

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника терапевтической стоматологии

Многоформная экссудативная эритема

Выполнила ординатор
Кафедры-клиники терапевтической стоматологии
По специальности «стоматология терапевтическая»
Хосуева Мадина Расуловна

Красноярск 2018 г.

Цель

- Научиться определять клинические формы МЭЭ и поставить окончательный клинический диагноз

Задачи

- Изучить все формы МЭЭ
- Разобрать этиологию, диагностику и лечение

Актуальность

- Проблема изучения механизмов развития, мониторинга, разработки новых эффективных методов лечения и профилактики хронических рецидивирующих дерматозов остается наиболее актуальной в современной дерматологии. К числу таких заболеваний, безусловно, можно отнести многоформную экссудативную эритему (МЭЭ). В настоящее время МЭЭ определяется как остро развивающийся дерматоз, характеризующийся полиморфными высыпаниями на коже и слизистых оболочках и обладающий циклическим течением. Природа МЭЭ до сих пор не ясна.

Клинические формы МЭЭ

Инфекционно-аллергическая форма

- патогенез связан с бактериальной сенсibilизацией.
- источники бактериальной сенсibilизации - очаги хронической инфекции в организме.
- провоцирующие рецидив факторы - переохлаждение, стресс, вирусные инфекции.

Токсико-аллергическая форма

- патогенез связан с повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам.
- в анамнезе прием медикаментов (сульфаниламиды, амидопирин, тетрациклин и т.д.)

Этиология

Инфекционно-аллергическая форма

- Сезонность (осень, весна)
- Провоцирующие факторы-стресс, переохлаждение, вирусные инфекции
- Возраст -молодой и средний
- Пол -чаще мужчины
- Наличие очагов хронической инфекции в организме
- Бактериальная сенсibilизация (стафилококк, стрептококк и т.д.)

Токсико-аллергическая форма

- причина - контакт с лекарственным препаратом
- Наличие повышенной чувствительности к медикаменту
- Частота рецидива зависит от частоты контакта с лекарственным препаратом

Многоформная экссудативная эритема

Полиморфизм высыпаний

- пятна -эритема
- папулы
- волдыри
- пузыри
- пузырьки
- корки (геморрагические)

Локализация в полости рта

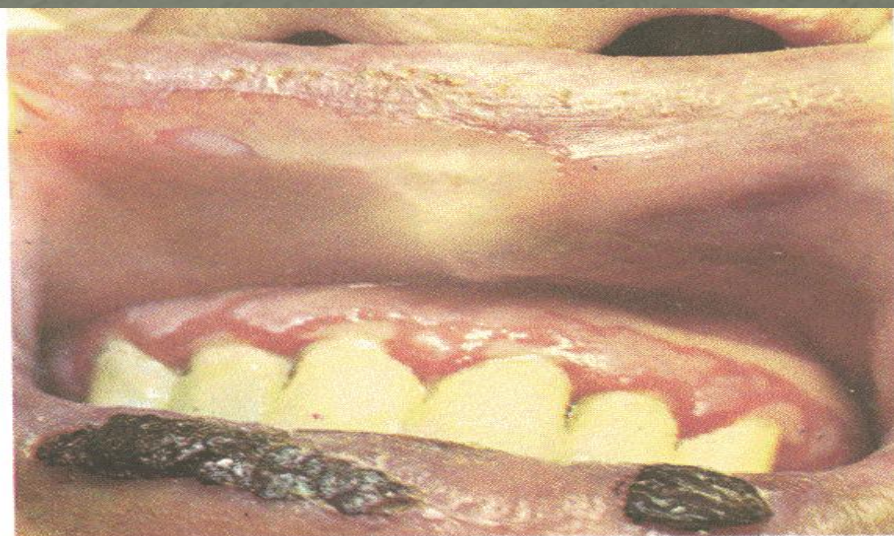
- губы
- дно полости рта
- щеки
- небо

На коже-”кокарды”

