

В.Є. Ткач¹, Н.П. Маляр², М.С. Волошинович¹, Б.А. Зубик¹¹ВДНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»²КЗ «Івано-Франківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер»

Хронічний атрофічний акродерматит: клінічні випадки

Описано два випадки рідкісного дерматозу — хронічного атрофічного акродерматиту. Показано причини хвороби, наведено клінічні вияви та диференціальну діагностику.

Ключові слова

Акродерматит хронічний атрофічний, клініка, диференціальна діагностика, лікування.

Перші повідомлення про цю рідкісну недугу шкіри з'явилися незалежно одне від одного в 1883 р. (М. Kaposi, А. Buchwald) за назвою «дифузна ідіопатична атрофія шкіри». Три роки по тому О.І. Поспелов (1886) описав її під терміном «атрофія шкіри ідіопатична прогресуюча», ввівши симптоми «мокра замша» та «цигарковий папір». У літературі зустрічаються й інші найменування, приміром, «еритромієлія (червона кінцівка)» Піка (1895), «нейропаралітична еритема» Неймана (1898), «хронічний атрофічний акродерматит» Герксгеймера і Гортманна (1902) [5].

Акродерматит — це хронічний, що повільно прогресує, атрофічний процес у шкірі переважно дистальних відділів кінцівок. Хворіють найчастіше жінки середнього і старшого віку. Етіологія дерматозу довго була невідомою, звідси і назва «ідіопатичний». З появою пеніциліну і після успішного застосування його при багатьох хронічних дерматозах невідомого генезу, зокрема і при акродерматиті, з'явилося припущення про інфекційну природу. Позитивні серологічні реакції на сифіліс у частини хворих на хронічний атрофічний акродерматит та реєстрація дерматозу в клімато-географічних зонах, де поширені кліщі *Ixodes ricinus* і *dammini*, переконливо свідчить, що причиною хвороби є спирохета. Нині ні в кого немає сумніву, що хронічний атрофічний акродерматит є однією з клінічних форм бореліозу, виявив на шкірі хвороби Лайма.

Хвороба може початися через кілька місяців і навіть років після укусу кліща. Описано випад-

ки, коли інкубаційний період тривав понад 10 років. Клінічні вияви розвиваються повільно, без лихоманки і порушення загального стану. Висипання виникають не обов'язково на місці укусу і частіше локалізуються на розгинальних поверхнях однієї із нижніх, рідше верхніх, кінцівок, ближче до суглобів. Потім повільно поширюється проксимально, переходячи на іншу кінцівку, тулуб, обличчя. Розрізняють три стадії хвороби: початкову (запальну), атрофічну і склерозуючу [4]. І.І. Потоцький виділив децю інші три стадії розвитку хвороби. Перша — плямиста, друга — інфільтративна і третя — атрофічна. Всі вони зазвичай не супроводжуються суб'єктивними відчуттями, дуже рідко хворі скаржаться на незначні свербіж і болючість. Спочатку з'являються набряк, еритема (плями) розміром від п'ятикопійкової монети до долоні, від рожевого до червоного із синюшним відтінком кольору, схильні до периферійного росту. Межі нечіткі, лінійної або овальної форми. Через кілька тижнів або місяців плями ущільнюються (інфільтративна стадія), інфільтрат тістоподібної консистенції [2]. Часто дерматоз починається одночасно з появою плям і інфільтрації, через що деякі автори об'єднали їх у одну початкову (запальну) стадію [1]. З часом запалення (еритема, набряк, інфільтрація) непомітно стихає, шкіра атрофується, можуть бути незначне лущення, дисхромія (гіпер- і гіпопигментація). Особливо атрофія помітна на шкірі колінних суглобів, сідницях, тилі кистей і стоп. Шкіра має вигляд цигаркового паперу (симптом Поспелова), легко зміщується і береться в складку, яка тривалий

час не розправляється. Поверхня шкіри блискуча, суха, гладенька, через неї просвічується венозна сітка. Під час поверхневої пальпації складається відчуття «мокрої замші» (симптом Поспелова) [3]. Волосся випадає, пото- і саловиділення знижені. Підшкірної основи немає. В окремих ділянках на тлі еритеми, особливо біля суглобів, нерідко з'являються лінійні ущільнення кольору слонової кістки. У цих випадках помилково діагностують склеродермію. З часом акродерматит може ускладнюватися болючими хронічними виразками, особливо в ділянці виrostків гомілково-ступневих суглобів, кальцинозом, амілоїдозом, лімфоплазією, плоскоклітинним раком, деформівним поліартритом [6].

