Gadzhimuradov Marat N., MD, PhD, DSc., associate Professor, head of Department of Skin and Venereal Diseases of Dagestan State Medical University, Makhachkala, 367012, Russian Federation. E-mail: [gabenu@mail.ru](mailto:gabenu@mail.ru)

#### Information about author:

Gadzhimuradov M.N., <http://orcid.org/0000-0002-3663-3235>



Рис. 1. Больной Р., 1 год и 7 мес. Синдром Блегвада–Хакстхаусена. Линейные атрофические пятна на руке и т.д.

стина, микрофибриллярного компонента эластических волокон, так и деструкция эластических волокон под действием эластазы, поступающей из клеток воспалительного инфильтрата (нейтрофилы, макрофаги) [3, 4]. Анетодермия может развиваться вторично после регресса многих дерматозов: красной волчанки, сифилиса, туберкулеза кожи, ветряной оспы, грибкового микоза, опоясывающего лишая, мастоцитоза, контактного моллюска, саркоидоза – как результат воспалительного процесса в коже. Иммунные нарушения могут провоцировать атрофию кожи, о чем свидетельствуют случаи этого заболевания у ВИЧ-инфицированных [5].

Некоторые авторы указывают на ассоциированные с анетодермией системные заболевания глаз, сердца, эндокринных желез, костей и пищеварительного тракта [6], которые могут носить и случайный характер [2].

**Анетодермия Ядассона–Тибьержа** (син.: эритематозная Ядассона), для нее характерна стадийность процесса. В I стадии появляются бледно-розовые множественные (реже единичные) эритематозные пятна преимущественно туловища, конечностей и лица. Диаметр элементов 0,5–2 см. Л.Н. Машкейсон и Е.П. Беньяминов (1976 г.) отмечали, что анетодермия Ядассона может развиваться и без выраженных воспалительных изменений со стороны кожи. Так, в течение 16 мес наблюдения за больной позволило установить развитие двух новых очагов пятнистой атрофии на нижних конечностях без предшествующих признаков воспалительных явлений [7]. В течение последующих 1–1,5 мес формируется атрофия, а вокруг нее сохраняется узкий ободок подострого воспаления – это ранний этап развития клинической картины, идентифицируемый как II стадия [8].

В III стадии формируются атрофичные, блестящие, морщинистые пятна округлой формы, белесовато-перламутрового цвета. Характерно мешкообразное выпячивание, но при надавливании пальцем оно западает, создается впечатление «проваливания в пустоту» [2]. Количество пятен от единичных до нескольких десятков. С учетом вышеизложенной клиники, стадийности процесса диагностика обычно не вызывает затруднений.



Рис. 2. Больной П., 14 лет. Анетодермия эритематозная Ядассона. Кожа морщинистая, истонченная; по периферии слегка выступает над уровнем здоровой кожи.



Рис. 3. Тот же больной. Кожа напоминает папиросную бумагу, в нижней части очага синюшно-блестящая.

**Анетодермия Швенингера–Буцци** развивается у лиц среднего и пожилого возраста и характеризуется грыжеподобными участками атрофии кожи с явлениями телеангиоэктазии на их поверхности. Локализуются высыпания главным образом в области спины, верхних конечностей и развиваются без предшествующих воспалительных явлений, либо они субклинические. В связи с этим изначально отсутствует манифестация в виде эритематозных пятен [8, 9].

При более редко встречающейся **анетодермии Пелиццари** очаги поражения носят уртикарный или папулезный характер, возможны также пузыри (тип Александера) [2, 3]. Через несколько недель на их месте формируются участки атрофии [4, 9].

Анетодермия является составной частью **синдрома Блегвада–Хакстхаусена** – генодерматоза, включающего атрофические пятна, голубые склеры, хрупкость костей, катаракту.

Мы наблюдали случай **синдрома Блегвада–Хакстхаусена** у мальчика в возрасте 1 год и 7 мес (рис. 1), элементы никак не беспокоили ребенка и существовали на протяжении 8 мес [2].

В гистологическом срезе необходимо окрашивание эластических волокон. В стадии атрофии характер-



Рис. 4. Больной Ю., 18 лет. Опухолевидная анетодермия Швенингера–Буцци. Опухолевидные образования на коже спины.



Рис. 5. Тот же больной. Грыжеподобные выпячивания живота, возникающие при наклоне вперед.

ным признаком является уменьшение, фрагментация или полное отсутствие эластических волокон. Коллагеновые волокна при анетодермии не повреждены. В ранней стадии (воспалительная) патологическая картина неспецифична: незначительные периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты, присутствуют и нейтрофильные и эозинофильные гранулоциты [1, 2].

