

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруков В. М., Григорянц Л. А. Опыт использования препарата Кетанов при одновременном сочетании применении с местными анестетиками и средствами для внутривенной анестезии // *Стоматология*. – 2003. – № 4. – С. 67.
2. Буров Н. Е. Кеторолак как компонент общей анестезии и послеоперационной аналгезии // *РМЖ*. – 2011. – № 32. – С. 2038–2044.
3. Вейсгейм Л. Д., Дубачева С. М., Гаврикова Л. М. Комплексное купирование болевого синдрома в периоде адаптации после стоматологического лечения // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2016. – № 4–2. – С. 365–367.
4. Местный иммунитет стоматологических пациентов с гальванозом полости рта / Д. В. Михальченко, А. В. Жидовинов, А. В. Михальченко и др. // *Журнал фармацевтических исследований. Биологические и химические науки*. – 2014. – Т. 5, № 5. – С. 712–717.
5. Мониторинг локальных адаптационных реакций при лечении пациентов с дефектами краниофациальной локализации съёмными протезами / Д. В. Михальченко, А. А. Слётов, А. В. Жидовинов и др. // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 4. – С. 407.
6. Никода В. В. Послеоперационная боль: применение нестероидных противовоспалительных средств [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medi.ru/a792204htm>.
7. Николаев А. В., Войцкикий В. Е., Кузнецов Д. И. Обезболивание пациентов пожилого возраста в онкологической клинике в послеоперационном периоде // *Актуальные вопросы медицины: сб. науч.-практ. работ по материалам муниципальной клинической больницы № 1*. – Новосибирск, 2000. – Т. 4. – С. 117–119.
8. Овечкин А. М., Свиридов С. В. Послеоперационная боль и обезболивание: современное состояние проблемы. Региональная анестезия и лечение острой боли. – 2006. – № 13. – С. 8.
9. Фомичев Е. В., Сербин А. С. Лечение послеоперационной боли у челюстно-лицевых больных пожилого возраста // *Лекарственный вестник*. – 2013. – Т. 7, № 2 (50). – С. 9–14.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

С. Н. Щава, Е. А. Сердюкова

Кафедра дерматовенерологии ВолгГМУ

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) – острое заболевание кожи и слизистых с полиморфными высыпаниями и склонностью к рецидивам преимущественно в осенний и весенний периоды [2]. Возникает в основном у молодых людей и лиц среднего возраста [1]. Точные механизмы МЭЭ до конца не изучены. Известно, что в патогенезе принимают участие иммунологические механизмы: заболевание рассматривают как гиперергическую реакцию на кератиноциты [3]. В сыворотке крови выявляют ЦИК, а в стенках сосудов дермы отложение IgM и C3-компонента комплемента. МЭЭ связывают с сенсибилизацией организма к различным лекарственным препаратам или развитием на фоне некоторых инфекционных заболеваний [4]. Таким образом, различают 2 формы: токсико-аллергическую (симптоматическую) форму и инфекционно-аллергическую (идиопатическую). Токсико-аллергические варианты многоформной экссудативной эритемы занимают всего лишь до 20 % от всех случаев заболевания, в то время как основная их масса связана с воздействием

инфекционных агентов, хотя по другим данным инфекционно-аллергическая форма встречается более, чем в 93 % [1]. По литературным данным, за последние 15 лет описывают в основном токсико-аллергическую форму [5, 6]. В 50 % случаев провокатор (инфекционный или токсический агент) выявить не удается. Появились данные о влиянии вируса простого герпеса на возникновение инфекционно-аллергической формы МЭЭ [7]. Инфекционно-аллергическая форма сопровождается острым началом и признаками интоксикации в виде головной боли, повышения температуры, недомогания и т. д. В то время как токсико-аллергическая форма не имеет общих симптомов и сезонности. Хотя клинические проявления одинаковы для 2 форм и проявляются в виде пятнисто-папулезных и буллезных проявлений.

Высыпания могут быть обильными и скудными. Только на слизистой полости рта МЭЭ встречается у 5 % пациентов, у 30 % пациентов наблюдаются поражения на коже и слизистой полости рта, редко встречается

на гениталиях. Никогда не поражается волосяная часть головы. Диагностику МЭЭ проводят на основании клинической картины. Дополнительных критериев, подтверждающих это заболевание, нет. Встречается она чаще, чем диагностируется. Это связано с разными причинами, в основном с нетипичной клинической картиной и скудной симптоматикой. Иногда поражения на слизистой полости рта ограничиваются несколькими элементами и не сопровождаются общими явлениями. Такую форму часто принимают за токсико-аллергическую форму МЭЭ или вообще за другое заболевание (токсикодермию, крапивницу). В лечении инфекционно-аллергической формы важным являются антибиотики, а при токсико-аллергической – глюкокортикостероиды [8].

Приводим собственное наблюдение. Ж., 60 лет, обратилась с жалобами на высыпания во рту, жжение. Заболела впервые, заболевание ни с чем не связывает. Болея несколько месяцев. Появление заболевания связывает с лечением зубов (лечила, протезировала, были использованы обезболивающие препараты, пломбировочный материал). Обра-



Рис. 1. Высыпания при МЭЭ в полости рта

При пальпации отмечает небольшую болезненность. Кожный процесс носит симметричный характер. Общее самочувствие хорошее. Температура тела 36,6°. Выставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема. Несмотря на отсутствие общих проявлений и учитывая частое рецидивирование, неэффективность глюкокортикостероидов, ранее было принято решение о назначении антибиотиков: амоксициллин по 1 000 мг 2 раза в сутки 7 дней, 30 % раствор тиосульфата натрия по 10 мл внутривенно № 10, раствор тавегила

щалась к лечащему врачу-стоматологу. Выставлялись диагнозы: контактно-аллергический стоматит, токсикодермия, герпетический стоматит. Назначалась наружная противовоспалительная терапия, антигистамины и даже сделана инъекция дипроспана. Лечение оказывало временный эффект.

Через некоторое время (7–10 дней) высыпания рецидивировали, причем локализовались в одном и том же месте на слизистой полости рта, что заставляло думать о простом герпесе. Но когда высыпания появились на коже, пациентка обратилась к дерматовенерологу. На момент осмотра лекарственных препаратов не принимала и ранее заболеваниями кожи не страдала.

При осмотре: на слизистой полости рта в области щеки имеется эрозия округлой формы, небольших размеров, примерно с ногтевую пластинку, розового цвета с обрывками эпителия по периферии (рис. 1).

На наружной поверхности коленных и локтевых суставов имеется обильная сыпь в виде розово-синюшных пятен небольших размеров, склонных к слиянию. Вторичных элементов нет (рис. 2).



Рис. 2. Поражение кожных покровов при МЭЭ

(клемастина гидрофулат) по 2 мл внутримышечно № 5. Местно: качественная гигиена полости рта (раствор «Паронтал» по 15 капель 3 раза в сутки 7 дней), аппликации бальзама Караваяева (витаон), на очаги поражения на коже – мазь «Адвантан» (метилпреднизолон ацепонат) 1 раз в сутки 7 дней.

После проведенного лечения патологический процесс на коже и слизистой полости рта разрешился.

Таким образом, правильно поставленный диагноз и адекватно назначенная терапия

привели к выздоровлению пациентки и стойкой ремиссии.

Выводы. Инфекционно-аллергическая форма МЭЭ может протекать со скудными клиническими проявлениями, без признаков

интоксикационного синдрома, что затрудняет диагностику заболевания и не позволяет назначить правильную патогенетическую терапию (антибиотики).

ЛИТЕРАТУРА

1. Вольф К., Лоуэлл А., Голдсмит Стивен И. и др. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. – М.: Изд-во Бином, 2012. – С. 372.
2. Иванов О. Л., Халдина М. В. Многоформная эксудативная эритема клинические, иммунологические и терапевтические особенности // Лечащий врач. – 2009. – № 3.
3. Новиков Д. К., Сергеев Ю. В., Новиков П. Д. Лекарственная аллергия. – М., 2001.
4. Рубинс А. Дерматовенерология. Ил. Рук-во. – М.: ООО «Изд-во Панфилова», 2011. – С. 216.
5. Erythema multiforme Due to Hyaluronic Acid (Go-On) / M. Calvo, P. Tornero, M. De Barrio, et al. // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. – 2007. – Vol. 17 (2). – P. 127–128.
6. Exudative erythema multiforme with transition to a toxic epidermal necrolysis after taking aceclofenac (Beofenac) / C. Ludvid, T. Brinkmeier, P. Frosch // J. Deutsche medizinische Wochenschrift (1946). – 2003. – Vol. 128, № 10. – P. 487.
7. Herpes associated erythema multiforme / K. A. Kamala, L. Ashok., G. Rajeshwari // Annigeri Contemp. Clin. Dent. – 2011. – № 2 (4). – P. 372–375.
8. Recurrent erythema multiforme: Clinical features and treatment in a large series of patients / J. K. Schofield, F. M. Tatnall, I. M. Leigh // Br. J. Dermatol. – 1993. – Vol. 128. – P. 542.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА У ДЕТЕЙ

Е. А. Сердюкова, В. В. Попов

Кафедра дерматовенерологии ВолгГМУ

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) (синонимы: болезнь Кебнера, механо-буллезная болезнь Гольдшейдера, наследственная пузырчатка Брока, буллезный наследственный кератолиз Терека, *pemphigus traumaticus*, *bullosis mechanica hereditaria*, *acantolysis bullosa*, *acanthokeratolysis bullosa*) – неоднородная по клиническим проявлениям и генетически группа наследственных заболеваний кожи и слизистых оболочек, которая характеризуется появлением пузырей после даже незначительного механического воздействия на кожу, а при некоторых формах – спонтанно.

Впервые ВБЭ был описан Ф. Небра как наследственный дерматоз, затем в 1886 году Н. Кобнер предложил называть данный дерматоз «наследственный буллезный эпидермолиз» [3].

В настоящее время в России частота встречаемости ВБЭ составляет 1:50 000–1:300 000, формы с легким течением встречаются с частотой 1:50 000 родов, более тяжелые формы – 1:500 000, а прогнозируемое

ежегодное количество случаев 14–34 на 1,7 млн новорожденных [6, 7].

Этиология и патогенез ВБЭ до настоящего времени малоизучены, причиной развития всех форм ВБЭ являются многочисленные генные мутации в различных хромосомах, в настоящее время выявлено более 1 000 мутаций в 15 генах структурных белков кожи [9]. В результате этих мутационных изменений происходит активация протеиназ, повышение активности коллагеназы, повреждение крепящих тонофиламентов и гипоплазия полудесмосом [2, 3, 5].

ВБЭ – неоднородная группа, в настоящее время выделено более 20 его разновидностей (подтипов). В основу классификации положен ультраструктурный анализ повреждений, проводимый с помощью электронной микроскопии [2]. Все известные формы разделены на три группы:

1) *эпидермолитическая*, которая характеризуется образованием пузырей на уровне эпителиоцитов базального слоя за счет дезинтеграции и цитолиза кератиноцитов