

ПРОЯВЛЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Пириев Р.В.¹, Амиралиев Р.С.², Аббасова Р.А.³, Ягубова Ф.М.⁴
Email: PiriyeV6116@scientifictext.ru

¹Пириев Рамин Вахид оглы - кандидат медицинских наук, ассистент;

²Амиралиев Ровшан Сабир оглы - кандидат медицинских наук, ассистент;

³Аббасова Румия Агалар кызы - кандидат медицинских наук, доцент;

⁴Ягубова Фариды Мазаир кызы – ассистент,
кафедра детской стоматологии,
Азербайджанский медицинский университет,
г. Баку, Азербайджанская Республика

Аннотация: в статье дается краткий литературный обзор о проявлениях многоформной экссудативной эритемы в ротовой полости у детей, диагностики и лечения в условиях челюстно-лицевого стационара такого тяжелого аллергического симптомокомплекса, как полиморфная экссудативная эритема. Это заболевание входит в группу редких в стоматологической практике, но нестандартность его клинических проявлений на лице и в полости рта и тяжесть течения заслуживают внимания [1–3]. Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) – острое рецидивирующее заболевание кожи и слизистых оболочек, связанное с реакцией гиперчувствительности на применение лекарственного препарата, инфекцию, злокачественные новообразования, вакцинацию или заболевания аутоиммунной природы. Частота проявления в популяции данного заболевания неизвестна. Этиологические особенности и клинические проявления данного заболевания разнообразны. Самые ранние проявления МЭЭ обычно представляют собой круглые, эритематозные, отечные папулы, окруженные участками просветления, которые могут напоминать укусы насекомых или папулезную крапивницу. Затем на месте папул образуются хорошо известные мишеневидные очаги. Очаг-мишень состоит из части эпидермального некроза, расположенного по центру, который может выглядеть как темная область или волдырь. Основой постановки диагноза многоформной экссудативной эритемы являются анамнез заболевания и объективный клинический осмотр. В большинстве случаев МЭЭ не требует дополнительных методов исследования. Знание этиологических факторов и клинических проявлений данной патологии позволяет своевременно диагностировать заболевание и начать лечение для предупреждения развития серьезных осложнений [4, 5].

Ключевые слова: многоформная экссудативная эритема, МЭЭ, эритематозные высыпания, коккарды, профилактика МЭЭ, очаги-мишени.

ORAL MANIFESTATIONS OF ERYTHEMA MULTIFORME IN CHILDREN

PiriyeV R.V.¹, Amiraliyev R.S.², Abbasova R.A.³, Yagubova F.M.⁴

¹PiriyeV Ramin Vakhid oglu - Candidate of Medical Sciences, Assistant;

²Amiraliyev Rovshan Sabir oglu - Candidate of Medical Sciences, Assistant;

³Abbasova Rumiya Agalar kyzy - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor;

⁴Yagubova Farida Mazair kyzy – Assistant,
DEPARTMENT OF PEDIATRIC DENTISTRY,
AZERBAIJAN MEDICAL UNIVERSITY,
BAKU, REPUBLIC OF AZERBAIJAN

Abstract: this article reports on oral manifestations of erythema multiforme in children, diagnosis and treatment in a maxillofacial hospital for such a severe allergic symptom complex as polymorphic exudative erythema. This disease is one of the rare in dental practice, but its non-standard clinical manifestations on the face and in the oral cavity and the severity of the course deserve attention [1-3]. Exudative erythema multiforme (MEE) is an acute recurrent disease of the skin and mucous membranes associated with a hypersensitivity reaction to the use of a medications, infection, malignant neoplasms, vaccinations, or diseases of an autoimmune nature. The frequency of manifestation in the population of this disease is unknown. The etiological features and clinical manifestations of this disease are diverse. The earliest manifestations of EM are usually round, erythematous, edematous papules surrounded by patches of enlightenment that may resemble insect bites or papular urticaria. Then, in place of the papules, well-known target-like foci are formed. The target lesion consists of a central portion of epidermal necrosis that may appear as a dark area or blister. The basis for the diagnosis of erythema multiforme is the history of the disease and an objective clinical examination. In most cases, EM does not require additional research methods. Knowledge of the etiological factors and clinical manifestations of this pathology allows timely diagnosis of the disease and initiation of treatment to prevent the development of serious complications [4, 5].

