

Клинические особенности и дифференциальная диагностика сегментарного витилиго и депигментированного невуса у детей

Д.В. Прошутинская

ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России
107076, Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

Представлено описание клинической картины высыпаний при сегментарном витилиго и депигментированном невусе. Приводятся данные литературы, обсуждаются вопросы дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: **сегментарное витилиго, дифференциальная диагностика, депигментированный невус, дети.**

Контактная информация: diana.dika@mail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2015; (6): 57—60.

Clinical features and differential diagnostics of segmental vitiligo and nevus achromicus with children

D.V. Proshutinskaia

State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Korolenko str., 3, bldg 6, Moscow, 107076, Russia

Clinical presentation is given of eruption in the case of segmental vitiligo and nevus achromicus. Literary data was presented, issues of differential diagnostics were discussed.

Key words: **segmental vitiligo, differential diagnostics, nevus achromicus, children.**

Corresponding author: diana.dika@mail.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2015; 6: 57—60.

■ Витилиго относится к наиболее распространенным нарушениям пигментации кожи. Заболеванием страдают 1—2% населения в мире [1]. При этом 25% больных — это дети в возрасте до 10 лет [2]. Ярко выраженная клиническая картина высыпаний, как правило, не вызывает затруднений при постановке диагноза. В то же время наличие различных клинических форм заболевания требует проведения дифференциального диагноза. Достаточно долго общепринятой классификацией витилиго являлась классификация J. Ortonne и D. Mosher [3]. В ней выделялись две основные формы заболевания: *локализованное витилиго*, включающее в себя фокальную форму, сегментарную форму, поражение слизистых оболочек, и *генерализованное витилиго*, характеризующееся акрофациальной, вульгарной и смешанной формами, а также универсальное витилиго, при котором депигментирующий процесс захватывал более 80% площади поражения. Накопившиеся данные, свидетельствующие о разнообразном клиническом течении витилиго, дали основание для пересмотра классификации и формирования нового взгляда на клиническую картину данного дерматоза. В настоящее время большинством исследователей принята следующая классификация витилиго [4—6].

Несегментарное витилиго:

- фокальное витилиго (если оно является началом генерализованной формы);
- генерализованное витилиго;
- акрофациальное витилиго;
- универсальное витилиго;
- смешанное витилиго (сочетание несегментарного и сегментарного витилиго);
- витилиго слизистых оболочек.

Сегментарное витилиго:

- в зависимости от количества очагов одно-, два- или многосегментарное витилиго.

Неклассифицируемое витилиго:

- фокальное витилиго (если единичный очаг);
- витилиго слизистых оболочек (если один очаг поражения).

Такое разделение связано с выраженными клиническими различиями, характерными для очагов, расположенных сегментарно и несегментарно. Попытка такого разделения отмечалась и раньше. Описаны различия клинических форм и течения так называемых формы А (несегментарной) и формы В (сегментарной) витилиго [7]. Количество пациентов с описанными клиническими типами исследователями оценивалось как 3:1. Предполагалось, что при несегментарной форме основополагающее значение имели аутоиммунные механизмы, а при сегментарной — неврогенные. В настоящее время эта точка зрения не нашла подтверждения, и считается, что при обоих типах заболевания ведущее значение имеют аутоиммунные нарушения [8, 9]. В то же время современная классификация витилиго подразумевает четкое разделение несегментарных и сегментарных форм заболевания. Определенные трудности в диагностике вызывает именно сегментарная форма дерматоза.

Сегментарное витилиго значительно чаще возникает в детстве, чем во взрослом состоянии. Распространенность сегментарной формы среди детей, по разным данным, составляет от 4,6 до 32,5% [2]. Очаги высыпаний располагаются на лице, конечностях, туловище в пределах одного дерматома, линейно или унилатерально, не пересекая срединную линию тела (рис. 1). Сегментарное витилиго, как правило, очень быстро прогрессирует. Затем, в среднем через год, наступает стабилизация патологического процесса. Лицо является излюбленной локализацией. Нередко сразу происходит обесцвечивание ресниц, бровей или волос (рис. 2). Реже, чем при несегментарном вити-