За клінічними виявами цей рідкісний дерматоз у різних стадіях розвитку може нагадувати алергійний дерматит, бешиху, еризипелю, акроціаноз, склеродермію та ін. і призводити до діагностичних помилок. Наводимо два клінічних випадки хронічного атрофічного акродерматиту.

Хвора П., 1964 р., жителька села (історія хвороби № 1055/17), потрапила в обласний клінічний дерматовенерологічний диспансер зі скаргами на висипання в ділянці нижніх кінцівок, відчуття стягування, виразки. Хворіє 1,5 року, хвороба розпочалася почервонінням і набряком на тильній поверхні лівої стопи. Лікувала бешиху народними методами, антибіотиків не приймала. Процес повільно поширювався на гомілку, стегно. Через 3–4 тиж висипка з'явилася і на правих нижній і верхній кінцівках. Звернулася до дерматолога, який призначив лікування від алергійного дерматиту, а саме: антигістамінні, кортикостероїдні креми і мазі. За 3 тиж терапії помітного ефекту хвора не відмічала. З анамнезу з'ясовано, що до початку хвороби 2–3 тиж хвора була в лісі, пригадала про укуси кліщів. Під час огляду встановлено, що процес локалізується на обох нижніх і верхніх кінцівках. На лівій гомілці (рис. 1 і 2) еритематозні плями овальної форми з нечіткими межами, різної величини, зливаються, червоно-синюшного кольору, окремі вогнища кольору слонової кістки. На задньо-бічних поверхнях гомілок незначна інфільтрація тістуватої консистенції, виразки, тріщини, вкриті геморагічними кірками. На пальцях стопи червоно-синюшного кольору плями, нігтьові пластини не змінені, підошви без висипань. Шкіра на тильній поверхні стопи — над гомілково-ступневим з'єднанням і колінним суглобом (рис. 3), на передній і задній поверхнях стегон атрофована, нагадує цигарковий папір, просвічується поверхнева венозна сітка. Шкіру легко взяти в складки, які тривало не розправляються. Аналогічні зміни, але дещо менші, помітні на правій кінцівці.

Пушкового волосся немає. Шкіра верхніх кінцівок суха, атрофована, вкрита дрібною лускою. В місцях інфільтрації, навколо виразок і тріщин під час пальпації хвора відчуває болючість.

Поставлено діагноз: «багатовогнищева склеродермія».

Хвору обстежено. Загальний аналіз крові: Нb — 139 г/л; Eг. — 3,9 г/л, кп. — 1,1; L — 4,7 г/л; ШОЕ — 39 мм/год; п. — 2 %; с. — 5,4 %; е — 3 %; лімф. — 37 %; м. — 4 % і глюкоза — 4,38 ммоль/л. Коагулограма в межах норми: протром. час — 10,4 с; за Квіком — 112,0 %; INR — 0,90; ТТ — 19,0 с; фібриноген — 3,94 г/л; АЧТЧ — 25,9 с. Тромбоцити — 2,684 г/л; RW, АКС — негативні. Заг. білок — 82 г/л; заг. білірубін — 22,4 мкм/л; прямий білірубін — 5,0 мкм/л; сечовина — 5,9 мкм/л; креатинін — 91 мкм/л; АсАТ — 15 Од/л; АлАт — 10 Од/л; тригліцериди — 2,02 ммоль/л; холестерин — 5,58 ммоль/л; ревматоїдний фактор; С-РБ — від'ємні, серомукоїд — 3,88 Од. ІФА до *Borrelia Burdorferi*: антитіла IgM — 5,46; IgY — 6,64 (позитивний результат). Загальний аналіз сечі без відхилень, у калі яєць глистів не виявлено.

Допплерограма судин нижніх кінцівок у межах вікової норми. УЗД органів черевної порожнини: хронічний холецистит, хронічний панкреатит, сольовий діатез. УЗД щитоподібної залози без відхилень. Патогістологічне дослідження біоптату шкіри: в епідермісі виявлено гіперкератоз, вогнищевий паракератоз, атрофію, вакуольну дегенерацію базальних кератиноцитів. У поверхневих відділах дерми спостерігається периваскулярний лімфоплазмогістоцитарний інфільтрат, склероподібні осередки.

