

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
с курсом детской стоматологии

МНОГОФОРМНАЯ ЭКСУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА: ЛЕЧЕНИЕ

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО
2020

УДК 616.511.4-036.1-08(075.9)

ББК 55.83я73

М 73

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»
протокол № 9 от 20.12.2019

Авторы:

Рубникович С.П., заведующий кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом детской стоматологии, доктор медицинских наук, профессор

Андреева В.А., доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом детской стоматологии, кандидат медицинских наук

Бинцаровская Г.В., доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом детской стоматологии, кандидат медицинских наук

Валеева З.Р., старший преподаватель кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом детской стоматологии

Кузьменко Е.В., доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом детской стоматологии, кандидат медицинских наук

Рецензенты:

Жаркова О.А., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ФПК и ПК учреждения образования «Витебский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук

3-я кафедра терапевтической стоматологии Учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»

М 73

Многоформная экссудативная эритема: лечение: учеб-метод. пособие /С.П. Рубникович [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2020. – 18 с.

ISBN 978-985-584-427-4

В учебно-методическом пособии представлены общие принципы этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения многоформной экссудативной эритемы. Описаны схемы применения местных препаратов для лечения многоформной экссудативной эритемы при диагностике патологии на стоматологическом приеме.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Стоматология», «Стоматология детская», слушателей повышения квалификации из числа врачей-стоматологов, а также клинических ординаторов и врачей-интернов.

УДК 616.511.4-036.1-08(075.9)

ББК 55.83я73

ISBN 978-985-584-427-4

© Рубникович С.П., [и др.], 2020

© Оформление БелМАПО, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МЭЭ	5
СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА (STEVENS-JOHNSON-SYNDROM (SJS)	12
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	17

ВВЕДЕНИЕ

Комплексное (местное и общее) лечение пациентов с многоформной экссудативной эритемой (далее – МЭЭ) состоит из этиотропного, патогенетического и симптоматического. Для постановки и подтверждения диагноза необходима консультация и обследование у врача-аллерголога и врача-дерматолога, совместно с которыми планируются общие и местные лечебные мероприятия. Непременным условием успешной терапии является санация и ликвидация очагов инфекции, которые проводятся в межрецидивный период.

Общий принцип лечения МЭЭ в настоящее время состоит в том, что независимо от ведущего этиологического фактора, который вызвал поражение, общая и местная терапия являются обязательными составляющими единого патогенетического процесса и в лечебной практике дополняют друг друга. Индивидуальные лечебные схемы подбирают в зависимости от степени тяжести и формы заболевания. Внимание врача должно быть направлено на выявление причины заболевания, ликвидацию хронических патологических очагов фокальной инфекции в организме: тонзиллярных, гайморо-этмоидальных, кариесогенных, сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы.

Лечение пациентов детского возраста с тяжелыми формами МЭЭ, синдромами Стивенса-Джонсона, Лайелла необходимо проводить в условиях стационара многопрофильной больницы, где врачи-педиатры, врачи-терапевты, врачи-аллергологи-иммунологи, а в тяжелых случаях и врачи-реаниматологи, в дальнейшем будут вести такого пациента. Если состояние пациента удовлетворительное, он не нуждается в лечении в условиях стационара, то местное лечение поражений слизистой оболочки полости рта можно проводить в амбулаторных условиях.

Первоочередной задачей при лечении токсико-аллергической формы МЭЭ является определение и выведение из организма вещества, спровоцировавшего возникновение МЭЭ.

Основной целью лечебных мероприятий при инфекционно-аллергической форме МЭЭ и ГАМЭ, учитывая циклический характер заболевания, является не только ликвидация проявления патологии в один из рецидивов (так как выздоровление может наступить и спонтанно), а изменение дальнейшего характера его течения (увеличение сроков ремиссии), предотвращение последующих рецидивов.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКСУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ

Комплексная терапия у детей и взрослых в период острого эпизода должна проводиться строго индивидуально с учетом инфекционного и аллергического фактора, тяжести и этапа течения заболевания.

Современные подходы в общем лечении тяжелого течения МЭЭ включает назначение следующих мероприятий:

- дезинтоксикационной терапии;
- десенсибилизирующих антигистаминных препаратов;
- противовоспалительных средств;
- глюкокортикоидных препаратов в тяжелых случаях;
- антибиотиков;
- витаминных препаратов;
- коррекцию питания.

В целях дезинтоксикации рекомендуются: обильное питье, внутривенное капельное введение (2-3 литра в сутки) физиологического раствора, 5% раствора глюкозы, 10% раствора альбумина, натрия тиосульфат 30% – 10 мл; прием диуретиков, гемосорбция, плазмоферез.

Показан также прием энтеросорбентов (энтеросгель, активированный уголь и др.).

Гиперергическое характер воспаления при МЭЭ, усугубляющийся всасыванием продуктов распада с обширных очагов деструкции покровных тканей, является основанием для назначения лекарственных средств антигистаминного действия. При всех формах принимаются антигистаминные лекарственные средства (димедрол, фенкарол, супрастин, пипольфен, диазолин, лоратадин, цетиризин и др.) в возрастных дозировках и десенсибилизирующие средства (глюконат кальция, тиосульфат натрия). В качестве противоаллергических лекарственных средств используются и такие антигистаминные вещества, как: клемастин (тавегил) внутрь 0,5мг (детям 6-12лет) и 1мг (детям старше12 лет и взрослым) 2 раза в сутки, 10-15 суток; лоратадин внутрь 10мг (взрослым) и 5мг (детям) 1раз в сутки, 10-15 суток; цетиризин внутрь 0,01г (взрослым и детям старше 6 лет) и 0,005г (детям до 6лет) 1 раз в сутки, 10-15 суток.

Нестероидные противовоспалительные препараты (натрия салицилат, ибупрофен, эфералган и др.) назначают внутрь в возрастной дозе при

повышении температуры тела до 38-38,5 градусов С. Лекарственные средства оказывают противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее и умеренное десенсибилизирующее действие, а также тормозят агрегацию тромбоцитов.

Стероидные противовоспалительные препараты (преднизалон, дексаметазон и др.) показаны при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания. В остром периоде болезни назначаются кортикостероиды (20-60 мг в сутки с последующим снижением дозы в течение 2-3 недель; при тяжелых формах – 100-150 мг парентерально). Противовоспалительный эффект кортикостероидов связан с их стабилизирующим действием на биологические мембраны и уменьшением проницаемости капилляров и предупреждением развития деструктивных процессов в тканях.

При лечении хронических, рецидивирующих форм МЭЭ, обычно связанных с очагами хронической инфекции, следует применять антибиотики широкого спектра действия. К их назначению следует прибегать только при присоединении вторичной инфекции в местах высыпаний или в том случае, когда имеется явное указание на активный очаг инфекции.

Если МЭЭ инфекционно-аллергического генеза сопровождается присоединением вторичной инфекции целесообразно в комплекс лечения включить антибиотикотерапию. До получения результатов бактериологических анализов используется эмпирическая антибиотикотерапия. В случае грамположительной инфекции микроорганизмы чувствительны к пенициллинам (оксациллин), ингибиторозащищенным пенициллинам (амоксцилин + клавулановая кислота, ампицилин сульбактам), цефалоспорином 1 генерации (цефазолин). Если инфекция обусловлена грамотрицательными микроорганизмами, целесообразно использовать цефалоспорины 3 и 4 генерации, фторхинолоны 2 поколения (ципрофлоксацин, офлоксацин). При наличии анаэробной флоры назначают метронидазол, клиндамицин.

Витаминотерапия заключается в назначении витаминов группы В и С, никотиновой кислоты, аскорбиновой кислоты и др.

