

## ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК МАСКА СИНДРОМА СТИВЕНСА – ДЖОНСОНА

А.В. Карпов<sup>1</sup>, В.А. Кондратенко<sup>1</sup>, М.К. Шишкин<sup>2</sup>, М.В. Яременко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГУ 442 ОВКГ им. З.П. Соловьева, инфекционный центр, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

### Herpes infection as a mask Stevens–Johnson syndrome

A.V. Karpov<sup>1</sup>, V.A. Kondratenok<sup>1</sup>, M.K. Shishkin<sup>2</sup>, M.V. Yaremenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Federal State Establishment 442 District Military Clinical Hospital by Z.P. Solovyov, Infectious Centre, Saint-Petersburg

<sup>2</sup> Military Medical Academy by S.M. Kirov, Saint-Petersburg

В практике врача инфекциониста нередко приходится проводить дифференциальную диагностику между экзантемами различного происхождения [3,4]. Среди всех дерматитов наиболее тяжелыми являются синдром Лайелла и синдром Стивенса – Джонсона [1, 2, 4]. По данным разных авторов, летальность при синдроме Стивенса – Джонсона может составлять от 3% до 15% [1, 2].

Синдром Стивенса – Джонсона представляет собой тяжелый вариант буллезной многоформной экссудативной эритемы, при которой наряду с кожей и слизистыми оболочками могут поражаться и внутренние органы [1, 2, 5]. Причиной развития часто является лекарственное средство (сульфаниламиды, антибиотики, анальгетики и др.) [1, 2, 4, 6]. В качестве примера приводим описание клинического случая синдрома Стивенса – Джонсона.

В феврале 2009 г. в отделение реанимации интенсивной терапии инфекционного центра ФГУ 442 ОВКГ ЛенВО, на 1-й день болезни был госпитализирован военнослужащий П., 18 лет, с предварительным диагнозом «Герпетическая инфекция, генерализованная форма».

При поступлении жаловался на слабость, озноб, умеренную головную боль, боль и чувство «жжения» в ротовой полости, высыпания на лице, руках, туловище и в ротовой полости.

Из анамнеза болезни было известно, что заболел остро 03.02.09 г., когда утром на фоне полного благополучия ощутил озноб и боли в горле. После приема антигриппина и орошения ротоглотки «аэрозолем от болей в горле» появилось ощущение «жжения», усилилась боль в ротовой полости. Через несколько часов на коже лица, рук, ног, туловища появились папулезно-везикулезные высыпания, позже заметил пузырьки на слизистой оболочке ротовой полости. Одновременно усилился озноб, температура тела повысилась до

39°C. Пациент около 15.00 03.02.09 г. обратился в медицинский пункт и был направлен на лечение в 442 ОВКГ.

При поступлении в инфекционный стационар состояние больного оценивалось как тяжелое. На фоне нормальной кожи лица, рук, ног, туловища были видны единичные розовато-красного цвета папулы, на некоторых папулах в центре располагались везикулы (рис. 1, 2). На губах, слизистой оболочке щек, мягкого неба наблюдались многочисленные везикулы и эрозии. Были выявлены симптомы конъюнктивита и инъекция сосудов склер обоих глаз. Пульс 90 ударов в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 100 и 70 мм.рт.ст. Границы абсолютной и относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушивались. ЧДД – 20 в мин. Перкуторно над легкими – ясный легочный звук. При аускультации во всех отделах выслушивалось везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×8 см. Селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области было безболезненным с обеих сторон. Менингеальные симптомы отрицательные.



Рис. 1



Рис. 2

Учитывая лихорадку (39°C), наличие на коже лица, рук, ног и туловища элементов папуло-везикулезной сыпи был выставлен предварительный диагноз «Герпетическая инфекция, генерализованная форма». Больному была начата терапия ацикловиром первые сутки внутрь по 400 мг 5 раз в последующем парентерально по 500 мг 3 раза в сутки, а также цефтриаксон по 1 г внутримышечно 2 раз в сутки.

