

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЭРИТЕМЫ

Доцент, к.м.н. Сучкова Г. Д.

Розовый лишай – воспалительное заболевание, характеризующееся появлением на коже овальных или монетовидных пятнистых, реже пятнисто-папулезных высыпаний.

- Болеют преимущественно женщины среднего возраста : Россия (20-40 лет), США (10-35 лет)
- У взрослых 1-3% , у детей 3,5%
- У детей до 2-х лет встречается крайне редко.



Этиопатогенез

Предположительно инфекционно-аллергической природы.

Доказательства этой теории:

- Начало с материнской бляшки, появление следующих высыпаний через определенный инкубационный период
- Цикличность клинических проявлений (подсыпание)
- Сезонность (весна, осень)
- Сочетание с ОРЗ, ангиной, гриппом
- Редкие рецидивы (стойкий иммунитет)
- Возможное нарушение общего состояния



- Случаи семейного одномоментного заболевания (или в общежитиях)
- Положительные реакции на внутрикожные введения стрептококковой вакцины
- Сокращение сроков лечения после приема антибиотиков, сульфаниламидных препаратов
- Аллергическая настроенность кожи у больных (о чем свидетельствует выраженная реакция кожи у пациентов к лекарствам, моющим средствам, воде).



Клиника

Процесс начинается с короткого продромального периода в виде недомогания, субфебрильной температуры, боли в суставах и костях. Затем на коже в 80% случаев появляется, так называемая ,«материнская бляшка» (иногда может быть до 3-х крупных элементов). Ее диаметр 3-5 см, форма округлая или овальная, в центре наблюдается нежное шелушение, после разрешения которой остается гипер- и депигментация. Локализация: чаще грудь и спина. Через 7-10 дней после материнской бляшки появляются диссеминированные высыпания диаметром 2-3 см в области груди, живота, паховых складок, шеи и плеч, располагающиеся по линиям натяжения кожи (линиям Лангера), пятнистого и пятнисто-папулезного характера, округлых или овальных очертаний.

Центр высыпаний складчатый, иногда пигментированный, с небольшим шелушением («мятая бумага») и характерным воротничком на границе центральной и периферической зон. Все это напоминает медальон. Высыпания сгущаются в подмышечных и паховых областях. Лицо, волосистая часть головы, кисти, стопы в процесс не вовлекаются. Субъективные ощущения: легкий зуд у невропатов и при наличии осложнений.



Течение заболевания 1,5-2 месяца. Эволюция одного элемента 1,5-2 недели. Имеются 2-3 волны высыпаний, что объясняет эволюционный полиморфизм заболевания. Каждый раз в период новых высыпаний могут повторяться общие явления: недомогание, головная боль, подъем температуры, увеличение шейных лимфоузлов.



Раздражающие кожу внешние воздействия (трения, мытье, давление, УФО), применение дегтя, серы могут привести к распространению процесса, экзематизации, инфицированию, развитию фолликулитов, гидраденита, импетиго. В этом случае заболевание затягивается до 3-х месяцев.

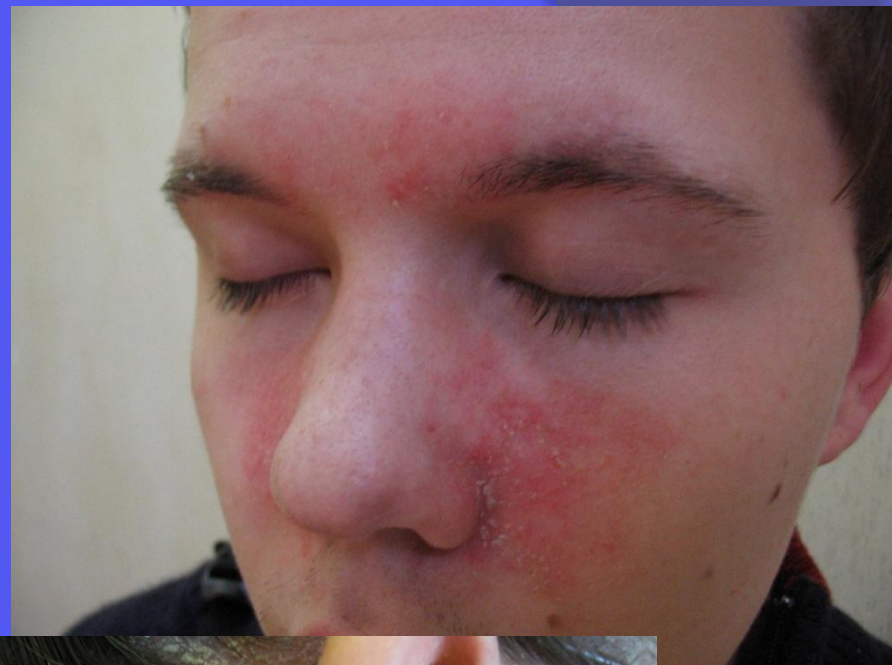
Атипичные формы

1. Уртикарная
2. Везикулезная
3. Папулезная

Дифференциальный диагноз

Себорейная экзема:

- Очаги располагаются в себорейных местах (волосистая часть головы, грудь, спина)
- Отсутствует расположение высыпаний по линиям Лангера
- Нет материнской бляшки
- Чешуйки в очагах крупные, желтого цвета «сальные»



Псориаз

- Характерны папулезные высыпания с локализацией на волосистой части головы, туловище, конечностях, кистях и стопах
- Отсутствует материнская бляшка
- Выявляются симптомы псориатической триады и феномен Кебнера



Каплевидный парапсориаз

- Высыпания имеют папулезный характер, цвет элементов более темный, коричневатый
- Выявляются симптомы скрытого шелушения, облатки, точечные геморрагии



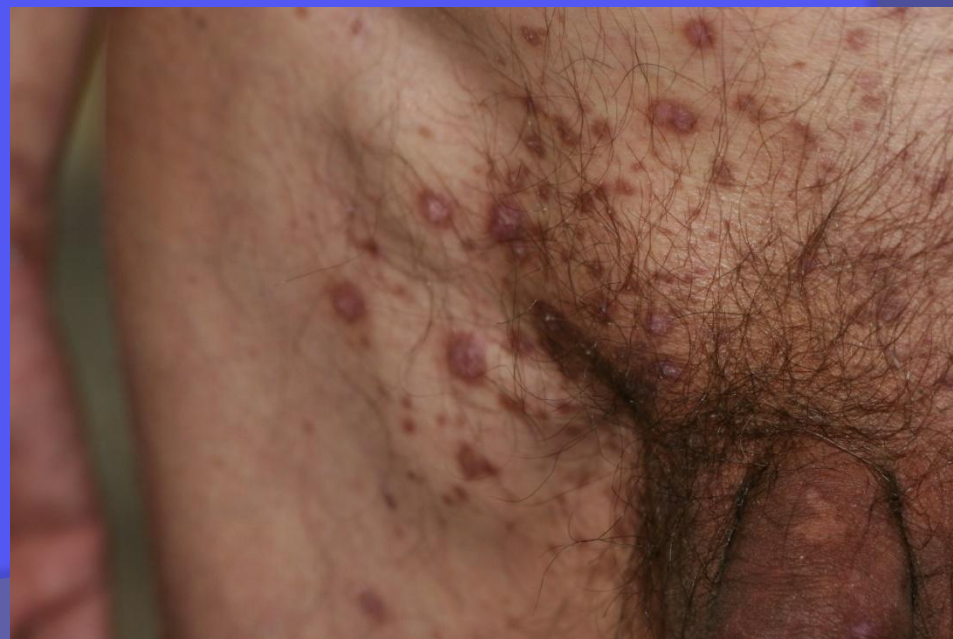
Пятнистый сифилид

- Розеола одинаковых размеров с менее яркой окраской
- Шелушение отсутствует
- Имеются положительные серологические реакции на сифилис



Папулезный сифилид

- В основании папулезных элементов имеется инфильтрат. Цвет высыпаний — красно-бурый. Шелушение в виде воротничка Биетта.



Микоз гладкой кожи

- При микроскопическом исследовании обнаруживаются возбудители микозов.



Лечение

В большинстве случаев наблюдается самопроизвольное выздоровление через 4-6 недель. Терапия показана при генерализации и выраженном экссудативном характере высыпаний, экзематизации кожного процесса. Лечение симптоматическое, проводит лечение врач-дерматовенеролог.

Диета молочно-растительная (исключение острого, соленого, алкогольных напитков).

Рекомендуется не мочить пораженные участки, не использовать при мытье мочалку, не носить синтетическую одежду, ограничить пребывание в жарком помещении и тяжелый физический труд.

Антигистаминные препараты первого поколения:

1. Хлоропирамин (супрастин) внутрь детям с 1 года до 6 лет по 8,3 мг (1/3 таблетки) 2-3 раза в сутки, от 6 до 14 лет – по 12,5 мг (1/2 таблетки) 2-3 раза в сутки, взрослым по 25 мг (1 таблетка) 3-4 раза в сутки 7-10 дней

или

2. Мебгидролин (фенкарол) внутрь детям от 2 до 5 лет – по 50-150 мг в сутки, от 5 до 10 лет – по 100-200 мг в сутки, старше 10 лет и взрослым – по 100-300 мг в сутки в течение 7-10 дней

или

3. Хифенадин (диазолин) внутрь детям в возрасте от 3 до 7 лет – по 10 мг 2-3 раза в сутки, старше 7 лет и взрослым – по 25 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней

или

4. Клемастин (тавегил) детям старше 7 лет – 0,5-1 мг 2 раза в сутки, взрослым – 1 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней.

Гипосенсибилизирующие средства:

1. Хлористый кальций 1-10% раствор 5-10 мл внутрь 2-3 раза в день 7-10 дней

Или

2. Пантотенат кальция детям 3-14 лет 50-100 мг 2 раза в сутки, взрослым 100-200 мг 2 раза в сутки 10-14 дней.

Немедикаментозная терапия:

Широкополостная средневолновая ультрафиолетовая терапия (селективная фототерапия, длина волны 280-320 нм).

Наружная терапия

- Болтушки, пасты, содержащие цинк, 2% борную кислоту, 2% нафталанскую нефть.
- Кортикостероидные крема в виде аппликаций 1-2 раза в сутки 5-7 дней.



Прогноз

Выздоровление через 4-8 недель.
Развитие осложненных форм в случае течения заболевания больше 3-х месяцев (медикаментозное раздражение, водные процедуры с мочалкой)

Многоформная экссудативная эритема -

- Острое заболевание кожи и слизистых, для которого характерен полиморфизм высыпных элементов, склонность к рецидивам, преимущественно весной и осенью.



Формы заболевания:

- 1. Инфекционно-аллергическая (идиопатическая)
- 2. Токсико-аллергическая (симптоматическая)

Эпидемиология

- Болеют лица среднего и молодого возраста (могут болеть дети)
- Частота: 0,5 случая на 100 000 населения
- Тяжелые формы чаще наблюдаются у мужчин

Этиопатогенез

- Изучен недостаточно.
- **Инфекционно-аллергическая форма** связана с гиперчувствительностью к инфекционным агентам (микоплазменная и хламидийная инфекция, вирус простого герпеса, гриппа и паротита)
- Имеют значение хронические очаги инфекции (хронический тонзиллит, гайморит, аднексит). Они выявляются у 70% этих больных

Этиопатогенез

- Кроме этого, у больных определяется повышенная чувствительность к бактериальным аллергенам: стафилококковому., стрептококковому и др.
- Во время рецидива отмечается подавление факторов естественной резистентности организма
- Имеет место циклический обратимый весенне-осенний нейтрофильный и Т-клеточный иммунодефицит. Этому способствует переохлаждение

Этиопатогенез

- **Токсико-аллергическая форма** связана с гиперчувствительностью к лекарственным средствам: пенициллину, тетрациклину, анальгину, вакцинам и злокачественным заболеваниям

Клиника инфекционно-аллергической формы

- Начало острое
- За 1-2 дня до высыпаний появляются общие симптомы: головная боль, недомогание, боль в горле, мышцах, суставах, которые сохраняются несколько дней (легкие случаи) или до 3 недель (тяжелые случаи)
- Высыпания появляются на коже и слизистых оболочках полости рта (35%), красной каймы губ, гениталий. Сопровождаются жжением, небольшим зудом

- ПМЭ:
- *воспалительное пятно*
- *плоские папулы* розово-красного цвета до 2-3 см в диаметре
- Центральная часть элементов западает, становится цианотичной, по периферии сохраняется розовый цвет, симптом «вороньего глаза» или «ириса»



- В центре высыпаний может быть пузырек, пузырь с серозным или геморрагическим содержимым
- Кроме этого, могут быть волдыри, папулы или везикулы
- Высыпания появляются группами с интервалами в несколько дней

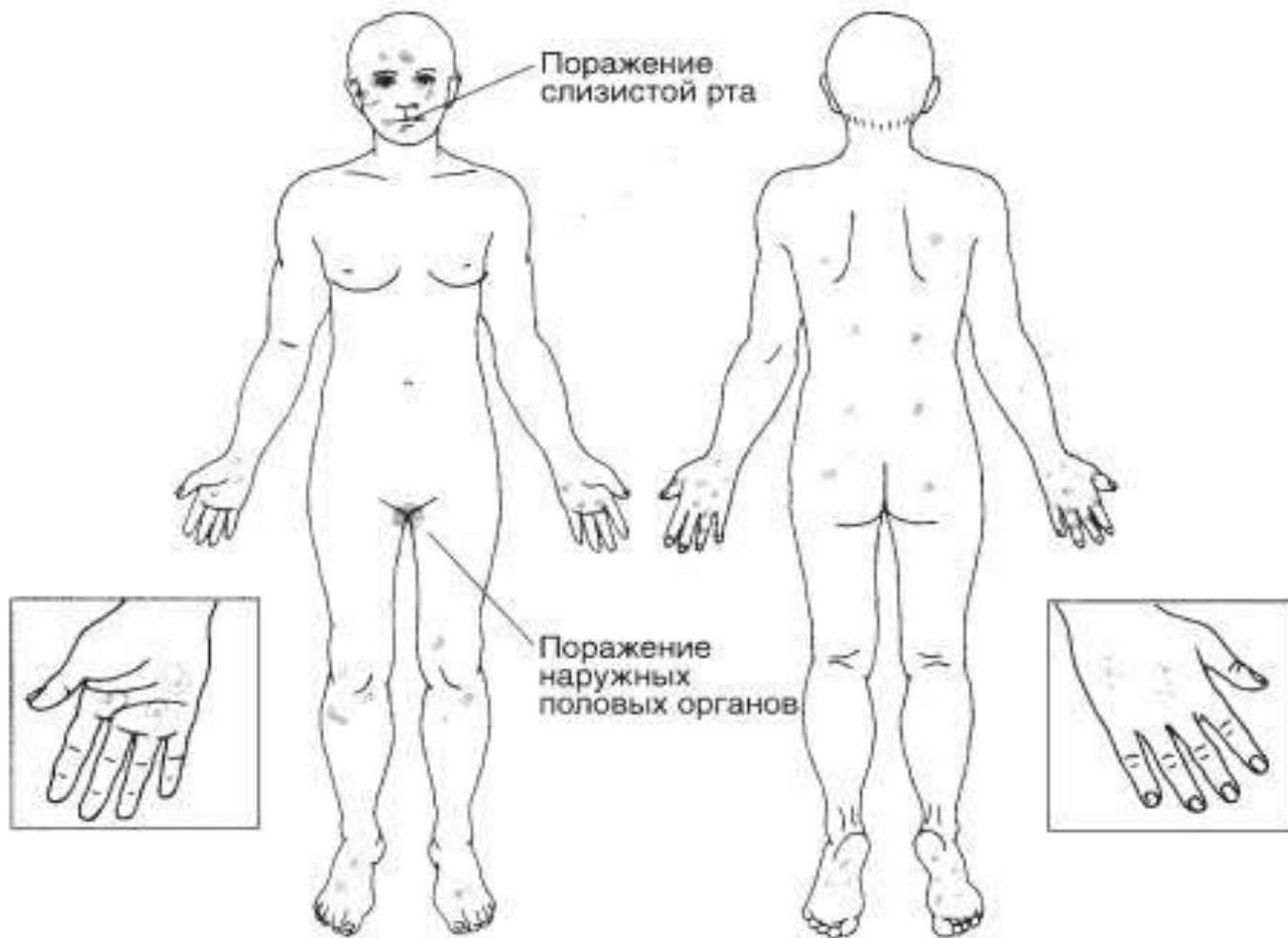


Локализация

При идиопатической форме : кожа тыла кистей и стоп, разгибательная поверхность предплечий, голеней, локтевых и коленных суставов, кожа ладоней, подошв, половых органов.

На слизистой рта проявления более тяжелые по течению и субъективным ощущениям. На губах, щеках, небе внезапно появляется эритема, через 1-2 дня пузыри, которые вскрываются, образуя болезненные эрозии.

Локализация



- На эрозиях появляется желтовато-серый налет, легкая кровоточивость.
Присоединяется вторичная инфекция
- Прием пищи затруднен, процесс разрешается через 4-6 недель (на коже 2-3 недели)
- Рецидивы наблюдаются весной и осенью, процесс заканчивается гиперпигментацией или депигментацией

Клиника токсико-аллергической формы

- По характеру высыпания похожа на идиопатическую форму
- Может быть распространенной или фиксированной. Чаще поражаются слизистые рта
- Процесс рецидивирует в одном и том же месте
- Эта форма начинается после приема медикаментов, не имеет сезонности и цикличности. Рецидивы связаны с повторным приемом этих медикаментов
- Общие симптомы чаще отсутствуют

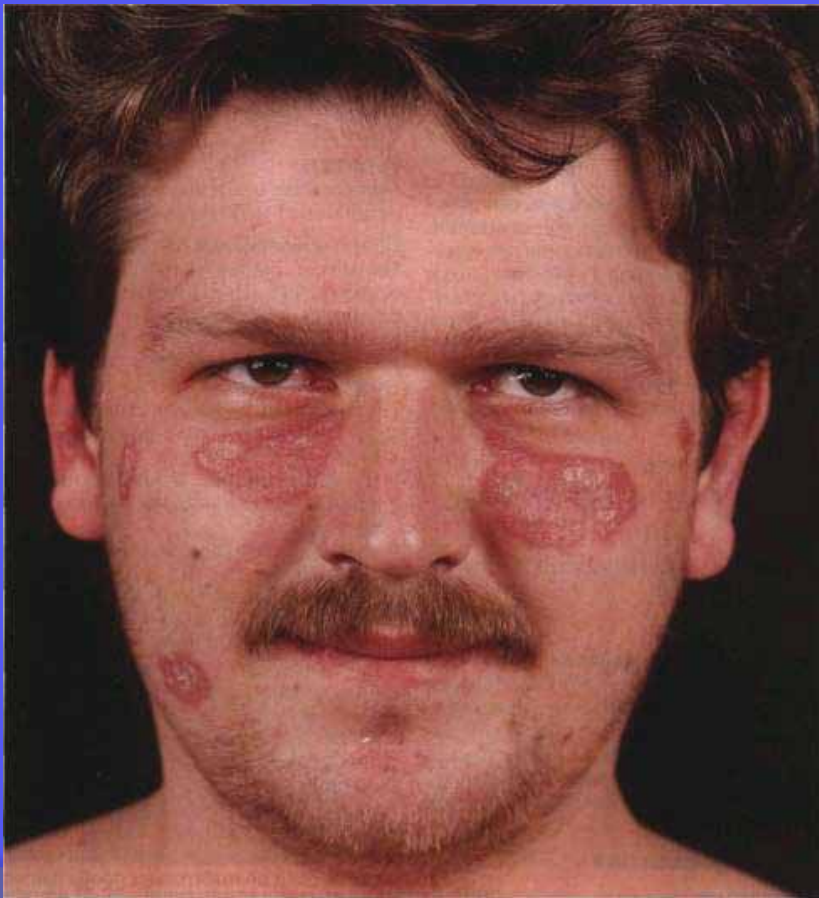
Дифференциальный диагноз

- Фиксированная сульфаниламидная эритема



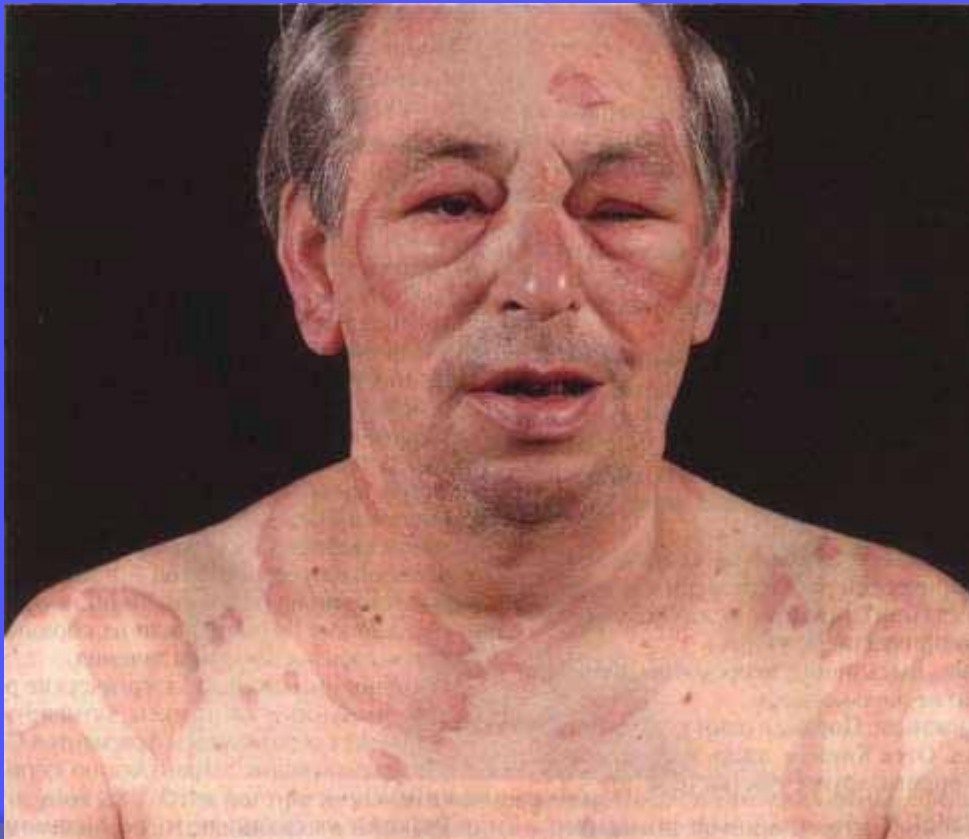
Дифференциальный диагноз

- Дискоидная красная волчанка



Дифференциальный диагноз

- Крапивница



Дифференциальный диагноз

- Болезнь Рейтера



Дифференциальный диагноз

- Герпетиформный дерматит Дюринга



Дифференциальный диагноз

- Опоясывающий герпес



Дифференциальный

диагноз

- Сифилис вторичный, папулезный



○ Синдром Стивенса-Джонсона



Тяжелая буллезная форма МЭЭ
Продромальные явления 1-3 дня
(головная боль, боли в мышцах и т.
д.)

Начало острое

Кроме типичных высыпаний на коже
и слизистых, появляются пузыри,
эрозии, сливающиеся кровоточащие
очаги на губах, языке, мягком и
твердом небе, задней стенке зева,
гортани

Слизистые поражаются в 100%
случаев

Возможно поражение глаз (91%),
половых органов (75%), мочевого
пузыря (задержка мочи), бронхов
(6%), слизистой ануса (5%)

Длительность до 6 недель (тяжелое
состояние 2-3 недели)

Дифференциальный диагноз синдрома Стивенса-Джонсона и синдрома Лайелла

С-м Стивенса-Джонсона:

Начало: связано с ОРВИ

Появление высыпаний через 4-6 дн.
после подъема температуры

Преимущественная локализация
высыпаний: слизистые естественных
отверстий, тыл кистей, стоп

Очаги изолированные, полиморфные,
сгруппированные, оттенок элементов
фиолетовый, с. Никольского «-»

Летальный исход от менингоэнцефалита,
миокардита

С-м Лайелла:

С приемом медикаментов

Через 1-2 дня после
приема медикаментов

Процесс начинается с
кожи лица, груди, спины,
реже слизистых

Пузыри на фоне эритемы,
покрышка дряблая, стенки
тонкие, кожа «обваренная
кипятком»

От сепсиса в ранние сроки
болезни



Лечение МЭЭ

- Легкие формы: дезинтоксикационные,, гипосенсибилизирующие (антигистаминные) препараты
- Местно: кортикостероидные мази с антибиотиками и дез. средствами («тридерм», «травокорт»), анилиновые красители. На слизистые лидокаин, дексаметазон, растворы антисептических средств
- В тяжелых случаях: преднизолон 30-60 мг в сутки, дексаметазон 4-8 мг в сутки, с постепенной отменой, антибиотики (инфекционно-аллергическая форма), противовирусные препараты (ацикловир 200 мг 5 раз в сутки 5 дней)
- Синдром Стивенса-Джонсона: преднизолон 50-80 мг или дексаметазон 7-10 мг в сутки в/м или в/в, гемосорбция, плазмоферез, антибиотики. Наружная терапия: удаление некротической ткани, водные растворы антисептиков (1 % р-р перекиси водорода, 0,06% р-р хлоргексидина, анилиновые красители, эритромициновая мазь при поражении глаз) Консультация окулиста, ЛОР, уролога (возможно стриктуры).
- Прогноз для жизни благоприятный
- Профилактика: санация хронических очагов инфекции, закаливание, противорецидивная терапия в период ожидания рецидива. Пациенты должны избегать переохлаждения

◎ Спасибо за
внимание!