Пища должна быть калорийной и нераздражающей. Ограничивают употребление острых, соленых, пряных продуктов. Исключают из рациона питания продукты с потенциально высокими аллергизирующими свойствами: молоко, яйца, рыба, грибы, кофе, шоколад, мед, цитрусовые, орехи, мясные бульоны.

Подход к терапии ГАМЭ включает как купирование рецидива, так и профилактику дальнейших обострений.

При развитии ГАМЭ на фоне везикулезной стадии ПГ эффективна монотерапия синтетическими ациклическими нуклеозидами (ацикловир – по 200 мг 4-5 раз в сутки, в течение 5-7 дней; фамцикловир – по 250 мг 2-3 раза в день в течение первых суток и далее – по 200 мг 2 раза в день в течение последующих 6 дней, валацикловира по 500 мг 2 раза в сутки). При этом местное использование противовирусных мазей не показано.

При тяжелой форме ГАМЭ целесообразно введение 2 мл дипроспана внутримышечно однократно в сочетании с приемом ациклических нуклеозидов. Применение антибиотиков широкого спектра действия показано в случае вторичного бактериального инфицирования.

Пациентам, у которых частота рецидивирования ГАМЭ не сократилась после лечения, рекомендовано использование препарата рекомбинатного ИФН, а в ректальных свечах (торговое название – «Виферон») для сокращения сроков приема синтетических нуклеозидов и восполнения дефицита, страдающих при ГАМЭ компонентов противобактериального иммунитета. Показана иммуномодулирующая терапия (на основании данных иммунограммы).

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ СОПР И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ПРИ МЭЭ

Локальные лечебные мероприятия при всех формах МЭЭ являются составной частью комплексной терапии и направлены на устранение симптомов заболевания, предотвращение присоединения вторичной инфекции и опосредованное воздействие на звенья патогенеза. Выбор и объем лекарственных средств для этой цели зависит от формы и тяжести течения заболевания, которая в основном определяется степенью выраженности поражения слизистой оболочки полости рта, этапом развития болезни, интенсивностью воспалительной реакции и стадией существования элементов поражения.

В остром периоде заболевания главной задачей стоматологов является устранение всасывания с поверхности пораженной слизистой оболочки полости рта микроорганизмов, их токсинов, продуктов распада тканей и жизнедеятельности бактерий, то есть предупреждение дополнительной интоксикации и алергизации организма.

Поражения слизистой оболочки полости рта резко болезненны, поэтому антисептическая обработка полости рта проводится после предварительного обезболивания слизистой оболочки полости рта, что не только позволяет осуществить лечебные манипуляции, но и оказывает благоприятное действие на эмоциональное состояние больного.

При МЭЭ у детей из-за резкой болезненности в полости рта затруднен прием пищи. Налаживание питания является обязательным компонентом проводимой терапии, в рацион вводить бульоны, кисели, протертое мясо, жидкое пюре, кефир, соки. Перед едой слизистую оболочку следует обезболить.

Для обезболивания слизистой оболочки полости рта перед ее обработкой и перед каждым приемом пищи используется один из следующих анестетиков (в виде аппликаций или ванночек): бензокаин/глицерин местно 5/20 г, 5–10%-ный раствор анестезина на глицерине; 0,5 %-ный раствор натрия уснината в 2%-ном масляном растворе анестезина, лидокаин 2,5-5% мазь или 10% аэрозоль, лидохлоргель, гель Калгель, желе Динексин А. Для обезболивания применяют также 1-2% растворы пиромекаина, 5% пиромекаиновую мазь, 3% раствор тримекаина. Обезболивающие вещества применяются вплоть до клинического улучшения. Затем после удаления мягкого зубного налета, при необходимости сошлифовывания острых краев зубов, для обработки полости рта элементов поражения слизистой оболочки полости рта и предотвращения их инфицирования используют антисептики и противовоспалительные лекарственные препараты. Обработка полости рта проводится теплыми антисептическими растворами путем ирригаций, ватными рыхлыми тампонами, смоченными в теплом растворе антисептика или в виде ротовых ванночек. При некротических налетах обрабатывают элементы поражения растворами протеолитических ферментов (1-2% растворы трипсина и химотрипсина для очищения поверхности эрозий и язв).

