

*Лекция: Аллергические болезни
слизистой полости рта у детей.
Многоформная экссудативная
эритема. Синдром Стивенса –
Джонсона. Синдром Лайелла.
Клиника, лечение*

Лектор : Тулеутаева С.Т.

План лекции:

- **Этиология МЭЭ**
- **Клиническая картина МЭЭ**
- **Синдром Стивенса-Джонсона**
- **Синдром Лайелла**
- **Диагностика МЭЭ**
- **Лечение МЭЭ**

Этиология МЭЭ.

- Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) (*Erythema exudativa multiforma*), по данным большинства авторов, рассматривается как инфекционно-аллергическое заболевание. При этом большое значение придается бактериальной аллергии, так как у многих больных наблюдается сенсibilизация к стрептококку и стафилококку. По последним данным, в 1/3 случаев предполагается вирусная этиология заболевания, когда инициальными факторами могут выступать вирусы обычного герпеса, Коксаки или ЕСНО. Появились сообщения о возникновении заболевания у лиц, страдающих рецидивирующей герпетической инфекцией по типу иммунной реакции третьего типа, которое именуют постгерпетической многоформной экссудативной эритемой. Не только появление рецидивов МЭЭ, но и начало заболевания довольно часто больные связывают с приемом сульфаниламидов, антибиотиков, пребыванием на холоде, обострением фокальной инфекции ЛОР-органов или полости рта. У детей моложе 5 лет заболевание, как правило, не встречается.

- **Клиническая картина МЭЭ** заболевания складывается из различной степени выраженности симптомов общего характера и проявлений на слизистой оболочке полости рта и коже. Заболевание начинается остро с появления чувства общего недомогания, разбитости, болей в мышцах и суставах. Некоторые больные отмечают головную боль и боль в глазных яблоках. Температура тела в этот период может достигать 38—39°С. Заболевшие успевают обычно получить несколько таблеток сульфаниламидов или антибиотиков, принимая свое состояние за «простудное» или острое респираторное заболевание, что не только ускоряет появление типичных для заболевания симптомов на коже и слизистых оболочках полости рта, но и влияет на их выраженность. Следует отметить, что в ряде случаев в процесс вовлекается только слизистая оболочка полости рта без поражения кожи.



- Кожные высыпания локализуются чаще на открытых участках тела; а также в межпальцевых промежутках рук, на коже лица, ушей и т.д. Вначале появляются пятна диаметром от 1 до 3—5 см, которые затем превращаются в синюшно-красные пузыри с западением в центре—кокарды. В полости рта наблюдается яркая гиперемия. Одновременно с кожными высыпаниями на слизистой оболочке полости рта появляются пузыри различных размеров. Как и на коже, появлению патологических элементов во рту предшествует чувство зуда и жжения, а затем возникает резкая болезненность.



Из-за специфических условий полости рта пузыри лопаются, что ведет к возникновению обширных кровоточащих эрозивных поверхностей с остатками мацерированных стенок пузырных образований. В дальнейшем на эрозивных поверхностях образуется налет, губы покрываются массивными кровянистыми корками. У больных повышена саливация, отмечается сладковатый, приторный запах изо рта. У многих больных в дальнейшем обнаруживается лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов. Слизистая оболочка десны, как правило, не вовлекается в процесс.



- Поражения слизистой оболочки резко болезненны, кровоточат даже при осторожном открывании рта, что приводит к отказу детей от пищи.
- Длительность и тяжесть болезни во многом зависят от того, возникает ли заболевание как рецидив или как впервые появившийся острый процесс. Однако даже при соответствующем лечении заболевание длится не менее 2—3 нед.



Синдрома Фиссенже—Рандю или Стивенса—Джонсона.

- Это заболевание характеризуется внезапным началом, высокой температурой, тяжелым общим состоянием. Наряду с поражением слизистой оболочки полости рта и кожи могут поражаться конъюнктивы глаз, слизистые оболочки носа, половых органов и анального отверстия. Дети бывают пассивны и адинамичны. Имеет место учащение пульса до 100 ударов в минуту и более, дыхание частое и поверхностное.
- При аллергическом обследовании ребенка обычно выявляется повышенная чувствительность его к одному или нескольким препаратам сульфаниламидного ряда или группе антибиотиков. Лечение таких детей должно предусматривать обязательную госпитализацию в педиатрический стационар (желательно с наличием отделения интенсивной терапии), так как без современного лечения, по данным многих авторов, в 20% случаев наступает летальный исход.



- **Общее лечение.** В плане общего лечения должна быть предусмотрена отмена причинных медикаментов и проведение дезинтоксикационной терапии: капельное введение изотонического раствора хлорида натрия, хлорида калия, реополиглюкина с глюконатом кальция, панангин, гемодез и др. Показано парентеральное введение антигистаминных препаратов и кортикостероидов в соответствующих возрасту ребенка дозах.
- **Местное лечение.** Местно в полости рта в зависимости от стадии процесса применяют 0,1% раствор протеолитических ферментов, растворы фурацилина и ромозулана, кортикостероидные мази, масляные растворы витамина А, мазь и желе солкосерила. Соответствующая местная терапия должна проводиться в области глаз, кожи и слизистой оболочки половых органов.

синдром Лайелла

- **Крайне тяжелой формой МЭЭ является синдром Лайелла [Lyell F., 1956], или эпидермальный токсический некролиз. Характерно острое начало заболевания с быстрым прогрессированием. На фоне тяжелого общего состояния на коже появляются крупные эритематозные пятна и пузыри. Происходит отслойка эпидермиса, что ведет к образованию сплошных эрозивных поверхностей, напоминающих диффузный ожог второй степени. Имеет место поражение слизистой оболочки полости рта, глаз, желудочно-кишечного тракта, половых органов, воздухоносных путей, а также внутренних органов.**

- МЭЭ у детей не вызывает обычно затруднений, так как заболевание проявляется у них преимущественно в тяжелой форме в виде описанных симптомов. В случае возникновения у ребенка симптомов неярко выраженной МЭЭ без типичных кожных поражений диагностика заболевания бывает затруднена. В таких случаях ее следует дифференцировать с красным плоским лишаем, истинной пузырчаткой и герпетическим дерматитом Дюринга.
- Для МЭЭ характерна сезонность, так как чаще всего она появляется впервые или рецидивирует весной, в отличие от названных выше заболеваний. При красном плоском лишае редко страдает общее состояние больного. Обнаружение клеток Тцанка при пузырчатке и их отсутствие при МЭЭ помогает провести дифференциальную диагностику этих двух заболеваний. При герпетическом дерматите Дюринга поражения слизистой оболочки полости рта возникают только после появления высыпаний на коже.
- Вялотекущую форму МЭЭ с локализацией очагов поражения только на слизистой оболочке полости рта необходимо дифференцировать со вторичным сифилисом. Необходимо провести для уточнения диагноза серологические исследования.

Лечение МЭЭ

- В острый период предусматривает назначение больным десенсибилизирующих препаратов, поливитаминов и местного применения кортикостероидных мазей в сочетании с антисептиками, протеолитическими ферментами и кератопластическими средствами. Взрослым больным нередко назначают внутрь кортикостероидные препараты. В отношении детей следует придерживаться принципа, что кортикостероиды внутрь или парентерально назначаются только при тяжелых формах заболевания в виде синдрома Стивенса—Джонсона или Лайелла в стационарных условиях по существу по жизненным показаниям. Дети с МЭЭ подлежат взятию на диспансерный учет с целью проведения комплекса оздоровительных мероприятий.

- В межрецидивный период рекомендуется прием препаратов, повышающих иммунологические защитные силы детского организма: метилурацил, пентоксил, нуклеинат натрия, левамизол, аскорутин, препараты кальция в соответствующих возрасту ребенка дозах. Важно исключить возможность приема медикаментов, которые способствовали возникновению предыдущих рецидивов.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!