



Эритродермия – ургентный дерматоз

Qui bene diagnoscit, bene curat
(Кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит)
Гиппократ

Эритродермия (лат. *erythrodermia*) – это тяжелое, жизнеугрожающее состояние, характеризующееся универсальным воспалительным поражением наружного покрова (80% и более), зудом, генерализованной лимфаденопатией и лихорадкой [1].

Термин *эритродермия* является собирательным и используется для описания группы дерматозов, для которых характерно тяжелое общее состояние и полное поражение кожи (рис. 1 и 2).

Эритродермия является экстремальным состоянием для организма человека: поддержание циркуляции крови в системе сосудов кожи оказывается тяжелой задачей для сердечно-сосудистой системы и нередко развивается кардиоваскулярная недостаточность. Значительное повышение теплоотдачи вызывает большую энергетическую потерю и гипотермию. Из-за повышенной пролиферации и десквамации развивается гипопропротеинемия (гипоальбуминемия). Все описанные изменения требуют проведения интенсивной терапии [3].

Заболеваемость эритродермией составляет 1-2 случая на 100 000 населения. Расовая принадлежность не имеет эпидемиологического значения. Соотношение частоты встречаемости среди мужчин и женщин составляет 4:1 [5].

Различают три группы эритродермий – первичные, вторичные и идиопатические (табл. 1) [2].

Клинически эритродермии манифестируют генерализованной эритемой, к которой присоединяются выраженное шелушение и зуд, вследствие чего возникают эксфолиации. При эритродермии могут выпадать волосы, а ногти становятся жесткими, утолщенными и тусклыми. Частым симптомом является зуд. Могут наблюдаться также недомогание, лихорадка и озноб. Развивается генерализованная дерматопатическая лимфаденопатия.

Эритродермии создают значительные сложности для врача в плане диагностики. Для установления правильного диагноза необходимы тщательный анамнез и детальный анализ клинических проявлений. Связь с предшествующи-

ми болезнями наружного покрова проще установить при остром или подостром течении эритродермии. Часто необходима диагностическая биопсия кожи. Однако в некоторых случаях (15-20%) не удастся установить причину по анамнезу и результатам биопсии кожи.

Анамнестически устанавливается наличие острых или хронических эритродермий с момента рождения, а также вызванных лекарственными средствами дерматозов, атопических состояний, контактных аллергических дерматозов. Признаки предшествующих кожных заболеваний (псориаза, красного плоского лишая, грибовидного микоза и др.) различимы только на ранних стадиях эритродермии.

Для дерматологического статуса особенно важны цвет наружного покрова, характер шелушения, наличие инфильтрации, экссудация, гиперпигментация, зуд, поражение придатков кожи.

При осмотре следует обратить внимание на *патогномоничные симптомы* предшествующих дерматозов:

- темно-красный цвет кожи;
- толстые чешуйки на волосистой части головы без выпадения волос;
- поражение ногтевых пластин – при псориазе;
- желто-красный цвет кожи (на фоне эритродермии отчетливо выделяются участки здоровой кожи);
- толстые чешуйки на коже головы с выпадением волос;
- кератодермия с шелушением и трещины ладоней – при болезни Девержи;
- эрозии, лихенизация, эксфолиации – при атопическом дерматите;
- толстые чешуйки на коже головы с выпадением волос;
- кератодермия и трещины ладоней – при грибовидном микозе.

При диагностике могут помочь некоторые «опорные пункты»:

- изменения слизистых оболочек при красном плоском лишае;



Таблица 1. Классификация эритродермий

Первичные эритродермии	Вторичные эритродермии	Идиопатические эритродермии
<p>Острые первичные токсические эритродермии</p> <ul style="list-style-type: none"> эритродермическая фиксированная лекарственная экзантема токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла) <p>Хронические первичные эритродермии</p> <ul style="list-style-type: none"> буллезная ихтиозиформная врожденная эритродермия небуллезная ихтиозиформная врожденная эритродермия <p>Первичные эритродермии при лимфомах и гемобластозах</p> <ul style="list-style-type: none"> эритродермическая форма грибовидного микоза ретикулярная эритродермия (синдром Сезари) лимфатическая эритродермия псевдолимфоматозная эритродермия эритродермический мастоцитоз папулоэритродермия Офуджи 	<p>Экзематозные эритродермии</p> <ul style="list-style-type: none"> атопическая эритродермия Хилла аллергическая контактная эритродермия нейродермическая (неатопическая) эритродермия десквамативная эритродермия Лейнера – Муссу семейный ретикулоэндотелиоз с эозинофилией <p>Псориазическая эритродермия</p> <ul style="list-style-type: none"> генерализованный тип аллерготоксический тип <p>Эритродермии вследствие генерализации дерматозов</p> <ul style="list-style-type: none"> красный плоский лишай бляшечный парапсориаз красный волосной лишай Девержи розовый лишай Жиберера листовидная пузырчатка норвежская чесотка саркоидоз <p>Инфекционные эритродермии</p> <ul style="list-style-type: none"> экзофоллиативный дерматит новорожденных Риттера эритродермия вследствие универсального кандидоза 	<p>Старческая эритродермия</p> <p>Эритродермия типа Вильсона – Брока</p> <p>Эритродермия при красном лишае Гебры</p> <p>Паранеопластическая эритродермия</p>