Keywords: exudative erythema multiforme, EM, erythematous rash, cockade, prevention of EM, target-like foci.

Введение. Многоформная экссудативная эритема является полиэтиологическим рецидивирующим заболеванием, которое характеризуется поражением кожных покровов и слизистых оболочек. В основном места поражения локализованы в полости рта. Это иммуно-опосредованное состояние, которое вызывается реакцией гиперчувствительности, при котором появляются в эпителии цитотоксические Т-лимфоциты, что связано с различными инфекциями или воздействием лекарственных препаратов. Заболевание имеет специфические черты, которые выражаются в концентрическом изменении окраски кожных покровов [6, 7].

Материалы и методы исследования. Материалами для исследования в работе послужили многочисленные труды ученых о многоформной экссудативной эритеме. Были проанализированы публикации, посвященные ее лечению и профилактике. Рассмотрены исследования, проводимые в данной области. Анализ и обобщение стали методами в данной работе.

Результаты исследования. Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) (*erythema exudativum multiforme*) является рецидивирующим заболеванием, проявляется сезонно. Оно распространено повсеместно поражает детей и взрослых часто в весенне-осенний период. Заболевание проявляется в двух формах – идиопатической (инфекционно-аллергической) и симптоматической (токсико-аллергической). Идиопатическая многоформная экссудативная эритема имеет инфекционно-аллергический генез, который обусловлен инфекционными агентами (Например: вирусами простого герпеса, Коксаки, ЕСНО, гриппа и паротита, *Mycoplasma pneumoniae*, гистоплазмами, *Coccidioides immitis*, тифозной, туберкулезной, дифтерийной палочками, *Chlamydia trachomatis*, гемолитическим стрептококком и др.) У больных отмечаются очаги хронической инфекции в виде тонзиллита, кариозных зубов, гранулемы, пародонтита. Во многих случаях отмечается ассоциированность многоформной экссудативной эритемы с герпетической инфекцией. Симптоматическая (токсико-аллергическая) форма многоформной экссудативной эритемы имеет аллергический генез и связана с развитием аллергической реакции главным образом на лекарственные препараты (антибиотики, сульфаниламидные препараты, барбитураты, антипирин, амидопирин, сыворотки, вакцины и др.) или пищевые аллергены. Следует отметить и возможность развития МЭЭ при системных заболеваниях соединительной ткани и злокачественных новообразованиях, возникающих как при химиотерапии, так и без нее [8, 9].

Любая разновидность мультиформной экссудативной эритемы рассматривается как сдвиг адаптации защитных механизмов в сторону гиперчувствительности. В патогенезе данного заболевания просматриваются аллергические реакции направленные на кератиноциты и провоцируемые инфекциями, лекарственными средствами и токсичными веществами с образованием циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови, отложением IgM и С3-компонента комплемента в кровеносных сосудах дермы. У пациентов отмечается атопическая предрасположенность, т.е. изначально могут быть зафиксированы признаки бронхиальной астмы, пищевой аллергии, атопического ринита и дерматита [10–15].

Клиническая картина характеризуется острым началом заболевания. В случае идиопатической (инфекционно-аллергической) МЭЭ заболевание может начинаться с продромальных явлений (боли в горле, мышцах, суставах, субфебрильная температура, недомогание), которые развиваются на фоне переохлаждения, острого респираторного заболевания, ангины, чаще в период расцвета или в регрессивной стадии болезни. При симптоматической (токсикоаллергической) форме при сборе анамнеза можно выяснить, что заболевание развилось после приема лекарственных препаратов или введения сывороток и вакцин. В дальнейшем в клинической картине этих двух форм практически нет различий [16–18].

