

АТРОФОДЕРМИЯ ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ПАЗИНИ-ПЬЕРИНИ

Д.С. Полищук, С.И. Полищук, С.А. Бондарь

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Резюме. *Описано редкое заболевание – атрофодермия идиопатическая Пазини-Пьерини у больного 19 лет. Приведены данные этиологии, клинической картины и лечения заболевания.*

Ключевые слова: *атрофодермия, клиника, лечение.*

ВСТУПЛЕНИЕ

Атрофодермия идиопатическая Пазини-Пьерини (АИПП) впервые описана в 1923 г. Rasini, дальнейшее подробное изучение данной разновидности принадлежит Pierini. Этиология заболевания неизвестна. Заболевание рассматривается большинством авторов [1,2,4,10] как атрофическая форма очаговой склеродермии.

Однако ряд исследователей [4,6,7] относят данное заболевание, в отличие от склеродермии, к недостаточно изученной группе склероатрофических или атрофических [18] поражений кожи, включающих наряду с АИПП анетодермию, атрофический акродерматит, стрии, основываясь на первичности при АИПП атрофии, а не склероза кожи, как при склеродермии.

Имеются сообщения о развитии АИПП в поздней стадии борреллиоза [13] и обнаружение в крови у больных АИПП антител к боррелиям Бургдорфера [19], а в очагах поражения – боррелий.

Заболевание чаще всего встречается у лиц среднего возраста, преимущественно у женщин. Развивается постепенно, протекает без каких – либо субъективных ощущений, прогрессируя на протяжении десятилетий.

Процесс начинается с появления на туловище (преимущественно на спине), верхних, редко нижних, конечностях [4,8] одиночных, иногда множественных симметрично расположенных очагов округлых или овальных очертаний с нерезко выраженной розовато-синюшной буровой окраской, медленно увеличивающихся в размерах. Постепенно в центре развиваются атрофические изменения с незначительным западением, гиперпигментация, иногда нерезко выраженное уплотнение.

Уплотнение (склероз) и сиреневатый венчик вокруг очагов, характерные для склеродермии, отсутствуют [8,10,11]. Гистологические изменения в очагах поражения неспецифичны и характеризуются отеком дермы, расширением сосудов, умеренной воспалительной реакцией. Пучки коллагеновых волокон слегка утолщены и отечны.

В более поздних очагах изменения наиболее выражены. Эпидермис слегка атрофичен, дерма отечна, сетчатый слой истончен, пучки коллагеновых волокон верхних отделов дермы утолщены, гомогенизированы, иногда уплотнены. Сосуды умеренно расширены. Вокруг них имеются небольшие лимфоцитарные инфильтраты. Придатки кожи без особых изменений.

Дифференцировать заболевание необходимо от анетодермии, синдрома Иценко-Кушенга [3,4,9].

Лечение проводят аналогично таковому при склеродермии: антибиотики (пенициллин), купренил, плаквенил, лидаза, эпидол, лонгидаза, сосудистые препараты, витамины А, Е, аппликации раствора 20% димексиды.

Учитывая редкость классического проявления АИПП, возможные трудности диагностики врачами смежных специальностей, а также дерматологами, приводим наши наблюдения.

Больной Д. (рис. 1) 19 лет, студент обратился на приём после обследования и лечения у врачей терапевтов. В дальнейшем был направлен врачом гематологом на консультацию к дерматологу для установления диагноза.

Болеет в течение 2-х лет. На коже спины появились круглые бледно-розовые пятна, которые спустя 1,5 месяца меняли окраску на слегка коричневатый цвет. Затем очаги местами начали западать по отношению к окружающей коже. Процесс принял медленное прогрессирующее течение.



Рис. 1. Больной до лечения

Локальный статус. Процесс носит хронический характер, локализуется на коже спины, очаги поражения симметрично расположены вдоль позвоночника, кругловато-овальной формы, розовато-синюшного, светло-коричневого цвета.

Местами очаги запавшие, кожа атрофична за счёт истончения дермы и гиподермы. Участки уплотнения в очагах пальпируются, субъективные ощущения отсутствуют.

При обследовании со стороны внутренних органов, костно-мышечной, эндокринной и сосудистой систем патологии не выявлено.

Лабораторные данные:

Анализ крови на КСР, гепатит В и С, ВИЧ-отрицательные.

Клинический анализ крови: л. $7,2 \cdot 10^9$ /л, Нб 160 г/л., эр. $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, тр. 32×10^9 , лимф. 43%, мон. 4, %.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 13,0 мкмоль/л, прямой билирубин 3,4 мкмоль/л, непрямой билирубин 9,6 мкмоль/л, холестерин 4,5 ммоль/л, общий белок 78 г/л, аль-

бумины 48 г/л, глюкоза 4,7 ммоль/л, АЛТ 12 ЕД/л, АСТ 18 ЕД/л.

Ревматологический комплекс (С-реактивный белок, антистрептолизин, антигиалуронидаза, ревматоидный фактор, сиаловые кислоты) без отклонений от нормы.

Анализ крови на боррелиоз – отрицательный.

Общий анализ мочи – без особенностей.

На основании данных анамнеза клинической картины установлен диагноз АИПП.

Проведено лечение: купренил 300 мг в день по схеме, фромилид 0,5 г 2 табл. в день / 14 дней, эпадол 2 капс. 2 раза в день, лактофильтрум 1 табл. 3 раза в день, лонгидаза 3000 ед. № 10, ксантинола никотинат 1 табл. 3 раза на день.

