



ЭРИТЕМЫ: дифференциальная диагностика



Аритема (от греч. ἔρυθρός – красный) – пятно диаметром от 2,5 до нескольких десятков сантиметров, образующееся в результате расширения сосудов дермы и повышенного притока крови к участку кожи/слизистой оболочки



- Цвет – от бледно-розового до темно-красного, фиолетового
- Границы чаще нечеткие
- Зуд, боль, жжение
- Временно исчезает при витропрессии



Трудности дифференциальной диагностики эритем

- Противоречия в терминологии, отсутствие единой классификации эритем (→ отсутствие данных о распространенности)
- Многообразии нозологий, проявляющихся эритематозными высыпаниями
- Неспецифичности клинической картины во многих случаях
- Неспецифичности патоморфологической картины, дифференциальная диагностика эритем базируется, прежде всего, на клинических признаках



Заболевания кожи, в названии которых фигурирует термин «эритема», составляют группу этиологически разнородных дерматозов, многие из которых на самом деле

эритемами не являются:

- узловатая эритема (*erythema nodosum*)
- стойкая возвышающаяся эритема (*erythema elevatum et diutinum*)
- стойкая дисхромическая эритема (*erythema dyschromicum perstans*)
- полиморфная экссудативная эритема (*erythema exsudativum multiforme*) и др.

КЛАССИФИКАЦИЯ



ЭРИТЕМЫ

невоспалительные
(физиологические, нестойкие)



воспалительные
(патологические, стойкие)



- Инфекция
- Экзогенное воздействие
- Аллергия
- Аутоиммунное заболевание и др.

ЭРИТЕМА

**активная
(артериальная,
острая)**

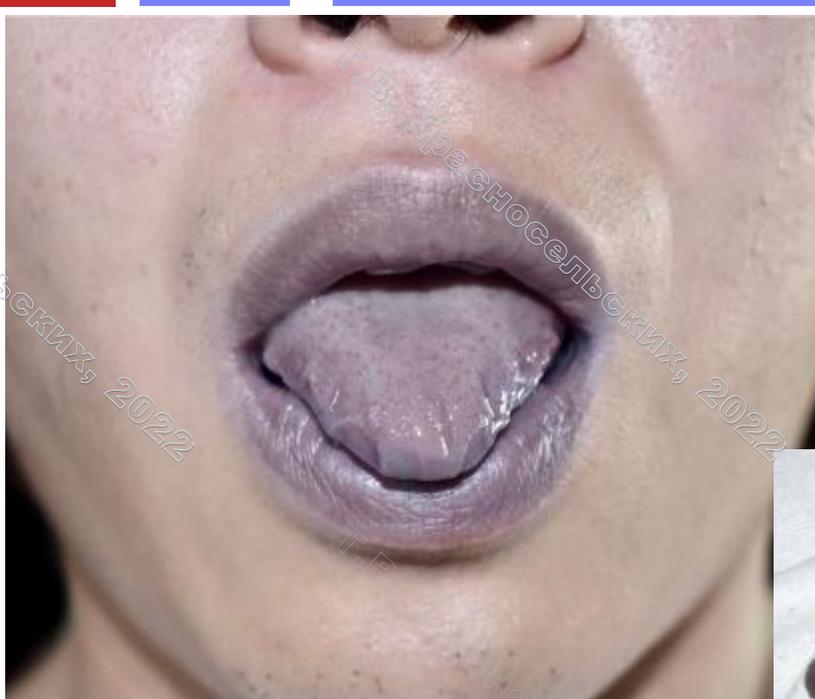
**пассивная
(венозная, хроническая) =
цианоз (греч. κυανός – синий)**

усиление кровотока

красная, горячая

стаз

синяя, холодная





ИНФЕКЦИОННЫЕ ЭРИТЕМЫ



РОЖА (erysipelas)

(польск. róza — роза;
лат. erysipelas — от греч.
ερυθρός — красный и
лат. pellis — кожа)

- Часто встречающееся острое глубокое воспаление ограниченного участка кожи с преимущественным поражением лимфатических сосудов (лимфангитом), вызванное β -гемолитическим стрептококком группы А (изредка – *Staph. aureus*, *Str. pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* и др.), сопровождающееся выраженной интоксикацией
- Чаще развивается на коже голени или лица



- **Отечная эритема**, быстро увеличивающаяся в размерах
- Эритема имеет **четкие границы и фестончатые очертания** («языки пламени») – следствие лимфогенного распространения стрептококка
- Кожа в очаге напряжена, блестит, горячая на ощупь
- Ощущение распирания, жжения, болезненность при пальпации (особенно по краю)
- **Высокая лихорадка, озноб, интоксикация**
- Регионарный лимфаденит
- Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, токсическая зернистость лейкоцитов, ↑ СОЭ, ↑↑ уровня антистрептолизина-О и антистрептокиназы



ЭРИЗИПЕЛОИД (erysipeloïd, болезнь Розенбаха, рожа свиней)

- Редко встречающаяся острая бактериальная инфекция с преимущественным поражением кожи, вызываемая Грам+ палочкой *Erysipelothrix rhusiopathiae*
- **Связан с профессиональной деятельностью** (болеют мясники, работники скотобоен, ветеринары, фермеры, скорняки, охотники, рыбаки, повара, домохозяйки)
- Резервуар и источник инфекции – различные виды рыб, моллюсков, дикие и домашние животные, особенно свиньи
- Путь заражения – травма кожи при разделке зараженного мяса, рыбы
- Типичная локализация – **пальцы и тыл кистей**, реже – кожа предплечья



- **Отечная багрово-красная эритема с четкими границами** появляется в месте повреждения кожи (укол, порез, ссадина) через 1–7 дней
- Увеличивается до 1 см/сут, достигая \varnothing 5–10 см
- Кожа напряжена, блестит, горячая на ощупь, при надавливании ямки не остается
- Зуд, жжение, пульсирующая боль, затруднение движения в межфаланговых суставах (отек)
- Могут развиваться артриты межфаланговых суставов пораженного пальца
- Интоксикация незначительная
- В 20% сл. – лимфангит и лимфаденит
- Лейкоцитоз, \uparrow СОЭ, \uparrow С-реактивного белка
- Антибиотики: пенициллины, цефалоспорины, клиндамицин, эритромицин



СКАРЛАТИНА (scarlet fever)

(лат. scarlatinum — ярко-красный)



- Острое инфекционное заболевание, вызываемое β -гемолитическим стрептококком группы А (*S. pyogenes*), протекающее с синдромом интоксикации, **ТОНЗИЛЛИТОМ** и характерной экзантемой
- **Ярко-малиновая эритема** щек и губ, бледный и свободный от высыпаний носогубный треугольник
- Кожа горячая, сухая, шершавая, стойкий белый дермографизм



Scarlet fever (*Pastia lines*)

- Мелкие (1-2 мм), обильные ярко-розовые зудящие гиперемические пятна, в тяжелых случаях – пурпурно-красные или фиолетовые петехии на шее, боковых поверхностях туловища, животе, сгибательной поверхности верхних конечностей, внутренней поверхности бедер
- Сыпь сгущается в складках
- При витропрессии – золотисто-желтая пигментация
- Сыпь оставляет выраженное шелушение: в области ладоней и стоп – эксфолиативное, начинающееся с кончиков пальцев (по типу «перчаток»), на туловище, шее, ушных раковинах – шелушение отрубевидное





- Язык багровый или пурпурный, в первые 1-2 дня покрыт белым налетом, затем очищается, обнажая насыщенного цвета гипертрофированные сосочки («клубничный» язык)
- Катаральный, фолликулярный, лакунарный или некротический тонзиллит – «пылающий зев с языками пламени», петехиальная энантема
- Увеличение и болезненность шейных лимфоузлов



ЭРИТЕМА, ВЫЗВАННАЯ ПАРВОВИРУСОМ В19



(пятая инфекционная болезнь, инфекционная эритема Tschamer, «синдром пощечины»)

- Острое вирусное заболевание, характеризующееся незначительной интоксикацией и лихорадкой, пятнисто-папулезной сыпью, поражением суставов и нарушением эритропоэза
- Преимущественно болеют дети от 3 до 10 лет, путь заражения – воздушно-капельный, весенняя сезонность, иммунитет пожизненный
- **На щеках** появляются мелкие красные пятна, быстро сливающиеся в очаги **яркой отечной эритемы**, напоминающие след от пощечины («slapped cheek syndrome»), вокруг рта кожа бледная

- Затем появляется пятнисто-папулезная сливающаяся сыпь с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях конечностей
- В центре пятен сыпь бледнеет → характерный **сетчатый, кружевной рисунок** (отмечается у 30–50% больных)
- Зуд (15% сл.)
- Папулезно-пурпурозные высыпания на кистях и стопах (papular-purpuric gloves and socks syndrome) – отек, сливная эритема, геморрагии, артралгия, ограничение движений в суставах



- Сыпь существует до 2 недель, разрешается **без шелушения**, возможны рецидивы в течение нескольких недель
- Диагностика: ПЦР, IgM и IgG методом ИФА
- Лечение симптоматическое

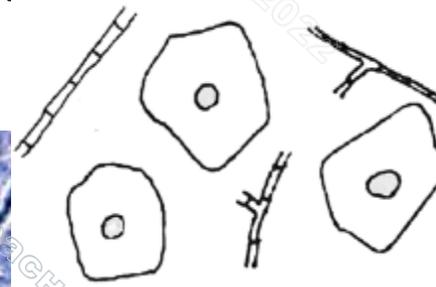
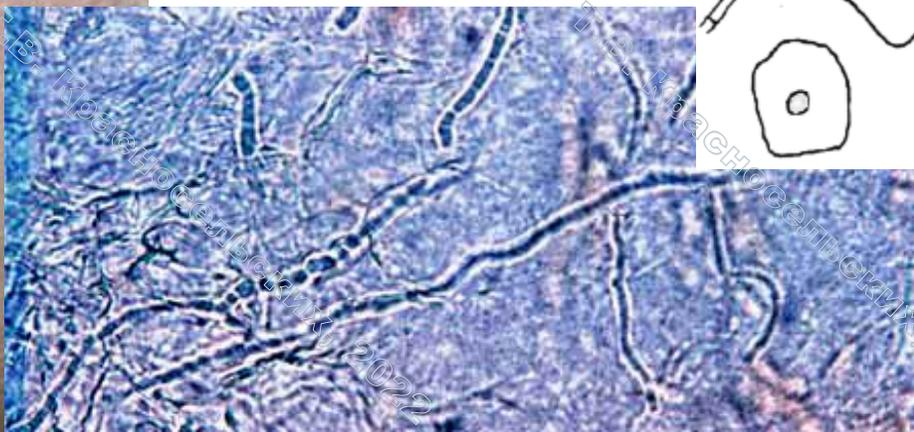
ДЕРМАТОМИКОЗ ГЛАДКОЙ КОЖИ И КРУПНЫХ СКЛАДОК

- Группа грибковых заболеваний кожи, обусловленных дерматомицетами родов *Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*, поражающих роговой слой эпидермиса, а также придатки кожи – волосы и ногти (грибы расщепляют кератин с помощью протеолитических ферментов)
- Очаги эритемы с шелушением, с полициклическими очертаниями, четкими границами, растущие эксцентрически





- Границы очагов образованы отечным, вишнево-красного цвета **прерывистым** периферическим валиком, состоящим из фолликулярных папул и пустул
- Кожа в центральной части очагов слабо инфильтрирована, буроватого оттенка и покрыта мелкими чешуйками
- В кожных чешуйках – трубчатые, ветвящиеся септированные нити мицелия





НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЭРИТЕМЫ

ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА (ФИКСИРОВАННАЯ ТОКСИКОДЕРМИЯ)

- Особый тип кожной лекарственной реакции, характеризующейся рецидивированием высыпаний на одних и тех же местах при каждом приеме провоцирующего препарата
- **Этиология:** сульфаниламидные препараты (триметоприм-сульфаметоксазол), производные сульфанилмочевины, тиазидные диуретики, аллопуринол, тетрациклины, метронидазол, хинолоны, дапсон, НПВС, оральные контрацептивы, парацетамол, анальгин, барбитураты, антималярийные, противосудорожные, препараты, пищевые красители, продукты питания (горох, бобы, чечевица)



- Эритема появляется спустя 30 мин – 8 часов после **повторного приема** препарата
- Пятна круглые, овальные, с четкими границами, отечные, диаметром до 10-20 см
- Цвет ярко-красный → темно-красный, фиолетовый, коричневатый
- Очаги обычно единичные
- Излюбленная локализация: кисти, стопы, губы, гениталии



- После прекращения приема препарата очаги спонтанно разрешаются через 7-10 дней
- Формируется стойкая поствоспалительная пигментация серо-коричневого цвета (недержание пигмента)



МНОГОФОРМНАЯ (ПОЛИМОРФНАЯ) ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА



- **Патогенез:**
 - **инфекционно-аллергический** (ВПГ, *M. pneumoniae* и др.)
 - **токсико-аллергический** (барбитураты, транквилизаторы, карбамазепин, габапентин, флуоксетин, эконазол, линкомицин, неомицин, пенициллин, сульфаниламиды, вакцины и др.)
- **Малая форма** (болезнь Гебры) – высыпания на конечностях, слизистая оболочка обычно интактна, общее состояние не нарушено
- **Большая форма** – поражаются слизистая оболочка рта, красная кайма губ с образованием пузырей, лихорадка, слабость, недомогание ²⁴

- Полиморфные высыпания: эритемы, папулы, волдыри, пузыри
- Возникают внезапно
- Зуд, жжение
- Классические высыпания (**типичные «мишени», «ирисные»**) – размером до 3 см, кольцевидные, имеют **три концентрические зоны**:
 - центральная – темно-красная или синюшно-красная, несколько западающая эритема, может быть геморрагия, пузырь
 - промежуточная – бледно-розовая, отечная, возвышается в виде валика
 - краевая – ярко-красная эритема с четкой границей

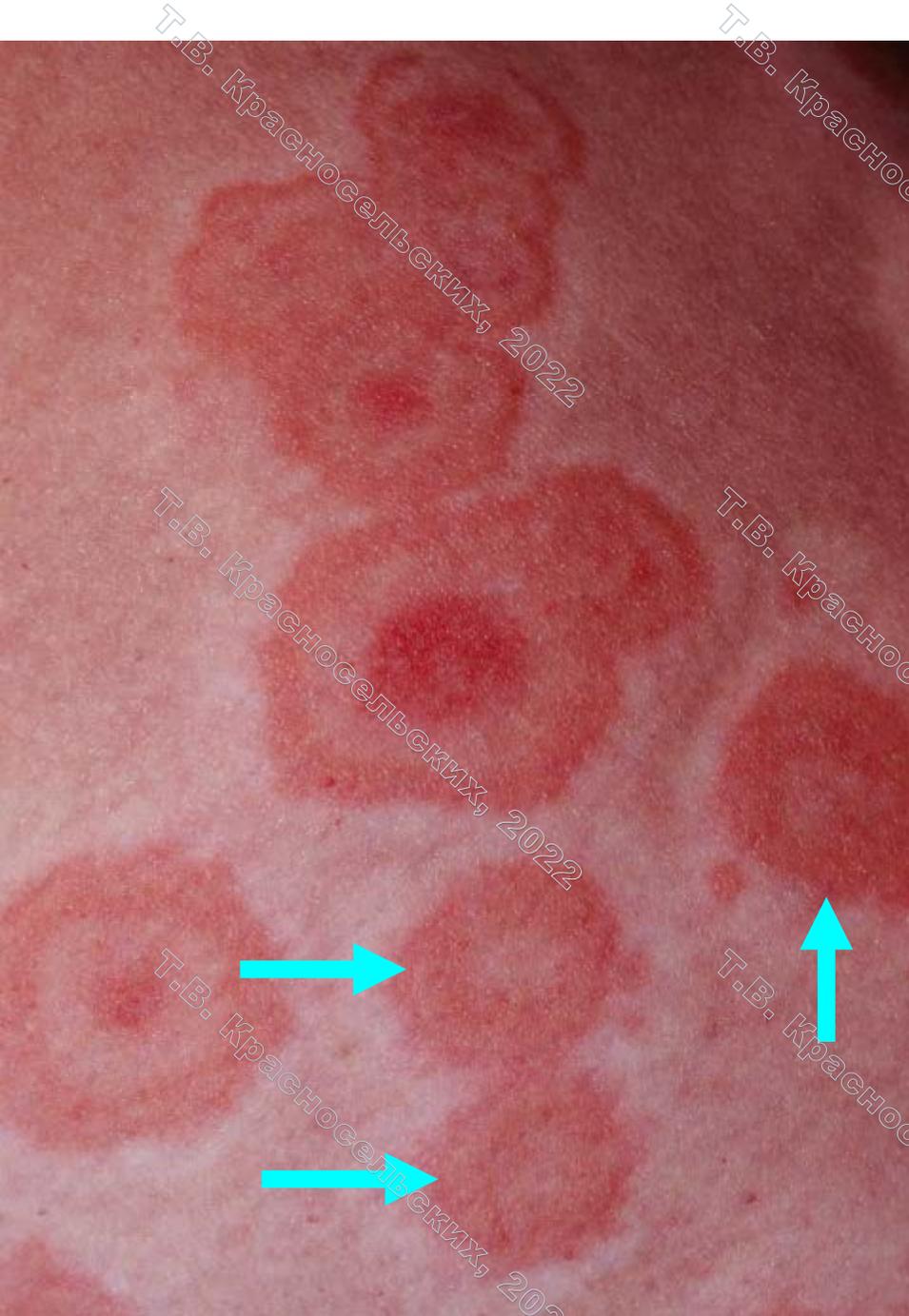




- Высыпания локализуются симметрично на коже дистальных участков конечностей и лица, могут распространяться на проксимальные участки конечностей и кожу туловища

Атипичные «мишени»:

- Отечные папулы или пятна, имеющие только **две концентрические зоны** (центральную, на которой может располагаться пузырь, и периферическую) и/или
- Нечеткие контуры





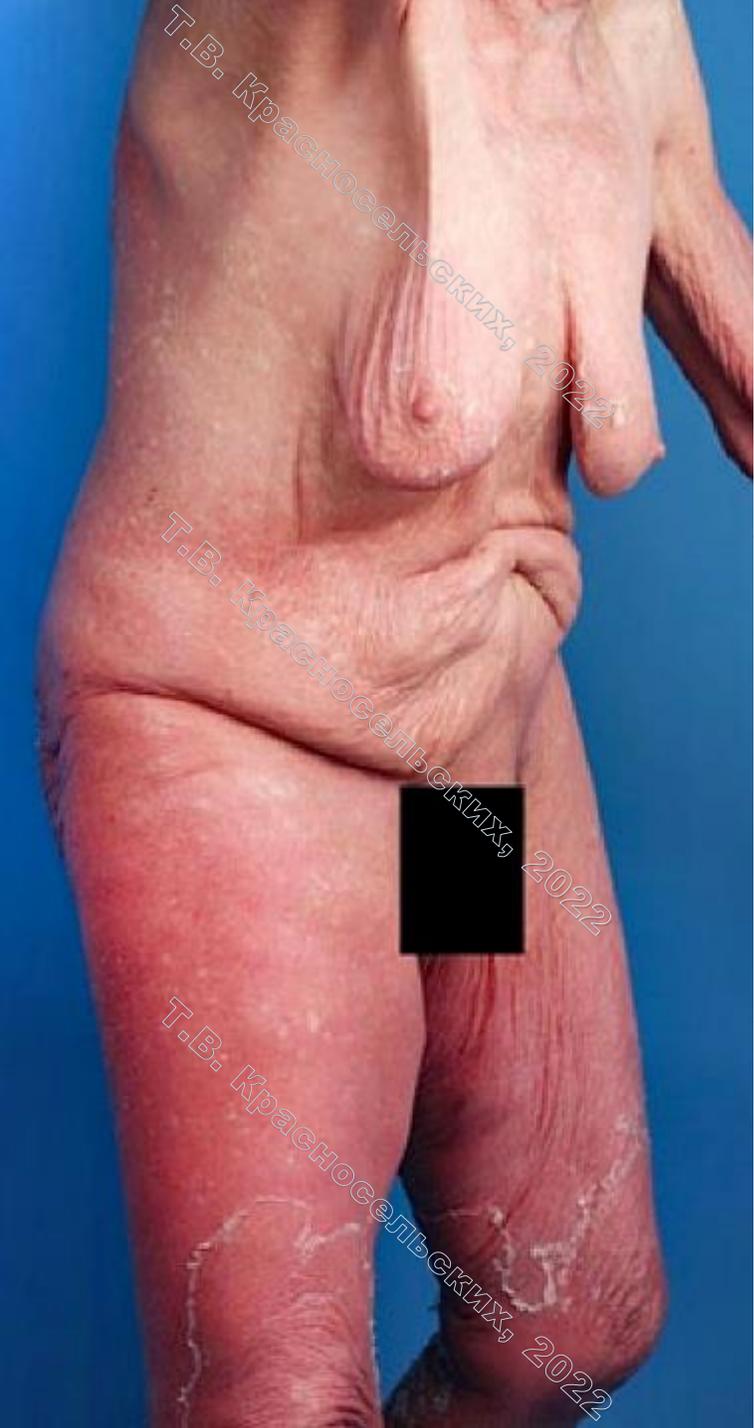


СКАРЛАТИНИФОРМНАЯ ДЕСКВАМАТИВНАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ЭРИТЕМА ФЕРЕОЛЯ–БЕНЬЕ

(recurring scarlatiniform scaled erythema,
dermatitis exfoliativa acuta benigna)



- Редкое (редко диагностируемое?) заболевание, проявляющееся повторяющимися эпизодами эритемы с лихорадкой, сопровождаемыми скарлатинiformным шелушением кожи
- Этиология неизвестна
- Описаны два варианта: распространенный и локализованный (очень редкий)



- При **распространенном** варианте начало острое, за 2-3 дня до появления эритемы могут быть симптомы ОРВИ, бронхита, гастроинтестинального расстройства, артралгия, миалгия
- Может развиваться после вирусных и бактериальных инфекций, приема лекарств, интоксикаций
- Ярко-красные, быстро распространяющиеся, сливные эритематозные очаги различной величины
- Пузырей и других первичных высыпаний нет
- Поражается кожа туловища, лицо, кисти, стопы
- Может быть поражение слизистых – бело-серый налет на языке, фарингит, конъюнктивит, эпистаксис
- Зуд, жжение обычно отсутствуют, общее состояние страдает незначительно
- Может быть лимфаденит
- Эозинофилия, лейкоцитоз, \uparrow СОЭ, \uparrow СРБ, \uparrow АСЛ-О, протеинурия, гематурия