Обработка СОПР протеолитическими ферментами: при местном воздействии ферменты разжижают вязкие секреты, экссудаты, сгустки крови. Энзимы способствуют быстрому удалению нежизнеспособных тканей, не оказывая действия на живые. Кроме того, ферменты усиливают действие антибиотиков, а также других медикаментов на микрофлору и стимулируют фагоцитоз, оказывают противовоспалительное и противоотечное действие. Применяют следующие ферменты: 0,1%-ный раствор трипсина, химотрипсина; 0,5%-ный раствор химопсина; раствор террилитина; мазь ируксол.

Для обработки слизистой оболочки полости рта и патологических

элементов, предотвращения их инфицирования используют до момента клинического улучшения следующие антисептики и противомикробные лекарственные средства: 1% раствор сангвинарина/хелеритина (сангвиритрин), 0,05% раствор хлоргексидина, 0,05% этакридина, 0,01% р-р мирамистина.

Для ротовых ванночек можно применять лекарственные средства растительного происхождения, обладающие противовоспалительными и вяжущими свойствами: настой или отвар зверобоя, корня солодки, цветов ромашки, листьев шалфея, свежесваренный зеленый чай (3-4 раза в день), таблетки шалфея (для рассасывания в полости рта). Из нестероидных противовоспалительных препаратов применяют также мундизал-гель, холисал. Последний наносят на пораженную поверхность после еды и перед сном 3-4 раза в сутки. С целью обезболивания его можно использовать перед приемом пищи. Основа геля холина салицилат – нестероидное противовоспалительное средство, быстро всасывается СОПР, оказывает местное обезболивающее и противовоспалительное действие; а цеталкония хлорид - антисептик с выраженным противовирусным, противогрибковым и противомикробным действием. Адгезивная гелевая основа не смывается слюной и прочно фиксируется на слизистой оболочке и обеспечивает быстрое развитие лечебного эффекта.

Корки на красной кайме губ снимают с помощью предварительного наложения на 7-10 минут масляной аппликации лекарственных препаратов (масла шиповника, каротолина, 30% масляного раствора витамина Е, аевита и др.) или мазей с бактерицидными веществами (дибиомициновая, эритромициновая). После удаления корок рекомендуется применение кортикостероидных мазей, содержащих бактерицидные вещества (геоксизон, лоринден С, дермазолон и др.).

В качестве противовоспалительной и гипосенсибилизирующей терапии используют глюкокортикостероидные мази, кремы, растворы и аэрозоли: гидрокортизоновая мазь, преднизолоновая, локакортен, лоринден, фторокорт, синалар, синафлан, локоид и др.

Кремы и мази с кортикостероидами наносят тонким слоем 3-4 раза в день (длительность приема не более 4-5 дней), рекомендовано использование их не более 1-3 раз в сутки до клинического улучшения. При присоединении вторичной бактериальной или грибковой инфекции применяют комбинированные глюкокортикостероиды, которые содержат антибактериальные и противогрибковые препараты. Препараты, содержащие

глюкокортикостероиды и антибиотики: целестодерм В с грамицидином, белогент (бетаметазон и гентамицин); синалар Н, флуцинар эн (флуоцинолон и неомицин); оксикорт-мази, аэрозоль, гиоксизон (гидрокортизон и окситетрациклин); кортомицетин (гидрокортизон и хлорамфениколь); оксиклозол (преднизолон и окситетрациклин); полькортолон (триамцинолон и тетрациклин).

К препаратам, содержащим глюкокортикостероиды и антисептики относятся: сибикорт (гидрокортизон и хлоргексидина биглюконат); лоринден С (флюометазон и клиохинол); дермазолон (преднизолон и клиохинол).

Глюкокортикостероиды и противогрибковые средства содержат: травакорт (дифлюкортолон и изоконазол), фуцидин Г.

С первых дней в комплекс лечебных мероприятий можно включать физиотерапевтические процедуры: коротковолновое ультрафиолетовое облучение и гелий-неоновый лазер на очаги поражения. Если поражена слизистая оболочка глотки и носа, ингаляции антисептиков, щелочно-масляные ингаляции с суспензией гидрокортизона.

В периоды между посещениями врача рекомендуется проводить аппликации или ванночки 0,01-0,02% раствора декаметоксина, который обладает бактерицидным и бактериостатическим действием на кокковую флору и антибиотикорезистентные штаммы стафилококка, фунгицидным и фунгистатическим действием.

Пациентам с локализацией поражения на красной кайме губ необходимо обильное наложение мазевых повязок (мазь алоэ, мази, содержащие кортикостероиды) на ночь, что предотвращает склеивание и дополнительную травматизацию при попытке открыть рот. При правильном выборе местных лекарственных средств и систематическом их использовании (на фоне соответствующей симптоматической терапии) в короткий срок исчезает неприятный запах изо рта, налет на эрозиях становится менее выраженным. В период стихания острых явлений следует переходить на препараты, оказывающие кератопластическое действие. Ускоряют эпителизацию 5% метилурациловая мазь, солкосерил, дентальная адгезивная паста с актовегином, актовегин, масло шиповника, масло Кызылмай, облепиховое масло, масло чайного дерева, линимент алоэ, 0,3% раствор натрия уснината на пихтовом бальзаме, ируксол, аевит (мази или гели).

На длительно незаживающие эрозии можно использовать 5% раствор кальция пантотената в виде аппликаций 2-4 раза в сутки, масляные растворы

витаминов А и Е.

Обработку полости рта следует проводить утром до завтрака, после обеда и ужина, перед сном. Между приемами пищи 5-7 раз в день рекомендуется в этот период полоскать рот настоем шалфея, зверобоя, цветов ромашки, зеленым чаем.

Хороший эпителизирующий эффект получен при использовании препаратов «Репарэф-1», «Репарэф-2» на основе биена. Биен-уникальный комплекс этиловых эфиров полиненасыщенных жирных кислот, получаемых из липидов мицеллярного гриба *Entomophthoravirulenta* (ОАО «Белмедпрепараты», Беларусь). Он состоит из полиненасыщенных жирных кислот и стабилизирован а-токоферола ацетатом, что определяет его высокое репаративное действие на слизистую оболочку полости рта. Мази «Репарэф-1» и «Репарэф-2» содержат 10% биена, но выполнены на различных мазевых носителях, что наряду с регенерирующими свойствами препаратов на основе биена придает им некролитическую, противовоспалительную активность, легкий анестезирующий эффект. Такая совокупность комплексного воздействия позволяет отказаться от выполнения некоторых этапов традиционной местной терапии эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта.

Методика лечения при МЭЭ состоит в следующем: в комплекс общепринятой терапии включают лечение методом аппликаций продолжительностью 7-10 минут 2 раза в день в течение 7-9 дней мазью на основе биена – «Репарэф-1» или «Репарэф-2» (в зависимости от стадии лечения и выраженности воспалительных явлений). К 10-му дню терапии полное заживление отмечено у 80% больных, получавших традиционное лечение и у всех пациентов, у которых применялись препараты на основе биена. При необходимости соответствующая местная терапия должна проводиться в области глаз, кожи и слизистых оболочек половых органов. Обязательным является удаление в стерильных условиях разрушенного эпидермиса и освобождение эрозий от корочек, промывание и обработка раневых поверхностей с целью профилактики инфицирования и развития септических осложнений. На эрозивные поверхности рекомендуется осторожно наносить аппликатором смеси топических глюкокортикостероидов, анестезирующих, кератопластических и противовоспалительных средств.

