

Многоформная экссудативная эритема

Дифференциальная диагностика

«Дифференциальная диагностика кожных болезней»

Руководство для врачей

под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина

Многоформная экссудативная эритема (erythema exudativum multiforme) наблюдается в двух основных формах — идиопатической и симптоматической. Идиопатическая многоформная экссудативная эритема имеет инфекционно-аллергический генез. При этом у значительной части больных обнаруживают очаги хронической инфекции в виде тонзиллита, кариозных зубов, гранулемы, пародонтоза. Предполагают также вирусную природу этого заболевания. Характерно рецидивирующее течение заболевания (обострения в весенний и осенний периоды), наблюдающееся приблизительно у 50% больных. Заболевание может иметь многолетнее течение. Болеют чаще лица молодого и среднего возраста.



Многоформная экссудативная эритема

Симптоматическая (токсико-аллергическая) форма многоформной экссудативной эритемы имеет аллергический генез и связана с развитием аллергической реакции главным образом на лекарственные препараты (антибиотики, сульфаниламидные препараты, барбитураты, антипирин, амидопирин, сыворотки, вакцины и др.).

Клиническая картина характеризуется острым началом заболевания. В случае идиопатической (инфекционно-аллергической) многоформной экссудативной эритемы заболевание может начинаться с продромальных явлений (боли в горле, мышцах, суставах, субфебрильная температура, недомогание), которые развиваются на фоне переохлаждения, острого респираторного заболевания, ангины, чаще в период расцвета или в регрессивной стадии болезни. Симптоматическая (токсико-аллергическая) форма развивается после приема лекарственных препаратов или введения сывороток и вакцин. В дальнейшем в клинической картине этих двух форм практически нет различий.

Для многоформной экссудативной эритемы характерно симметричное, довольно распространенное поражение кожи, преимущественно разгибательных поверхностей конечностей, главным образом кистей, предплечий, в меньшей степени лица, шеи, голени, тыла стоп. Нередко в процесс вовлекается слизистая оболочка полости рта. Первичным морфологическим элементом сыпи являются воспалительные пятна (или отечные папулы) с резкими границами, округлой формы, диаметром 3—15 мм, розово-красного или ярко-красного цвета (обычно с цианотической каймой), отличающиеся

центробежным ростом с западением центральной части, в результате чего возникают кольцевидные элементы. По краю высыпаний образуется валик, а центр элемента, постепенно западая, приобретает цианотический оттенок. Пятна склонны к слиянию и образованию фигур с полициклическими очертаниями (гирлянды, дуги и др.). Нередко наряду с воспалительными пятнами (отечные папулы) появляются отдельно волдыри, реже пузырьки и пузыри (буллезная форма).

Различают пятнистую, папулезную, пятнисто-папулезную, везикулезную, буллезную и везикубуллезную разновидности заболевания. Слизистая оболочка полости рта поражается у 59% больных. Кроме того, высыпания могут возникнуть на гениталиях, конъюнктиве, а также в складках кожи, где они превращаются в мокнущие эрозии, покрываемые кровянистыми или гнойными корками. Новые высыпания обычно появляются в течение первых нескольких дней заболевания и сопровождаются повышением температуры тела, недомоганием, головной болью. Процесс, как правило, длится 10-15 дней и заканчивается выздоровлением. Иногда может отмечаться нестойкая [гиперпигментация](#) на месте высыпаний.

Клиническая картина симптоматической (токсико-аллергической) многоформной экссудативной эритемы аналогична, за исключением отсутствия связи заболевания с инфекционными факторами и сезонности рецидивов. При симптоматической многоформной экссудативной эритеме рецидивы обусловлены повторным приемом лекарственного препарата — аллергена. Отмечают, что при этой форме высыпания на коже носят распространенный характер, слизистые оболочки рта поражаются у подавляющего большинства больных, рецидивы высыпаний возникают на одних и тех же участках кожи и слизистой оболочки. Кроме пятнистых высыпаний, нередко образуются болезненные пузыри и эрозии, которые затрудняют прием пищи, что приводит к истощению больных.

Гистологически при пятнисто-папулезной форме заболевания наблюдаются спонгиоз, внутриклеточный отек в эпидермисе, отек сосочкового слоя дермы и околососудистый инфильтрат, состоящий преимущественно из лимфоцитов и небольшого количества сегментоядерных нейтрофилов, иногда эозинофилов. Могут образоваться многокамерные внутриэпидермальные и субэпидермальные пузыри, что сопровождается некробиотическими изменениями, проникновением инфильтрата в эпидермис, развитием некроза, что позволяет дифференцировать это заболевание с токсическим эпидермальным некролизом ([синдром Лайелла](#)).

Диагностика типичной многоформной экссудативной эритемы не представляет затруднений. Она основывается на остром начале заболевания (чаще на фоне острого респираторного заболевания при идиопатической форме или после приема лекарственных препаратов при симптоматической форме), симметричности высыпаний с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях конечностей, с вовлечением в процесс слизистой оболочки полости рта, в том числе губ. Учитывают также наличие характерных первичных элементов в виде воспалительных пятен (отечных папул) ярко-красного цвета с центробежным ростом, в результате чего формируются кольцевидные элементы с запавшей центральной частью цианотического оттенка и периферическим валиком. В разгар заболевания обычно выражен полиморфизм сыпи (пятна, папулы, волдыри, реже везикулы, пузыри). Для диагностики симптоматической многоформной эритемы можно использовать иммунологические тесты (Шелли, бласттрансформации лимфоцитов и др.).

Дифференциальная диагностика. Многоформную экссудативную эритему необходимо отличать от [фиксированной сульфаниламидной эритемы](#), [центробежной кольцевидной эритемы Дарье](#), диссеминированной [красной волчанки](#), [узловой эритемы](#), ознобления.

Узловая эритема отличается от многоформной экссудативной эритемы характером высыпаний — в виде болезненных при пальпации узлов ярко-красного цвета, который изменяется по типу «цветения синяка» (а не пятен, что легко установить при пальпации), без характерного для многоформной экссудативной эритемы западения в центре элементов, локализирующихся преимущественно на передней поверхности голеней.

Ознобление сходно с идиопатической формой экссудативной многоформной эритемы по характеру течения (рецидивы, сезонность), локализации очагов поражения на коже дистальных отделов конечностей, но отличается характером морфологических элементов сыпи. При озноблении в отличие от многоформной экссудативной эритемы наблюдаются нерезко ограниченные эритематозные пятна и узелки без характерного для экссудативной многоформной эритемы западения в центре, сопровождающиеся зудом, который усиливается при переходе больного в теплое помещение.

Буллезная многоформная экссудативная эритема

Буллезная, или везикулобуллезная, разновидность многоформной экссудативной эритемы (erytema exudativum multiforme bullosa) может быть проявлением как идиопатической, так и симптоматической формы заболевания. Характеризуется развитием мелких герпетиформноподобных пузырьков по периферии типичных эритематозно-папулезных элементов или возникновением пузырей на поверхности элемента. При этом пузырь может полностью закрывать отечное основание, вследствие чего создается впечатление, что он возник на неизменной коже, или по периферии его в виде ореола образуется зона отечной эритемы. После вскрытия пузырей в центральной зоне высыпаний обнажаются эрозии, которые быстро покрываются кровянистыми корками.

Слизистая оболочка полости рта при этой форме заболевания поражается в 25-50% случаев. Иногда высыпания локализуются только на слизистой оболочке полости рта. Элементы могут возникать также на слизистой оболочке половых органов, прямой кишки, глотки, пищевода и т. д. Появление высыпаний сопровождается температурной реакцией, общим недомоганием, артралгиями.

Гистологически при буллезной разновидности многоформной экссудативной эритемы определяется подэпидермальный пузырь (редко внутриэпидермальный в стадии эволюции); акантолиз отсутствует.

Диагностика основывается на описанной выше клинической картине, особенностях течения заболевания в виде вспышек, возникновении рецидивов заболевания в весеннее и осеннее время (при идиопатической форме), а также анамнестических данных, позволяющих установить связь заболевания с приемом тех или иных лекарственных препаратов (при симптоматической форме).

Дифференциальная диагностика.

Буллезную разновидность многоформной экссудативной эритемы следует дифференцировать от острой лихорадящей пузырчатки, буллезных токсикодермий,

афтозного стоматита, [вульгарной пузырчатки](#), [герпетиформного дерматита Дюринга](#), [буллезного пемфигоида Левера](#) , геморрагического васкулита.

[Острая лихорадящая пузырчатка](#) в отличие от буллезной разновидности многоформной экссудативной эритемы характеризуется общим тяжелым, состоянием больного, развитием продромальных явлений (озноб, головная боль, высокая температура тела), резкой болезненностью эрозий, регионарным лимфаденитом и тяжелым прогнозом (часто отмечается летальный исход); в анамнезе указания на контакт с трупами животных.

Буллезные [токсикодермии](#) могут иметь большое сходство с буллезной разновидностью многоформной экссудативной эритемы, так как последняя часто возникает после приема тех или иных лекарственных препаратов. Однако наличие наряду с буллезными элементами очагов, характерных для многоформной экссудативной эритемы, позволяет в ряде случаев установить правильный диагноз.

Высыпания при афтозном стоматите в отличие от буллезной формы многоформной экссудативной эритемы с поражением слизистой оболочки полости рта никогда не локализируются на коже. Чаще всего они представлены изолированными афтами на слизистой оболочке щек и неба, не имеют такого острого течения и не распространяются на слизистые оболочки мягкого неба, глотки, носа, как при многоформной экссудативной эритеме.