- Через 2-3 дня – крупнопластинчатое шелушение по всему кожному покрову, отрубевидное – на голове и эксфолиативное (по типу «перчаток» и «носков») – на ладонях и подошвах
- Линии Бо–Рейля на ногтевых пластинках, выпадение волос
- Рецидивирование – до нескольких лет с различными интервалами (при локализованной форме – рецидивы чаще), интенсивность проявлений снижается
- При **локализованной** форме эксфолиативное шелушение ограничено ладонями и подошвами, общее состояние не страдает





- Высыпания разрешаются спонтанно через 2-3 недели
- Лечение только симптоматическое, ГКС неэффективны





ДЕРМАТИТ

- Воспалительное заболевание кожи, обусловленное воздействием на нее **экзогенного** раздражителя

ПРОСТОЙ (АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ) ДЕРМАТИТ

Вызывают **облигатные** (безусловные) раздражители: механические, физические, химические, биологические

Патогенез: нормальная (физиологическая) реакция кожи на сильнодействующие внешние раздражители (альтерация тканей в месте контакта → воспаление)

Поражение кожи возникает только в пределах зоны воздействия раздражителя

Поражение кожи возникает при первом контакте с раздражителем

Для острого дерматита характерна **стадийность** поражения (эритематозная, буллезная и некротическая стадии). Клиническая картина зависит от интенсивности и глубины воздействия

Границы поражения четкие, часто геометрические

Субъективно: боль, жжение

Лечение: устранение причины + рациональная наружная терапия









АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Вызывают **факультативные** раздражители: лекарственные препараты, бытовые химикаты, профессиональные вредности

Патогенез: сенсibilизация организма (ГЗТ)

Поражение кожи выходит за пределы зоны воздействия раздражителя

Поражение кожи возникает при втором и последующих контактах с раздражителем. Имеется латентный период (период сенсibilизации)

Стадийности нет, возникают эритема, отек, микровезикуляция (экземоподобная реакция)

Границы поражения нечеткие

Субъективно: зуд

Лечение: устранение причины + общая десенсибилизирующая терапия + рациональная наружная терапия



ДЕРМАТОМИОЗИТ

- Мультифакториальное заболевание из группы воспалительных миопатий, характеризующееся распространенными пятнисто-папулезными высыпаниями и поражением поперечно-полосатых мышц с нарушением двигательной функции



Симптом «очков»: симметричная стойкая отечная пурпурно-лиловая, реже ярко-красная периорбитальная эритема (цвета гелиотропа или свежего солнечного загара)



V-симптом и симптом «шали» – симметричная сливная **зудящая** эритема с лиловым оттенком, с телеангиэктазиями преимущественно в «зоне декольте», на коже дельтовидных областей, разгибательной поверхности плеч, предплечий, на шее



Симметричные сливающиеся эритемы на дорзальной поверхности межфаланговых и пястно-фаланговых суставов (**симптом Готтрона**)



Симптом Готтрона — розово-фиолетовая, иногда шелушащаяся эритема и бляшки в области разгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов



Симптом «кобуры»: сливная эритема с фиолетовым оттенком на латеральной поверхности бедер



Объем обследования при подозрении на ДМ:

- ↑СОЭ, ↑С-реактивного белка
- Биохимическое исследование: ↑КФК, ↑альдолазы, ↑ЛДГ, ↑АЛТ, ↑АСТ, ↑креатинина и мочевины
- Миоглобинурия
- АНФ (у 40-80% пациентов), РФ (<50% пациентов)
- Определение аутоантител к антигенам Mi-2, MDA-5, Jo1, TIF-1γ и NXP-2
- Патоморфологическое исследование биоптата пораженной мышцы
- Электронейромиография и МРТ мышц
- КТ легких, исследование функции внешнего дыхания
- Рентгенологическое исследование пищевода с бариевой взвесью
- Онкопоиск



КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

- Группа аутоиммунных воспалительных заболеваний соединительной ткани, при которых аутоантитела вырабатываются против нуклеопротеиновых антигенов, характеризующаяся широким спектром клинических проявлений от незначительно выраженных кожных до тяжелых системных, между которыми возможны переходные формы

Дискоидная

Характерна триада
клинических
симптомов:

- Эритема →
инфильтрированные
бляшки
- Кератоз
фолликулярный →
разлитой
- Рубцовая атрофия
+ дисхромия
+ телеангиэктазии



Подострая

- Отечные пятна → слегка инфильтрированные воспалительные папулы, растущие по периферии, сливающиеся, с центральным разрешением
- Фолликулярного кератоза нет, чешуйки легко соскабливаются
- Рубцовая атрофия отсутствует или выражена минимально
- Локализация: подверженные инсоляции участки, но лицо, ушные раковины и волосистая часть головы поражаются редко
- Чаще всего манифестирует после воздействия УФО
- В 1/3 случаев – связь с приемом лекарственных препаратов



Острая кожная

- Почти всегда является проявлением СКВ, которая манифестирует с поражения кожи в 70–85% случаев
- Может на несколько месяцев и лет предшествовать другим симптомам СКВ

Локализованный вариант – **центробежная эритема Биетта**

- Отечная эритема розового или синюшно-красного цвета с четкими границами
- Симметричные очаги на спинке носа и щеках («бабочка»)
- Эритема медленно распространяется центробежно
- В пределах эритемы возможны шелушение, мелкие геморрагии
- Инфильтрация, фолликулярный кератоз и атрофия кожи отсутствуют



Распространенная острая кожная КВ



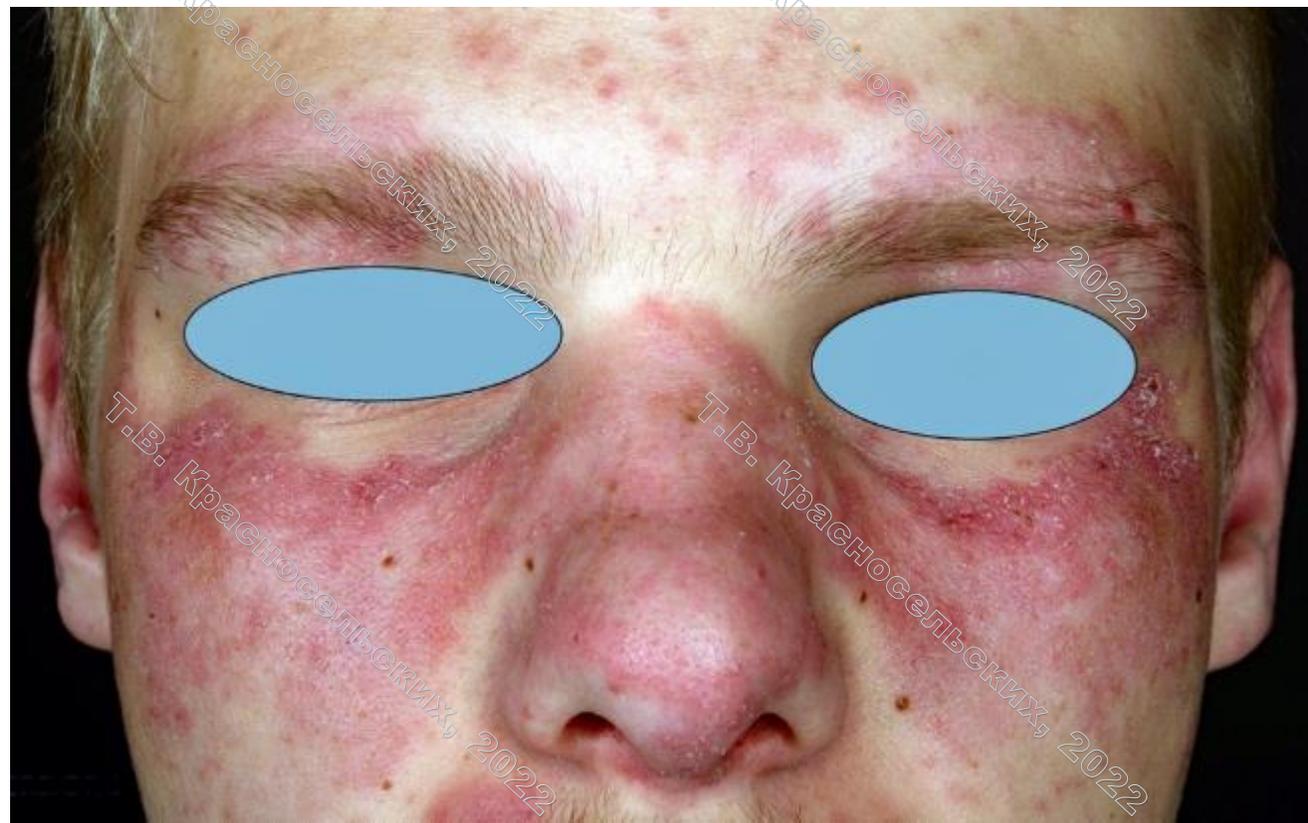
- Эритематозные и папулезные высыпания, обычно после инсоляции
- Эритема и отек лица, возможен хейлит
- Эритема («капилляриты») на подушечках пальцев, околоногтевые телеангиэктазии



