



Эритемы лица и Красная волчанка

Проф. Белик И.Е., проф. Романенко К.В.,
проф. Романенко В.Н.

Кафедра дерматовенерологии
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Донецк 29.04.2020

- В настоящее время уделяется большое внимание эстетическому состоянию человека, особенно эстетическому состоянию кожи лица.
- Проблема поражения кожи лица является весьма актуальной. Регистрируют рост заболеваний, сопровождающихся поражением кожи лица в виде эритемы, особенно заболеваний, сопровождающихся фотосенсибилизацией, прежде всего красной волчанки (КВ).

- При постановке диагноза у больных с эритемой кожи лица необходимо проводить дифференциальную диагностику между красной волчанкой, розацеа (Р), себорейным дерматитом (СД), эритематозной пузырьчаткой (ЭП), поздней кожной порфирией (ПКП), дерматомиозитом (ДМ), лимфоцитарной инфильтрацией Иснера – Канофа (ЛИИК)

- Поражения кожи лица чаще всего являются фрагментом общего поражения кожи, слизистых оболочек, а иногда и внутренних органов.
- Это требует от врача-дерматовенеролога тщательного общего осмотра пациента и соблюдения всех правил постановки дерматологического диагноза: тщательный осмотр кожи лица и шеи, определение высыпных элементов, общий осмотр всего кожного покрова и видимых слизистых оболочек, определение высыпных элементов, сравнение высыпаний с элементами в области лица, пальпация лимфатических узлов.
- При затруднении в визуальном определении первичных высыпных элементов применяются методы дополнительного клинического исследования, лабораторной диагностики и гистологическое исследование