Местно проводили смазывание очагов 2 раза в день раствором: гидрокортизон 5 мл, димексид 50% / 50 мл, гепарин 5000 ед., аскорбиновая кислота 5% 10 мл.

Прогрессирование процесса приостановлено (рис. 2), мелкие очаги на верхней половине спины регрессировали. Кожа в очагах побледнела, при-

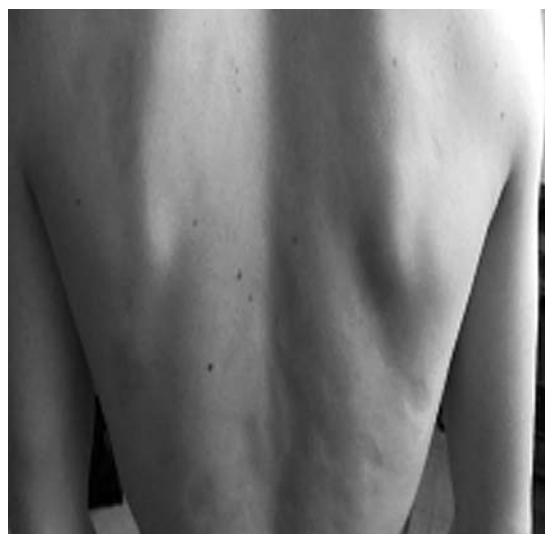


Рис. 2. Больной после лечения

обрела телесную окраску. Контуры западания в очагах уменьшились.

Таким образом, проведенная нами ранняя диагностика АИПП и назначенное комплексное лечение приостановило прогрессирование процесса у пациента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдулаевич Р.А. Тез. докл. 8-ого Рос. съезда дерматовенерол. / Абдулаевич Р.А., Арипова М.Х., Байбеков Н.М. – М., 2001. – С. 131.
2. Беренбейн Б.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней / Беренбейн Б.А., Студница А.А. // Руководство для врачей. – 2-ое изд. – М., 1989.
3. Довжанский С.И. Склеродермия. – Саратов, 1979.

4. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни / Справочник для врачей. – 2-е изд. – М., 2007. – С. 30-31.
5. Мальцев М.А. Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней / Мальцев М.А., Потекаев Н.И., Казанцева И.А., Кряжева С.С. // Руководство для врачей. – М., 2006. – С. 208-210.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Женева, 1995. – Т. 1, ч. 1. – С. 638-640.
7. Сухолін Г.І. Клиническая дерматология / Краткий справочник. – СПб., - С.54-55.
8. Скрипкин Ю.К. Клиническая дерматовенерология / Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Хамаганова И.В. и др. // Руководство для врачей. – М., 2009. – Гл. 9. – С. 234-277.
9. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни / Скрипкин Ю.К., Мордовцева В. Н. // Руководство для врачей – М., 1999. – Т. 2. – С.486.
10. Цветкова Г.М. Патоморфология болезней кожи. / Цветкова Г.М., Мордовцев В.В., Вавилов А.М., Мордовцев В.Н. // Руководство для врачей/ – М.,2003. – С. 309-310.
11. Lever's Histopathology of the Skin / Ed. Chief. A. Dttlder. – 9th Ed. – L.,2004. – P. 315.
12. Principles and Practice of Dermatology / Eds W.M.Sams, P.J. Synch. – 2nd Ed. – New York, 1996. – P.493-494.
13. Weiner M. // Arch. Dermatol. – 1965. – Vol. 92. – P. 737.

АТРОФОДЕРМІЯ ІДІОПАТИЧНА ПАЗІНІ-ПЬЕРІНІ

PAZINI-PIERINI'S IDIOPATHIC ATROPHODERMITIS

Д.С. Поліщук, С.Й. Поліщук, С.А. Бондар

D.S. Polishcuk, S.I. Polishcuk, S.A. Bondar

Резюме. Описано захворювання, що рідко зустрічається, атрофодермія ідіопатична Пазіні-Пьєріні у хворого 19 років. Наведені дані щодо етіології, клінічної картини та лікування захворювання.

Resume. The article presents the description of a rare disease, Pazini-Pierini's idiopathic atrophodermatitis, in a 19-year old patient. The data of etiology, clinical picture and the method of treatment of the disease have been cited in the article.

Ключові слова: атрофодермія, клініка, лікування.

Keywords: atrophodermatitis, clinical picture, method of treatment.

Новини медицини

ЧУВСТВО ЛЮБВИ СПАСАЕТ ОТ БОЛИ

Всепоглощающее романтическое чувство любви действует на человека как обезболивающее, подобно наркотическим и опиоидным средствам, утверждают учёные.

Специалисты Стэнфордского университета (Stanford) провели исследования на влюблённых студентах. Оказалось, что любовь не только сказывается на состоянии духа, но и является болеутоляющим средством. За этот эффект отвечают структуры головного мозга, функционирующие с участием дофамина - нейромедиатора, отвечающего за настроение, удовольствие и мотивацию человека.

В ходе эксперимента испытуемым показывали фотографии их возлюбленных, причиняя при этом несильную боль, и измеряли активность различных зон мозга. Наблюдения показали, что взгляд на фотографию любимого человека снижал восприятие боли. Однако, фотографии с изображением посторонних людей не давали такого же эффекта. Дело в том, что в мозгу влюблённых активировались зоны, ответственные за удовольствия и связанные с выработкой дофамина - гормона обеспечивающего мозгу приятные ощущения.

По материалам <http://mednovosti.ru>