З попереднім діагнозом («багатовогнищева склеродермія») ми не погодилися і на основі патогномонічних ознак (ураження кінцівок, прогресуючий перебіг, тістуватий характер інфільтрату, осередки псевдосклерозу на тлі еритеми і атрофії, просвічування судин, підвищена ШОЕ, патогістологічні зміни, укуси кліщів у анамнезі, позитивний результат імуноферментного аналізу на бореліоз) змінили діагноз на «хронічний атрофічний акродерматит, атрофічно-склеротична стадія». Призначено лікування: бензилпеніциліну натрієва сіль, вітаміни групи В («Неміал»), «Гепатомакс Форте», «Лідаза», «Вобензим», ксантинолікотинат, «Лактіале», «Бейкаліс». На місця ураження — фукорцин, бетаметазонова мазь, крем «Клобаза». Хвору виписано із поліпшенням. Повторний курс лікування призначено через місяць.

Хвора С., 1968 р., мешканка міста, 22.01.2018 р. звернулася в поліклініку диспансеру (амбул. карта № 5178) зі скаргами на почервоніння на



Рис. 1. Хронічний атрофічний акродерматит (початкова стадія)



Рис. 2. Хронічний атрофічний акродерматит (атрофічно-склерозуюча стадія)



Рис. 3. Хронічний атрофічний акродерматит (стадія атрофії)



Рис. 4. Хронічний атрофічний акродерматит (еритематозно-інфільтративна стадія)

правій кисті, ліктьовому суглобі і гомілці. Висипання не турбують, з'явилися в листопаді непомітно, спочатку на кисті, а через 2–3 тиж на лікті й стопі. До лікарів не зверталася, самостійно змазувала плями живильними кремами. З анамнезу з'ясовано, що влітку гостювала в селі,

часто перебувала в лісі, було кілька укусів кліщів. Під час огляду на тилі кисті правої кінцівки, нижній третині правої гомілки (рис. 4) виявлено еритему з нечіткими краями червоного з синюватим відтінком кольору, в центрі пальпується незначний неболючий тістуватої консистенції

інфільтрат. Хвору всебічно обстежено. Показники загального аналізу крові, крім ШОЕ 25 мм/год, сечі в межах норми, біохімічні показники крові без відхилень. РВ з трепонемним антигеном слабкопозитивна. ІФА до *Borrelia Burdorferi* IgE 200 од/мл; IgM 23,59 од/мл.

Взято біопсію. В біоптаті — поширення і тромбоз судин, периваскулярний інфільтрат із гістіоцитів, плазмочитів, лімфоцитів. Еластичні волокна ферментовані, колагенові не змінені. Діагностовано хронічний атрофічний акродерматит, еритематозно-інфільтративну стадію. Призначено: «Юнідокс», «Глутаргін», пентоксифілін, віт. А і Е, «Неміал» (група віт. В), двотижневий курс преднізолону по 15 мг/добу. На ділянку висипки — нефторовані глюкокортикоїди у вигляді кремів. Хвора продовжує лікування.

Рідкісність дерматозу і поліморфізм висипань часто спричинюють діагностичні помилки. У першу запальну стадію помилково діагностують алергійний дерматит, бешиху, еризипелюїд, акроціаноз, еритромелалгію.

Алергійний дерматит виникає на місці контакту з подразником, зазвичай має чіткі межі та всі ознаки гострого запалення. Клінічні вияви залежать від характеру подразника, сили і тривалості його дії.

Бешиха починається гостро, лихоманкою, гіпертермією до 39–40 °С, одночасно з'являються яскрава еритема, набряк, бульозні елементи, місцево підвищується температура. Пляма швидко поширюється по периферії у вигляді язиків полум'я.

Еризипелюїд виникає після пошкодження шкіри під час контакту зі свіжою рибою, м'ясом. Локалізується частіше на пальцях, еритема має чітку межу. Нерідко супроводжується печінням, болем. Через 3–4 тиж настає видужання без атрофії.

Акроціаноз з'являється в дитячому віці, з віком вияви стихають, не залишаючи атрофії.

Еритромелалгія супроводжується нападоподібним болем у кистях і стопах, які посилюються в теплі і під час руху, опускання кінцівок. Еритема дифузна, виразний набряк, гіпергідроз, підвищена температура тіла, хвороба починається в молодому віці.

