

СРС

на тему

«Многоформная экссудативная эритема. Пузырчатка. Проявления в полости рта.»

Факультет: Общая медицина

Группа: 57-2

Студент: Есетова Г.А.

Преподаватель:

План:

1. Введение
2. Виды и этиология МЭЭ
3. Патогенез МЭЭ
4. Клиника МЭЭ
5. Лечение МЭЭ
6. Классификация пузырчатки
7. Клиника пузырчатки
8. Диагностика пузырчатки
9. Лечение пузырчатки
10. Литература



Введение

- Многоформная экссудативная эритема (erythema exudativum multiforme)- воспалительное заболевание слизистых оболочек и кожи, характеризующееся полиморфизмом элементов поражения (пузыри, пятна, волдыри).
- Пузырчатка – группа аутоиммунных заболеваний, относящихся к группе буллезных дерматозов, характеризующихся образованием пузырей на коже и слизистых и появлением циркулирующих антител класса IgG против кератиноцитов



Виды и этиология МЭЭ

- Виды многоформной экссудативной эритемы
- В зависимости от природы аллергена многоформную экссудативную эритему разделяют:
 - - инфекционно-аллергическую,
 - - токсико-аллергическую формы
- Этиология
- Этиологические факторы: при инфекционно-аллергической форме многоформной экссудативной эритемы у больных выявляется сенсibilизация к бактериальным и вирусным аллергенам. Источником сенсibilизации являются очаги хронической инфекции (тонзиллиты, отиты, гаймориты, холециститы). Факторами, провоцирующими начало заболевания, и его рецидивы являются переохлаждение, переутомление, обострение хронических соматических заболеваний (тонзиллит, бронхит, отит и др.).
- Причиной токсикоаллергической формы чаще являются медикаментозные препараты (антибиотики, НПВС, синтетические витамины и др.), а также пищевые и бытовые аллергены.



Патогенез МЭЭ

- В основе МЭЭ лежит иммунокомплексная реакция (III тип), которая проявляется полиморфными высыпаниями на слизистой оболочке полости рта (СОПР) и коже. При этом у 32% пациентов наблюдается изолированное поражение СОПР и красной каймы губ, а у 68% - сочетанное поражение кожи и слизистых оболочек.



Клиника МЭЭ

- **Характерно острое начало, как у инфекционного заболевания:** температура тела повышается до 39-40°C, развиваются симптомы интоксикации организма.
- **Типичные жалобы:** боль, жжение, першение во рту, невозможность приема пищи, ухудшение общего состояния, наличие высыпаний в полости рта и на коже и др.
- При осмотре на СОПР определяются обширные эрозивные поверхности, покрытые фибринозным белесым или серовато-желтым налетом. По краю эрозий наблюдаются обрывки пузырей, при потягивании которых отслоения здорового эпителия не происходит (отрицательный симптом Никольского). Имеет место первичный полиморфизм высыпаний: папулы, эритема, пузыри и пузырьки, после вскрытия которых образуются эрозии и афты).
- **В полости рта высыпания могут отличаться вариабельностью:** геморрагические проявления (пузыри с геморрагич. экссудатом, кровоизлияния, петехии и кровоточивость СОПР); язвенно-некротические (данные поражения обусловлены аллергической альтерацией СОПР, присоединением вторичной инфекции, усугубляются ухудшением гигиены и самоочищения полости рта из-за боли, что приводит к значительной интоксикации и появлению гнилостного запаха); катаральные (эритема и отек СОПР).





Рис. 1. Поражение красной каймы обеих губ и слизистой полости рта.



Клиника МЭЭ

- На коже характерны пятнисто-папулезные элементы высыпаний, которые слегка возвышаются над окружающей поверхностью. Центральная часть элемента впоследствии, после вскрытия папулы немного западает и приобретает синюшный оттенок, в то же время периферическая сохраняет розово-красный цвет, образуя «кокарду».
- **Излюбленные места локализации высыпаний при многоформной экссудативной эритеме:** тыльные поверхности кистей, стоп, разгибательные поверхности предплечий, голеней, локтевые и коленные суставы, ладони и подошвы. Отличительной особенностью токсико-аллергической формы многоформной экссудативной эритемы является отсутствие сезонных рецидивов, в анамнезе прослеживается связь с приемом лекарственных препаратов, после чего возникает рецидив.



Клиника МЭЭ

- **Синдром Стивенса-Джонсона** - тяжелая форма МЭЭ. При этомодномоментно поражаются СО полости рта, носа, глаз, мочеполовых органов, ж.к.т. и кожные покровы.
- **Синдром Лайелла или токсический эпидермальный некролиз** – наиболее тяжелая форма МЭЭ. При этом происходит вовлечение в процесс практически всех СО, в том числе внутренних органов, происходит поражение обширной кожной поверхности с отслоением эпидермиса, образованием геморрагических пузырей и последующим эрозированием.
- **Симптом Никольского** положителен только в области образования пузырей. Течение заболевания непрерывное, рецидивирующее, сопровождается дегидратацией, шоком, присоединением вторичной инфекции и септицемией.





Синдром Стивенса-Джонсона



Синдром Лайелла

Лечение МЭЭ

Общее лечение:

1. Устранение возможных аллергенов (лекарственных, микробных, пищевых и др.), что включает консультацию у аллерголога, педиатра, гастроэнтеролога и санацию хронических очагов фокальной инфекции);
2. Антигистаминные препараты, II,III,IV поколений внутрь (легкая форма) или парентерально (средней тяжести или тяжелом течении);
3. Стероидные гормоны показаны при среднетяжелой и тяжелой формах;
4. Нестероидные противовоспалительные средства показаны при гиперергической реакции (температура тела свыше 38,5-39°C);
5. Дезинтоксикационная терапия: обильное витаминизированное питье, энтеросорбенты при легкой и среднетяжелой формах. При тяжелом течении – парентеральное введение физиологического или плазмозамещающих растворов для восстановления электролитного баланса;
6. Антибиотикотерапия назначается строго по показаниям при инфекционно-аллергической форме и при присоединении вторичной инфекции.



Лечение МЭЭ

- Местное лечение:
 - аппликационное обезболивание (гель камистад, 3% взвесь анестезина в персиковом или другом индифферентном масле);
 - антисептическая обработка (р-ры фурацилина, фурагина, перекиси водорода, гивалекс, стоматидин и др.);
 - препараты протеолитических ферментов для устранения некротических тканей (трипсин, химотрипсин, мазь «Ируксол»);
 - рутин-содержащие препараты для размягчения и устранения геморрагических корок (гели венорутон, троксерутин, троксевазин);
 - противовоспалительные средства растительные (н-ки календулы, ромашки, тысячелистника, «Ромазулан», «Ротокан») или кортикостероидные мази («Флуцинар», «Ауробин»);
 - антигистаминные препараты местного действия (фенистил гель, псилобальзам, отвар, настой или масло череды);
 - кератопластические средства (масл. р-ры витаминов А, Е, каротолин, масло шиповника, облепихи, желе и мазь солкосерил).



Классификация пузырчатки

Различают 4 клинические формы пузырчатки (pemphigus): вульгарную; вегетирующую; листовидную; себорейную (эритематозную).

Чаще всего слизистая оболочка рта поражается при вульгарной пузырчатке (у 75% больных), поэтому она представляет наибольший интерес для стоматологов.

Вульгарная пузырчатка почти всегда начинается с поражения слизистой оболочки рта или гортани, а затем уже распространяется на кожу. Даже если заболевание начинается с поражения кожи, то впоследствии почти всегда выявляются поражения слизистой оболочки рта.



Клиника пузырчатки

- **ВУЛЬГАРНАЯ ПУЗЫРЧАТКА** (*pemphigus vulgaris*). Вульгарная, или обыкновенная, пузырчатка встречается значительно чаще других форм. Болеют этим заболеванием мужчины и женщины старше 35 лет, дети болеют очень редко. Этиология. Неизвестна. Существуют вирусная и аутоиммунная теории этого заболевания.
Клиническая картина. Поражение слизистой оболочки рта и губ при пузырчатке характеризуется образованием пузырей с серозным или геморрагическим содержимым, имеющих очень тонкую крышку. Вследствие постоянной мацерации в полости рта пузыри очень быстро вскрываются, поэтому увидеть их в полости рта удается крайне редко. Чаще обнаруживаются остатки бывшего пузыря. На месте пузырей образуются круглые или овальные эрозии, длительно не заживающие. Эрозии ярко-красного цвета располагаются на фоне неизменной или слегка воспаленной слизистой оболочки. Размеры эрозий при пузырчатке бывают различными — от небольшой ссадины до обширных поверхностей застойно-красного цвета. Налета на поверхности эрозий, как правило, нет либо может быть тонкий слой легко снимающегося фибринозного налета. Чаще всего эрозии локализуются на слизистой оболочке щек (особенно в ретромолярной области), нижней поверхности языка, неба и области дна полости рта.





Красный лишай полости рта листовидная
пузырчатка



Вульгарная пузырчатка

Клиника пузырчатки

- При отсутствии лечения появляются новые эрозии, которые, сливаясь между собой, образуют обширные эрозивные поверхности без склонности к заживлению. Боль довольно сильная, наиболее интенсивная при приеме пищи и разговоре. Эрозии быстро инфицируются, особенно в несанированной полости рта. Присоединение кокковой, грибковой флоры и фузоспирохетоза отягощает состояние больного, появляется специфический зловонный запах изо рта. Саливация усиливается. Слюна мацерирует углы рта, возникают болезненные трещины. На красной кайме губ, в углах рта также могут появиться пузыри и эрозии, покрытые геморрагическими корками. Иногда возникает охриплость, свидетельствующая о поражении гортани.



Клиника пузырчатки

- Симптом Никольского при пузырчатке, как правило, положительный. Существует три его разновидности:
- если захватить пинцетом крышку пузыря или верхний слой эпителия у края эрозии и потянуть, то происходит отслоение пленки эпителия на видимо неизменной здоровой слизистой оболочке и коже. Тонкая пленка эпителия очень непрочна и легко рассекается пинцетом;
- потирание неизменной на вид слизистой оболочки приводит к быстрому образованию пузырей или эрозий;
- если потереть участки, располагающиеся далеко от области поражения, то там также происходит отслаивание верхних слоев эпителия от нижележащих.
- Вторая и особенно третья разновидности симптома Никольского свидетельствуют об усилении интенсивности акантолиза.





MedUniver.com
Все по медицине...



Клиника пузырчатки

- Пузырчатка характеризуется волнообразным течением, периоды обострения сменяются периодами ремиссии, которые редко наступают спонтанно, чаще под влиянием лечения. Если процесс начался на слизистой оболочке рта, то в дальнейшем при отсутствии соответствующего лечения через 1—6 мес, иногда позднее он распространяется на кожу туловища, лица и конечностей. При этом общее состояние больного резко ухудшается, нарастает интоксикация, развивается кахексия и спустя 1—2 года после начала заболевания без лечения кортикостероидами больные умирают. Однако в связи с широким применением кортикостероидов в настоящее время такие случаи наблюдаются редко. Кортикостероидная терапия прерывает прогрессирующее течение пузырчатки, и наступает стадия ремиссии. Диагноз. Ставится на основании клинических проявлений, положительного симптома Никольского, результатов цитологического исследования и прямой реакции иммуно-флюоресценции.





Диагностика пузырчатки

- Цитологическое исследование. Наличие в них акантолитических клеток служит подтверждением диагноза акантолитической пузырчатки. Акантолитические клетки, или клетки Тцанка, представляют собой измененные клетки шиповатого слоя. Они имеют круглые очертания и по своему размеру меньше нормальных клеток шиповатого слоя (рис. 11.45). Ядро крупное относительно всей клетки, диаметр его составляет $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ и более диаметра клетки, окрашено в темно-синий цвет, часто имеющее от 1 до 6 и более светлых нуклеол. Цитоплазма клеток неоднородной окраски: светло-голубая вокруг ядра и темно-синяя по периферии. Акантолитическим клеткам свойствен полиморфизм в окраске, величине клеток и ядер. Встречаются гигантские многоядерные клетки — «монстры». В разгар заболевания количество акантолитических и многоядерных клеток резко увеличивается. Они сливаются в сплошной конгломерат полиморфных клеток. В период ремиссии и во время лечения кортикостероидами количество акантолитических клеток уменьшается.



Диагностика пузырчатки

- Патогистологические исследования. Показано, что основными морфологическими изменениями при акантолитической пузырчатке являются акантолиз и отек, в результате чего образуются внутриэпителиальные пузыри. Между клетками шиповатого слоя нарушаются связи — явление акантолиза, в результате чего происходит расплавление межклеточных мостиков, между клетками образуются щели, а затем пузыри. Дно таких пузырей, как и впоследствии поверхность эрозий, выстлано преимущественно акантолитическими клетками.



Лечение пузырчатки

- Для лечения пузырчатки в настоящее время применяют кортикостероидные и цитостатические препараты. Назначают преднизолон, метилпреднизолон (метипред, урбазон), дексаметазон (дексазон), триамцинолон (полькор-толон, кенакорт). В случае прекращения приема кортикостероидов, как правило, наступает рецидив, поэтому лечение больных пузырчаткой должно быть непрерывным, даже при полном отсутствии клинических проявлений заболевания. Преднизолон назначают в ударных дозах в зависимости от состояния больного по 50—80 мг в сутки, триамцинолон по 40—80 мг, дексаметазон по 8—10 мг. Такие высокие, так называемые ударные дозы, больные принимают до прекращения образования новых пузырей и почти полной эпителизации эрозий, после чего медленно уменьшают суточную дозу препарата. Метотрексат назначают одновременно с кортикостероидами 1 раз в неделю по 35—40 мг. Важное значение для быстрой эпителизации эрозий на слизистой оболочке имеет тщательная санация полости рта. При поражении красной каймы губ проводят аппликации и смазывания мазями, содержащими кортикостероиды и антибиотики, а также масляным раствором витамина А. В случае осложнения пузырчатки кандидозом применяют противогрибковые препараты.



Литература

1. Боголепов А.А. Пузырчатые и пузырьковые дерматозы // Клиника болезней кожи. М.;Л., 1931. - Т. 1. - С.230 – 287
2. Иегер Л. Клиническая иммунология и аллергология. М.: 1990. - Т3. - С.431
3. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. М.: Медицина, 1984, 398 с.
4. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М.: ОАО «Стоматология», 2001, 271 с.