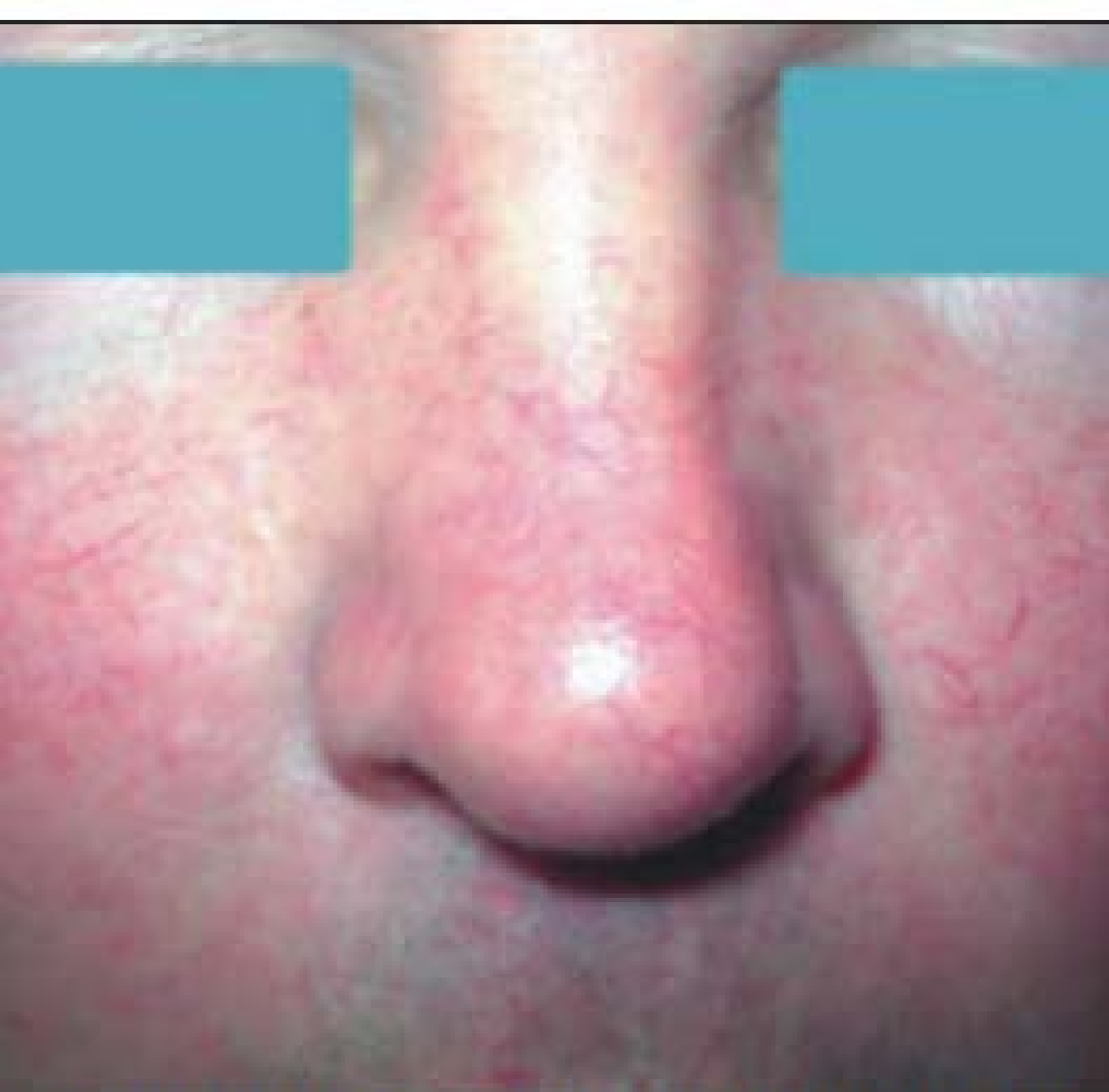
Системная красная волчанка

Эритема является наиболее патогномоничным и ранним проявлением кожного синдрома при СКВ. У 30-70% больных локализуется на щеках и спинке носа (нередко в виде фигуры «бабочки»), не затрагивая носогубные складки, а также на открытых участках грудной клетки и шеи (центробежная эритема Биетта). ЦЭБ встречается примерно у 3% пациентов ККВ и 75% больных СКВ, чаще у детей и молодых людей.



Кожная красная волчанка

Высыпания ККВ формируются на открытых участках кожи, подвергающихся инсоляции, на лице (может быть в виде «бабочки»), ушных раковинах, волосистой части головы, шее, - появляется один или несколько розовых с синюшным оттенком эритематозных очагов, постепенно уплотняющихся, с формированием инфильтрации, на поверхности появляются мелкие сероватые чешуйки, которые с трудом и болезненностью удаляются с пораженного очага. Характерна триада признаков: уплотнённая эритема, фолликулярный гиперкератоз, рубцовая атрофия.



Розацеа

Эритематозно-телеангиэктатическая розацеа диагностируется у людей, страдающих приливами на фоне постоянной эритемы лица и, иногда, телеангиэктазий. Такие пациенты обычно имеют кожу I или II фототипа.

R характеризуется образованием эритемы в центральной части лица и телеангиэктазий, а также появлением высыпаний папуло-пустулезного характера и очагов гиперплазии сальных желез и соединительной ткани. Известно, что заболевание возникает после 30 лет, приобретает наибольшее развитие в 40–60 лет, чаще поражает женщин, но у мужчин имеет более тяжелое течение.

Фото:

https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/Rozovye_ugri_i_rodstvennyye_zabolevaniya/

1. Эритематозно-телеангиэктатическая розацеа, поражающая щеки и нос [2]



Розацеа

Клинические и экспериментальные исследования показывают, что нарушение регуляции мозгового влияния на кровеносные сосуды кожи лица играют в патогенезе розацеа особую роль. Вследствие этого развиваются замедление перераспределения кровотока и венозный стаз в области оттока лицевой вены, что соответствует наиболее частой локализации розацеа. В зону оттока лицевой вены попадает и конъюнктура, что объясняет частое наличие при розацеа конъюнктивита.

После частых эпизодов приливов (первая стадия) следуют стойкая эритема (эритроз) и телеангиэктазии (вторая стадия). Только в половине случаев у этих больных развиваются папулы и пустулы (акне розацеа). Ринофима является четвертой и последней стадией, развивается только у ограниченного числа мужчин, начинается с эритроза, представлена ограниченным участком носа. Поражения глаз развиваются одновременно с розацеа. Гистологически видны расширенные кровеносные и лимфатические сосуды.



Себорейный дерматит

На лице высыпания локализуются в области скул, крыльев носа, лба, носогубных складок, надпереносья, бровей и обычно сочетаются с поражением кожи волосистой части головы. Высыпания представлены очагами эритемы округлой или кольцевидной формы; возможна инфильтрация, шелушение и образование корок. Кожа в области поражения приобретает серовато-белый или желтовато-красный оттенок, резко выражены фолликулярные отверстия. Возможно развитие блефарита с появлением корок вдоль края века и скоплением масс роговых клеток вокруг ресниц.