У атрофічну і склерозуючу стадії помилково можна думати про *обмежену склеродермію*. Склеродермія має також три стадії: інфільтрації, індурації (ущільнення) і атрофії. Обмежена склеродермія може бути пляшко- і смугоподібною. На відміну від акродерматиту, ущільнення має не тістоподібний, а дерев'яний характер. Склероподібні зміни кольору слонов'ячої кістки в активну фазу оточені вінчиком бузкового кольору. Згодом виникає атрофія шкіри. При акродерматиті склеротичні зміни з'являються на тлі еритеми і атрофії. ШОЕ зазвичай у межах норми, а у наших хворих пришвидшена. Гістопатологічна картина обох недуг шкіри дуже подібна і щоб диференціювати ці зміни, потрібна професійна підготовка патогістолога [3]. Для акродерматиту в початкову запальну стадію характерний периваскулярний інфільтрат із лімфоцитів, плазмочитів і гістоцитів, а при склеродермії — лімфоцитарний інфільтрат. При акродерматиті характерними є паракератоз, атрофія епідермісу. Під епідермісом вузька смужка сполучної тканини. Помітні інтерстиціальний набряк і атрофія колагенових пучків, атрофія підшкірної основи. При склеродермії колагенові волокна набряклі, потовщені, склерозовані, гомогенні, пучки відокремлені один від одного. Лімфоцитарний інфільтрат є між дегенерованими жировими клітинами. Помітні потовщення і склероз стінок судин та звуження їхнього просвіту. На тлі атрофії ідентифікуються осередки фіброзної тканини. Гістологічні зміни у фіброзних потовщеннях при акродерматиті важко відрізнити від виявів склеродермії.

Ми мали на меті акцентувати увагу практичних лікарів-дерматологів на рідкісній формі атрофії шкіри. Тим паче що за останні роки в зв'язку зі зміною клімату у весняно-літній період у лісо-степовій зоні та Карпатах спостерігається заселення кліщами роду *Ixodes*, і ймовірність зараження бореліями надзвичайно висока. Свідченням цього є порівняно часта реєстрація хвороби Лайма. Розмаїття клінічних виявів хвороби, несвоєчасна діагностика і лікування можуть призвести до тяжких системних уражень.

Список літератури

1. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей.— Т. 2 / Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовца.— М.: Медицина, 1999.— 830 с.
2. Потоцький І.І., Торсуев Н.А. Кожные и венерические болезни: учебник.— К.: Вища школа, 1978.— 495 с.
3. Романенко І.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней.— Т. 2.— М., 2006.— 885 с.

4. Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н., Афонин С.Л. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи.— М.: Медицина, 1986.— 300 с.
5. Herxheimer K., Hartmann K. Ueber Acrodermatitis chronica atrophicans // Arch. Dermatol. Syph (Wien).— 1902.— N 61.— P. 57–76.
6. Ogrinc K., Wormser G.P., Visintainer P. et al. Pathogenetic implications of the age at time of diagnosis and skin location for acrodermatitis chronica atrophicans // Ticks Tick Borne Dis.— 2017.— N 2.— P. 266–269.

В.Е. Ткач¹, Н.П. Маляр², М.С. Волошинович¹, Б.А. Зубык¹

¹ ВГУЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

² КП «Івано-Франківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер»

Хронический атрофический акродерматит: клинические случаи

Описаны два случая редкого дерматоза — хронического атрофического акродерматита. Представлены причины болезни, клинические проявления и дифференциальная диагностика.

Ключевые слова: акродерматит хронический атрофический, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

V.E. Tkach¹, N.P. Maliar², M.S. Voloshynovych¹, B.A. Zubyk¹

¹ HESI «Ivano-Frankivsk National Medical University»

² CE «Ivano-Frankivsk Regional Skin and Venereal Dispensary»

Chronic atrophic acrodermatitis: clinical cases

Two cases of rare dermatosis — chronic atrophic acrodermatitis are described. Etiology of disease, clinical manifestations, differential diagnosis are presented.

Key words: chronic atrophic acrodermatitis, clinical picture, differential diagnosis, treatment.

Дані про авторів:

Ткач Василь Євтихович, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології Івано-Франківського національного медичного університету

76018, м. Івано-Франківськ, вул. Г. Крука, 7/1

E-mail: des1ua@gmail.com

Маляр Наталя Павлівна, лікар-дерматовенеролог Івано-Франківського обласного клінічного шкірно-венерологічного диспансеру
Волошинович Мар'ян Стефанович, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології Івано-Франківського національного медичного університету

Зубик Богдан Андрійович, к. мед. н., доц. кафедри дитячих інфекційних хвороб Івано-Франківського національного медичного університету