В ходе обследования в клиническом анализе крови выявлялись лейкоцитоз ( $16,4 \times 10^9/\text{л}$ ), сдвиг формулы влево (палочкоядерные лейкоциты 8%) и относительная лимфопения (6%). В общем анализе мочи — следы белка. По данным биохимического анализа, наблюдалось повышение АЛТ до 52 е/л. По результатам лабораторных исследований были исключены вирусные гепатиты В, С, сифилис и ВИЧ-инфекция. Были выполнены инструментальные исследования: рентгенография органов грудной клетки (без патологических изменений); ЭХОКГ (без патологических изменений); ЭКГ при поступлении (синусовая брадикардия 43 в мин., неполная блокада правой ножки пучка Гиса, изменения неспецифические реполяризации задней стенки левого желудочка); ЭКГ повторно (синусовый ритм — 68 в мин., неполная блокада правой ножки пучка Гиса). Больной осматривался дерматологом и окулистом.

На 3-й день лечения сохранялись лихорадка (38,0°C), боли в горле при глотании, появились новые папулы на коже рук, спины, груди, везикулы превратились в пустулы, на лице в области губ, руках на фоне некоторых папул образовались пузыри с мутным содержимым, на слизистой ротовой полости увеличилось количество эрозий.

Учитывая острое начало заболевания, связь с приемом антигрипина и орошением ротоглотки аэрозодем, динамику развития экзантемы (папуло-везикулезная, затем пустулезная и буллезная), а также появление множественных везикул и эрозий в ротовой полости, отсутствие положительного эффекта от противогерпетической и антибактериальной терапии, герпетическая инфекция исключена и был установлен окончательный диагноз: «Токсико-аллергическая реакция по типу многоформной экссудативной эритемы: синдром Стивенса — Джонсона, тяжелое течение».

Проводилась терапия:

- в 1-й день лечения внутрь ацикловир по 400 мг 5 раз и далее в течение трех дней парентерально по 500 мг 3 раза в сутки;
- с 1-го дня лечения внутримышечно цефтриаксон по 1 г 2 раза в сутки в течение 10 дней;
- с 3-го дня лечения внутрь флуконазол по 50 мг в день — 10 дней;
- с 3-го по 7-й день лечения парентерально преднизолон в суточной дозе 210 мг, в последующем в течение четырех дней — дексаметазон по 4 мг;
- со 2-го дня лечения циклоферон 0,5% — 2,0 мл внутримышечно через день (четыре инъекции);
- инфузионная и десенсибилизирующая терапия;
- местная обработка элементов экзантемы 5% раствором перманганата калия и энантемы облепиховым маслом;
- глазные капли «офтальмоферон» и «дексаметазон»;
- 7 сеансов ГБО.

На фоне комплексного патогенетического лечения, в первую очередь глюкокортикостероидной терапии, состояние больного улучшилось, что выразилось в нормализации температуры тела, регрессии папулезно-везикулезной, буллезной сыпи и множественных эрозий слизистой оболочки ротовой полости. Однако сохранялась умеренная астенизация.

Пациента выписали в удовлетворительном состоянии на 30-е сутки стационарного лечения. При диспансерно-динамическом наблюдении гиперпигментированные пятна после сыпи в течение месяца разрешились, прошла астенизация.

Данный клинический случай еще раз подтверждает, что больные с синдромом Стивенса — Джонсона могут поступать в инфекционный стационар. Правильно собранный анамнез, клиническая картина заболевания позволяют уже на ранних сроках болезни предполагать наличие лекарственного дерматита и назначить адекватную терапию. Препаратами выбора в лечении синдрома Стивенса — Джонсона являются глюкокортикоиды в адекватных дозах.

#### Литература

1. Адаскевич В.П. Неотложная дерматология / В.П. Адаскевич. — М.: Триада — фарм, 2001. — 196 с.
2. Верткин А.Л. Синдром Стивенса — Джонсона / А.Л. Верткин, А.В. Дадыкина // Лечащий врач. — 2006. — № 4. — С. 79 — 82.
3. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П. Казанцев [и др.]. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1999. — 482 с.
4. Инфекционные болезни с поражением кожи / Ю.В. Лобзин [и др.]. — СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2003. — 240с.
5. Самцов А.В. Дерматовенерология: учебник для медвузов / А.В. Самцов, В.Б. Барбинов. — СПб: Спец. Лит., 2008. — 352 с.
6. Ghislain P.D, Roujeau J.C. Treatment of severe drug reactions: Stevens — Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis and hypersensitivity syndrome / P.D. