

Вариант течения синдрома Стивенса-Джонсона в практике: клинический случай

Гареев Радмир Рэмович, студент
Громенко Иван Дмитриевич, студент
Громенко Регина Ильдаровна, студентка
Башкирский государственный медицинский университет (г. Уфа)

В данной работе представлен разбор клинического случая проявления синдрома Стивенса-Джонсона на фоне проводимого лечения острого респираторного заболевания у пациента в возрасте 6 лет в ДРКБ г. Уфы.

Ключевые слова: синдром Стивенса – Джонсона, буллезные эритематозные высыпания, аллергическая реакция.

Синдром Стивенса-Джонсона – острая тяжелая аллергическая реакция, которая характеризуется обширными поражениями кожи и слизистых оболочек, индуцированная приемом лекарственных препаратов. Заболеваемость для синдрома Стивенса-Джонсона составляет 1–6 случаев на миллион человек [9, Р. 277]. Наиболее частой причиной развития данной патологии является прием следующих лекарственных средств: сульфаниламиды, аллопуринол, карбамазепин, фенибутазол, фенитонин, хлормазанон, пироксикам, антибиотики пенициллинового ряда. Синдром Стивенса-Джонсона может развиваться в любом возрасте. В группу риска входят пациенты с генетической предрасположенностью (генотип медленных ацетиляторов), лица с иммунодефицитом. Летальность синдрома составляет от 5% до 12% [1, С.56] [2, С.72]. При подозрении на синдром Стивенса–Джонсона следует проводить дифференциальную диагностику со следующими заболеваниями: вульгарная пузырчатка, эксфолиативная эритродермия, синдром стафилококковой ошпаренной кожи, многоформная эксудативная эритема, токсический эпидермальный некролиз (синдромом Лайелла), скарлатина, термический ожог [3, С. 15-17].

Целью исследования было оценить качество диагностики и эффективность проводимого лечения синдрома Стивенса-Джонсона у пациента К. в соответствии с современными клиническими рекомендациями.

Материалы и методы:

Пациент К. 6 лет 2 мес, поступил 07.03.18 с жалобами на высыпания на коже, гиперемию, папулезную сыпь, единичных буллезных элементов с отслоением эпидермиса с образованием эрозивных поверхностей на коже, зуд кожи, век и лица, беспокойство ребенка. Анамнез жизни: рос и развивался соответственно возрасту и полу, проявления диатеза, семейную отягощенность и лекарственную аллергию отрицает.

Из анамнеза болезни известно: болен с 03.03.2018 года. Ночью появилась слабость, боли в глазах, отек лица, сыпь по всему телу. Также известно, что больной принимал жаропонижающее средства (нурофен) на фоне ОРВИ. С диагнозом скарлатина(?) госпитализирован в ГБУЗ РБ ИКБ №4 г. Уфы. На фоне проводимой терапии высыпания не угасали, появились единичные буллезные элементы на груди, животе, которые отслаиваются при давлении на кожу. 07.03.2018 направлен на консультацию к аллергологу в ДРКБ. Госпитализирован в аллергологическое отделение.

Объективный статус: $t=36,7$. Общее состояние при осмотре средней тяжести, тяжесть состояния обусловлена кожными проявлениями. Отмечается слабая светобоязнь. Периферические лимфоузлы шейные увеличены до 0,8 см.

Кожные покровы гиперемированы, сухие, на коже конечностей, шеи и лица - в области век, ушных раковин, в области подмышечных впадин, в промежности - гиперемия кожи, мелкопятнистые высыпания, местами сливного характера, болезненная при пальпации. На коже груди, передней брюшной стенки элементы вскрывшихся буллезных высыпаний с участками десквамации эпителия, эрозивные поверхности диаметром до 1-2 см - как исход вскрывшихся булл на коже грудной клетки и живота, элементы эксфолиаций с серозно-геморрагическими корочками на коже груди [4, С. 117-135], [10, Р. 1371], [6, С.790 – 803]. Отмечается сухость, шелушение и гиперемия кожи шеи, периоральной области и красной каймы губ, микротрещины. Отмечается отечность, гиперемия век, серозное отделяемое из глаз. Видимые слизистые ротовой полости чистые. В зеве гиперемии выраженная, небные миндалины гипертрофированы до 2 ст. Носовое дыхание слегка затруднено, в носовых ходах скудное слизистое отделяемое, отечность слизистых. Аускультативно над легкими дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхания 24 /мин. Со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы патологии не выявлено. Осмотрен ЛОР врачом 06.03.18: Диагноз: Острый аденоидит.

Проведено обследование:

Общий анализ крови от 07.03.18: лейкоцитов $13,7 \cdot 10^9$, прочие показатели в пределах возрастной нормы. ИФА от 14.03.18: на chlamidia pneumonia Ig G отр . Ig M -отр, Mycoplasma Ig G отр . Ig M 0,38 (норма < 0,25)- положительный. Микоплазмоз.

Иммунограмма от 12.03.18 и консультация иммунолога от 12.03.18: Вторичное иммунодефицитное состояние. Клиническая картина буллезной многоформной эритемы сопровождается иммунологическими реакциями в виде Т-клеточной недостаточности с преимущественным поражением иммунорегуляторных Т- лимфоцитов (CD8+(14.17%)), В-лимфоцитом (CD19+(29,86%)), маркером эндогенной дисфункции, по нашему мнению, является гиперпродукция естественных киллерных клеток (CD16+(19,95%) эндогенных стрессорных молекул). Клинико - лабораторная картина аутоаллергического процесса (аутоагрессии) подтверждается особенностями дисиммунноглобулинемии , в виде гиперпродукции иммуноглобулинов всех трех классов (IgM=4,06 г/л; IgG=15,8 г/л; Ig A=2,67г/л). Экстремально высокий уровень антител к стрептолизину – О (13,73 МЕ/л) не исключает этиопатогенетическую роль стрептококковой сенсибилизации.

Консультация офтальмолога 12.03.18: ОУ- Блефароконъюнктивит неясной этиологии. Даны рекомендации. 15.03.18: Консультация дерматолога от 13.03.18: Много-

формная экссудативная эритема, буллезная форма, стадия разрешения, лечение по листу назначений. Кровь ИФА на ЦМВ, ВПГ, на вирус Эпштейна Барра отрицательно. УЗИ ОБП: патологии не выявлено. ОАМ: показатели в пределах нормы. Б/х анализ крови: показатели в пределах нормы.

После проведенного обследования выставлен диагноз:

Основной диагноз: Буллезная эритема многоформная (Синдром Стивенса-Джонсона) (Б 51.1)

Сопутствующий диагноз: Острое респираторное заболевание, средней степени тяжести. Острый аденоидит. Блефароконъюнктивит неясной этиологии. Стрептококковая сенсibilизация. Микоплазмоз.

Проведено лечение: основными средствами для лечения данного синдрома являются глюкокортикостероиды. В нашем клиническом случае был назначен дексаметазон в виде внутривенных инфузий в начальной дозировке 8 мг с постепенным уменьшением ее до 4 мг в течение 10 дней. Были назначены антигистаминные препараты — раствор хлоропирамина 2% 2 раза в день в течение 5 дней.

Учитывая площадь поражения кожных покровов и наличие стрептококковой сенсibilизации, с целью профилактики инфекционных осложнений был назначен цефтриаксон 900 мг 2 раза в день внутривенно в течение 5 дней. Обработка кожи водным раствором хлоргексидина биглюконата 0,02% 3 раза в день в течение 1 недели. Также проводилась дезинтоксикационная терапия в виде инфузий растворами глюкозы, ацесоль.

По рекомендации оториноларинголога в связи с затруднением носового дыхания, вызванным острым аденоидитом, назначены сосудосуживающие лекарственные препараты - ксилометазолин 0,05%, лоратадин по 5 мг в течение 3 дней, ацикловир 200 мг. По рекомендации офтальмолога в связи с отеком век и серозным отделяемым из глаз были назначены капли в конъюнктиву: 0,3% тобрамицин, 0,1% дексаметазон, кромогексал, корнергель в течение 7 дней.

