

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПСОРИАТИЧЕСКИХ ЭРИТРОДЕРМИЙ

Мяделец В.О.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Резюме. В статье представлены результаты обследования 70 пациентов с тяжелой формой псориаза – псориатической эритродермией. Эритродермия характеризуется воспалительным поражением более 90% поверхности кожи, вовлечением в процесс ногтевых пластинок, лимфатических узлов, суставов. Основными провоцирующими факторами данного состояния являются стрессы и алкоголь.

Высыпания характеризуются наличием бляшек и папул, выраженным шелушением, сильным зудом. Исследование эффективности проведенной терапии эритродермических состояний подтверждают нецелесообразность применения системной гормональной терапии в виду большой вероятности возникновения тяжелой многолетней эритродермии.

Ключевые слова: псориаз, эритродермия, воспаление, бляшки, артропатия.

Abstract. The article includes the results of the study of 70 patients with severe form of psoriasis – psoriatic erythroderma. Erythroderma is characterized by the inflammation of more than 90% of the skin surface, nails, lymphatic nodes and joints are also involved in the process.

The main provoking factors of this condition are stress and alcohol. Skin rash is characterized by the presence of plaques and papules with significant scaling and itching. The investigations of the efficacy of the given treatment for erythrodermal conditions prove inexpediency of the systemic hormones use due to high frequency of severe long existing erythroderma after hormonal therapy.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, УО «Витебский государственный медицинский университет», кафедра дерматовенерологии - Мяделец В.О.

Псориаз (чешуйчатый лишай) одно из самых распространенных хронических заболеваний кожи, характеризующееся мономорфной сыпью, состоящей из плоских шелушащихся папул, имеющих тенденцию к слиянию [2].

Псориазом страдают 1-5% взрослого населения Европы, мужчины и женщины поражаются приблизительно одинаково, независимо от расовой принадлежности [3]. Одной из наиболее тяжелых форм псориаза является псориатическая эритродермия.

Эритродермия – это генерализованная эритема кожи, сопровождающаяся шелушением различной степени выраженности [1]. Она встречается у 2,5-3% больных псориазом и может развиваться за счет прогрессирования обыкновенной или экссудативной формы псориаза вследствие нерационального его лечения в прогрессирующей стадии, избыточной инсоляции, стрессов, действия алкоголя и других факторов. Выделяют также аллерготоксическую форму псориатической эритродермии. В последнее время частыми факторами, провоцирующими эритродермию, являются широкое применение кортикостероидных препаратов и цитостатиков [4, 5, 6].

Цель исследования – провести анализ заболеваемости, провоцирующих факторов и клинических признаков у пациентов с псориатическими эритродермиями, наблюдаемых в Витебском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере за период с 2000 по 2009 гг.

Методы

Было проведено клиническое исследование характерных признаков и причин эритродермий у 70 пациентов (мужчин – 49, женщин – 21), которые

наблюдались в Витебском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере за период с 2000 по 2009 гг.

Диагноз «псориатическая эритродермия» устанавливали на основании типичных высыпаний, характера сыпи, площади поражения, псориатического анамнеза. Тяжесть состояния определяли в баллах после суммирования площади поражения и выраженности симптомов: эритемы, инфильтрации, шелушения, лихенизации, зуда и сухости кожи (индекс эритродермии – ИЭ). Площадь поражения оценивали следующим образом: 1) учитывали площадь отдельной области по отношению к поверхности всего тела, исходя из того, что голова и шея составляют 10 % (0,1) поверхности тела, верхние конечности – 20 % (0,2), туловище – 30% (0,3), нижние конечности – 40 % (0,4); 2) давали оценку поражения кожи в каждой из 4-х областей тела: 1 балл – 10%, 2 балла – 10-29%, 3 балла – 30-49%, 4 балла – 50-69%, 5 баллов – 70-89 %, 6 баллов – 90-100%.

Степень тяжести клинических признаков оценивали по 4-х балльной системе: 0 - признак отсутствует, 1 – признак слабо выражен (легкая форма), 2 – признак выражен умеренно, 3 – признак сильно выражен (тяжелая форма). Математическую обработку данных проводили с применением статистического пакета программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациентов составил $45 \pm 13,8$ лет. Псориатический анамнез составлял от 1 года до 54 лет (в среднем $19,7 \pm 10,8$). Случаи заболевания у близких родственников отмечали 11 обследованных (16%). Наиболее часто эритродермическое состояние провоцировали следующие факторы: стрессы (38,5%), алкоголь (22,8%), применение местных раздражающих препаратов (22,8%), а также прием медикаментов внутрь (22%). Продолжительность эритродермического состояния составляла от 2 недель до 9 лет непрерывного течения.

Среднее количество случаев эритродермии у одного пациента 2 (максимальное количество случаев эритродермии у одного пациента – 5). Предъявляемые при поступлении жалобы были следующими: сильный зуд (92,8% обследованных), высыпания на коже (85,7%), шелушение (85,7%). 5 пациентов (7,1%) отмечали болезненность и скованность при движении в суставах. Головные боли отмечали 31 пациент (44%), нарушение сна – 47 (67%), нарушение настроения – 28 (40%).

У всех пациентов отмечалось универсальное воспалительное поражение кожных покровов с вовлечением в процесс придатков кожи. Локализация высыпаний представлена в таблице 1.

Таблица 1

Локализация высыпаний при псориатической эритродермии

Локализация высыпаний	Частота встречаемости
Лицо	54 пациента (77%)
Волосистая часть головы	65 (93%)
Шея	66 (94%)
Туловище	70 (100%)
Ягодичная область	69 (98,5%)
Генитальная область	56 (80%)
Плечи	70 (100%)
Предплечья	70 (100%)
Бедра	70 (100%)
Голени	70 (100%)
Кисти	67 (96%)
Стопы	60 (85,7%)
Ладони	47 (66%)
Подошвы	46 (65,7%)
Полость рта	5 (7%)

Красный цвет высыпаний отмечался у 42 (60%) пациентов, темно-красный – у 26 (37,1%), красно-фиолетовый – у 13 (19%). Синюшный и фиолетовый цвет кожных покровов наблюдался преимущественно на нижних конечностях у пациентов, злоупотребляющих алкоголем.

Пораженная кожа в 50% (35 пациентов) случаев на ощупь была теплая, в 47% (33 пациента) – горячая, в 5,7% (4 пациента) – нормальная. Сухость кожных покровов отмечали 68 (97%) пациентов. Бледно-розовый (телесный) характер элементов имел место у 1 пациента.

Обильный характер высыпаний наблюдали в 93% случаев, сливной – 85,7%. Симметричность высыпаний отмечалась в 32,8% случаев. Умеренный характер высыпаний был выявлен лишь у 2 пациентов (3%). Преобладающими элементами сыпи являлись: бляшки (100%) и папулы – 57 (81%) пациентов (рисунок 1).

