

Фиксированная сульфаниламидная эритема

Дифференциальная диагностика

*«Дифференциальная диагностика кожных болезней»
Руководство для врачей
под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина*

Фиксированная сульфаниламидная эритема (erythema sulfanilamidas perstans)

Большинство сульфаниламидных [токсикодермий \(токсидермий\)](#) проявляется в виде фиксированной сульфаниламидной эритемы, которая составляет 83,9% от токсикодермий, вызванных сульфаниламидными препаратами. Однако необходимо учитывать, что аналогичную клиническую картину могут обусловить и другие лекарственные препараты - антипирин, амидопирин, барбитураты. В последние годы количество сульфаниламидных эритем уменьшилось: они составляют 17% от сульфаниламидных токсикодермий.



Фиксированная сульфаниламидная эритема

По клинической картине фиксированная сульфаниламидная эритема может напоминать [многоформную экссудативную эритему](#); она также может локализоваться на слизистой оболочке полости рта, на коже туловища, конечностей (реже), на половых органах. Л. Н. Машкиллейсон отмечал «характерную локализационную триаду» при фиксированной сульфаниламидной эритеме - полость рта, туловище и половые органы. Обычно вначале появляется одно, а затем - два пятна и более. Пятна розовато-синюшного или буровато-синюшного цвета, округлой формы с резко очерченными границами, диаметр их 2-7 см и более. Периферическая зона пятен обычно несколько отечна и более ярка. На поверхности пятен могут образоваться пузыри (буллезная форма фиксированной сульфаниламидной эритемы). На слизистой оболочке полости рта и половых органов пузыри быстро вскрываются. Высыпания на коже сопровождаются зудом и жжением. Кроме буллезной и классической пятнистой форм, возможны такие атипичные разновидности, как [пеллагроидная](#), [экземоподобная](#), типа [узловой эритемы](#).

В диагностике заболевания наряду с типичной локализацией и характерным цветом пятен имеют значение рецидивы эритемы при каждом новом приеме сульфаниламидных препаратов. При каждом рецидиве увеличивается величина эритем и «подсыпают» новые элементы. Постепенно элементы замещаются темной [гиперпигментацией](#), которая сохраняется в течение нескольких месяцев.

Гистологически выявляют акантоз, спонгиоз, небольшой гиперкератоз, усиленное пигментообразование, в дерме воспалительные явления различной степени выраженности.

Диагноз фиксированной сульфаниламидной эритемы устанавливают на основании анамнестических данных (прием сульфаниламидных препаратов), характерного преимущественного расположения сыпи (слизистая оболочка полости рта и половых органов, кожа туловища), в виде розовато- или буровато-синюшных эритем, обычно немногочисленных, сопровождающихся жжением и зудом. Для подтверждения диагноза можно использовать иммунологические тесты с сульфаниламидными препаратами (тест бласттрансформации лимфоцитов и др.).

Дифференциальная диагностика. Заболевание следует дифференцировать от [многоформной экссудативной эритемы](#) и [ревматической эритемы Лендорфа-Лейнера](#).

[Многоформная экссудативная эритема](#) (идиопатическая, или инфекционно-аллергическая, форма), отличается от фиксированной сульфаниламидной эритемы сезонностью обострений (весна, осень), преимущественным расположением высыпаний, обычно множественных, на разгибательных поверхностях конечностей, больше в дистальных отделах. Характерным элементом является пятно (или папула) красного цвета диаметром 3-15 мм, увеличивающееся за счет центробежного роста и западающее в центральной части, отчего многие элементы приобретают кольцевидную форму, что не характерно для фиксированной эритемы. Дифференциальная диагностика облегчается в том случае, если в анамнезе есть указания на прием сульфаниламидных препаратов и усиление (или рецидив) эритем при их повторном приеме, что не характерно для инфекционно-аллергической формы многоформной экссудативной эритемы. Кроме того, сыпь обычно вскоре становится полиморфной (пятна, папулы, волдыри, реже пузырьки и пузыри). Для фиксированной эритемы характерна также более стойкая гиперпигментация в очагах поражения. При инфекционно-аллергической форме многоформной экссудативной эритемы иммунологические пробы с сульфаниламидными препаратами отрицательные.

Токсико-аллергическая (симптоматическая) форма многоформной экссудативной эритемы также возникает как проявление [токсикодермии](#) на какие-либо лекарственные препараты и может быть, в частности, следствием аллергической реакции на сульфаниламидные препараты. При дифференциальной диагностике в этом случае большое значение имеют перечисленные выше клинические особенности многоформной экссудативной эритемы. Необходимо учитывать, что возможны очень сходные клинические проявления обоих заболеваний. Терапевтическая тактика в подобных случаях одинакова.