

**Абдурахманов А. А., Батиров К. З., Абдужабборов Т.К., Кучкаров А.
А., Муминов М. М., Фозилов Ф. А.**

Андижанский Государственный медицинский институт

**ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА
(ФИКСИРОВАННАЯ ТОКСИКОДЕРМИЯ)**

Аннотация: Авторами представлены различные взгляды на проблему фиксированной эритемы. Описываются диагностические клинические критерии фиксированной эритемы. Дано описание клинического случая фиксированной эритемы после приема препарата «флуконазол».

Ключевые слова: фиксированная эритема, флуконазол.

**Abdurahmanov A. A., Batirov K. Z., Abdujabborov T. K., Kuchkarov A.
A., Muminov M. M., Fozilov F. A.
Andijan State Medical Institute**

ERYTHEMA PERSTANS

Abstract: Different concepts of erythema perstans are discussed in the light of clinical criteria of the disease. A case report is presented preparation «fluconazole».

Key words: erythema perstans, fluconazole therapy.

Фиксированная эритема являются разновидностью токсико-аллергического дерматита [1-6]. По данным литературы, причиной развития фиксированной токсикодермии служат пиразолоновые препараты (антипирин, анальгин, амидоприн), сульфаниламиды, барбитураты, салицилаты, антибиотики, фенофталин, хлоралгидрат, хинин, йод, мышьяк, висмут, антигистаминные и другие препараты (Королев Ю. Ф. и соавторы, 1978 г). Клиника сульфаниламидной токсикодермии характеризуется с появлением одного и нескольких округлыми ярко-красными крупными пятнами (диаметр 2–5 см) центре приобретают

синюшный оттенок, а после исчезновения воспалительных явлений остается стойкая пигментация своеобразного аспидно-коричневого цвета. На фоне пятен нередко образуются пузыри. При клиническом течении характерным является те признаки, которые при повторном приеме лекарственного препарата рецидивирует на тех местах всё более усиливая пигментацию, распространяясь на другие участки кожного покрова [6]. Излюбленная локализация - фиксированной токсикодермии - половые органы и слизистая оболочка рта [1-6]. В последние годы в фармацевтической промышленности выпускается новые лекарственные препараты сульфаниламидного ряда (гросептол, клотримаксазол), а также противокашлевые средства (доктор Мом и др.). При применении выше указанных новых лекарственных препаратов иногда могут наблюдаться фиксированные токсикодермии.

Нами было наблюденно и проведено лечение двух больных фиксированной эритемой после приема – флуконазолом 0,15.

Приводим наши наблюдения:

1) Больная К. Р. 1992 г.р., житель Шахриканского района. Больная по поводу стоматита, принимала флуконазолом 0,15. по 1 таблетки 1 раза в сутки спустя 1 день на коже обеих рук и туловище появились эритема, гиперемия с четкими границами и жжения в очаге поражения. Обратилась Шахриканского кожно-венерологический кабинет и врачом был установлен предварительный диагноз «Аллергический дерматит». Для установления точного диагноза и лечения больная была направлена на кафедру дерматовенерология Анд.ГосМИ.



Фото № 1. Больная К. Р. Очаг фиксированной эритемы возникшая после приема препарата «флуконазол»

В анамнезе было установлено, что больная в 13 летнем возрасте перенесла острый аппендицит и была прооперирована. Аллергические реакции на лекарственные препараты не отмечался. При осмотре кожно-патологический процесс носит ограниченный характер, локализуется на коже обеих рук и туловище. В очагах поражений наблюдаются эритемы с четкими границами ярко-красного цвета, размером ладонью взрослого человека. На поверхности эритем локализуется в центре очага поражений отмечается синюшной оттенок.

Лабораторные анализы.

Общий анализ крови: Гемоглобин – 98 г/л, эритроциты - $3,3 \cdot 10^{12}$ /л, ц.п. - 0,9, лейкоциты - $8,0 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы -10%, палочки - 3%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 26%, моноциты - 3%, СОЭ – 5 мм /ч. Общий анализ мочи: цвет - соломенной желтый, белок – abs., плотность - 1020, Анализ кала – яйцо глистов не найдено. КСР отрицательный. Больной была поставлена клинический диагноз: «Фиксированная эритема».

Больная получала стационарное лечение 30% раствор тиосульфата натрия в/в по 10,0 мл через день №10, лордес 00,1 раз в день, 5%-раствор аскорбиновой кислоты по 2,0 мл внутримышечно, ежедневно №10, презоцил по одному порошку 3 раза в день в течение 10 дней. Назначена молочно-растительная диета. Местно применяли гепариновую мазь с дермовайтом 2 раза в день смазывать очаги поражения с тонким слоем. После лечения кожный патологический процесс постепенно стало улучшаться, эритемы стали рассасываться, эрозии покрывались эпителием, и на месте очагов образовались вторичные пятна. Больная была выписана из стационара с клиническим выздоровлением на диспансерное наблюдение.

Таким образом, лекарственные препараты Флуконазол вызывают фиксированную эритему, что необходимо соблюдать меры осторожности врачам всех специальностей при назначении этих лекарств.

Литература

1. Арифов С.С. Атлас «Клиническая дерматология и венерология. Ташкент. 2008 г.
2. Арифов С.С "Тери ва таносил касалликлари", Шифокорлар учун кулланма. Тошкент, 2010.
3. Ваисов А.Ш. "Тери ва таносил касалликлари", Тошкент, 2004.
4. Зверькова Ф. А. Вопросы детской дерматовенерологии. Ленинград. 1983. –с. 46–54.
5. Салимов С. С., Муратханова Д. А., Салиев Н.Н. и соавт. «О лекарственных дерматитах» // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2004, - № 4, - с. 60–62.
6. Скрипкин Ю. К., Мордовцев Н. Кожные и венерологические болезни. (Руководство для практических врачей). - Медицина. – 1999. - с. 664–677.