Системная красная волчанка

Возможные варианты поражения:

- «Классическая» эритема в виде «бабочки»
- Диффузная плотная отечная эритема лица, шеи, верхней части груди ярко-розового цвета с четкими границами, напоминающая рожистое воспаление; выражен отек век
- Нестойкая «пульсирующая» эритема с цианотичным оттенком, усиливающаяся при воздействии инсоляции, ветра, высоких и низких температур, эмоциональных нагрузок
- Типичные очаги дискоидной красной волчанки
- Центробежная эритема Биетта





- Преимущественно у молодых женщин
- Острое начало после инсоляции
- Боли в суставах, слабость, повышение температуры



Объем обследования при подозрении на СКВ:

- Клинический анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимические показатели крови (АЛТ, АСТ, γ -ГТП, ЩФ, мочевины, креатинин, СРБ), общий белок и белковые фракции
- Иммунологическое обследование:
 - антинуклеарный фактор (АНФ) – скрининговый метод
 - определение специфичности антинуклеарных антител (к dsDNA, Smith-антигену, цитоплазматическим антигенам SSA/Ro и SSB/La)
 - определение антифосфолипидных антител (волчаночного антикоагулянта, к кардиолипину, β 2-гликопротеину-1)
- Патоморфологическое исследование + ПИФ (тест «волчаночной полоски») биоптатов из очага поражения и непораженной кожи закрытых участков – гранулярные/глобулярные отложения иммуноглобулинов (IgG, IgM) и/или компонента (Cq1, C3) в области эпидермо-дермального соединения₅₀

РОЗАЦЕА,

эритематозно-телеангиэктатический субтип



- Розацеа – хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде centrofacial эритемы, телеангиэктазий, папуло-пустулезных элементов и/или фиматозных разрастаний в области носа, лба, подбородка, век, ушных раковин, а также поражением глаз
- Болеют чаще представители 1-2 фототипов, в среднем возрасте, женщины в 4 раза чаще, чем мужчины



- Триггеры: УФО, неблагоприятные метеоусловия, профессиональные вредности, употребление алкоголя, острой и горячей пищи, специй, некоторых лекарств
- Эндогенные факторы: эндокринные заболевания, заболевания ЖКТ, наследственность
- Транзиторная → стойкая центрофациальная эритема от ярко-розового до синюшно-красного цвета
- Телеангиэктазии
- Приливы с внезапным покраснением кожи лица и чувством жара
- Жжение, покалывание, повышенная чувствительность к наружным препаратам и УФО

КРАСНЫЙ ВОЛОСЯНОЙ АТРОФИЧЕСКИЙ КЕРАТОЗ ЛИЦА И РУБЦУЮЩАЯ НАДБРОВНАЯ ЭРИТЕМА



*(keratosis pilaris rubra
atrophicans faciei,
ulerythema ophryogenes)*

- Нарушение кератинизации в области сально-волосяных фолликулов с фолликулярным гиперкератозом, дилатацией сосудов и последующей рубцовой атрофией и рубцовой алопецией в зоне лица и/или бровей
- Начало – в раннем детском возрасте
- Симметричные очаги эритемы на щеках и/или латеральных участках бровей с четкими границами
- Остроконечные кератотические фолликулярные папулы \varnothing 1-2 мм → шероховатость кожи («тёрка»)



- Может сочетаться с фолликулярным кератозом на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей
- Инсоляция вызывает обострение
- Выраженность клинических проявлений уменьшается с возрастом



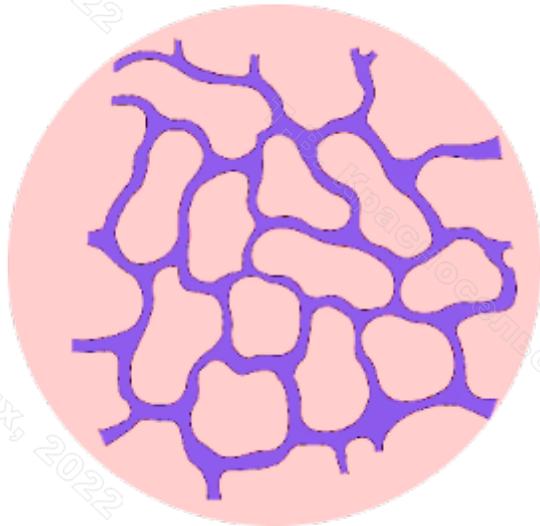
СЕТЧАТЫЕ ЭРИТЕМЫ



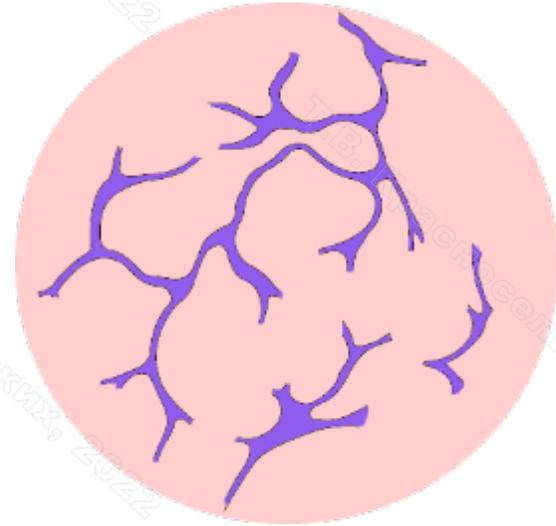
Летчатая (петлистая) цианотичная эритема, возникающая в результате просвечивания через кожу поверхностных сосудов при пассивной гиперемии, называется **ливедо** (лат. livedo – синяк, от lividus – синева-серый, сизый)

ЛИВЕДО

сетчатое (livedo reticularis)



древовидное (livedo racemosa)



Livedo reticularis a frigore («мраморность» кожи)



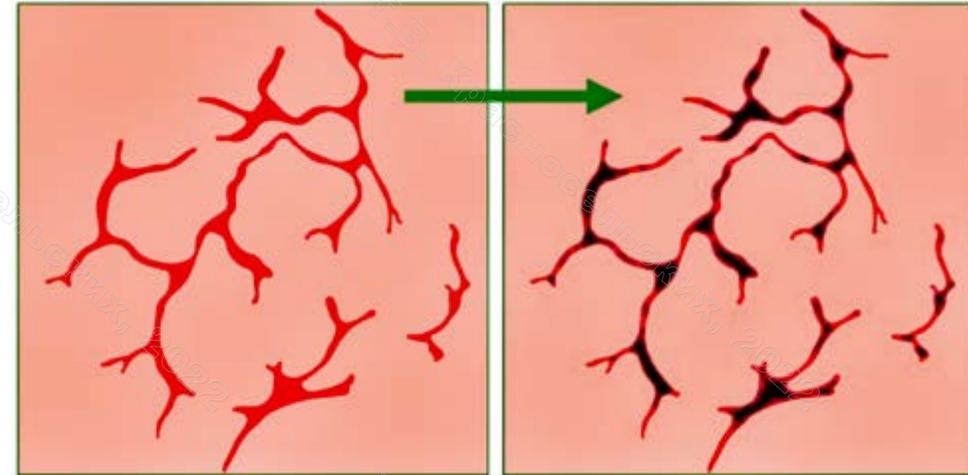
- Синюшные пятна, образующие **равномерный** петлисто-сетчатый рисунок
- Симметричные
- Нестойкие
- Исчезают при согревании
- Безболезненные
- Связаны с функциональными изменениями сосудов кожи, морфологические изменения отсутствуют

Livedo reticularis a calore = erythema ab igne = toasted skin syndrome = хронический простой дерматит от воздействия тепла





Livedo racemosa (от лат. racemus – виноградная гроздь, ветвь, лоза)



Livedo racemosa

Purpura retiforme

- Крупные, причудливо ветвящиеся синюшные пятна
- Асимметричные
- Стойкие
- Не исчезают при согревании
- Связаны с органическими изменениями сосудов (воспаление или окклюзия)
- Могут возникать некрозы кожи, изъязвления

Заболевания, при которых может наблюдаться livedo racemosa:

- **Заболевания, при которых затруднен приток артериальной крови в кожу:**
 - артериосклероз;
 - артерииты (УП, КВ, ССД, ДМ и др.)
 - холестериновая эмболизация и др.
- **Заболевания, при которых затруднен отток венозной крови из кожи:**
 - некротизирующий венулит (лейкоцитокластический васкулит)
 - тромбоз поверхностных вен и др.
- **Заболевания, при которых повышена вязкость крови:**
 - тромбоцитоз
 - эритроцитоз
 - криоглобулинемия
 - антифосфолипидный синдром
 - болезнь холодových агглютининов





ФИГУРНЫЕ ЭРИТЕМЫ



Игурные эритемы – группа этиологически разнородных дерматозов, объединенных своеобразной морфологией эритематозных высыпаний, которые образуют кольца, дуги, гирлянды, очаги с полициклическими очертаниями, имеют четкие границы и склонность к центробежному росту

- Эритема кольцевидная центробежная Дарье
- Эритема окаймленная ревматическая Лендорфа–Лейнера
- Эритема хроническая мигрирующая Афцелиуса–Липшютца
- Эритема извилистая ползучая Гаммела
- Эритема некролитическая мигрирующая

**классические
фигурные
эритемы
(мигрирующие)**

КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЦЕНТРОБЕЖНАЯ ЭРИТЕМА ДАРЬЕ

(*erythema annulare centrifugum*, EAC)

- Дерматоз относится к **вероятным паранеопластическим дерматозам**, в 30% сл. ассоциирован с лейкозами, лимфомами, множественной миеломой, раком легких, предстательной железы, молочной железы, яичника, печени, прямой кишки и др.
- 70% – **непаранеопластические** варианты EAC (инфекционно-аллергического и токсико-аллергического генеза, на фоне аутоиммунных, эндокринных заболеваний, беременности) или варианты с неустановленной этиологией
- Чаще болеют люди в возрасте 30-50 лет
- Локализация высыпаний: проксимальные отделы конечностей, туловище





- Несколько центробежно растущих (до 5 мм/сут) отечных пятен → бляшек размером до 3-10 см
- Цвет желтовато-розовый
- Центральная часть бляшек разрешается и слегка пигментируется
- Различают два типа ЕАС:
 - **поверхностный** (нечеткие границы, шелушение по внутреннему краю колец в виде белой каймы, есть зуд)
 - **глубокий** (четкие границы, периферическая часть приподнята в виде плотного валика шириной 4-6 мм («залегающий в коже шнур»), шелушения и зуда нет)





- По мере роста кольцевидные элементы «разрываются» с образованием дуг, очагов с полициклическими, фестончатыми очертаниями
- Одни элементы регрессируют через 1–2 недели, другие – длительно сохраняются, одновременно появляются новые высыпания, в том числе в центре старых очагов
- Заболевание длится от 1–1,5 месяцев до нескольких лет с периодами длительных ремиссий и рецидивов, особенно в осенне-зимний период
- Диагноз ставят методом исключения других причин фигурной эритемы
- Лабораторные и патоморфологические признаки неспецифичны
- Терапия малоэффективна

ЭРИТЕМА ОКАЙМЛЕННАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛЕНДОРФА–ЛЕЙНЕРА

(*erythema marginatum rheumaticum Lehndorf–Leiner*,
erythema annulare rheumaticum)

- Кольцевидная серпигинирующая эритема – один из основных симптомов **острой ревматической лихорадки** (+ панкардит, лихорадка, мигрирующий полиартрит крупных суставов, хореический гиперкинез и узловатая эритема)
- Связана с инфицированием β -гемолитическим стрептококком группы А (возникает спустя 2-5 недель после ангины, фарингита, скарлатины, при наличии хронических очагов инфекции в носоглотке)
- Механизм возникновения EMR неясен
- Чаще болеют дети 5-15 лет
- Локализация высыпаний: туловище, внутренняя поверхность верхних конечностей и бедер



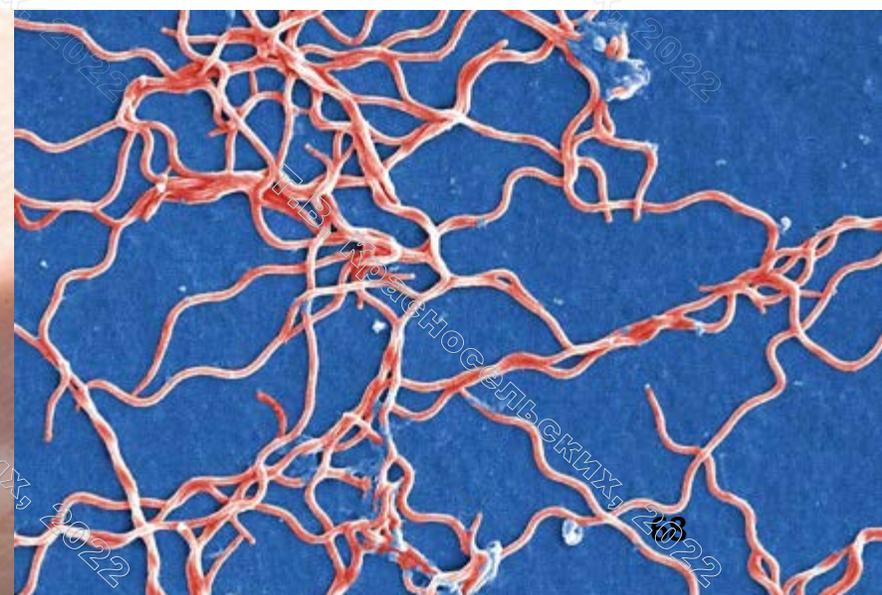
- Множественные розовые или красные эритематозные пятна или отечные папулы с четкими границами, разного размера
- **Быстро растут по периферии** (до 12 мм за 12 часов), меняют очертания → кольцевидные или полициклические очаги
- Центр бледнеет, может становиться слегка пигментированным, края более яркие и возвышенные
- Субъективных ощущений нет
- Шелушения нет
- Высыпания существуют от нескольких часов до нескольких дней, разрешаются бесследно; высыпают волнами в течение нескольких недель
- Лейкоцитоз, ↑ СОЭ, ↑ СРБ, ↑ АСЛ-О (антитела к стрептолизину стрептококка), ↑ антиДНКазы В (антитела к стрептококковой дезоксирибонуклеазе В)
- ЭКГ: удлинение интервала P-R
- ЭхоКГ: признаки митральной и/или аортальной регургитации
- Посев из зева на флору