тыльные поверхности
кистей, стоп, предплечье,
голени

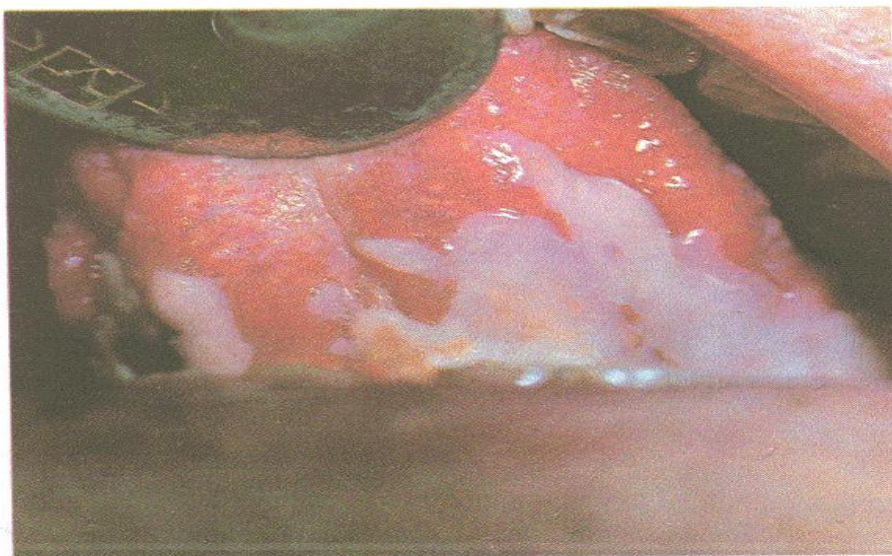






ЭКС
а — з
плем
б — з
кров
в — с
фиб
пове

в





Результаты дополнительных методов обследования

- Симптом Никольского -отрицательный
- В мазках-отпечатках -картина неспецифического воспаления
- Кожно-аллергические пробы с бактериальными аллергенами - при инфекционно-аллергической МЭЭ - положительные
- Тест дегрануляции базофилов по Шелли, РБТЛ, реакция лейкоцитолиза -при токсико-аллергической форме МЭЭ -положительные

Дифференциальная диагностика МЭЭ

Синдром Стивенса—Джонсона

- **Общие клинические признаки :**

Общая слабость, высокая температура тела (до 39°C), головная боль. На коже эритематозные пятна, пузыри, «кокарды». Болезненность слизистой оболочки полости рта при приеме пищи, разговоре, в покое. Резко болезненные эрозии на слизистой оболочке рта

- **Отличительные признаки :**

Поражение слизистых оболочек носа, глаз, половых органов (риниты, конъюнктивиты, уретриты, вульвовагиниты)

Медикаментозный стоматит

- **Общие признаки:**

Болезненность, жжение слизистой оболочки полости рта, усиливающиеся при приеме пищи. Болезненные эрозии на слизистой оболочке полости рта на резко гиперемизированном отечном фоне

- **Отличительные признаки:**

Заболеванию всегда предшествует прием лекарственного препарата



Хронический рецидивирующий герпес

- **Общие признаки:**

Болезненные эрозии на слизистой оболочке полости рта. Заболевание рецидивирует. Болезненность слизистой оболочки рта при приеме пищи, разговоре, в покое

- **Отличительные признаки:**

Общее состояние не нарушено. На коже нет эритематозных пятен, «кокард», пузырей. На коже и красной кайме губ, коже носа мелкие пузырьки, расположенные группами, мелкоточечные, склонные к слиянию, и более крупные с полициклическими краями. В соскобе с эрозии гигантские многоядерные клетки Лангханса (в первые 2—3 дня заболевания)

Акантолитическая пузырчатка

- **Общие клинические признаки**

Пузыри, корки на коже. Болезненность, жжение слизистой оболочки полости рта, усиливающиеся при приеме пищи. Резко болезненные эрозии на слизистой оболочке полости рта

- **Отличительные признаки**

Пузыри, корки на коже в участках, подверженных давлению, трению .

Эрозии на слизистой оболочке полости рта расположены на неизменном или слегка гиперемизированном участке,

подверженных травмированию, трению, длительное время не эпителизируются.

Симптом Никольского положительный. В мазках-отпечатках акантолитические клетки



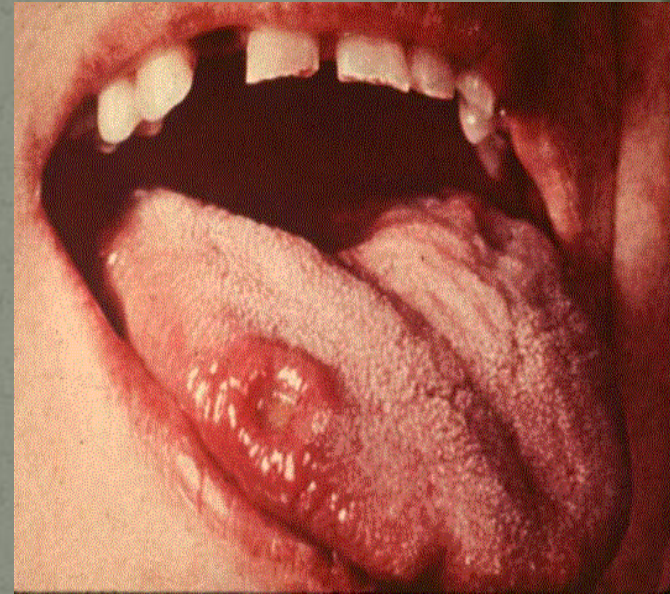
Вторичный сифилис

- **Общие клинические признаки :**

Эрозии на слизистой оболочке полости рта

- **Отличительные признаки**

Эрозии овальной или округлой формы расположены на инфильтрированном основании, слабо болезненны, гиперемия вокруг эрозии в виде узкого ободка. Полилимфаденит, в соскобе с эрозий бледные трепонемы, реакция Вассермана, РИФ, РИБТ положительны



