

Занятие: « Пузырные дерматозы»



для студентов стоматологического
факультета

Многоформная экссудативная эритема

Erythema Exsudativum Multiforme

— острый воспалительный дерматоз инфекционно- или токсико-аллергической природы, для которого характерно острое начало, поражение слизистой оболочки полости рта и кожи, а также полиморфизм высыпаний (пятна, папулы, волдыри, пузырьки, пузыри).

Клинические формы

- Токсико-аллергическая

 **ФИКСИРОВАННАЯ**

 **РАСПРОСТРАНЕННАЯ**

- Инфекционно-аллергическая
- Синдром Стивенсона-Джонсона

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Инфекционно-аллергическая форма

- Наличие очагов хронической инфекции челюстно-лицевой области (тонзиллит, гайморит, парадонтит и др.) И повышенная чувствительность к бактериальным антигенам - стафилококку, стрептококку, кишечной палочке.
- Вторичный иммунодефицит. (снижение IgA, являющегося одним из представителей "первой линии обороны" кожи и в большей степени слизистых оболочек, патология клеточного звена иммунитета).
- Анемии, авитаминоз.
- Персистенция вируса простого герпеса 1 и 2 типа.

Токсико-аллергическая форма

- Прием медикаментов из группы сульфаниламидов (бисептол, сульфасилозин), барбитуратов (фенобарбитал), сердечных гликозидов (коргликон, строфантин), жаропонижающих (НПВС), контрацептивов и биологически активных добавок.

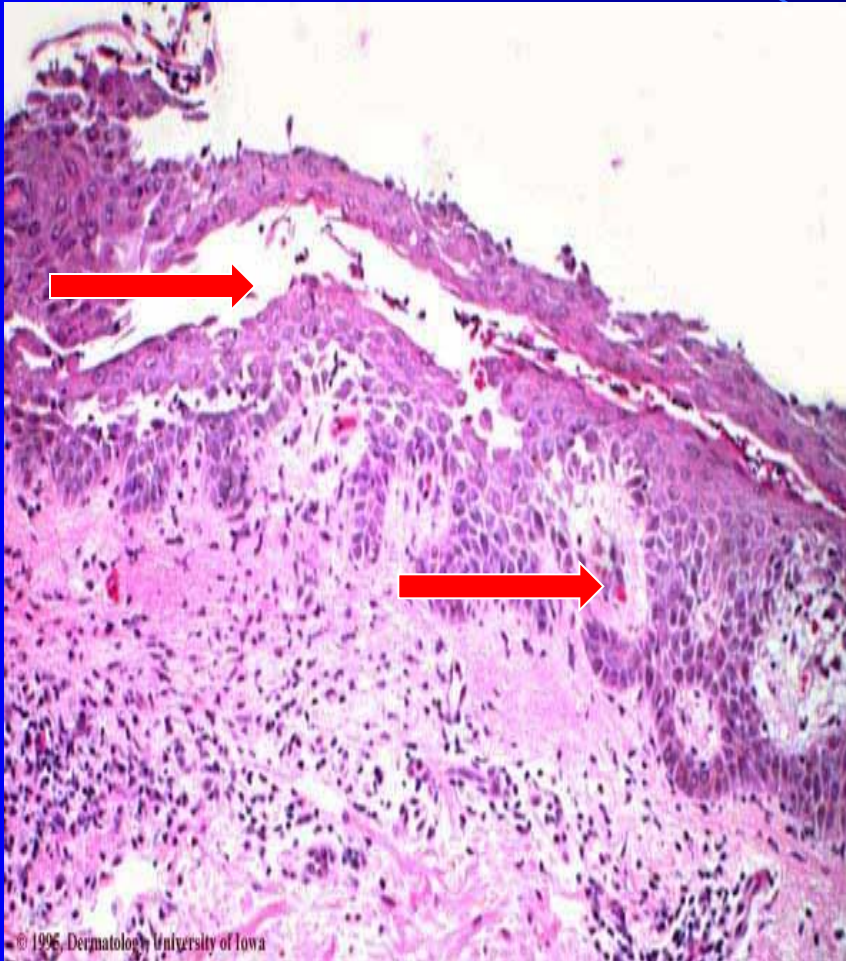
Патогенез:



Основной механизм при развитии МЭЭ это **III тип аллергической реакции** – реакция (феномен) Артюса.

С позиции аллергологии МЭЭ - смешанная реакция с чертами гиперчувствительности немедленного и замедленного типа.

Патогистология:

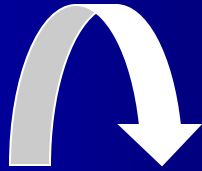


- Морфологический субстрат - лимфоцитарный инфильтрат вокруг сосудов дермы, с небольшой примесью эозинофилов или нейтрофилов.
- Базальный слой: внутри- и внеклеточный отек, отслойка эпидермиса с образованием субэпидермального пузыря .
- Признаки баллонной дистрофии, вакуольная дегенерация и экстравазация эритроцитов.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

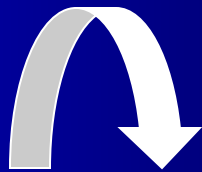
Анамнез:

Токсико-аллергическая форма



связь с приемом фармакологических средств

Инфекционно-аллергическая форма



недавно перенесенное ОРВИ, герпетическая инфекция или наличие хронического очага воспаления (тонзиллит), сезонность рецидивов (весна-осень)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИАФ

Жалобы:

- выраженная слабость, ломота в суставах, мышцах;
- длительная лихорадка;
- высыпания на коже;
- высыпания слизистых оболочках;

Если поражается слизистая полости рта, то больные отмечают:

- болезненность при принятии пищи, разговоре;
- гиперсаливация;

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИАФ

Течение заболевания:

- **Острое начало заболевания с нарушением общего состояния и симптомами общего недомогания**
- **Повышение температуры тела до 38-40 С и**
- **Через 1-2 дня на фоне температуры появляются симметричные высыпания на коже верхних и нижних конечностей, лица, слизистых в виде мишеней или "кокард".**
- **Характерен истинный полиморфизм высыпаний.**

Истинный полиморфизм – это состояние КОГДА на одном участке кожи в данный момент времени можно увидеть несколько первичных элементов.

- Пятна
- Папулы
- пузыри







КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТАФ

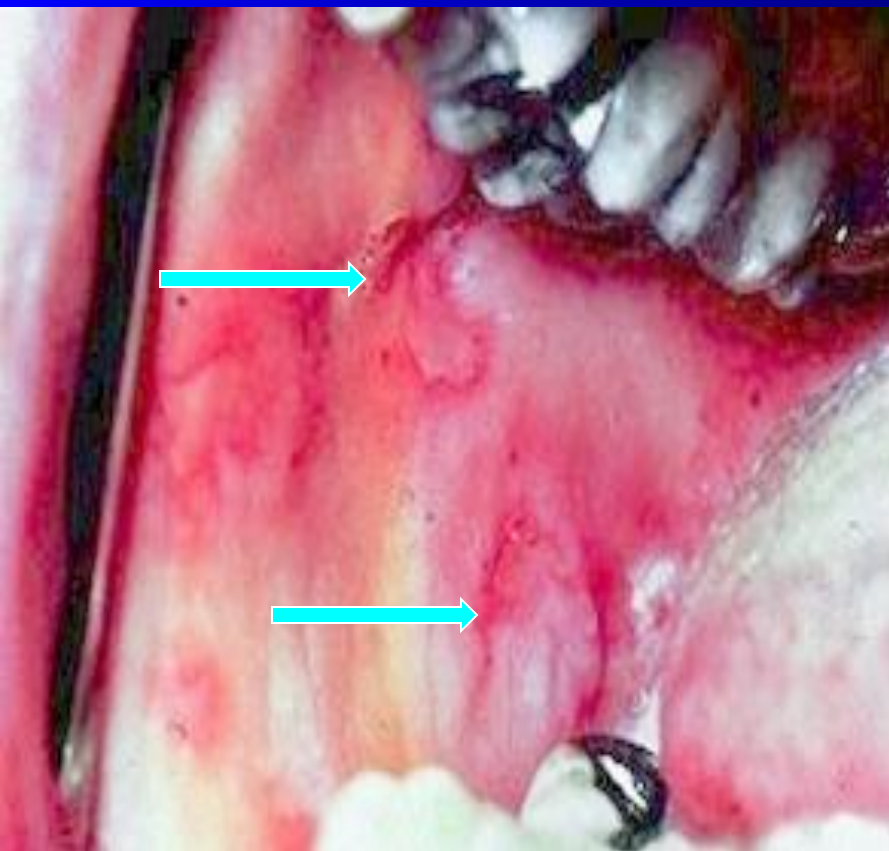
- Возникновение высыпаний после приема каких-либо медикаментов или химических веществ (НПВС, сульфаниламиды, консерванты, пищевые красители)
- Поражение преимущественно слизистых оболочек полости рта или аногенитальной зоны
- Высыпания могут носить фиксированный характер или диссеминированный
- Температурная реакция незначительная
- Высыпания полиморфного характера

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

(на слизистой оболочке полости рта)

- Внезапное появление разлитой или ограниченной отечной эритемы (затрагивается красная кайма губ).
- Спустя 1-2 дня на этом фоне образуются пузыри, с плотной крышкой геморрагическим содержимым, которые существуют 2-3 дня, затем вскрываются.
- На месте пузырей возникают очень болезненные эрозии, которые могут сливаться в сплошные эрозивные очаги, иногда захватывающие значительную часть СОПР и губ. Эрозии покрываются фибринозным налетом, при снятии которого обнажается кровоточащая поверхность. По краю некоторых эрозий в первые дни после вскрытия пузырей можно видеть серовато-белые обрывки эпителия, которые являются остатками крышек пузырей. На поверхности эрозий, расположенных на красной кайме губ, образуются кровянистые корки, которые затрудняют открывание рта.
- Симптом Никольского отрицательный.

МЭЭ (поражение СОПР и красной каймы губ)





Синдром Стивенсона –Джонсона (острый слизисто-кожно-глазной синдром)

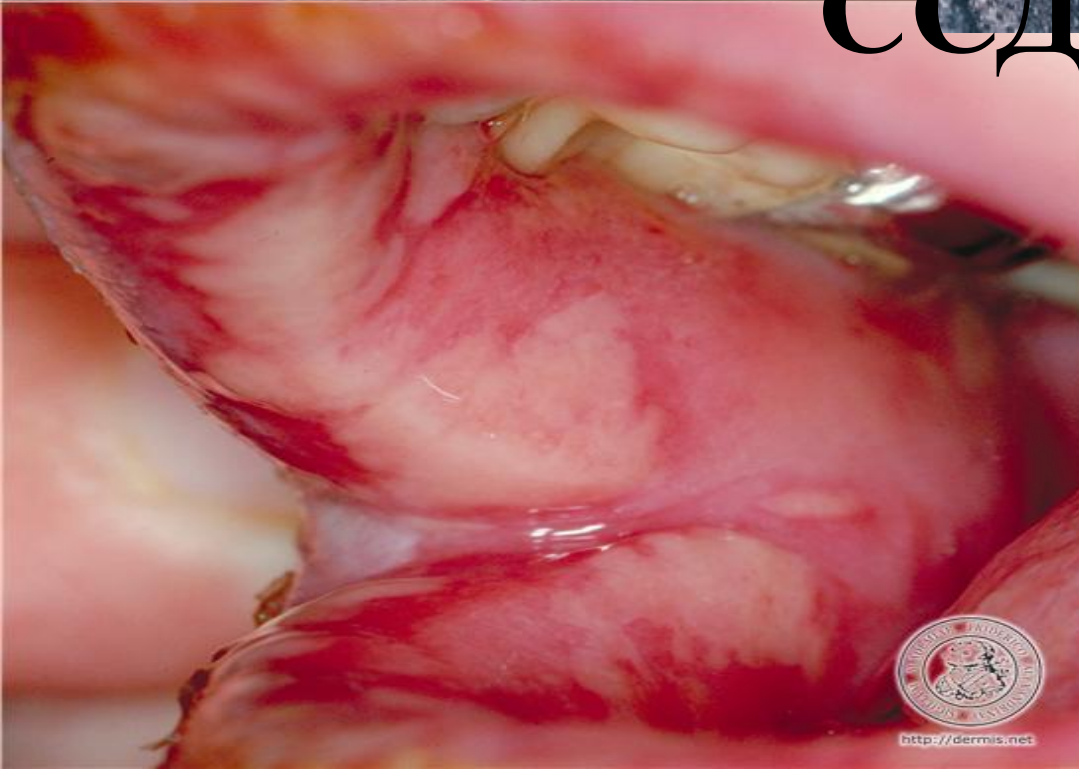
- **Гиперергическая реакция организма в ответ на введение какого-либо чужеродного агента.**
- **Начало заболевания сопровождается очень высокой температурой (39- 40°С), которая очень медленно снижается и в течение 3-4 недель остается субфебрильной.**
- **Резко выражена интоксикация организма.**
- **Высыпания появляются одновременно на большинстве слизистых оболочек и на коже.**
- **Открытые эрозивные поверхности вторично инфицируются многочисленной микрофлорой полости рта.**
- **Появляется налет на зубах и языке, неприятный запах изо рта.**
- **Пациент истощается. (редко возможен летальный исход)**

Синдром Стивенсона –Джонсона (острый слизисто-кожно-глазной синдром)

- Поражается конъюнктура глаз (пузыри, эрозии), признаки кератоконъюнктивита, кожа век резко отечна, покрыта пузырями и корочками. Кератит и паноптальмит в тяжелых случаях заканчиваются слепотой.
- Слизистая оболочка рта, губ, язык отечны, имеются вялые пузыри, пузырьки, эрозии, язвы. Поражается очень большая поверхность слизистой оболочки рта, что делает почти невозможным прием пищи, даже жидкой. Губы покрываются кровянисто-гнойными корками.
- В периферической крови – (иногда) изменения, соответствующие картине острого воспалительного процесса: лейкоцитоз, в лейкоцитарной формуле сдвиг влево, ускоренная СОЭ.



ССД



<http://dermis.net>

<http://dermis.net>

**Дифференциальный диагноз ССД проводят с
Синдромом Лаелла
(острый токсический эпидермальный некролиз)**



Дифференциальная диагностика МЭЭ

- **Пузырчатка** (положительный симптом Никольского, акантолиз);
- **Пемфигоид** (менее острое течение, нет общей симптоматики, большое число эозинофилов в пузырной жидкости);
- **Вторичный сифилис** (гиперемия в виде ободка, бледные трепонемы в мазках при микроскопии, отсутствие субъективных ощущений);
- **КПЛ** буллезная и эрозивно-язвенная форма
- **Герпетический стоматит**

Пузырчатка

- + СИМПТОМ Никольского
- Эрозии не склонные к самостоятельной эпителизации
- Пузыри, локализующиеся на неизменённой слизистой
- Мономорфизм высыпаний
- ПРИФ -свечение шиповатого слоя
- Обнаружение акантолитических клеток



Герпетический стоматит

- Первичный элемент — микровезикула (Сгруппированные пузырьки, располагающиеся на отечном эритематозном фоне).
- Сгруппированные полигональной формы эрозии
- Жжение, зуд
- Обнаружение вируса простого герпеса 1-го типа



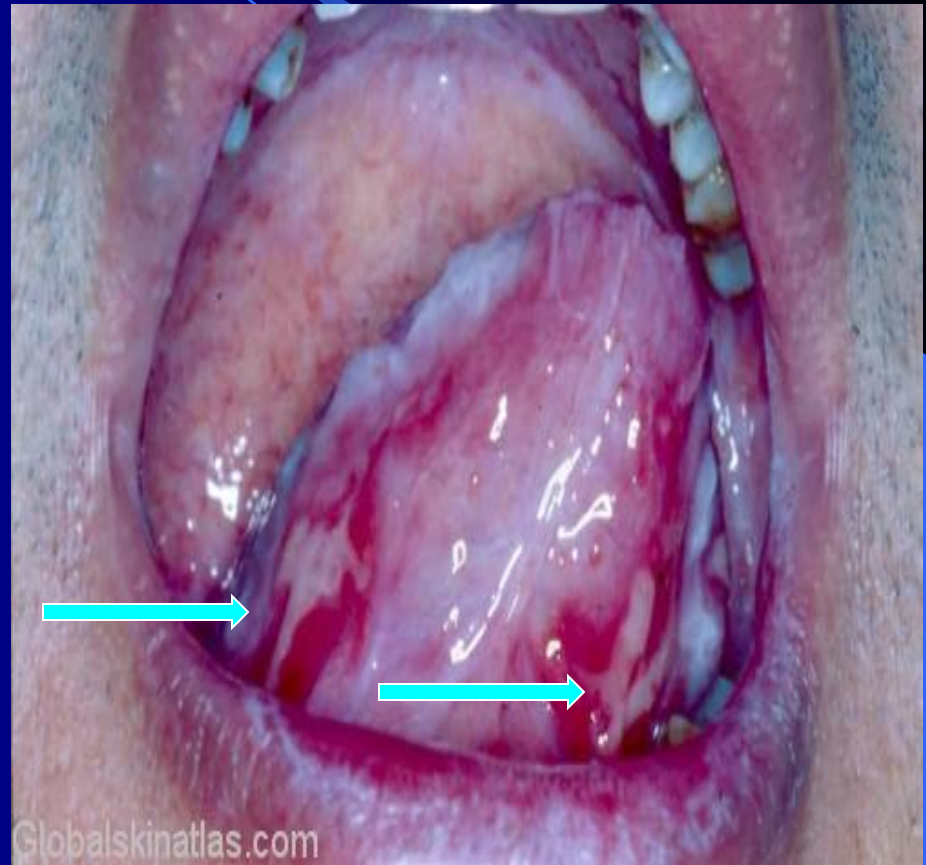
Пемфигоид

- Возраст от 60 лет и старше
- Пузыри возникают на эритематозном и не изменённом фоне на коже и слизистых
- ПРИФ свечение базального слоя
- НПРИФ выявление IgG



КПЛ эрозивно-язвенная форма

- Множественные эрозии/язвы неправильных очертаний, покрытые фибринозным налетом;
- Типичные папулы белесоватого цвета по периферии;
- Длительное отсутствие эпителизации;
- Отсутствие температуры;



План клинического обследования больного МЭЭ

1. Клинический анализ крови и мочи;
2. РМП;
3. Мазок-отпечаток на выявление акантолитических клеток;
5. Обследование органов и систем с целью выявления очагов хронического воспаления;
6. Рентгенологическое обследование для выявления очагов одонтогенной инфекции;
7. Исследование иммунного статуса;

Лечение ТАФ:

Отмена лекарственного препарата,

- Десенсибилизирующие (тиосульфат натрия -10 мл 30%-ного раствора внутривенно ежедневно 8-10 инъекций), гемодез 450мл в\в кап. №5-10, реополиглюкин.
- Антигистаминные (ксизал, эриус, кларитин – по 1 табл 1 р\д 10 дней)
- Кортикостероидные препараты (преднизолон по 20-30 мг в сутки в течение 5-7 дней до полной отмены (дипроспан 1мл в\м 1-2 р в 10дн; триамцинолон или дексаметазон в соответствующих дозах) – при тяжелых формах МЭЭ (ССД)

Лечение ИАФ:

- **НПВС** (салицилат натрия, ацетилсалициловая кислота по 1-2 таб. 2 р\д) при выраженной температурной реакции)
- **Витаминотерапия:** витамины группы В, С, никотиновая кислота
- **Антибиотикотерапия** (суммамед, ампициллин, ампиокс, оксациллин натрия, линкомицин, олететрин) или противовирусные (ацикловир, валацикловир) препараты
- **Иммунокоррекция** (тималин, декарис, полиоксидоний- по показаниям), биогенные стимуляторы (женшень, настойка лимонника, элеутеракока
- **Диета** (не раздражающая, гипоаллергенная))

Местное лечение

- ▶ **Обезболивание** (аппликации, ротовые ванночки) - растворы лидокаина, тримекаина, пиромекаина, тримекаина с гексаметилентетрамином (1:2), 10% взвесь анестезина в масле (персиковом, оливковом), пиромекаиновая мазь.
- ▶ **Антисептики** (растворы перманганата калия, фурацилина, этакридина лактата, хлорамина, хлоргексидина, настойки календулы (1 ч.л. на стакан воды)).
- ▶ **Анилиновые красители** (метиленовая синь, фукарцин) – тушировать эрозии 1 раз в день 2 -4 дня.
- ▶ Аппликации ГКС мазей (преднизолоновая, локоид, лоринден, адвантан, полькортолон).
- ▶ **Эпителизирующие препараты** (масляный раствор витамина А, масло шиповника, каратолин, линимент тезана, солкосерил (желе, мазь), метилурацил, актовегин, витадент, холисал.