а



б

Рис. 1. а — сегментарное витилиго на лице; б — сегментарное витилиго



Рис. 2. Обесцвеченные ресницы и брови при сегментарном витилиго

лиго, наблюдается присутствие невусов Сеттона [10]. Данная форма заболевания обычно не сопровождается феноменом Кебнера, не ассоциирована с другими аутоиммунными нарушениями у пациента. В большинстве случаев наследственный анамнез по витилиго и аутоиммунным заболеваниям также не отягощен [11]. Трудности при установлении диагноза сегментарного витилиго чаще всего встречаются при появлении пятен в грудном или раннем детском возрасте. В этот период возможно клиническое проявление различных генетически обусловленных пороков развития, в том числе депигментированного невуса. Депигментированный невус развивается с рождения или в первые месяцы жизни, тогда как средний возраст дебюта витилиго 4—8 лет. Описано появление витилиго в возрасте 3 мес., что встречается крайне редко [12]. Чаще всего депигментированный невус также представляет собой локализованное унилатеральное или сегментарно расположенное гипопигментированное пятно (рис. 3а, б). Но, в отличие от витилиго, при обследовании под лампой Вуда депигментированный невус не сопровождается ярко-белым свечением, а представляет собой очаг гипопигментации. Характерной клинической особенностью являются неровные или зазубренные края пятен (рис. 3в). При данной патологии, в отличие от сегментарного витилиго, отмечается медленное увеличение пятен в размерах пропорционально росту ребенка, тогда как при сегментарном витилиго распространение депигментированных очагов происходит значительно быстрее.

Таким образом, несмотря на выраженную клиническую схожесть высыпаний при сегментарном витилиго и депигментированном невусе, существует ряд некоторых отличий, позволяющих провести дифференциальный диагноз этих патологий. ■



а



б



в

Рис. 3. а — унилатеральное расположение врожденного гипопигментированного пятна; б — линейное расположение врожденного депигментированного невуса; в — характерные неровные «зазубренные» края врожденного гипопигментированного невуса

Литература

1. Barona M.J., Arrunategui A., Falabella R. et al. An epidemiologic case-control study in population with vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 621—625.
2. Howitz J., Brodthagen H., Schwartz M. Prevalence of vitiligo. Epidemiological survey of the Isle of Bornholm, Denmark. *Arch Dermatol* 1997; 113: 47—52.
3. Ortonne J.P., Mosher D.B., Fitzpatrick T.B. Vitiligo and other hypomelanoses of hair and skin. New York: Plenum 1983; 172—176.
4. Taïeb A., Picardo M. Vitiligo. Springer, 2010: 483.
5. Ezzedine K., Gauthier Y., Leaute-Labreze C. et al. Segmental vitiligo associated with generalized vitiligo (mixed vitiligo): retrospective case series of 19 patients. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65: 965—71.
6. Kathuria S., Khaitan B.K., Ramam M. et al. Segmental vitiligo: a randomized controlled trial to evaluate efficacy and safety of 0,1% tacrolimus ointment vs 0,05% fluticasone propionate cream. *Indian J Dermat Vener Leprol* 2012; 78 (1): 68—73.
7. Koga M., Tango T. Clinical features and course of type A and type B vitiligo. *Br J Dermatol* 1988; 118: 223—228.
8. Picardo M., Taïeb A. (eds). Vitiligo. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag 2010; 13—24.
9. Taïeb A., Picardo M. VETF Members. The definition and assessment of vitiligo: a consensus report of the Vitiligo European Task Force. *Pigment Cell Res* 2007; 20: 27—35.
10. Mazereeuw-Hauter J., Bezio S., Mahe E. et al. Childhood vitiligo: the segmental form is different from the non segmental form. *J Am Acad* 2010; 62: 945—9.
11. Taïeb A., Picardo M. Clinical practice. Vitiligo. *N Engl J Med* 2009 Jan 8; 360 (2): 160—9. doi: 10.1056/NEJMcp0804388.
12. Nordlund J.J., Lerner A.B. Vitiligo. It is important. *Arch Dermatol* 1982; 118: 5—8.

об авторе: ▶

Д.В. Прошутинская — д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения детской дерматологии ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

Конфликт интересов

Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье