

**МНОГОФОРМНАЯ
ЭКССУДАТИВНАЯ
ЭРИТЕМА
СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА
СИНДРОМ СТИВЕНСА-
ДЖОНСОНА
ХЕЙЛИТЫ**

МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА

- преимущественно развивается в возрасте 10–30 лет.
- В литературе описаны различные факторы, приводившие к развитию заболевания: пребывание на солнце, герпетическая и микоплазменная инфекции, лекарственная гиперчувствительность, особенно при тяжелых формах (сульфаниламидные препараты и контрацептивные средства, фосфомицин, жаропонижающие и пирогенные препараты).

- Между моментом воздействия триггера и началом развития

заболевания проходит латентный период в 1–2 нед.

- Выделяют **инфекционно-токсическую** и **инфекционно-аллергическую** формы экссудативной эритемы.
- Инфекционно-аллергическую форму наблюдают у большинства больных (до 93%)

ПАПУЛЕЗНАЯ ФОРМА

- характеризуется высыпанием темно-красных плоских папул небольших размеров или же периферически увеличиваться до нескольких сантиметров в диаметре.
- Периферическая зона очага остается красной, центр имеет цианотичный оттенок, что придает поражениям кольцевидный характер.
- Высыпания появляются приступообразно с интервалом в несколько дней и регрессируют в течение 1–2 нед, оставляя пигментацию.

- Локализация: тыл кистей, ладони, предплечья, голени, локти и колени, реже — шея и туловище, часто избирательно поражаются только кисти.
- На слизистой оболочке полости рта возникают пузыри, быстро вскрывающиеся с образованием кровоточащих эрозий, кровянистых корок, глубоких трещин; прием пищи затруднен.

ВЕЗИКУЛОБУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА

- Поражаются кожа, глаза, слизистые оболочки полости рта, половых органов, перианальная область; развиваются бронхиты, пневмонии.
- Период высыпаний составляет 2–4 недели.

- На слизистой оболочке полости рта возникают обширные пузыри с образованием эрозий, которые покрываются массивными геморрагическими корками.
- Отмечают пятнисто-папулезные высыпания или пузыри на коже, реже — пустулы, значительные по размерам и количеству.

ЛЕЧЕНИЕ

- При папулезных и локализованных буллезных высыпаниях

применяют симптоматическое лечение

(антигистаминные средства, препараты кальция).

- В тяжелых случаях показаны глюкокортикоиды. Обычно назначают преднизолон в начальной дозе 30–60 мг в день с постепенным снижением дозы в течение 2–4 нед.
- Местно: анилиновые красители, глюкокортикоиды.

СИНДРОМ СТИВЕНСА — ДЖОНСОНА/ТОКСИЧЕСКИЙ ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ НЕКРОЛИЗ

- Это острые тяжелые аллергические реакции, характеризующиеся обширными поражениями кожи и слизистых оболочек, индуцированные приемом лекарственных препаратов.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ПРИЕМЕ КОТОРЫХ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ СИНДРОМ

- сульфаниламиды, аллопуринол, фенитонин, карбамазепин, фенибутазол, пироксикам, хлормазанон, пенициллины, реже прием цефалоспоринов, фторхинолонов, ванкомицина, рифампицина, этамбутола, теноксикама, тиапрофеновой кислоты, диклофенака, сулиндака, ибупрофена, кетопрофена, напроксена, тиабендазола.

КЛИНИКА

- Синдром Стивенса — Джонсона развивается остро, поражение кожи и слизистых оболочек сопровождается тяжелыми общими расстройствами: высокой температурой тела (38...40 °С), головной болью, коматозным состоянием, диспепсическими явлениями и др.
- Высыпания локализуются преимущественно на коже лица и

ХАРАКТЕРИСТИКА СЫПИ НА КОЖЕ

- Множественные полиморфные высыпания в виде багрово-красных пятен с синюшным оттенком, папул, пузырьков, мишеневидных очагов.
- Очень быстро (в течение нескольких часов) на этих местах формируются пузыри размером до ладони взрослого и больше; сливаясь, они могут достигать гигантских размеров.
- Покрышки пузырей сравнительно легко разрушаются (положительный симптом Никольского), образуя обширные ярко-красные эрозированные мокнущие поверхности, окаймленные обрывками покрышек пузырей («эпидермальный воротник»).

- Наиболее тяжелое поражение наблюдается на слизистых оболочках полости рта, носа, половых органов, красной кайме губ и в перианальной области, где появляются пузыри, которые быстро вскрываются, обнажая обширные, резко болезненные эрозии, покрытые сероватым фибринозным налетом.
- На красной кайме губ часто образуются толстые буро-коричневые геморрагические корки.

СИСТЕМНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. Глюкокортикостероидные препараты системного действия:

- преднизолон (В) 90–150 мг в сутки внутримышечно или внутривенно или

дексаметазон (В) 12–20 мг в сутки внутримышечно или внутривенно.

- 2. Инфузионная терапия (допустимо чередование различных схем):

калия хлорид + натрия хлорид + магния хлорид (С) 400,0 мл внутривенно капельно, на курс 5–10 вливаний, или

натрия хлорид 0,9% (С) 400 мл внутривенно капельно на курс 5–10 вливаний

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ

- Для наружной терапии используют растворы антисептических препаратов : раствор перекиси водорода 1%, раствор хлоргексидина 0,06%, раствор перманганата калия.
- Для обработки эрозий применяют раневые покрытия, анилиновые красители: метиленовый синий, фукорцин, бриллиантовый зеленый.
- При поражении слизистой оболочки полости рта проводят полоскания несколько раз в день антисептическими (хлоргексидин, мирамистин) или противогрибковыми (клотримазол) растворами.

СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА (НЕКРОЛИЗ ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ, БУЛЛЕЗНЫЙ, ТОКСИЧЕСКИЙ)

- острая (молниеносная) тяжелая форма токсидермии, возникающая при применении различных медикаментов в любом возрасте.**
- Заболевание протекает с выраженной интоксикацией, сопровождается сливающимися геморрагическими, растущими по периферии пятнами, в центре которых образуются поверхностные пузыри с серозно-геморрагическим содержимым.**

- При механических воздействиях (трение, надавливание) происходит отслойка эпидермиса сплошным пластом, появляются эрозии, которые могут занимать от 20 до 90% всей поверхности кожного покрова.
- Больной приобретает вид ошпаренного кипятком. Заболевание осложняется септическим состоянием.
- Полная клиническая картина заболевания развивается через 12–36 ч, реже через несколько суток.

КЛИНИКА

- При механических воздействиях (трение, надавливание) происходит отслойка эпидермиса сплошным пластом, появляются эрозии, которые могут занимать от 20 до 90% всей поверхности кожного покрова.
- Больной приобретает вид ошпаренного кипятком.
- Заболевание осложняется септическим состоянием.
- Полная клиническая картина заболевания развивается через 12–36 ч, реже через несколько

ЛЕЧЕНИЕ

- Немедленное прекращении воздействия средств, вызвавших аллергическую реакцию.
- Больным рекомендуют обильное питье, щадящую диету.
- Назначают слабительные, мочегонные (под контролем артериального давления), энтеросорбенты (в промежутках между приемами пищи и медикаментов), антигистаминные, десенсибилизирующие (10% раствор кальция глюконата по 10 мл внутримышечно ежедневно, чередуя с 30% раствором натрия тиосульфата по 10 мл внутривенно), глюкокортикоидные препараты.
- Проводят обработку слизистых оболочек цинковыми

ХЕЙЛИТ ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ

- Хроническое психосоматическое заболевание исключительно красной каймы.
- Болеют в основном женщины. Возраст варьирует от 3 до 70 лет, но чаще 20–40 лет.
- Важная роль принадлежит психоэмоциональным факторам, реализующимся в соматическую патологию красной каймы губ через механизмы вегетативной иннервации.

КЛИНИКА

- Экссудативная форма эксфолиативного хейлита: на красной кайме губ корок серовато-желтого или желтовато-коричневого цвета, которые могут достигать значительных размеров.
- Сухая форма: бледно-серые чешуйки, плотно прикрепленные в центре к поверхности красной каймы.

ЛЕЧЕНИЕ

- При экссудативной форме назначают транквилизаторы (феназепам, элениум, седуксен), нейролептики (сонапакс), β -адреноблокаторы (анаприлин).
- Показаны иглорефлексотерапия, ультрафонофорез глюкокортикоидных мазей.
- При сухой форме рекомендуют антидепрессанты (амитриптилин) и транквилизаторы (триоксазин, элениум), иглорефлексотерапию;
- местно —ожиряющие кремы и мази.
- С больными необходимо проводить психопрофилактические беседы.

ХЕЙЛИТ ГЛАНДУЛЯРНЫЙ

- Хроническое заболевание, характеризующееся гетеротопией мелких слюнных желез или их протоков в наружную и внутреннюю зоны красной каймы губ, их гиперплазией и гиперфункцией.

- Встречается примерно у 3–6% населения, преимущественно у людей старше 30–40 лет.
- Первичный хейлит связан с врожденной аномалией слюнных желез
- вторичный возникает на фоне поражения губ при красной волчанке, плоском лишае и др.
- Слюнные железы, расположенные в области зоны Клейна, гипертрофируются и начинают интенсивно продуцировать слюну.
- К этому могут привести различные факторы: дентальная патология, пародонтоз и др.

КЛИНИКА

- На внутренней, а иногда и на наружной части красной каймы губ (чаще на нижней губе) видны расширенные устья слюнных желез в виде красных точек, из которых через 10–20 с после высушивания губы отчетливо выделяются капельки слюны в виде росы.
- Течение glandулярного хейлита торпидное.

ЛЕЧЕНИЕ

- Применяют электрокоагуляцию каждой слюнной железы.
- При наличии у больного большого количества патологически измененных желез показано их хирургическое иссечение.
- Вторичный glandулярный хейлит исчезает после регрессирования основного заболевания.

ХЕЙЛИТ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЙ

- Представляет собой воспалительное неаллергическое заболевание губ.
- Наблюдается преимущественно у мужчин, работающих на открытом воздухе.
- Разнообразные метеорологические факторы (пониженная или повышенная влажность, ветер, холод, солнечная радиация, запыленность)

КЛИНИКА

- При метеорологическом хейлите поражается красная кайма губы, чаще нижней, на всем протяжении.
- Губа становится неравномерно застойно гиперемированной, несколько инфильтрированной, местами на ней образуются плотно сидящие чешуйки.
- Больных беспокоит сухость или чувство стягивания губы

ЛЕЧЕНИЕ

- Основным является устранение внешних неблагоприятных воздействий, явившихся причиной заболевания.
- Назначают витамины (В2, В6, В12), местно — гигиенические губные помады, фотозащитные кремы.
- При выраженных воспалительных явлениях — кортикостероидные мази.

ХЕЙЛИТ АКТИНИЧЕСКИЙ

- Хроническое заболевание, обусловленное повышенной чувствительностью красной каймы губ к солнечному свету.
- Встречается чаще у мужчин в возрасте от 20 до 60 лет.
- Этиология. Влияние длинноволнового ультрафиолета.
- Патогенез. Развитие аллергической реакции замедленного типа к ультрафиолетовым лучам.

КЛИНИКА

- Возникает и обостряется в весенне-летний период, зимой высыпания бесследно исчезают.
- Сухая форма нижняя губа в весеннее время года становится ярко-красной, покрывается мелкими сухими серебристо-белыми чешуйками.
- Экссудативная форма: губа гиперемирована, отечна, на ней имеются мелкие, быстро вскрывающиеся пузырьки, мокнутие, корочки, кровоточащие болезненные трещины. Больных беспокоит жжение и зуд

ЛЕЧЕНИЕ

- Избегать инсоляции.
- Применяют препараты никотиновой кислоты, витамины группы В в сочетании с делагиллом по 0,25 мг 2 раза в день в течение 2–3 нед и небольшими (10 мг в день в пересчете на преднизолон) дозами глюкокортикоидов.
- Наружно используют глюкокортикоидные мази.