

М.А. Газалиева, А.С. Куликбаева, А.С. Барменова, С.Т. Исина,  
Г.К. Рахимжанова, А.М. Смагулова

Карагандинский государственный медицинский университет г. Караганда, Республика Казахстан

### СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У ДЕТЕЙ

В статье представлен случай довольно редкого заболевания в клинической практике – синдрома Стивенса-Джонсона. Дана характеристика анамнестических, клинических, лабораторных данных пациента. Рассмотрена причина развития данного аллергодерматоза.

**Ключевые слова:** синдром Стивенса-Джонсона, герпес вирусная инфекция, убистезин

**Актуальность.** Синдром Стивенса-Джонсона (ССД) является потенциально опасным для жизни слизисто-кожным заболеванием для которого характерны распространенный некроз и отторжение эпидермиса. В 1922 г. американские врачи А.М. Стивенс и Ф.Ч. Джонсон впервые представили описание острого кожно-слизистого синдрома у двух подростков, который характеризовался распространенными кожными высыпаниями, эрозивным стоматитом и конъюнктивитом [1,2].

Частота данного заболевания составляет от 1,1 до 6,8 случаев на 1 млн. населения в год. У женщин заболевание встречается чаще (коэффициент соотношения полов 0,6). К группе повышенного риска относятся пациенты с аутоиммунной патологией и злокачественным онкологическими заболеваниями, а также инфицированные вирусом иммунодефицита человека [3].

Основным этиологическим фактором развития ССД являются лекарственные препараты, на сегодняшний день их установлено более 100. Определены медикаменты высокого риска. К таким лекарствам относятся антибактериальные и нестероидные противовоспалительные препараты, противосудорожные средства, некоторые антидепрессанты [4].

Так же причиной в развитии ССД могут стать инфекционные агенты. Выделяют инфекционно-аллергическую форму при связи с вирусами (герпес, СПИД, грипп, гепатит и др.), микоплазмами, риккетсиями, различными бактериальными возбудителями (b-гемолитический стрептококк группы А, дифтерии, микобактерии и др.), грибковыми и протозойными инфекциями.

**Цель исследования:** Проведение дифференциальной диагностики этиологического фактора в развитии синдрома Стивенса-Джонсона.

**Задачи исследования:**

1. Выявить возможные пусковые механизмы в индукции ССД.
2. Определить приоритетный этиологический фактор в развитии ССД используя данные анамнеза, объективного статуса, лабораторных и инструментальных исследований, источников литературы, клинических протоколов.

**Материалы и методы исследования.**

В данной работе представлено клиническое наблюдение пациента с синдромом Стивенса-Джонсона в возрасте 1 года 6 месяцев.

**Результаты и обсуждение.** 28.02.2018 г. в приемный покой Областной детской клинической больницы (ОДКБ) г. Караганды поступает пациент А. с жалобами на гиперемию, зуд, отечность мягких тканей кожи лица, мошонки, отслоение эпидермиса в углу правого глаза, вокруг рта и на кончике носа, мошонке, с образованием корочек, отделяемое из глаз (рисунок 1).



Рисунок 1 - Пациент при поступлении в стационар. Отечные, гиперемированные пятна

Со слов мамы покраснение кожи началось с 25.02.2018 г. вначале на шее, затем с поражением туловища, лица и конечностей. Самостоятельно применяли на кожу наружный глюкокортикостероид (адвантан крем). 27.02.2018 г. обратились в поликлинику ОДКБ, была назначена дезинтоксикационная, антигистаминная, противовоспалительная терапия (тагансорбент, фенистилнью, адвантан крем). Лечение не проводили. В связи с ухудшением состояния (распространение очагов поражения кожи, присоединение отека мягких тканей) обратились в приемный покой ОДКБ, госпитализирован в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ).