Анетодермию следует дифференцировать с атрофическими рубцами, возникающими вторично при туберкулезной волчанке, сифилисе и красной волчанке [2], а также с заболеваниями соединительной ткани кожи. К последним относятся атрофический красный плоский лишай, дистрофическая форма буллезного эпидермолиза, очаговая склеродермия, нейрофиброматоз, атрофодермия Пазини–Пьерини, липоматозный поверхностный невус Хоффмана–Цурхелле, эластоз среднего участка дермы [1, 2].

Методов эффективного лечения анетодермии нет. В стадии эритемы показаны бензилпенициллин или тетрациклин по 1 млн ЕД в сутки в течение 10–14 дней. Есть данные об эффективности Е-аминокапроновой кислоты, витаминов группы А, Е и В, лидазы, антималерийных препаратов, ангиопротекторов, кортикостероидов [2, 4, 9]. Местно рекомендованы мазь солкосерил, троксевазин, фонофорез с димексидом и токоферолом, парафиновые аппликации. С целью эстетической коррекции возможно хирургическое иссечение ограниченных очагов открытых участков.

Приводим наши клинические наблюдения.

### Наблюдение №1.

#### Анетодермия эритематозная Ядассона

Больной П., 14 лет, обратился в ГБУ Республики Дагестан «Республиканский кожно-венерологический диспансер» (ГБУ РД РКВД) г. Махачкалы с жалобами на «морщинистую кожу» области шеи.

*Из анамнеза.* Со слов матери в 7-летнем возрасте появилось темное пятно на правой поверхности шеи диаметром около 1 см. Постепенно экзантема увеличилась по периферии. Через 2 года на противоположной поверхности шеи обнаружен подобный процесс. Пациент отстает в росте и массе тела от сверстников. Общее состояние удовлетворительное, питание пониженное. У

сестры мальчика наблюдается подобное заболевание, брат здоров. Родители не имеют дерматологических заболеваний и не являются родственниками между собой.

*Status specialis.* Поражение кожи локализовано в левой и правой шейной нижнечелюстной областях и представлено очагами диаметром по 10 см. Кожа там морщинистая (напоминает папиросную бумагу), истонченная, блестящая; по периферии слегка выступает над уровнем здоровой кожи (рис. 2, 3). Диагноз – анетодермия эритематозная Ядассона. От госпитализации пациент отказался и повторно не обращался.

### Наблюдение №2.

#### Опухолевидная анетодермия Швенингера–Буцци

Больной Ю., 18 лет, с жалобами на мягкие опухолевидные образования туловища госпитализирован в ГБУ РД РКВД г. Махачкалы.

*Из анамнеза.* Год назад на фоне полного здоровья появились опухоли бледно-розового цвета на спине и животе. Субъективных ощущений не отмечает. Другой патологии кожи, а также заболеваний внутренних органов не выявлено. Родители здоровы, не имеют между собой родственных связей.

*Status specialis.* На коже туловища (спина и живот) беспорядочно расположено множество опухолевидных образований диаметром 1,5–4,5 см бледно-розового цвета с телеангиоэктазиями на поверхности. Эфлюоресценции слегка возвышаются над уровнем здоровой кожи, имеют неправильные очертания (рис. 4). При наклоне тела они проявляются грыжеподобно выпячивающимися очагами голубовато-белого цвета на стороне сгибания (рис. 5). При надавливании на них пальцем возникает ощущение пустоты («симптом звонка»). Диагноз – опухолевидная анетодермия Швенингера–Буцци.

Проведено лечение: аевит по 1 капсуле 2 раза в день (20 дней), аминокaproновая кислота по 0,7 г 4 раза в день (10 дней), ФИБС (от начальных букв фамилий авторов препарата: акад. В.П. Филатова, В.А. Бивер и В.В. Скородинской) подкожно по 1 мл ежедневно в течение 30–35 дней. В результате терапии клиническая картина не претерпела изменений.



Рис. 6. Больной К., 16 лет. Анетодермия уртикарная Пелиццари. Множественные уртикарные элементы на коже левого бедра.



Рис. 7. Тот же больной. Множественные уртикарные элементы на коже левого бедра.

### Наблюдение №3.

#### Анетодермия уртикарная Пелиццари

Больной К., 16 лет, обратился в ГБУ РД РКВД г. Махачкалы с жалобами на выступающие участки кожи левого бедра.

Из анамнеза. Впервые 2 года назад обнаружил на задней поверхности верхней трети левого бедра множество выступающих плотных образований. С течением времени их количество медленно увеличивалось,

линейно распространяясь на медиальную поверхность левого бедра (рис. 6). Субъективные расстройства отсутствуют. Общее самочувствие удовлетворительное.