ХРОНИЧЕСКАЯ МИГРИРУЮЩАЯ ЭРИТЕМА АФЦЕЛИУСА–ЛИПШЮТЦА (*erythema chronicum migrans Afzelius–Lipshütz*)

- Первое клиническое проявление **клещевого боррелиоза**, возникающее в месте укуса зараженного клеща и наблюдающееся у 60–90% больных
- Боррелиоз клещевой (болезнь Лайма) – группа инфекционных трансмиссивных природноочаговых заболеваний, вызываемых бактериями рода *Borrelia*, передаваемыми иксодовыми клещами, характеризующихся поражением кожи, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, сердца и имеющих склонность к хроническому течению
- Заболеваемость в РФ в 2018 г. 4,42 : 100000 населения (6481 сл.)
- Пик заболеваемости – конец весны и лето

Borrelia burgdorferi



- Через 7–15 дней после укуса клеща появляется отечная эритема, быстро растущая по периферии («мигрирующая»)
- Очаг обычно одиночный, диаметром в среднем 5–20 см
- Очаг приобретает вид эритематозного кольца с интенсивно окрашенными, **непрерывными, нешелушащимися и слегка приподнятыми краями** шириной от нескольких мм до 2 см и более с бледным, слегка синюшным или слегка пигментированным центром
- Иногда центр очага ярче, чем периферия (с-м «мишени», или «бычьего глаза»)
- Кольцевидность может отсутствовать (гомогенная розовая эритема)
- В центре очага – след укуса в виде геморрагического пятна или корки
- Субъективных ощущений нет





- Локализация: кожа туловища (живот, поясница), нижних конечностей, паховые и подмышечные области, шея
- Множественные более мелкие вторичные очаги эритемы могут возникать у 20–25% больных через несколько дней–недель в результате гематогенной или лимфогенной диссеминации боррелий
- Общее состояние обычно не нарушено, но могут быть озноб, лихорадка, недомогание, головная боль, артралгии, скованность мышц шеи, катаральные явления, лимфаденит, конъюнктивит
- Центробежный рост очага продолжается 4–6 нед., разрешение бесследное

ЭРИТЕМА ИЗВИЛИСТАЯ ПОЛЗУЧАЯ ГАММЕЛА

(*erythema gyratum repens*)

- В 80-85% случаев имеет паранеопластический генез (облигатный ПНПД)
- Чаще всего ассоциирована с раком легких (32%), пищевода (8%), молочной железы (6%)
- Непаранеопластический вариант – при туберкулезе, гиперэозинофильном синдроме, буллезном пемфигоиде, вульгарной пузырчатке, СКВ, лимитированной форме ПСС, НЯК, у беременных
- У некоторых пациентов не удается выявить ассоциированные онкологические и неонкологические заболевания





- Распространенные симметричные высыпания на туловище и проксимальных отделах конечностей, лицо, ладони и подошвы не поражаются
- Множественные кольцевидные, гирляндовидные или полосовидные эритемы с четкими границами
- Периферический край эритем отечен и быстро распространяется эксцентрически (до 1 см/сут)
- По внутреннему краю эритематозных колец (по задней кромке ползучей эритемы) – мелкопластинчатое шелушение, образующее «воротничок»
- Сильный зуд



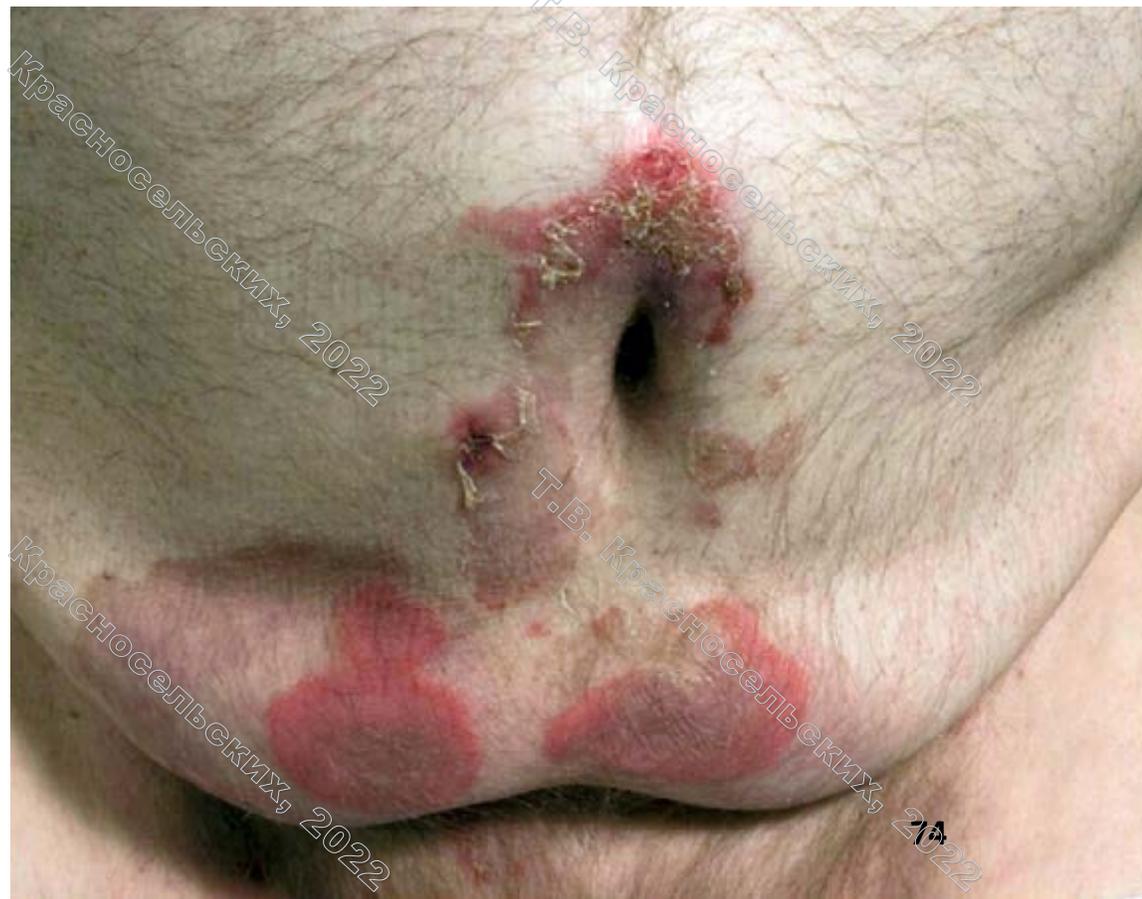


- Высыпания образуют концентрические кольца, напоминающие рисунок «годовых колец дерева», или параллельные полосы, похожие на «шкуру зебры»



ЭРИТЕМА МИГРИРУЮЩАЯ НЕКРОЛИТИЧЕСКАЯ (*erythema necrolyticum migrans*)

- Поражение кожи, почти патогномоничное для глюкагономы – редкой злокачественной опухоли из α -клеток островков Лангерганса поджелудочной железы, секретирующих глюкагон
- Первые высыпания – эритематозные пятна с **вялыми пузырями в центре** → мокнущие эрозии с венчиком отслаивающегося эпидермиса (особенно в местах трения) → корки
- Зуд, жжение, болезненность
- Центробежное распространение очагов, слияние → крупные серпигинирующие бляшки с пигментацией в центре и периферической зоной эритемы, покрытой корками; очертания фестончатые
- Внекожные проявления: снижение массы тела, инсулинзависимый сахарный диабет с поздним началом, тромбозы, неврологические и психические нарушения



