

СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА И ЕГО ДИАГНОСТИКА

Т.Н. Толстова, М.А. Визир



Цель: демонстрация случая больного с синдромом Стивенса-Джонсона.

Методы: анализ научно-методической литературы и curaция больного.

Результаты: представлены результаты разбора клинического случая синдрома Стивенса-Джонсона

В последние годы частота встречаемости синдрома Стивенса-Джонсона (ССД) увеличивается, а его диагностика, по-прежнему, затруднена, что способствует несвоевременной постановки правильного диагноза.

«Больной С., 21 года, поступил с жалобами на высыпания на коже верхних и нижних конечностей, полости рта, конъюнктивы, слезотечение, боль в горле, повышение температуры тела до 38 °С, общую слабость.

Из анамнеза известно, что больной принимал в течении недели антибиотики (цефалоспорины и фторхинолоны) на фоне проводимой терапии появились высыпания на коже туловища, конечностей. Аллергические реакции раннее на медикаменты отрицает.

Объективно: гиперемия конъюнктивы, инъекция сосудов, в полости рта изъязвления частично с белым налетом. На губах, щеках, небе наблюдались разлитая эритема, пузыри, эрозивные участки покрыты желтовато-серым налетом. При вскрытии пузырей образуются сплошные кровоточащие болезненные очаги. На коже лица, туловища верхних и нижних конечностей высыпания округлой формы, сопровождающиеся жжением и зудом диаметром 3мм, некрозы местами, прикрытые корочкой. Поражение глаз в виде блефароконъюнктивита.

В клиническом анализе крови лейкоцитоз, повышение СОЭ –45 мм /ч. Иммуноглобулин E – 256МЕ/мл, ЦИК –90,6 ед, комплемент крови – 50. В клиническом анализе мочи – без изменений. Положительный тест при подборе к лекарственным препаратам. ФГДС –эритематозная гастропатия (биопсия).

После терапии кортикостероидами, антигистаминными препаратами высыпания регрессировали, нормализовалась температура тела, улучшилось общее состояние.

В результате проведенной своевременной диагностики и лечения удалось добиться выздоровления больного».

Синдром Стивенса-Джонсона – тяжелая системная аллергическая реакция замедленного типа, характеризующаяся выраженным синдромом интоксикации, поражением кожи и слизистых оболочек. Впервые был описан американскими педиатрами Стивенсом *синдром (A.M. Stevens, амер. педиатр, 1884—1945)* и Джонсоном (*P.C. Johnson, амер. педиатр, 1894—1934*).

Частота встречаемости ССД от 1,2 до 6 случаев на 1 000 000 год. Основным этиологическим фактором в 50% случаев является лекарственные средства (антибиотики пенициллинового ряда –55%, НПВС – 25%, САП –10%, витамины и другие анаболики –8%), среди других причин – химические соединения, микроплазменная пневмония, вирусная, бактериальная, грибковая и протозойная инфекции; онкологические заболевания, нередко причину выявить не удается (идиопатический ССД – 25-50%).

Синдром Стивенса – Джонсона (злокачественная экссудативная эритема, син.: Бадера дерматостоматит, Бадера синдром) – очень тяжёлая форма полиморфной экссудативной **эритемы**, характеризующаяся генерализованным поражением кожи и слизистых оболочек в виде полиморфными высыпаниями в виде эритематозных пятен и пузырей, часто с геморрагическим содержимым, локализующихся на коже, слизистых оболочках полости рта, мочеиспускательного канала и на конъюнктиве; сопровождается явлениями интоксикации. Повреждение слизистой оболочки рта мешает есть, закрывание рта вызывает сильную боль, что ведёт к слюнотечению. Глаза становятся очень болезненными, опухают и заполняются гноем так, что иногда слипаются веки. **Роговицы** подвергаются **фиброзу**. Мочеиспускание становится затруднённым и болезненным.

Заболевание начинается внезапно, с высокой температуры и болей в суставах. На фоне тяжелого общего состояния на губах, слизистой щек, языка, мягкого неба, задней стенки зева, дужках, гортани, на коже появляются пузыри, после вскрытия которых образуются кровоточащие эрозии. Сливаясь, они превращаются в сплошную кровоточащую резко болезненную поверхность. Часть эрозий покрывается фибриноз-

ным налетом. Может возникать как ответная аллергическая реакция замедленного типа.

К прогностически неблагоприятным факторам при синдроме Стивенса-Джонсона и синдроме Лайелла относятся: возраст старше 40 лет, быстро прогрессирующее течение, тахикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) более 120 уд./мин, начальная площадь эпидермального поражения более 10%, гипергликемия более 14 ммоль/л.

Летальность при синдроме Стивенса-Джонсона составляет 3–15%.

Диагностика. При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на аллергологический анамнез (были ли раньше аллергические реакции, на какие вещества и каким образом проявилась, причина аллергии на этот раз), были ли накануне респираторная инфекция, прием лекарств, симптомы интоксикации). При осмотре больного обратить внимание на сочетание симптомов поражения кожи и слизистых (характерный полиморфизм), интоксикации, гастроинтестинальных симптомов (тошнота, боль в животе, диарея), болезненность при глотании, мочеиспускании, изменение сознания.

Лабораторные исследования: анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма; посевы с кожи и слизистых оболочек, бактериологическое исследование мокроты, фекалий — по показаниям. С целью верификации кожных высыпаний и поражения слизистых показана консультация дерматолога. При наличии признаков поражения других органов и систем целесообразна консультация других узких специалистов (отоларинголога, окулиста, уролога и др.)

Дифференциальную диагностику следует проводить между многоформной эритемой, синдромом Стивенса-Джонсона и синдромом Лайелла. Похожие поражения кожи могут встречаться при первичных системных васкулитах (геморрагический васкулит, узелковый полиартериит, микроскопический полиартериит и др.).

Литература

1. Дранник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. 604 с.
2. Иммунопатология и аллергология. Алгоритмы диагностики и лечения/ под ред. Р. М. Хаитова. М.: ГЭОТАР Медицина, 2003. 112 с.