

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФГБОУ ВО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО

КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ С КУРСОМ КОСМЕТОЛОГИИ И ПО ИМ. ПРОФ. В.И.  
ПРОХОРЕНКОВА

ЗАВ.

КАФЕДРОЙ ДМН, КАРАЧЕВА

ЮЛИЯ ВИКТОРОВНА

## МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА



Преподаватель: ДМН, проф. Винник  
Юрий Юрьевич

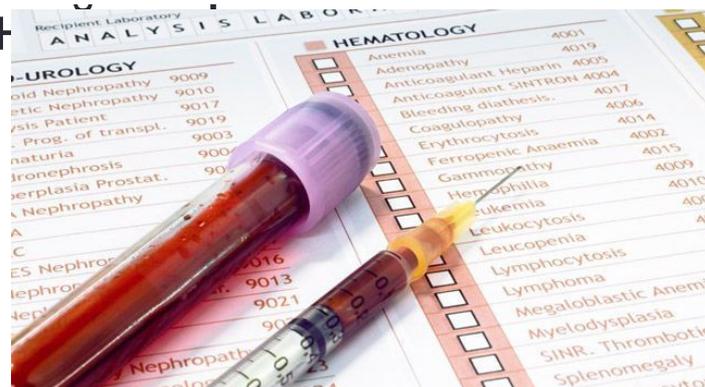
Выполнил: Студент 522 группы  
Лечебного факультета  
Дадар-оол М.С

# Многоформная экссудативная эритема

Многоформная экссудативная эритема - острое заболевание кожи и слизистых с полиморфными высыпаниями и склонностью к рецидивам преимущественно в осенний и весенний периоды. Возникает в основном у молодых людей и лиц среднего возраста. Она может быть связана с сенсibilизацией организма к различным лекарственным препаратам или развиваться на фоне некоторых инфекционных заболеваний.

# Патогенез

- Патогенез неясен, но обычно заболевание рассматривается как гиперергическая реакция, направленная на кератиноциты и провоцируемая инфекцией, лекарственными средствами и токсичными веществами с образованием циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови, отложением IgM и С3-компонента комплемента в кровеносных сосудах дермы. Важное значение в патогенезе имеют переохлаждение и очаги фокаль



# Клинические формы МЭЭ.

## Инфекционно-аллергическая форма

- патогенез связан с бактериальной сенсibilизацией (микоплазмами, вирусами простого герпеса, Коксаки, ЕСНО, гриппа и паротита, хламидиями, гемолитическим стрептококком и др)
- источники бактериальной сенсibilизации - очаги хронической инфекции в организме.

провоцирующие рецидив факторы - переохлаждение, стресс, вирусные инфекции.

## Токсико-аллергическая форма

- патогенез связан с повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам.
- в анамнезе прием медикаментов (сульфаниламиды, амидопирин, тетрациклин и т.д.)

# Многоформная экссудативная эритема

## Инфекционно-аллергическая форма

- Сезонность (осень, весна)
- Провоцирующие факторы-стресс, переохлаждение, вирусные инфекции
- Возраст - молодой и средний
- Пол -чаще мужчины
- Наличие очагов хронической инфекции в организме
- Бактериальная сенсibilизация (стафилококк, стрептококк и т.д.)

## Токсико-аллергическая форма

- причина - контакт с лекарственным препаратом
- Наличие повышенной чувствительности к медикаменту
- Частота рецидива зависит от частоты контакта с лекарственным препаратом

# Многоформная экссудативная эритема

## Папулезная (простая) форма

- Сыпь обычно распространенная, располагается симметрично, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей
- Первичным морфологическим элементом является красного цвета папула с резкими границами, округлой формы, которое в течение 48 ч может увеличиваться до 1–2 см в диаметре.
- Периферические края и центр его цианотичны (характерный признак ириса или мишени), иногда в центре пятна располагается папула или пузырек.
- Элементы появляются группами с интервалами в несколько дней в течение 1–2 нед и регрессируют спонтанно, оставляя после себя участки гипер- или депигментации.

# Многоформная экссудативная эритема

## Буллезная форма

- в процесс вовлекается слизистая оболочка рта, на коже появляются пузыри, однако количество высыпаний значительно меньше. Тяжелые буллезные формы многоформной экссудативной эритемы чаще развиваются у детей и подростков. При формировании пузырей базальная мембрана интактна. Процесс продолжается 10–15 дней и заканчивается спонтанным выздоровлением, в 1/3 случаев наступают рецидивы

# Многоформная экссудативная эритема

Полиморфизм  
высыпаний

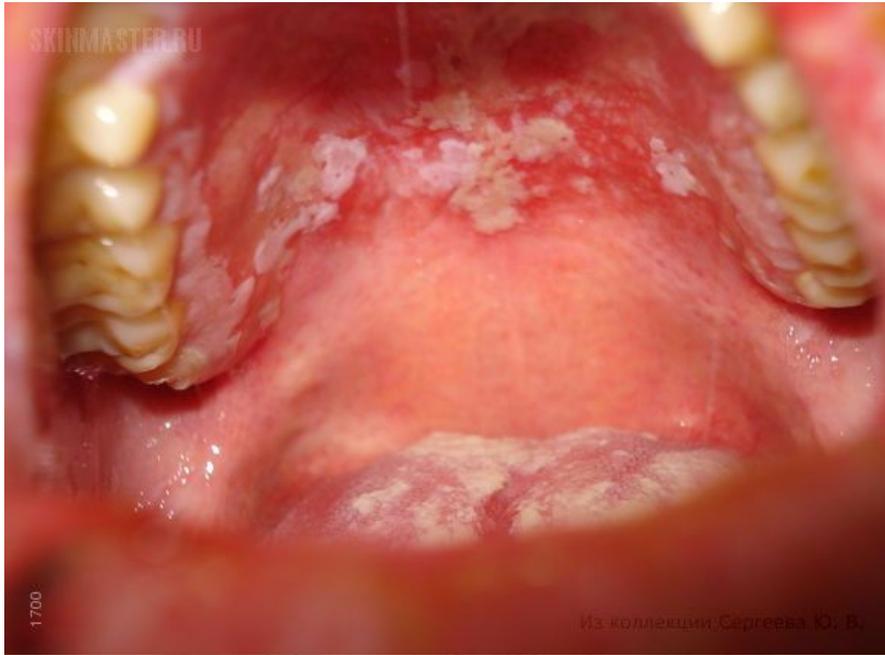
- пятна -эритема
- папулы
- волдыри
- пузыри
- пузырьки
- корки (геморрагические)

Локализация в полости

- рта
- губы
- дно полости рта
- щеки
- небо

На коже- «кокарды»

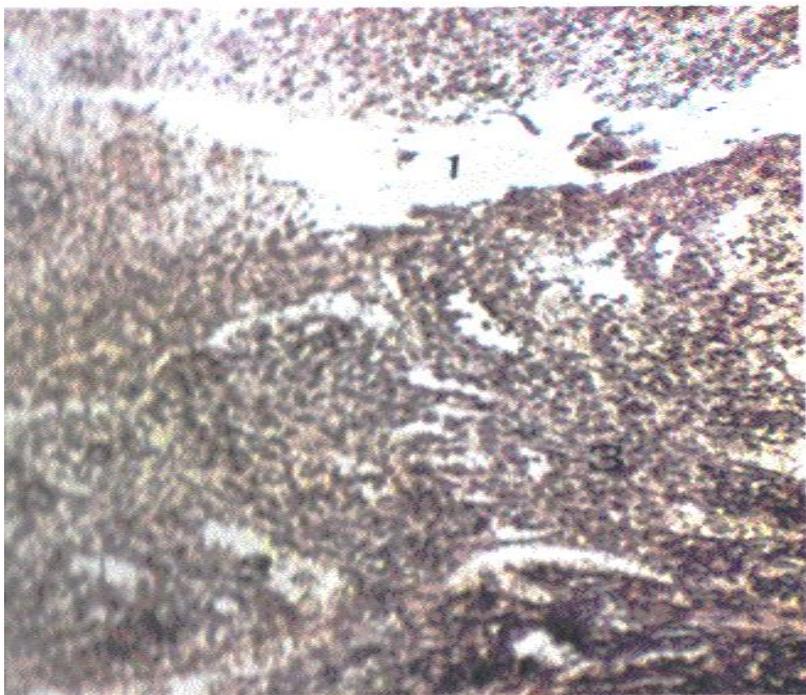
тыльные поверхности  
кистей, стоп, предплечье,  
голени





## Результаты дополнительных методов обследования

- Симптом Никольского -отрицательный
- В мазках-отпечатках -картина неспецифического воспаления
- Кожно-аллергические пробы с бактериальными аллергенами - при инфекционно-аллергической МЭЭ - положительные
- Тест дегрануляции базофилов по Шелли, РБТЛ, реакция лейкоцитоллиза -при токсико-аллергической форме МЭЭ -положительные



**Рис. 162. Патогистология многоформной экссудативной эритемы. Субэпителиальное отслоение (1), отек (2) и периваскулярные инфильтраты в собственной слизистой оболочке (3). Микрофото. Окраска гематоксилин-эозином. Об. 10, ок. 4.**

# Дифференциальная диагностика МЭЭ

## ***Синдром Стивенса— Джонсона***

- **Общие клинические признаки :**

Общая слабость, высокая температура тела (до 39°C), головная боль. На коже эритематозные пятна, пузыри, «кокарды». Болезненность слизистой оболочки полости рта при приеме пищи, разговоре, в покое. Резко болезненные эрозии на слизистой оболочке рта

- **Отличительные признаки :**

Поражение слизистых оболочек носа, глаз, половых органов (риниты, конъюнктивиты, уретриты, вульвовагиниты)

# Медикаментозный стоматит

- Общие признаки:  
Болезненность, жжение слизистой оболочки полости рта, усиливающиеся при приеме пищи. Болезненные эрозии на слизистой оболочке полости рта на резко гиперемизированном отечном фоне
- Отличительные признаки:  
Заболеванию всегда предшествует прием лекарственного препарата



# Хронический рецидивирующий герпес

- Общие признаки:

Болезненные эрозии на слизистой оболочке полости рта. Заболевание рецидивирует. Болезненность слизистой оболочки рта при приеме пищи, разговоре, в покое

- Отличительные признаки:

Общее состояние не нарушено. На коже нет эритематозных пятен, «кокард», пузырей. На коже и красной кайме губ, коже носа мелкие пузырьки, расположенные группами, мелкоточечные, склонные к слиянию, и более крупные с полициклическими краями. В соскобе с эрозии гигантские многоядерные клетки Лангханса (в первые 2—3 дня заболевания)

# Акантолитическая пузырьчатка

- **Общие клинические признаки**

Пузыри, корки на коже. Болезненность, жжение слизистой оболочки полости рта, усиливающиеся при приеме пищи. Резко болезненные эрозии на слизистой оболочке полости рта

- **Отличительные признаки**

Пузыри, корки на коже в участках, подверженных давлению, трению .  
Эрозии на слизистой оболочке полости рта расположены на неизменном или слегка гиперемизированном фоне в участках, подверженных травмированию, трению, длительное время не эпителизируются.

Симптом Никольского положительный. В мазках-отпечатках акантолитические клетки



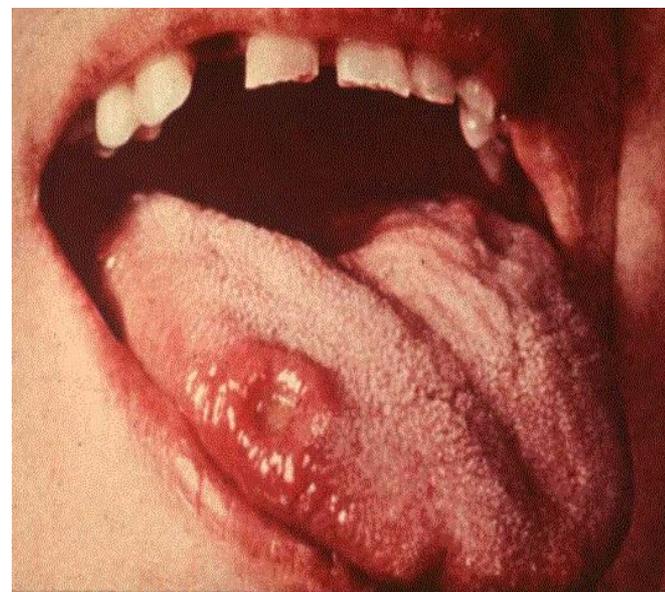
# Вторичный сифилис

- **Общие клинические признаки :**

Эрозии на слизистой оболочке полости рта

- **Отличительные признаки**

Эрозии овальной или округлой формы расположены на инфильтрированном основании, слабо болезненны, гиперемия вокруг эрозии в виде узкого ободка. Полилимфаденит, в соскобе с эрозий бледные трепонемы, реакция Вассермана, РИФ, РИБТ положительны



# Лечение МЭЭ

- Лечение при папулезной и легкой буллезной форме только симптоматическое. Местно применяют мази с кортикостероидными гормонами, слизистую оболочку рта очищают полосканиями дезинфицирующих растворов или с помощью тампонов, смоченных в глицерине; для уменьшения болей (особенно во время еды) применяют лидокаин.
- В тяжелых случаях, протекающих с общими симптомами, назначают кортикостероидные гормоны (преднизолон внутрь по 30–60 мг/сут со снижением дозы в течение 2–4 нед); при наличии вторичной инфекции – антибиотикотерапия, при наличии герпетической инфекции – ацикловир внутрь по 200 мг 3 раза в день, ремантадин по схеме.
- В целях профилактики необходимы санация очагов хронической инфекции, предотвращение охлаждений, закаливание организма. Профилактическое лечение весной и осенью (за 1,5–2 мес до ожидаемого рецидива) проводят левамизолом – внутрь по 150 мг 2 дня подряд с интервалом 5 дней в течение 2 мес и этакридина лактатом – внутрь по 0,05 г 3 раза в день в течение 10–14 дней.

**Спасибо за внимание!**