*Status specialis.* На сгибательной и внутренней поверхности левого бедра множественные плотные при пальпации уртикарные элементы диаметром 0,7–0,9 см. Кожа над ними обычной окраски (рис. 7). На месте разрешения некоторых элементов сохраняются участки атрофии кожи. Они морщинистые, блестящие, белесовато-перламутрового цвета и слегка выступают над уровнем здоровой кожи, при надавливании на них пальцем возникает легкое ощущение пустоты. Диагноз – анетодермия уртикарная Пелиццари.

Назначено лечение: аевит по 1 капсуле 2 раза в день (20 дней), местно мазь солкосерил 2 раза в день в течение 1 мес.

Мы постарались ознакомить практикующих врачей с различными формами и клиническими особенностями анетодермии. Это должно способствовать своевременной дифференциальной диагностике заболевания, прогнозу и грамотной тактике лечения.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Пильгуй Э.И., Асламазян Л.К., Геворкян А.К. Случай анетодермии у недоношенного ребенка. *Педиатрическая фармакология*. 2013; 4: 122–3.
2. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н., ред. *Кожные и венерические болезни*. Руководство для врачей. М.: Медицина; 1999. т. 2: 332–5.
3. Молочков В.А., Кирзанов О.В., Прокофьева А.А. К эффективности фототерапии при анетодермии. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2013; 16(5): 22–4.
4. Кондратьева Ю.С., Ерошенко Н.В., Гранина И.А. Анетодермия в практике врача-дерматолога. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18(1): 21–4.
5. Kineston D.P., Xia Y. Anetoderma: a case report and review of the literature. *Cutis*. 2008; 81(16): 501–6.
6. Калюжная Л.Д. Анетодермия Швеннингера–Буцци. *Клиническая иммунология, аллергология, инфектология* (Киев). 2006; 96(7): 38–9.
7. Липец М.Е., Руссач Д.Ф., Шиббаева Л.Н. К вопросу о пятнистой атрофии кожи. *Вестник дерматологии и венерологии*. 1979; 6: 43–5.
8. Студницын А.А., ред. *Дифференциальная диагностика кожных болезней*. Руководство для врачей. М.: Медицина. 1983: 347–8.
9. Вербенко Е.В., Тютюнникова И.А. К вопросу об анетодермии. *Вестник дерматологии и венерологии*. 1986; 62(5): 42–3.

### REFERENCES

1. Pilguy E.I., Aslamazyan L.K., Gevorkyan A.K. Case of anetoderma of a premature baby. *Pediatric pharmacology. Russian Journal (Pediatricheskaya farmakologiya)*. 2013; 4: 122–3. (in Russian)
2. Skripkin Yu.K., Mordovtsev V.N., eds. *Skin and venereal diseases*. Manual for doctors. Moscow: Medicine; 1999. vol. 2: 332–5. (in Russian)
3. Molochkov V.A., Kirzanov O.V., Prokofieva A.A. To the effectiveness of photopheresis in an anetoderma. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. Russian Journal (Rossiyskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei)*. 2013; 16(5): 22–4. (in Russian)
4. Kondratieva Yu.S., Eroshenko N.V., Granina I.A. Anetoderma in the practice of a dermatologist. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. Russian Journal (Rossiyskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei)*. 2015; 18(1): 21–4. (in Russian)
5. Kineston D.P., Xia Y. Anetoderma: a case report and review of the literature. *Cutis*. 2008; 81(16): 501–6.
6. Kalyuzhnaya L.D. Anetoderma of Schweninger–Buzzi. *Clinical immunology, allergology, infectology (Klinicheskaya immunologiya, allergologiya, infektolegiya)*. Kiev. 2006; 96(7): 38–9. (in Russian)
7. Lipets M.E., Russach D.F., Shibaeva L.N. To the question of a patchy skin atrophy. *Herald of Dermatology and Venereology. Russian Journal (Vestnik dermatologii i venerologii)*. 1979; 6: 43–5. (in Russian)
8. Studnitsyn A.A. *Differential diagnosis of skin diseases. Manual for doctors*. Moscow: Medicine; 1983: 347–8. (in Russian)
9. Verbenko E.V., Tyutyunnikova I.A. To the question of anetoderma. *Herald of Dermatology and Venereology. Russian Journal (Vestnik dermatologii i venerologii)*. 1986; 62(5): 42–3. (in Russian)

Поступила 28.02.18  
Принята к печати 21.03.18