При поражении слизистой ротовой полости элементы МЭЭ расположены в области губ, неба, щек. В начале заболевания они представляют собой участки отграниченного или разлитого покраснения слизистой. Через 1-2 дня на этих участках появляются пузыри, которые спустя 2-3 дня вскрываются и образуют эрозии. Сливаясь между собой, эрозии могут захватывать всю слизистую рта. Они покрыты серо-желтым налетом, снятие которого приводит к кровотечению. В некоторых вариантах МЭЭ воспаление слизистой происходит без четкой болезненности. В других вариантах отмечается эрозивное поражение полости рта, которое не дает возможность детям нормально разговаривать и употреблять пищу. В этом случае наблюдается образование кровянистой корки, которая препятствует открыванию рта и создает при этом сильную боль. Проявляющиеся высыпания на коже, исчезают полностью через месяц, а через 14 дней их становится существенно меньше. Высыпания сопровождается повышенной температурой тела, слабость, головная боль [19, 20].

У больных детей повышена саливация, фиксируется сладковатый, приторный запах изо рта, появляется лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов. В анализах крови в период обострения заболевания отмечается повышенное количество лейкоцитов, СОЭ и др. [20, 21].

Клинические проявления симптоматической (токсико-аллергической) многоформной экссудативной эритемы являются типичными, кроме причины, которая не связана с инфекционными факторами и сезонными рецидивами. В данном случае рецидивы обусловлены повторным приемом лекарственного препарата или другого аллергена. При данной форме высыпания на коже носят распространенный характер, слизистые оболочки рта поражаются у подавляющего большинства больных, рецидивы высыпаний возникают на одних и тех же участках кожи и слизистой оболочки. Кроме пятнистых высыпаний, нередко образуются болезненные пузыри и эрозии, которые, при локализации в полости рта, затрудняют прием пищи, что приводит к истощению [22].

Различают три клинические формы МЭЭ: 1. папулезная форма является простой относительно легко протекающей, главенствующими чертами сыпи выступают папулы, бляшки и эритематозные пятна, наблюдается небольшое поражение слизистых оболочек, при этом общее состояние остается нормальным; 2. буллезная форма, при небольшом высыпании отмечается наличие эритематозных бляшек с пузырьками; 3. синдром Стивенса-Джонсона наиболее тяжелая форма, которая характеризуется поражением не только кожи, но и слизистых оболочек ротовой полости, глаз, аногенитальной и вульвовагинальной зон. Отмечается продромальный гриппоподобный период, его продолжительность от 1 до 14 дней и наблюдается лихорадка, общая слабость, кашель, боль в горле, головная боль, артралгия. На губах, щеках, небе появляется обширная эритема, участки поражения покрыты специфическим желтовато-серым налетом. Нарушение целостности больших пузырей на коже и слизистой оболочке провоцирует сильные кровотечения и образования болезненных очагов. В этот момент десны и губы опухают, болят и покрываются геморрагическими корками [23].

Проведение диагностических мероприятий по выявлению многоформной экссудативной эритемы не является сложной. В основе лежит фиксация острого начала заболевания, которое проявляется на фоне острого респираторного заболевания, если это идиопатическая форма, или на фоне лекарственных средств при симптоматической форме, при этом отмечается симметричное появление сыпи в основном на разгибательных поверхностях конечностей, слизистых оболочек полости рта, губ. Еще берут во внимание характерные начальные элементы, которые проявляются в виде воспалительных пятен, имеющих красный цвет и центробежный рост. В итоге формируется кольцевидный элемент с запавшей центральной частью цианотического оттенка и периферическим валиком. В период максимального проявления данного заболевания отмечается полиморфизм сыпи (пятна, папулы, волдыри, реже везикулы, пузыри) [24].