Лечение

санация полости рта, ликвидация очагов инфекции

- Противовоспалительная терапия: салицилат натрия, ацетилсалициловая кислота 0,5 — 4 раза в день — препараты оказывают ингибирующее воздействие на биосинтез медиаторов воспаления (гистамин, серотонин, брадикинин, простагландины).
- Десенсибилизирующая терапия: супрастин 0,025, димедрол 0,05, пипольфен 0,025 (по 1 табл. 3 раза в день), тавегил 0,001 (по 1 табл. 2 раза в день), фенкарол 0,025 (по 2 табл. 3 раза в день), дипразин, гистаглобулин 1, 2,3 мл на курс 4—10 инъекций. Препараты угнетают или устраняют действие гистамина, уменьшают проницаемость капилляров, отек, гиперемию, зуд.
- Дезинтоксикационная терапия: тиосульфат натрия 30% (10 мл в/в №10—12 на курс) оказывает противотоксическое, противовоспалительное, десенсибилизирующее действие (стимулирует синтез тиоловых ферментов).
- Витаминотерапия: витамины группы В, С, никотиновая кислота (1 мл 1% р-ра натрия никотината в/м через день №10; 1 мл 5% р-ра аскорбиновой кислоты №10 через день).

- Антибиотикотерапия (в тяжелых случаях) направлена на устранение или ослабление вторичной микрофлоры. Оказывает антибактериальное воздействие на микрофлору (нарушают синтез белка оболочки микробной клетки): ампициллин 250—500 мг 4 раза в день в/м 4—6 дней, ампиокс 0,2—0,4 4 раза в сутки, оксациллин натрия, линкомицин 0,25 4 раза в сутки, олететрин 250 000 ЕД 4 раза в сутки внутрь 4—6 дней.
- Кортикостероиды (в тяжелых случаях): преднизолон (триамцинолон, дексаметазон) 20—30 мг в день, с начала эпителизации дозу преднизолона снижают до 0,005 г 1 раз в 7 дней, гидрокортизон.
- Диета (не раздражающая, противоаллергическая) способствует повышению резистентности организма. Устранение продуктов, обладающих аллергическим действием, снижает интенсивность аллергизации организма.

Местное лечение:

- обезболивание (аппликации, ротовые ванночки) — растворы лидокаина 1—2%, тримекаина 3—5%, пиромекаина 2%, 10% взвесь анестезина в масле (персиковом, оливковом), пиромекаиновая мазь.
- антисептическая обработка — растворы перекиси водорода 1%, перманганата калия (1:5000), фурацилина, этакридина лактата (1:1000), хлорамина 0,25%, хлоргексидина 0,06%, настойки календулы (1 ч.л. на стакан воды).
- противовоспалительная терапия — кортикостероидные мази (преднизолоновая, гидрокортизоновая, флуцинар, лоринден и др).
- эпителизирующая терапия — масляный раствор витамина А, масло шиповника, каратолин, линимент тезана 0,2%, солкосерил (желе, мазь), паста "Унна", метилурацил, хонсурид, актовегин, витадент, ацемин.
- при наличии налета некротического и фибринозного — применение протеолитических ферментов (иммозимаза, дезоксирибонуклеаза, рибонуклеаза, лизоцим). Местно проводится обработка пораженных участков слизистой оболочки в виде аппликаций ферментов на марлевых салфетках на 15—20 минут;

— при лечении многоформной экссудативной эритемы целесообразно использовать как отдельные средства растительного происхождения, так и фитокомпозиции. Положительные результаты наблюдаются при применении мази с экстрактом шалфея. Местно проводится обработка пораженных участков слизистой оболочки полости рта в виде аппликаций на марлевых салфетках по 15—20 минут двукратно ежедневно. Домой больному назначаются полоскания раствором календулы (чайная ложка настойки на стакан теплой воды) до и после еды, щадящую диету и димедрол внутрь. После 2-х посещений эрозивные поверхности очищаются от налета, после 4-го посещения начинается эпителизация пораженных участков слизистой оболочки;

Заключение

- Было изучено: классификация, диагностика, клиника и лечение МЭЭ

Литература

- <http://medical-diss.com/medicina/patogeneticheskoe-obosnovanie-primeneniya-panavira-v-kompleksnoy-terapii-bolnyh-mnogoformnoy-ekssudativnoy-eritemoy>
- https://allbest.ru/otherreferats/medicine/00499437_o.html
- Боровский Е.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта / Е.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский
- Боровский Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Е.В. Боровский, А.Л. Машкеллейсон.
- Данилевский Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев, А.Ф. Несин
- Болезни полости рта/ под редакцией Л.М. Лукиных.
- <https://studfiles.net/preview/5242599/page:60/>