Санацию очагов одонтогенной инфекции можно начинать только после эпителизации эрозий на слизистой оболочке полости рта.

Следует отметить, что у детей МЭЭ продолжается 2-4 недели и

переносится очень тяжело, однако, рубцов не оставляет. Результатом эффективного лечения является достижение длительной ремиссии, снижение частоты рецидивов.

В настоящее время в педиатрической практике отдается предпочтение препаратам последнего поколения – метилпреднизолону ацепонату (адвантин), алклометазону (афлодерм), мометазону (элоком, гидрокортизона-17-бутирату (локоид). Для снижения риска развития побочных (местных и системных) эффектов от применения топических глюкокортикостероидов рекомендуют:

- уменьшить по возможности частоту аппликаций и увеличить интервалы между аппликациями;
- прекратить применение наружного глюкокортикостероидного средства при достижении клинического эффекта; использовать нефторированные стероидные препараты последнего поколения с минимальными побочными эффектами и пролонгированным действием (элоком, адвантан);
- использовать глюкокортикостероиды необходимо короткими интермиттирующими курсами и только для лечения обострения, а не для профилактики;
- необходимо помнить о возможном риске развития побочных эффектов наружных глюкокортикостероидов и строго соблюдать рекомендованные правила для снижения этого риска.

Для местного лечения не применяются препараты, близкие к предполагаемому аллергену или способные вызывать аллергическую реакцию. Дети с МЭЭ подлежат диспансерному наблюдению с целью проведения комплекса оздоровительных мероприятий. В межрецидивный период рекомендуется прием препаратов, повышающих защитные силы детского организма, по согласованию с врачом-педиатром. Важно исключить возможность приема медикаментов, которые способствовали возникновению предыдущих рецидивов.

СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА (STEVENS-JOHNSON-SYNDROM (SJS))

Лечение синдрома Стивенса-Джонсона необходимо проводить в условиях отделения реанимации. Основные мероприятия направлены на коррекцию гиповолемии, проведение неспецифической дезинтоксикации, предотвращение

развития осложнений, в первую очередь инфекций, а также исключение повторного воздействия аллергена. Необходимо отменить все лекарственные средства, за исключением тех, которые необходимы пациенту по жизненным показаниям.

Лечение. Пациенты подлежат обязательной госпитализации в реанимационное отделение или блок интенсивной терапии. Пациентов с синдромом Стивенса-Джонсона ведут так же, как пациентов с ожоговыми травмами (желательна «ожоговая» палата) в максимально стерильных условиях, чтобы исключить экзогенное инфицирование. Немедленно отменяют лекарственное средство, которым спровоцировано данное состояние пациента. Назначают системно глюкокортикостероиды (парентерально и внутрь): преднизолон (другие глюкокортикоиды) по 60–100 мг/сут. Предпочтительно внутривенно метилпреднизолон от 0,25–0,5 до 1 г/сут. в наиболее тяжёлых случаях в течение первых 5-7 дней с последующим снижением дозы. Для снятия интоксикации и восполнения потери жидкости осуществляется регидратационная инфузионная терапия солевыми и коллоидными растворами. В случае присоединения вторичной инфекции проводится антибактериальная терапия. Эффективными могут быть плазмаферез и иммуномодуляторы. Необходимо обязательно применять детоксицирующие средства, антигистаминные препараты, гемосорбцию, патогенетическую и симптоматическую терапию, направленную на поддержание жизненно важных функций (сердечной деятельности, дыхания, водно-электролитного и белкового баланса и др.).

Местное лечение. Проводят аналогично мероприятиям, осуществляемым при лечении тяжелых форм МЭЭ. При клиническом выздоровлении после выписки из стационара пациент должен продолжать прием кортикостероидов в малых дозах. Постепенную их отмену проводит врач поликлиники. В амбулаторной карте пациента должна быть пометка о лекарственном средстве, вызвавшем заболевание.

Профилактика. Назначение лекарственных средств с учетом их переносимости в прошлом, отказ от применения лекарственных коктейлей. Рекомендуются немедленная госпитализация пациентов токсикодермиями, сопровождающимися общими явлениями, повышением температуры тела, и лечение их глюкокортикоидами в больших дозах. Лицам, перенесшим синдром Лайелла, в течение 1-2 лет необходимо ограничить проведение

профилактических прививок, пребывание на солнце, применение закаливающих процедур.

Профилактика рецидивов МЭЭ при инфекционно-аллергической форме тесно связана с выявлением и устранением хронических инфекционных очагов и герпетической инфекции. Для этого пациенту может потребоваться консультация врача-оториноларинголога, врача-стоматолога, врача-уролога и других врачей-специалистов. Проводят комплексное обследование пациентов, включая исследование иммунного статуса и подбор методом хемилюминесценции наиболее оптимальных иммуномодуляторов, с последующей санацией выявленных очагов. При токсико-аллергическом варианте МЭЭ важно не допускать приема лекарственного средства, провоцирующего заболевание.

Поскольку симптоматическое лечение, в том числе с использованием гормональных препаратов, не предотвращает рецидивы заболевания, важную роль в профилактике рецидивов МЭЭ играет правильное понимание врачом и родителями ребенка механизмов, приводящих к ним. В период ремиссии с целью предотвращения рецидивов необходимо тщательно обследовать пациента у врача-педиатра, врача-стоматолога, врача-аллерголога-иммунолога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога с целью обнаружения хронических общих и фокальных инфекций, других заболеваний, вызывающих или поддерживающих состояние сенсibilизации. Цель такого обследования – устранение очагов инфекции и систематическое проведение реабилитационных мероприятий. Очагами инфекции в челюстно-лицевом отделе, как правило, являются гранулирующие формы периодонтита, хронический тонзиллит, отит, гайморит. При санации полости рта депульпированные зубы, в области которых определены изменения в периодонте и костной ткани, должны быть как можно раньше удалены (молочные, постоянные многокорневые) или вылечены эффективным способом. Консультации смежных специалистов, в частности, врача-гастроэнтеролога и врача-аллерголога-иммунолога, необходимы для выбора методов специфической гипосенсибилизации и иммунокоррекции. Рекомендуется проводить закаливание ребенка, предотвращать переохлаждение, освобождаться от вредных привычек.

Для профилактики рецидивов можно использовать неспецифические иммуностропные средства. Относительно, токсикоаллергии МЭЭ медикаментозного генеза замена причинного препарата, как правило, достаточно быстро ведет к улучшению состояния больного. В связи с этим

следует особенно тщательно проанализировать анамнестические данные с учетом переносимости лекарственных средств, применяемых ранее, а также выяснить наличие пищевой аллергии. Родители и дети старшего возраста должны запомнить название лекарственного средства, вызвавшего аллергическую реакцию, чтобы исключить его использование в будущем. На лицевой стороне амбулаторной карты этих пациентов должна стоять соответствующая пометка о непереносимости лекарственных средств, ограничениях в проведении прививок, которые могут вызвать аллергическую реакцию. Родителям необходимо вести пищевой дневник с целью предотвращения пищевой аллергии.

Кроме того, пациентам, у которых в анамнезе синдром гиперчувствительности, в связи с риском рецидива не следует назначать лекарственные средства, которые чаще всего вызывают аллергию (фенитонн, фенobarбитал, карбамазипин, вальпроат, сульфаниламиды, антибиотики и др.). Следует принимать во внимание также возможность перекрестных реакций между химически связанными лекарственными средствами. Детей с МЭЭ следует ставить на диспансерный учет не только у врача-стоматолога, но и у врача-педиатра, врача-аллерголога-иммунолога, с целью проведения комплекса оздоровительных мероприятий.

В клинической практике аллергодерматозы, в частности МЭЭ, занимают особое место. С одной стороны, в основе их развития лежат закономерности аллергического процесса как такового. Поэтому их абсолютно оправданно относят к аллергическим заболеваниям. С другой стороны, при каждом из клинических проявлений наблюдаются характерные изменения кожи и слизистых оболочек. В основе развития разных форм МЭЭ лежат разные этиологические и патогенетические факторы развития, поэтому и терапевтические подходы при каждом из них должны иметь свои особенности. Вероятно, МЭЭ – это своеобразная аллергическая реакция, возникающая у сенсibilизированных пациентов при гиперчувствительности к различным экзо- и эндогенным факторам, наиболее частыми из которых является микробный, к химическим веществам, в том числе и к лекарственным препаратам, алиментарного фактора. Кроме того, заболевание может являться дебютом или клиническим проявлением уже присутствующих системных заболеваний, в частности аутоимунных. Указанные факторы, их совмещение у одного и того же пациента создают условия для развития патологического процесса. Эти факторы могут нарушать адаптационно-приспособительные процессы

организма и провоцировать развитие МЭЭ. В то же время определение конкретного этиологического фактора у пациентов на МЭЭ часто невозможно или затруднено из-за фонового изменения иммунного статуса. Многоформная эксудативная эритема, особенно ее тяжелые формы – синдром Стивенса-Джонсона и синдром Лайелла – относятся к тяжелым формам аллергодерматозов, частота которых в настоящее время постоянно возрастает. Эти угрожающие жизни патологические состояния характеризуются не только поражением кожных покровов с вовлечением слизистых оболочек и внутренних органов, но и формированием серьезных осложнений, которые делают необходимыми общие усилия врачей-стоматологов, врачей-педиатров, врачей-терапевтов, врачей-аллергологов-иммунологов, врачей-анестезиологов-реаниматологов для проведения срочной дифференциальной диагностики и быстрого начала активной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аллергические заболевания с проявлениями в полости рта у детей и подростков. Роль врача стоматолога в комплексном лечении : учеб-метод. пособие / Т.М. Терехова [и др.]. – Минск : БГМУ, 2007. – 58 с.

2. Борк, К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство : пер. с нем. / К. Борк, В. Бургдорф, Н. Хеде. – М. : Мед. лит., 2011. – 448 с.

3. Иванов, О.Л. Современные проблемы диагностики и терапии многоформной экссудативной эритемы / О.Л. Иванов, М.В. Халдина // Рос. журн. кож. и венер. Болезней, 2003. – № 5. – С. 36–39.

4. Павлюк, И.В. Многоформная экссудативная эритема: клиника, диагностика, лечение : монография / И.В. Павлюк, Н.Н. Воляк, Г.А. Потемкина ; под. ред. В.В. Чопяк, Р.В. Казаковой. – Львов : ГалДент, 2010. – 88 с.

5. Порошина, Л.А. Многоформная экссудативная эритема / Л.А. Порошина, Л.Г. Байбурина, А.А. Шумак // Науч. Стремления, 2012. – № 4. – С. 111–120.

6. Халдина, М.В. Особенности клиники, диагностики и лечения герпес-ассоциированной экссудативной эритемы / М.В. Халдина, О.Л. Иванов // Рос. журн. кож. и венер. Болезней, 2007. – № 2. – С. 15–20.

7. Хелминская, Н.М. Проявления полиморфной экссудативной эритемы в полости рта / Н.М. Хелминская, В.И. Кравец // Рос. мед. журн., 2014. – № 5. – С. 29–31.

Учебное издание

Рубникович Сергей Петрович
Андреева Василина Анатольевна
Бинцаровская Галина Васильевна
Валеева Зяйнап Рахматуловна
Кузьменко Елена Викторовна

МНОГОФОРМНАЯ ЭКСУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА: ЛЕЧЕНИЕ

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 20.12.2019. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,06. Уч.- изд. л. 0,81. Тираж 100 экз. Заказ 35.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

