

*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!**