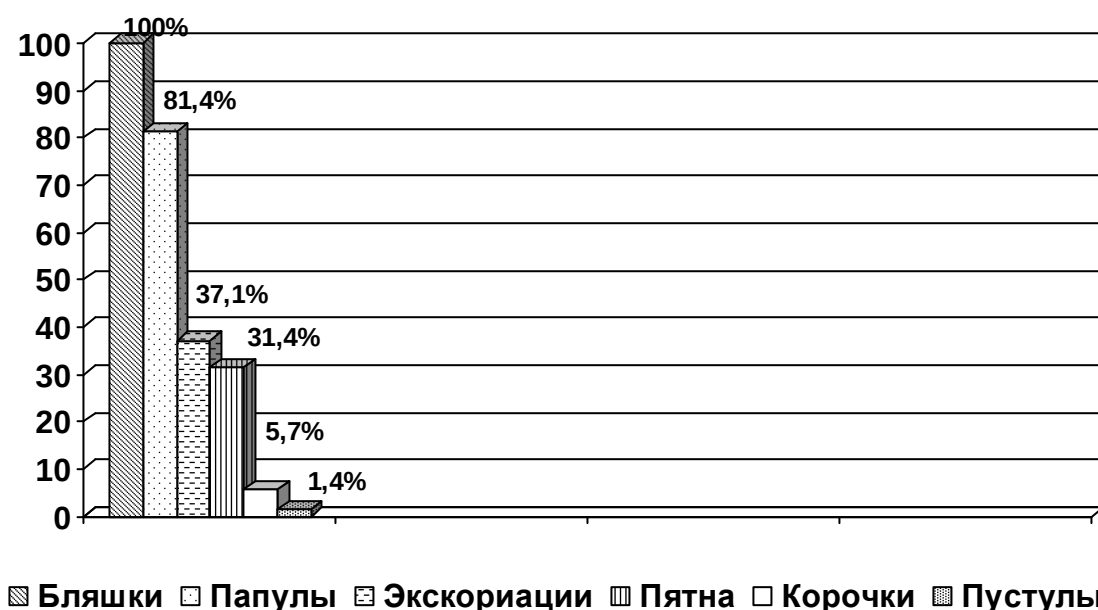


Рис. 1. Клиническая характеристика и частота встречаемости различных элементов сыпи при псориатической эритродермии

Сильно выраженная эритема наблюдалась у 77%, умеренная – у 25,7% пациентов. Наблюдалась также инфильтрация кожи: сильная – у 69%, умеренная – у 39% пациентов. Слабовыраженная эритема и инфильтрация не наблюдались ни у одного больного. Лихенизация (усиление кожного рисунка) была выявлена у 50 пациентов (71,4%). Мокнутие элементов было выявлено у 1 пациента, причем только на нижних конечностях (1,4%).

Шелушение элементов сыпи носило следующий характер: крупнопластинчатое шелушение было отмечено у 54,3% больных, мелкопластинчатое – 37%, отрубевидное – 14,3%, обильное – 78,5%, умеренное – у 20% больных. Часто имело место сочетание нескольких видов шелушения у одного пациента. Повышение температуры тела выше 37⁰С отмечалось у 33

пациентов (47%). Потливость отмечали 22 пациента (31%), утомляемость – 44 пациента (63%).

Поражение подкожных лимфатических узлов имело место в 59% случаев. У 3% пациентов с лимаденопатией поражались только подмышечные лимфоузлы, у 6% обследованных – паховые, а поражение и подмышечных и паховых – у 50% обследованных. Поражение ногтей было выявлено у 64 (91,5%) пациентов (таблица 2).

Таблица 2

**Характер и частота встречаемости поражений ногтей при
псориатической эритродермии**

Характер изменений	Частота встречаемости
Нет изменений ногтевых пластинок	8,5%
Изменение окраски	63%
Онихолизис	8,6%
Масляные пятна	64,3%
Ноготь в виде крыла (онихогрифоз)	7%
Подногтевой гиперкератоз	14,3%
Наперстковидные вдавления	37%
Шероховатая поверхность	21%
Сточенные ногти	8,6%
Продольное расщепление ногтевой пластинки	2,8%
Поперечные полосы	1,4%
Изменения по типу геморрагических заноз	1,4%

Превалирующими поражениями ногтевых пластинок явились: поражение в виде «масляных пятен» (64,3%); изменение окраски ногтей (62,8%). Подногтевой гиперкератоз отмечался у 10 (14,3%) пациентов с поражением ногтевых пластинок как ладоней, так и подошв. Онихогрифоз отмечался у 5 пациентов (7,1%), из них у 4 поражались только ногтевые пластины I пальца обеих стоп, у 1 пациента – все ногтевые пластины на обеих стопах.

Псориатическая артропатия, подтвержденная рентгенологическим исследованием, отмечалась у 37 пациентов (53%). Преимущественно поражались лучезапястные, голеностопные и коленные суставы. Жалобы на скованность движений и припухлость суставов предъявляли 24 пациента из 37 (65%). У 1 пациента отмечался анкилоз левого тазобедренного сустава с укорочением длины соответствующей конечности.

Индекс тяжести эритродермического поражения учитывали до и после лечения. Значение ИЭ до лечения составляло $84,3 \pm 13,5$ (мах – 108, min – 52,8). Значение ИЭ после лечения было равно $39,7 \pm 20,3$ (мах – 91,2, min – 2,2).

Сопутствующая соматическая патология выявлена у 54 (77%) пациентов. Доминирующей патологией явилось поражение печени – 20% обследованных. Среди них: в 13% случаев отмечалась гепатомегалия, в 6% – вирусный гепатит С, в 4% – диффузные изменения ткани печени (по данным УЗИ), 3% – желчнокаменная болезнь.

Проводимая терапия включала применение общих и местных препаратов. Общая терапия включала следующие препараты: внутривенные инъекции натрия тиосульфата 10мл 30% (66% больных), в/в инъекции папаверина 2-4мл на изотоническом растворе 400мл (89% больных), реополиглюкин 400мл в/в (30% больных), гемодез в/в 400мл (30%), в/м инъекции вит. В12 400ед (21%), активированный уголь 1х3 раза в день (67% пациентов), аевит 1х3 раза в день (41% больных), супрастин 1-2мл в/м. Местная терапия состояла в следующем: 2-5% салициловая мазь (86% обследованных), мазь синафлан (67% пациентов), общее УФО (33%), крем Унны (37%).

В анамнезе у 21 пациента (30%) имелись данные о применении системной гормональной терапии. Из них преднизолон (25мг в/м) получали 10 пациентов, дексаметазон (4мг на изотоническом растворе 400 мл в/в) – 12 больных. Оба препарата получали 3 пациента. Дипроспан (2мг в/м) назначался 3 больным. При выраженном суставном синдроме назначался метотрексат по 7,5мг/сутки (16% обследованных). Плазмореферез получали 2 пациента, ПУВА-терапию – 4 больных.

Результаты лечения: клиническая ремиссия – 2 пациента (2,8%); значительное улучшение – 13 (18,6%); улучшение – 39 (55,7%); незначительное улучшение состояния – 16 больных (22,8%). Повторный эпизод эритродермии отмечался у 18 человек (26%); повторение эритродермического состояния 3 и

более раз – у 23 (33%); тяжелое, длящееся годами эритродермическое состояние наблюдалось у 14 пациентов (20%).

У 20 пациентов из 21 получавших гормональную терапию наблюдались повторные эпизоды эритродермического состояния. Среди них 2 случая эритродермии отмечалось у 6 пациентов; 3 и более случаев – у 9; тяжелое, многолетнее эритродермическое состояние отмечалось у 5 пациентов.

Заключение

1. Средний возраст возникновения эритродермического состояния составил $45 \pm 13,8$ лет, а наиболее частыми провоцирующими данное состояние факторами явились: стрессы (38,5%), алкоголь (22,8%), применение местных раздражающих препаратов (22,8%), а также прием медикаментов внутрь (22%).

2. Индекс эритродермии (индекс тяжести эритродермии) составил: до лечения $84,3 \pm 13,5$ (max – 108, min – 52,8), индекс эритродермии после лечения $39,7 \pm 20,3$ (max – 91,2, min – 2,2).

3. Применение системной гормональной терапии способствует возникновению повторных случаев псориатической эритродермии, а также непрерывному многолетнему торпидному течению заболевания.

Литература

1. Rym, B. Erythroderma in adults: a report of 80 cases / B. Rym [et al.] // Int. J. Dermatol. – 2005. - N44. – P. 731-735.

2. Иванов, О.И. Кожные и венерические болезни / О.И. Иванов. – М.: Медицина, 1997. – 352 с.

3. Fouere, S. How patients experience psoriasis: results from a European survey / S. Fouere [et al.] // JEADV. – 2005/ - N19 (Suppl. 3). – P. 2-6.

4. Фаттахетдинова, З.А. Особенности лечения больных распространенным псориазом, резистентным к терапии / З.А. Фаттахетдинова, А.В. Резайкина, Л.В. Знаменская // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. – № 3. – С. 39-40.

5. Тарасенко, Г.Н. К вопросу о диагностике псориагической эритродермии / Г.Н. Тарасенко [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2007. - № 2. – С. 8-12.

6. Sehgal, V. Erythroderma/exfoliative dermatitis: a synopsis / V. Sehgal [et al.] // Int. J. Dermatol. – 2004. – N43. – P. 39-47.