Следует отметить, что высыпания, характерные для афтозного стоматита, никогда не проявляются на коже, в отличие от буллезной формы многоформной экссудативной эритемы. В основном они представлены одиночными афтами на слизистой оболочке щек и неба, которые не имеют острого протекания и не локализуются на слизистых оболочках мягкого неба, глотки, носа. Такие особенности как симптом Никольского, стремительная динамика сыпи, отсутствие акантолиза в мазках дают возможность разделять МЭЭ от пузырчатки. Описываемое заболевание имеет отличие от волчанки которое заключается в полиморфном характере сыпи, отсутствием специфических высыпаний на лице в форме бабочки, острым течением и общей тяжестью болезни. Фактором провокации при синдроме Лайелла выступает лекарственное вещество. Синдром имеет отличие от МЭЭ. Оно заключается во внезапном развитии заболевания, без продромы, рецидив отсутствует и сезонные высыпания на отмечаются. Особенностью синдрома Лайелла является отслойка и некротические элементы эпидермиса, при этом образуются обширные пузыри и эрозии на кожных покровах и слизистых оболочках. В данном случае симптом Никольского четко положительный. Кроме того, синдром Лайелла может сопровождаться шоковым состоянием, наблюдаться отек легких, а также острый канальцевый некроз и пневмония [25].

В период острого проявления болезни необходимо назначать кортикостероиды. Если диагностируется токсико-аллергическая форма, то главной задачей является выявление и выведение из организма тех веществ, которые выступают пусковым механизмом, провоцирующим МЭЭ. Процесс лечения детей с МЭЭ необходимо организовывать комплексно и иметь этиопатогенетические черты. Симптоматическое лечение нужно направлять на уменьшение интоксикации и десенсибилизации, а также снятие воспалительных процессов и ускорение эпителизации поврежденных поверхностей. Базовым моментом является соблюдение диеты, которая направлена на ограничение ряда продуктов таких как, острых, копченых, соленых, при этом, напротив, увеличить потребление чистой воды.

Заключение. Таким образом, в работе представлен анализ клинических особенностей многоформной экссудативной эритемы в полости рта у детей. Следует отметить, что клиническая картина для данного заболевания весьма разнообразна, поэтому важным моментом является своевременная диагностика данного заболевания. Все разновидности мультиформной экссудативной эритемы связаны со сдвигом адаптации защитных механизмов в сторону гиперчувствительности. У больных детей повышена саливация, фиксируется сладковатый, приторный запах изо рта, появляется лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов. В анализах крови в период обострения заболевания отмечается повышенное количество лейкоцитов, СОЭ и других показателей. Проведение диагностических мероприятий по выявлению многоформной экссудативной эритемы не является сложной. В основе лежит фиксация острого начала заболевания, которое проявляется на фоне острого респираторного заболевания, если это идиопатическая форма, или на фоне лекарственных средств при симптоматической форме, при этом отмечается симметричное появление сыпи в основном на разгибательных поверхностях конечностей, слизистых оболочек полости рта, губ.

Список литературы / References

1. Булгакова А.И., Хисматуллина З.Р., Зацепина М.В., Кудрявцева Ю.А. О клиническом течении многоформной экссудативной эритемы полости рта (обзор литературы). Пародонтология, 2020; 25 (1): 71-74.