В анамнезе отмечается прием обезболивающего препарата (убистезин) мамой у стоматолога. При этом ребенок продолжал получать грудное вскармливание. Так же неделю назад мама перенесла герпес вирусную инфекцию. Накануне дядя в течение недели лечился по поводу конъюнктивита, ребенок имел с ним контакт.

Кожные покровы бледные, по всему телу наблюдается яркая гиперемия кожи, зуд, больше по передней поверхности живота с переходом на бедра (синдром обожженной кожи), отечность мягких тканей лица, мошонки, отслоение эпидермиса на лице, тыльной стороне стопы правой нижней конечности, спине, гнойные корочки в углу правого глаза, вокруг рта и на кончике носа. В области передней поверхности грудной клетки до линии сосков отмечаются подсыпания в виде пузырьков, склонных к сливанию,

отслаивание эпидермиса не отмечается. Тургор мягких тканей сохранен. Слизистые оболочки, ногтевые ложа бледно-розовые. Дыхание через естественные пути свободное. Перкуторно – легочный звук. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет, проводится по все полям равномерно. ЧДД – 32. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 118. Периферический пульс определяется, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, перистальтика выслушивается. По назогастральному зонду отделяемого нет. Мочиспускание свободное.

Учитывая возможность поражения слизистых глаз была назначена консультация офтальмолога, который выставляет диагноз: Ангиопатия сетчатки на фоне выраженной гипоксии.

С 28.02.2018 – 06.03.2018 находился в ОАРИТ. Методы интенсивной терапии включали проведение инфузионной терапии кристаллоидами. Нутриционная поддержка проводилась энтеральными питательными смесями. С противовоспалительной целью назначен преднизолон в суточной дозе 50 мг. внутривенно на 7 суток. Учитывая площадь поражения кожи была назначена антибактериальная терапия - амикацин из расчета 10мг/кг/сут. С дезинтоксикационной целью назначен энтеросгель и тиосульфат натрия. Местное лечение включало перевязки с растворами антисептиков.

Учитывая стабилизацию состояния, ребенок был переведен для дальнейшего обследования и лечения в отделение иммунологической реабилитации, где продолжалась гормональная, антибактериальная, антигистаминная, инфузионная, дезинтоксикационная терапия, местная обработка кожи и слизистых оболочек.

На 7-е сутки состояние пациента оценивалось как средней степени тяжести, обусловленное проявлениями синдрома Стивенса-Джонсона. Кожные покровы бледные, на груди, на животе гиперемия кожи сохранялась, отечность мягких тканей лица спала, отслоение эпидермиса на лице, тыльной стороне стопы правой нижней конечности, спине сохраняются. Корочки в углу правого глаза, вокруг рта и на кончике носа без гнойного выделения. В передней поверхности грудной клетки подсыпания в виде пузырьков не отмечалось.



Рисунок 2 – Эпителизация

На 14-е сутки гиперемия значительно уменьшилась. Началась краевая эпителизация раневых поверхностей. Корочки в углу правого глаза, вокруг рта и на кончике носа без гнойного выделения (рисунок 2).

В результате проведенного лечения состояние ребенка с положительной динамикой. Кожные покровы бледные, корочки отпали, наблюдается шелушение эпителия кожи рук и живота. Новых элементов нет. Отслаивания эпидермиса не наблюдается. Конечности на ощупь теплые. Тургор мягких тканей сохранен. Слизистые оболочки, ногтевые ложа бледно-розовые. По системным органам без изменений. Выписывается домой с улучшением, рекомендации даны.

При проведении дифференциально-диагностического поиска пусковых механизмов в индукции ССД выявилось два основных фактора: герпес вирусная инфекция и лекарственный препарат - убистезин. Была изучена официальная инструкция данного препарата, где описаны следующие фармакокинетические свойства этого вещества: «Активные вещества в минимальной степени проникают через плацентарный барьер, практически не выделяются с грудным молоком, период полувыведения составляет 25 минут».

В процессе литературного поиска причинного фактора были изучены статьи в [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov), где представлены следующее исследование:

Ретроспективный анализ 22 случаев мультиформной эритемы и 17 — синдрома Стивенса-Джонсона у детей, находившихся с 1974 г. по 1998 г. в педиатрическом госпитале Бордо (Франция), провели Leaute-Labreze C. et al (2000). Согласно проведенным исследованиям, синдром Стивенса-Джонсона может быть проявлением герпесвирусной инфекции, в то время как мультиформная эритема — инфекции M. pneumoniae.

Таким образом, принимая во внимание данные литературных источников и анамнеза жизни, анамнеза болезни, клинической картины наблюдаемого нами больного можно сделать следующие **выводы**:

1. У детей герпес вирусная инфекция может протекать в генерализованной форме тяжелого алергодерматоза – синдрома Стивенса-Джонсона.
2. ПЦР исследования на вирус простого герпеса 1 и 2 типов должны обязательно проводиться в условиях стационара при данном синдроме.
3. В клиническом протоколе МЗ РК от 15 сентября 2016 года «Лекарственная гиперчувствительность с различными клиническими проявлениями» необходимо принять во внимание вирусную этиология данного заболевания и включить противовирусные препараты в раздел лечения на стационарном уровне.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Григорьев Д.В. Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона и синдром Лайелла – современная трактовка проблемы // Российский медицинский журнал. - № 22. – 2013. – С. 1073-1083.
- 2 Endorf F.M., Cancio L.C., Gibran N.S. Toxic epidermal necrolysis clinical guidelines. // J. Burn Care Res. - № 29. – 2008. – P. 706-714.
- 3 Valeyrie-Allanore L. Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. 8<sup>th</sup> ed. Ch. 40. Epidermal necrolysis (Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis) // Clin. Expert Dermatology. - № 32. - 2012. – P. 56-64.
- 4 Roujeau J.C., Kelly J.P., Naldi L. Et al. Medicamentation use and the risk of Stevens-Johnson syndrome. // N. Engl. J. Med. - № 333. – 1995. – P. 1600-1607.
- 5 Forman R. Erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in children: a review of 10 years' experience / R. Forman, G. Koren, N. H. Shear // Drug Saf. - № 13. — 2002. — P. 965—972.
- 6 C. Leaute-Labreze et al. Diagnosis, classification and management of erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome // Arch. Dis. Child. - № 4. - 2000. - P. 347—352.

**М.А. Газалиева, А.С. Куликбаева, А.С. Барменова, С.Т. Исина,  
Г.К. Рахимжанова, А.М. Смагулова**

#### **СТИВЕНС-ДЖОНСОН СИНДРОМЫ БАЛАЛАРДА ЖАЙЫЛҒАН ҚАРАПАЙЫМ ГЕРПЕС ВИРУС ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ КӨРІНІСІ РЕТІНДЕ**

**Түйін:** Бұл мақалада тәжірибеде сирек кездесетін Стивенс-Джонсон синдромы туралы жазылған. Науқастың анамнезі, клиникалық, лабораторлы ақпараттары берілген. Осы алергодерматоздың себебі қарастырылған.

**Түйінді сөздер:** Стивенс-Джонсон синдромы, герпес вирусты инфекция, убестезин.

**M.A. Gazaliyeva, A.S. Kulikbaeva, A.S. Barmenova, S.T. Isina, L.T. Rapagatova, A.M. Smagulova**

#### **STEVENS-JOHNSON SYNDROME AS A MANIFESTATION OF GENERALIZED VIRAL HERPES SIMPLEX VIRUS INFECTION IN CHILDREN**

**Resume:** The article presents a case of a rather rare disease in clinical practice - Stevens-Johnson Syndrome. The characteristic of anamnestic, clinical, laboratory data the patient is given. Considered The reason for the development of this allergy.

**Keywords:** Stevens-Johnson Syndrome, herpesviral infection, ubystezin