- Преимущественные локализации: интертригинозные участки, а также центрофациально (в периоральной зоне)
- Диагностика: гиперглюкагонемия (более 500 нг/л при норме 50–150), анемия, ↑СОЭ, ↑глюкозы, ↓общего белка, ↓альбумина, ↓аминокислот, ↓холестерина, ↓триглицеридов



- Патоморфология: некролиз клеток поверхностных слоев эпидермиса с образованием пузыря в верхней части шиповатого слоя





ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ЭРИТЕМЫ

ПАЛЬМАРНО-ПЛАНТАРНАЯ ЭРИТЕМА

- Хроническое, симметричное, безболезненное, не зудящее и не шелушащееся покраснение кожи ладоней/подошв
- **Первичная** (наследственная или связанная с физиологическими состояниями): наследственная (болезнь Lane, 1929)
 - у беременных
 - сенильная
 - идиопатическая (спорадическая)
- **Вторичная:**
 - при патологии печени («печеночные ладони») — гепатите С и В, алкогольном циррозе и др.
 - при эндокринной патологии (тиреотоксикоз, сахарный диабет)
 - при аутоиммунной патологии (РА, СКВ)
 - при инфекциях (ВИЧ, вирусы Коксаки)
 - при злокачественных опухолях (г/мозга)
 - при курении, ИБС, ХОБЛ
 - и др.



БОЛЕЗНЬ ЛЕЙНА

(erythema palmare et plantare hereditarium)

- Двухсторонняя, малиново-красная диффузная эритема в зоне фаланг пальцев, тенара и гипотенара
- Границы эритемы по боковой поверхности кистей и стоп четкие
- Не сопровождается кератозом, шелушением
- Не сопровождается субъективными ощущениями
- Нет связи с холодом, теплом, физической нагрузкой
- Существует с рождения, перманентно
- Выявляется у нескольких членов семьи



- **«Синдром красных пальцев»** (1996) – эритема ладонной поверхности дистальных фаланг пальцев кистей и стоп + телеангиэктазии задних околоногтевых валиков ± гипертрофия ногтевых фаланг по типу «барабанных палочек»
- Может сочетаться с пальмарной эритемой





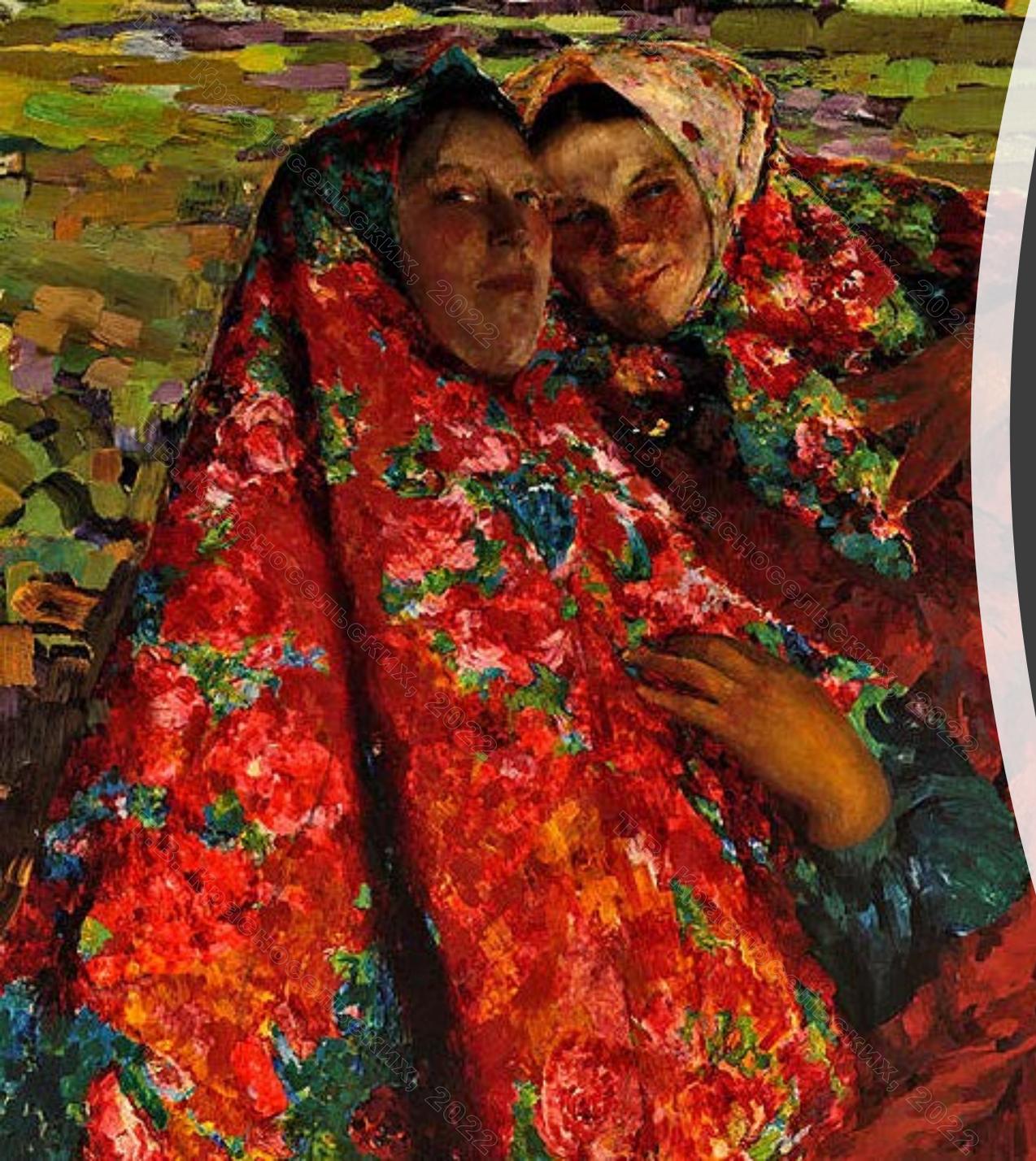
«Синдром красной мошонки» (1997) – хроническое состояние, характеризующееся:

- персистирующей эритемой от алого до темно-красного цвета на передней поверхности мошонки, имеющей четкую границу
- жжением, зудом, болью, ощущением жара, гипералгезией кожи
- отсутствием мокнутия, шелушения, отека, инфильтрации, лихенификации кожи, эскориаций
- резистентностью к терапии
- провоцирующие факторы: повышение температуры окружающей среды, употребление алкоголя, чая, кофе, острой пищи, стресс



«Синдром красного уха» (1994) – приступообразно возникающее покраснение ушной раковины, сопровождающееся жжением или оталгией

- эритема унилатеральная, без отека, наиболее выражена в области мочки
- боль, жжение, ощущение прилива тепла
- боль может иррадиировать в область щеки, лоб, нижнюю челюсть, затылок
- приступы возникают всегда на одной и той же стороне головы, чаще слева
- приступы могут сопровождаться заложенностью уха, слезотечением, покраснением конъюнктивы, заложенностью носа, локальным гипергидрозом на стороне поражения
- провоцирующие факторы: тепло, холод, трение, прикосновение к ушной раковине, физическая нагрузка, повороты шеи, чихание, кашель, жевание
- продолжительность приступа – 30-60 минут



В оформлении презентации
использованы репродукции
картин русского художника-
передвижника **Абрама
Ефимовича Архипова**
(1862–1930)