

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ (СИНДРОМА СТИВЕНСА–ДЖОНСОНА)

УДК 615.5–002.155–08
Поступила 22.02.2013 г.



Л.М. Лукиных, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии;
Н.В. Тиунова, к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии;
Н.В. Круглова, к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород, 603005, пл. Минина и Пожарского, 10/1

Приводится случай своевременной диагностики и успешного лечения синдрома Стивенса–Джонсона — системной аллергической реакции замедленного типа (иммунокомплексной), являющейся тяжелым вариантом течения инфекционно-аллергической формы многоформной экссудативной эритемы, при которой отмечается сочетанное поражение кожи, слизистых оболочек полости рта, конъюнктивы глаз и других органов.

Ключевые слова: многоформная экссудативная эритема; аллергическая реакция; синдром Стивенса–Джонсона.

English

A Case of Successful Treatment of Erythema Multiforme (Stevens–Johnson Syndrome)

L.M. Lukinykh, D.Med.Sc., Professor, Head of the Department of Therapeutic Dentistry
N.V. Tiunova, PhD, Associate Professor, the Department of Therapeutic Dentistry;
N.V. Kruglova, PhD, Tutor, the Department of Therapeutic Dentistry;

Nizhny Novgorod State Medical Academy, Minin and Pozharsky Square, 10/1, Nizhny Novgorod, Russian Federation, 603005

There has been represented a case of early diagnostics and successful treatment of Stevens–Johnson syndrome — systemic delayed allergic reaction (immune complex) — a severe course of allergic infectious form of erythema multiforme, which is characterized by combined irritation of skin, oral mucosa, eye conjunctive and other organs.

Key words: erythema multiforme; allergic reaction; Stevens–Johnson syndrome.

Синдром Стивенса–Джонсона — острый слизисто-кожно-глазной синдром, тяжелый вариант течения инфекционно-аллергической формы многоформной экссудативной эритемы. Развивается чаще у мужчин 20–40 лет (хотя описаны случаи развития и у трехмесячных детей) в результате воздействия на организм бактериальных или медикаментозных антигенов, провоцирующих образование иммунных комплексов, которые повреждают сосудистые стенки и оседают на

базальных мембранах эпидермиса и слизистых оболочек, вызывая полиморфные образования на коже и слизистых оболочках различных органов. При поражении слизистых оболочек внутренних органов могут формироваться стеноз пищевода и сужение мочевыводящих путей. Слепота вследствие вторичного тяжелого кератита регистрируется у 3–10% больных. Летальность при синдроме Стивенса–Джонсона составляет 3–15%.

Для контактов: Круглова Наталья Валерьевна, тел. раб. 8(831)419-78-52, тел. моб. 8-910-385-88-79; e-mail: kruglov_37@mail.ru

Приводим клинический пример успешного лечения своевременно диагностируемого случая многоформной экссудативной эритемы.

Пациент Н., 30 лет, 10.12.2012 г. был направлен на консультацию в стоматологическую поликлинику НижГМА с жалобами на высыпания в полости рта, боль при приеме пищи и разговоре. Считает себя заболевшим 10 дней назад, когда решил пролечить острое респираторное заболевание самостоятельно приемом одной таблетки сумамеда и водки с перцем, после чего появилась высокая температура — 38,6°C, высыпания в полости рта и на конъюнктиве глаз. Перенесенных и сопутствующих заболеваний не отмечает, аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты отрицает.

Данные внешнего осмотра: гиперемия, отек, покраснение конъюнктивы и склеры обоих глаз, светобоязнь. Лимфатические узлы (подчелюстные, подподбородочные, шейные) увеличены, подвижны, пальпация болезненна. Красная кайма нижней губы, слизистая оболочка носа и кожа крыльев носа сухие, покрыты геморрагическими чешуйко-корками и корками.

Данные осмотра полости рта: галитоз, коэффициент КПУ — 2, прикус прямой, индекс гигиены по Green-Vermillion — 3,5 балла. Слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована; тотальная эритема, множественные болезненные эрозии, покрытые фибринозным налетом, занимают 60% площади слизистой оболочки полости рта. По краям крупных эрозий обрывки пузырей, симптом Никольского отрицательный, симптом Кебнера положительный, симптом «залипания» зеркала положительный (рис. 1).

Диагноз: «многоформная экссудативная эритема; синдром Стивенса–Джонсона».

Рекомендованное общее лечение включало:

1. Дезинтоксикационную терапию: внутривенно капельно реополиглюкин и/или Гемохес — 400 мл, преднизолона — 30 мг, ежедневно, 5 процедур.

2. Тиосульфат натрия 30% раствор — 10 мл внутривенно, медленно, ежедневно, 10 процедур.

3. Полиоксидоний — 6 мг, внутримышечно, 5 процедур через день.

4. Солкосерил — 2 мл, внутримышечно, ежедневно, 25 процедур.

5. Мильгамма — 2 мл, внутримышечно, через день, 10 процедур.

6. Тавегил по 1 таблетке 3 раза в день в течение 7 дней; далее по 1 таблетке 2 раза в день в течение 7 дней, затем по 1 таблетке 1 раз в день в течение 2 нед.

7. Деринат 0,25% раствор — закапывать по 2–3 капли в каждую ноздрю и полость рта 3 раза в день в течение 4 нед.

8. Консультацию, лечение, динамическое наблюдение у врача-окулиста с целью оптимизации лечения.

9. Гипоаллергенную диету (жидкая, протертая, нераздражающая пища, обильное питье).

В качестве местного лечения рекомендованы следующие процедуры:

1. Рациональная гигиена полости рта. Зубы чистить 2 раза в день, утром после завтрака и на ночь, в течение



Рис. 1. Пациент Н. Множественные эрозии и обрывки пузырей на слизистой оболочке губ при синдроме Стивенса–Джонсона до лечения

3–4 мин, что составляет 400–450 парных движений зубной щеткой. Желательно использовать зубную пасту для чувствительных зубов, зубную щетку средней жесткости. После каждого приема пищи зубы очищать с помощью зубной щетки и гигиенической зубной пасты в течение 1–2 мин.

2. Аппликации 0,25% раствора Дерината на проблемные участки слизистой оболочки полости рта на 40 мин 2 раза в день, в течение 2 нед.

3. Дентальную адгезивную пасту «Солкосерил» наносить на проблемные участки слизистой оболочки полости рта 2 раза в день, утром после завтрака и на ночь.

4. Аппликации 0,1% раствора фермента (трипсин, лизоцим) на 10 мин, 1 раз в день, утром после завтрака.

Явка больного назначена через 7 дней с целью коррекции лечения.

18.12 — повторное посещение стоматологической поликлиники. Пациент выписан из стационара, где находился на лечении в течение 7 дней. Жалоб нет, отмечает улучшение. Данные внешнего осмотра: без особенностей.



Рис. 2. Пациент Н. Слизистая оболочка губ и преддверия полости рта после лечения

Данные осмотра полости рта: слизистая оболочка полости рта гиперемирована. Эрозии на слизистой оболочке полости рта на стадии эпителизации.

Пациенту проведена профессиональная гигиена полости рта с использованием ультразвукового скейлера, абразивной пасты Detartrine Z. Рекомендовано продолжать общее и местное лечение по схеме. Назначена явка через 7 дней для осмотра полости рта.

15.01 — повторное посещение. Жалоб нет. Данные осмотра полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, чистая (рис. 2).

Пациенту даны рекомендации: принимать лекарственные средства только по назначению врача, провести ал-

лергологические пробы на непереносимость лекарственных препаратов и пищевых продуктов, ежегодно (осенью и весной) осуществлять мероприятия, направленные на повышение иммунитета, принимать иммуномодуляторы по назначению врача-иммунолога.

Несмотря на сложность состояния пациента, своевременная диагностика заболевания, рациональная комплексная медикаментозная терапия, тщательный уход и динамическое наблюдение за его здоровьем позволили в кратчайшие сроки вылечить многоформную экссудативную эритему (синдром Стивенса–Джонсона) без развития осложнений.