2. Булгакова А.И., Хисматуллина З.Р., Зацепина М.В. Результаты исследования заболеваемости и клинических проявлений в полости рта многоформной экссудативной эритемы. Журнал «Стоматология для всех/ International Dental Review», 2017; 4: 16-18.
3. Верткин А.Л., Дадыкина А.В. Синдром Стивенса-Джонсона. Лечащий врач, 2006; 4: 79-82.
4. Невозинская З.А., Куприянова В.В., Сакания Л.Р., Купцова Е.А., Корсунская И.М. Многоформная экссудативная эритема в практике дерматолога. Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum, 2015, 3: 13-14.
5. Мандра Ю.В., Жегалина Н.М., Береснева О.Ю. Клинико-морфологические изменения слизистой оболочки полости рта у пациентов на фоне недостаточной массы тела. Уральский медицинский журнал, 2015; 6 (129): 63-66.
6. Самцов А.В., Барбинов В.Б. Дерматовенерология: Учебник для мед. вузов. СПб.: Спец. Лит., 2008.
7. Иордонишвили А.К. Сравнительная характеристика клинической оценки эффективности лечения травматических поражений слизистой оболочки полости рта. Пародонтология, 2019; 1; 24 (90): 67-72.
8. Hofbauer G.F., Burg G., Nestle F.O. Cocaine-related StevensJohnson syndrome. Dermatology, 2000; 201 (3): 258-60.
9. Мавров Г.И. Многоформная экссудативная эритема, ассоциированная с герпетической инфекцией, особенности терапии: мат. науч.-практ. конф., 2013. С. 53–54.
10. Bau J.T., Cooper C.L. Erythema multiforme major associated with Mycoplasma pneumoniae infection. Canadian Medical Association Journal, 2019. № 43. P. 1195-1195.
11. Traves K.P., Love G., Studdiford J.S. Erythema multiforme: recognition and management. Am Fam Physician, 2019. № 100. P. 82–88.
12. Monastirli A., Pasmatzis E., Badavanis G., Tsambaos D. Erythema multiforme following pneumococcal vaccination. Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat., 2017. № 1. P. 25- 26.
13. Vierucci F., Tuoni C., Moscuza F., Saggese G., Consolini R. Erythema multiforme as first sign of incomplete Kawasaki disease. Ital J Pediatr, 2013. № 39. P. 11.
14. Rubio-Muniz C., Puerta-Peña M., Falkenhain-López D., Arroyo-Andrés J., Agud-Dios M., Rodriguez-Peralto J., Ortiz-Romero P., Rivera-Díaz R. The broad spectrum of dermatological manifestations in COVID-19: Clinical and histopathological features learned from a series of 34 cases. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol., 2020. Vol. 34. P. 574.
15. Chaabane I., Loukil M., Amri R., Badri I., Baha H., Lajmi M., Bouzaidi K., Ghrairi H. Cutaneous manifestations of COVID-19: Report of three cases. Arch. Dermatol. Res. 2020. Vol. 7. P. 1–4.
16. Navaeifar M.R., Ghazaghi M.P., Shahbaznejad L., Rouhanizadeh H., Abutalebi M., Varandi M.R., Rezai M.S. Fever with Rash is One of the First Presentations of COVID-19 in Children: A Case Report. Int. Med. Case Rep. J., 2020. Vol. 13. P. 335–340.
17. Jimenez-Cauhe J., Ortega-Quijano D., Carretero-Barrio I., Suarez-Valle A., Saceda-Corrado D., Del Real C.M., Fernandez-Nieto D. Erythema multiforme-like eruption in patients with COVID-19 infection: Clinical and histological findings. Clin. Exp. Dermatol., 2020. Vol. 45. P. 892–895.
18. Дерматология Фицпатрика в клинической практике / Клаус Вольф и др.; под общ. ред. А.А. Кубановой и др.; науч. ред. пер. В.П. Адаскевич, А.Н. Львов; пер. с англ. В.П. Адаскевич, М.В. Гантман. М.: Изд-во Бином, 2012. 372 с.
19. Невозинская З.А., Куприянова В.В., Сакания Л.Р., Купцова Е.А., Корсунская И.М. Многоформная экссудативная эритема в практике дерматолога // Приложение к журналу Consilium Medicum, 2015. № 3. С. 13-14.
20. Wetter D.A., Davis M.D. Recurrent erythema multiforme: clinical characteristics, etiologic associations, and treatment in a series of 48 patients at Mayo Clinic, 2000–2007. J Am Acad Dermatol., 2010. № 62. С. 45–53.
21. Weedon D. Weedon's Skin Pathology, 3rd edn. Edinburgh: Churchill Livingstone / Elsevier, 2010. P. 50–53, 202–207, 536–538.
22. Heng Y.K., Lim Y.L. Cutaneous adverse drug reactions in the elderly. Curr Opin Allergy Clin Immunol., 2015. № 15. P. 300–307.
23. Ahdout J., Haley J.C., Chiu M.W. Erythema multiforme during anti-tumor necrosis factor treatment for plaque psoriasis. J Am Acad Dermatol., 2010. № 62. 874–879.
24. Hughey L.C. Approach to the hospitalized patient with targetoid lesions. Dermatol Ther., 2011. № 24. P. 196–206.
25. Григорьев Д.В. Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса–Джонсона и синдром Лайелла – современная трактовка проблемы // Русский медицинский журнал, 2013. № 22. С. 15-18.