Фото: <http://dmjournal.ru/lechenie-seborejnogo-dermatita/>



Себорейный дерматит

Тяжелое течение себорейного дерматита сопровождается появлением эритемы , которая сопровождается сальностью и шелушением кожи лица, волосистой части головы, в носогубных складках, заушном пространстве,



Себорейная пузырьчатка

Процесс начинается на себорейных участках (на коже лица, спины, груди, волосистой части головы).

В начале заболевания на лице появляются *эритематозные очаги поражения* с четкими границами, на поверхности которых имеются корочки различной толщины желтоватого или буровато-коричневого цвета.

Пузыри обычно небольших размеров, быстро ссыхаются в корки серовато-желтоватого цвета, при отторжении которых обнажается эрозированная поверхность.



Поздняя кожная порфирия

Накопление в коже гидрофобных и гидрофильных фракций порфиринов способствует развитию синдрома острой кожной фоточувствительности и синдрома хрупкости кожи.

Клиническая картина ПКП характеризуется появлением на коже лица и др. открытых участках, подвергающихся фотоэкспозиции, эритемы, рецидивирующих буллезных, эрозивных высыпаний, не склонных к заживлению, гиперпигментации, что требует проведения тщательной дифференциальной диагностики с другими разновидностями фотодерматозов и буллезными дерматозами.



Поздняя кожная порфирия

ПКП– наиболее распространенная форма порфирии, обусловленная нарушением синтеза гемов печени, сопровождающаяся повышенным образованием и выделением уропорфирина и копропорфирина мочой и задержкой их в коже.

Накопление в коже гидрофобных и гидрофильных фракций порфиринов способствует развитию синдрома острой кожной фоточувствительности и синдрома хрупкости кожи

. Проявления поздней кожной порфирии у больн

Дерматомиозит

Классическим кожным проявлением Дерматомиозита является гелиотропная сыпь, которая представляет собой лиловые или красные кожные высыпания на верхних веках и пространстве между верхним веком и бровью (симптом «лиловых очков»), часто в сочетании с отеком вокруг глаз.

Также положителен симптом Готтрона - появление шелушащихся эритематозных пятен на коже пальцев рук, шелушения и покраснения ладоней, ломкости и исчерченности ногтей, а также околоногтевой эритемы

Фото: [Орлова Е.В.](#) , [Плиева Л.Р.](#) , [Пятилова П.М.](#) , [Новосартян М.Г.](#)



Рис. 1. Внешний вид больной Е.

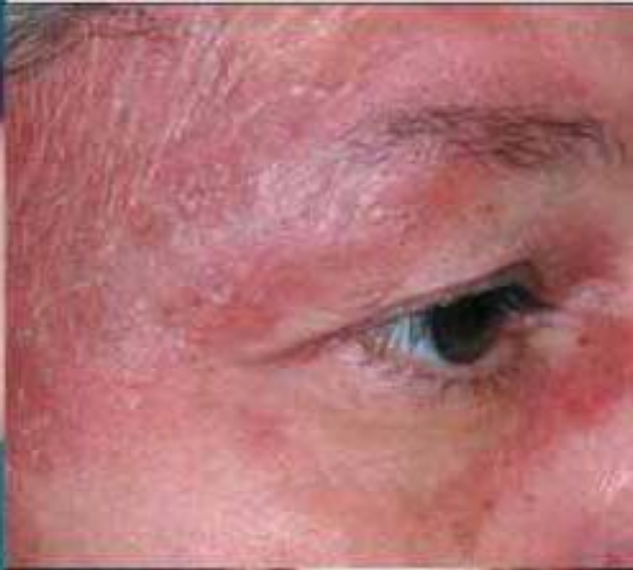
а - сливная, макулярная фиолетовая эритема на груди, в зоне декольте, на поверхности которой отмечаются множественные телеангиэктазии;

б - периорбитальная область с шелушением на поверхности;

в - шелушащиеся и исчерченные поражения дистальных фаланг пальцев рук

Дерматомиозит

Диагноз ставят на основании клинической картины и данных лабораторных исследований. Диагностическую ценность представляет обнаружение аутоантител к цитоплазматическим белкам и рибонуклеиновым кислотам мышечной ткани (к аминокетилсинтетазам m-РНК, Mi-2, фактору Ia, к SRP антигену), повышенная активность креатинфосфокиназы (у 65% больных), фруктозодифосфата альдозазы (у 40%), лактатдегидрогеназы, содержание креатинина более 200 мг в суточной моче. Патогистологические изменения в коже неспецифичны. Подтверждением диагноза служит выявление сухого восковидного некроза мышечных волокон.