Результаты и обсуждение: в результате проводимого лечения наблюдается следующая динамика состояния. На 1-й день госпитализации: состояние средней степени тяжести. Клиническая картина соответствует объективному статусу при поступлении. С третьего дня госпитализации наблюдается положительная динамика: уменьшилась болезненность при пальпации высыпаний. Уменьшение размеров высыпаний. Новых элементов высыпаний нет. Уменьшился отек век. Сохраняются сухость и шелушение кожи, мелко-пятнистые высыпания по всему телу и лицу. На 7-й день госпитализации сохраняется положительная

динамика. Отсутствие болезненности при пальпации. Эпителизирующиеся экзантемы на местах вскрывшихся булл. Уменьшение размера и количества мелко-пятнистых высыпаний по всему телу и лицу. Сохраняется сухость кожи. На 10-й день госпитализации состояние удовлетворительное. Нормальная влажность кожи. Незначительные остаточные эритематозные высыпания. Пациент готовится к выписке. Даны рекомендации: диспансерное наблюдение (контроль аллерголога через 1 мес.), гипоаллергенная диета, медотвод от прививок на 12 мес. Амбулаторно: антибактериальная терапия с целью профилактики ревматических осложнений на фоне стрептококковой сенсibilизации - бициллин - 5 в/м по 600000 Ед x 1 раз в 3 недели N.4. Был назначен азитромицин по 250 мг 1 раз в день за 1 ч до или через 2 ч после еды (принимать строго в одно и то же время) 5-7 дней. Выбор антибиотика из группы макролидов обусловлен его высокой активностью в отношении внутриклеточных паразитов — микоплазмы, низкой токсичностью и удобством применением за счет длительного периода полувыведения (T_{1/2}=68 часов) [7, Р. 965-972]. Контроль ИФА на *Mycoplasma pneumoniae* ч/з 1 мес. Контрольное обследование через 2 месяца. Уход за кожей постоянно (Авень Ксеракальм, Липикар Бальзам, Эмолиум, Бепантен, Локобейз Рипеа, Мюстелла и т.д.) - менять 1 раз в месяц. Пребывание на дому на 1-2 месяца. Блокатор H₁- гистаминовых рецепторов Цетиризин 10 мг по 1 табл. 1 раз в день - 2-3 недели.

Заключение и выводы: синдром Стивенса-Джонсона является значимой и актуальной патологией для специалиста любого профиля в связи с обширным применением лекарственных средств, индуцирующих клинические проявления аллергической реакции [8, Р. 33]. Данный клинический случай вызывает интерес в связи с низкой частотой встречаемости в популяции этого синдрома, юного возраста пациента и наличия сопутствующих заболеваний. Согласно федеральным клиническим рекомендациям в терапии синдрома Стивенса-Джонсона применяют: глюкокортикостероидные препараты системного действия, инфузионную терапию, наружную терапию растворами антисептических препаратов, уход за глазами и полостью рта, для профилактики инфекционных осложнений назначают антибактериальные препараты [5, С. 9]. В данном клиническом случае объем проведенных диагностических процедур и полученное пациентом лечение можно признать достаточно эффективным на основании действующих федеральных клинических рекомендаций с учетом фармакологических и фармакокинетических свойств используемых лекарственных препаратов.

Литература:

1. Адашкевич В.П. Неотложная дерматология.— М.: Триада фарм, 2001. — 196 с.
2. Адашкевич В.П. Неотложные состояния в дерматологии.— СПб: Ольга, 2000.—142 с
3. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Мурашкин Н.Н., Епишев Р.В., Амбарчян Э.Т. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с многоформной экссудативной эритемой и токсикодермией. - 2015. — 25 с.
4. Рекен М., Шаллер М., Заттлер Э., Бургдорф В. Атлас по дерматологии. / М. Рекен, М. Шаллер, Э. Заттлер, В. Бургдорф // МЕДпресс-информ. — М.: 2014. - 408с.
5. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных синдромом Стивенса-Джонсона/токсическим эпидермальным некролизом. - М.: 2015. - 11 с.
6. Самцов В.И. Токсидермии. — Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей под ред. Ю.К.Скрипкина и В.Н.Мордовцева. - М.: Медицина. — 1999. — С.790 — 803
7. Forman R, Koren G, Shear NH. Erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in children: a review of 10 years' experience. Drug Saf. 2002; 25 (13): 965-972.



www.esa-conference.ru

8. French L, Prins C. Erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. / L. French, C. Prins // Dermatology 3rd edition, New York: Elsevier. - 2013. – 319 p.
9. Lee AY. Fixed drug eruptions. Incidence, recognition, and avoidance. Am J Clin Dermatol. 2000; 1 (5): 277-285
10. Schachner L, Hansen R. Pediatric dermatology, fourth edition, 2-volume set. / L. Schachner, R. Hansen // Mosby. - 2011. – 1912 p.