Таблица 2. Терапевтическое ведение пациентов с эритродермиями

Вид терапевтического вмешательства	Лечение
Общие принципы	<ul style="list-style-type: none"> Стационарное лечение Постельный режим Седативные препараты Контроль температуры тела, водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса Высококалорийное питание, богатое протеинами Отмена всех препаратов, кроме жизненно необходимых
Локальная терапия	<ul style="list-style-type: none"> Топические глюкокортикостероиды высокой потенции Примочки с дистиллированной водой каждые 2 часа Эмолиенты Ежедневные прохладные ванны
Системная терапия	<ul style="list-style-type: none"> Седативные препараты Антигистаминные медикаменты Антимикробные средства Системные глюкокортикостероиды

• изменения ногтевых пластин при псориазе;
 • эктропион при грибовидном микозе и болезни Девержи;

• алопеция (кроме псориаза и атопического дерматита);
 • поражение ладоней и стоп, ороговение и трещины (при болезни Девержи, псориазе и синдроме Сезари);
 • наличие клеща при норвежской чесотке.

Биопсия наружного покрова с патогистологическим изучением биоптата проводится до начала лечения. Взятие материала рекомендуется не только из измененных, но и из пограничных со здоровыми областями участков. *Патоморфологическая картина* зависит от причины эритродермии. При вторичных эритродермиях наблюдается паракератоз, вакуолизация, спонгиоз, акантоз с удлинением межсосочковых клиньев эпидермиса, экзоцитоз. В дерме определяется хронический воспалительный инфильтрат и отек.

При многих эритродермиях вследствие воспалительных реакций тканей наружного покрова развивается *дермопатическая лимфаденопатия* с увеличением паховых и подмышечных лимфоузлов. Показана их биопсия, поскольку она может оказаться диагностическим ключом для обнаружения гематологического заболевания или злокачественной лимфомы (например, синдрома Сезари).

Результаты *клинико-лабораторных исследований* обнаруживают повышение СОЭ, уменьшение содержания гемоглобина, снижение гематокрита и цветового показателя, гипоальбуминемия, гиперглобулинемия.

При *дифференциальной диагностике* разных форм эритродермий принимают во внимание возраст пациента, предшествующие дерматозы, прием лекарственных препаратов, наличие сопутствующих заболеваний. При осмотре больных необходимо учитывать поражение не только наружного покрова, но и его придатков, а также состояние слизистых оболочек ротовой полости и наружных половых органов.

Развитие *осложнений* при эритродермии зависит от течения предшествующего заболевания. Во всех случаях возможны вторичная инфекция, обезвоживание, нарушение водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса.

Больным эритродермиями необходимо стационарное лечение, основные задачи которого:

- поддержание влажности кожи;
- избегание расчесываний и любых других травматизаций;
- применение топических глюкокортикостероидов;
- терапия основного заболевания.

Необходимо применение влажных компрессов, под которые наносятся локальные глюкокортикостероидные препараты высокой потенции. По мере улучшения постепенно вводятся эмульсии. Также требуется назначение системных антибактериальных средств и поддержка водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса. Терапевтический план включает также седативные и антигистаминные препараты (табл. 2) [4].



Рис. 1. Псориазная эритродермия – полное поражение наружного покрова



Рис. 2. Эритродермия с генерализованным поражением наружного покрова

Список литературы

1. Адашкевич В.П. Неотложные состояния в дерматологии. – СПб.: Ольга, 2000. – 144 с. – С. 46-79.
2. Адашкевич В.П. Классификация и клиническая характеристика различных эритродермий // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. – 2001. – № 2. – С. 6-15.
3. Адашкевич В.П., Мяделец О.Д., Мяделец В.О. и др. Эритродермия – неотложное состояние в практике дерматолога // Мед. панорама. – 2003. – № 5. – С. 7-9.

4. Адашкевич В.П. Эритродермия // Consilium Medicum. Дерматология. – 2009. – № 2. – С. 28-33.

5. Адашкевич В.П., Майстренок А.М. Клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости эритродермиями в Витебской области в 1998-2012 гг. // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: материалы 68-ой научной сессии сотрудников ун-та, 31.01.-01.02.2013 г. – Витебск, 2013. – С. 58-60.