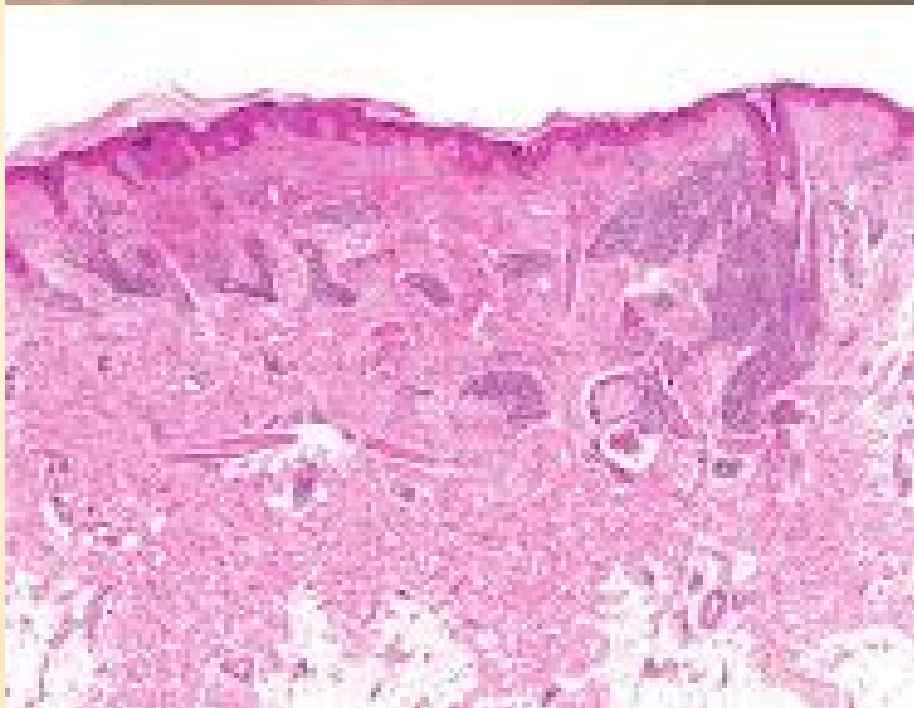


Лимфоцитарная инфильтрация Иеснера-Канофа

ЛИИК рассматривают как вариант псевдолимфомы кожи, характеризующийся Т-лимфоцитарной инфильтрацией дермы без образования фолликулов. до 50 лет. Наиболее характерной локализацией является лицо, особенно область лба и щек, но может поражаться кожа шеи, верхней части туловища, рук. Типично появлению единичных плоских инфильтрированных бляшек диаметром от 2 до 7 см, синюшно-розового цвета, округлых или неправильных очертаний, плотноватой или плотной консистенции, с гладкой поверхностью, в редких случаях на их поверхности отмечается скудное шелушение. Разрешение очагов происходит с центральной части, в результате чего они приобретают разнообразные дугообразные и кольцевидные очертания. Процесс характеризуется устойчивым доброкачественным течением, иногда с сезонным обострением, может разрешаться самостоятельно.

Фото:

http://www.skinmaster.ru/435/Dobrokachestvennaya_limfoplaziya_kozhi



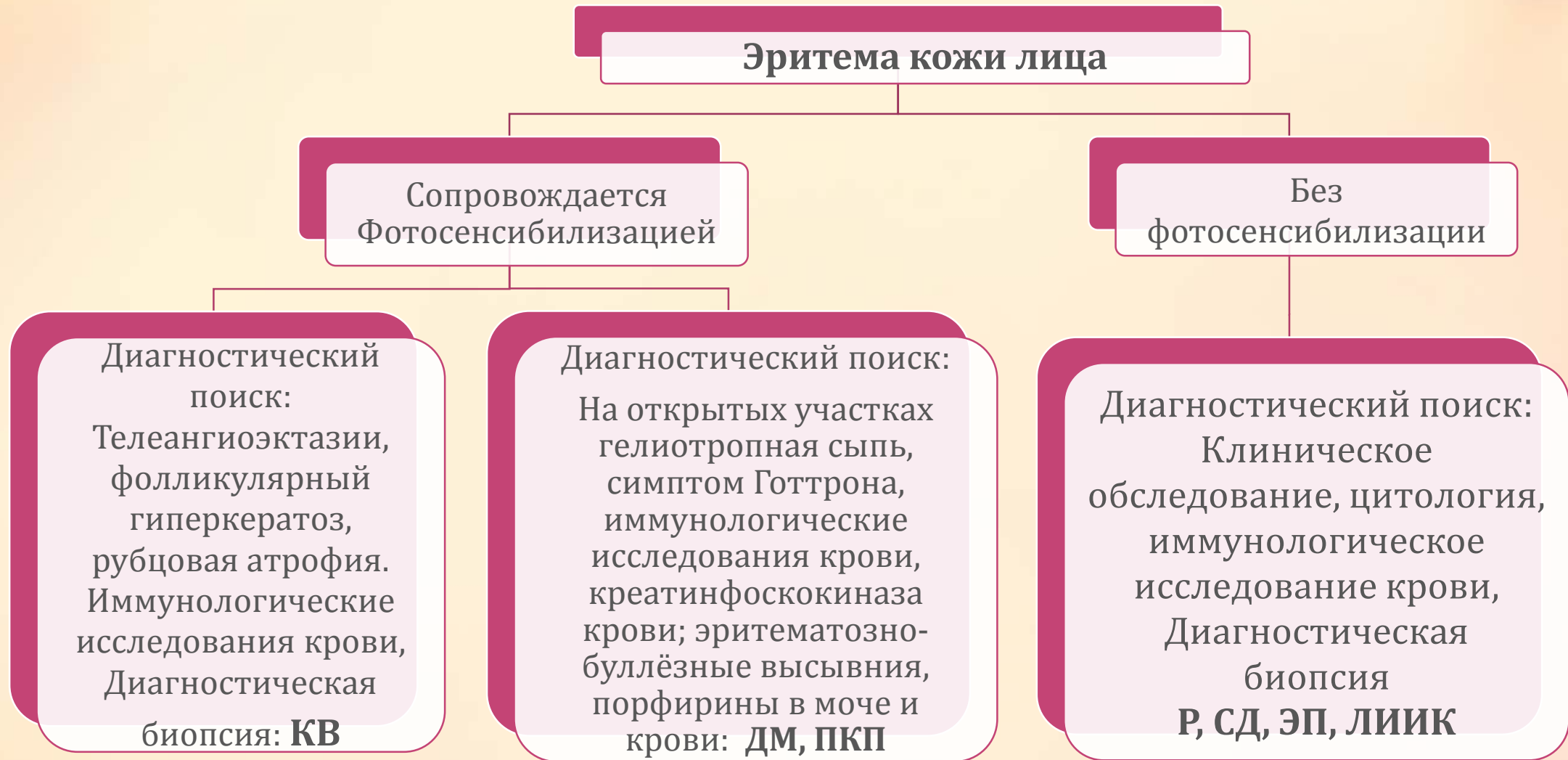
Лимфоцитарная инфильтрация Иеснера-Канофа

Ограниченные эритематозные очаги в виде
отечных бляшек или инфильтратов

Периваскулярные лимфоцитарные
инфильтраты во всех слоях дермы.
Рассеянные интерстициальные отложения
муцина

Фото: https://static-eu.insales.ru/files/1/2553/3746297/original/burg_pdf2.pdf

Дифференциальная диагностика эритем лица





Таким образом, для улучшения диагностики заболеваний, сопровождающихся эритемой кожи лица целесообразно определять клиническую принадлежность процесса на ранних стадиях заболевания с установлением выраженности эритемы, экссудации, пролиферации, атрофии и др. проявлений заболевания.

Адекватная диагностика заболевания, наряду с использованием современного методологического подхода в ведении больных, должны определять объем и выбор методов терапии в зависимости от формы, распространенности и тяжести течения болезни.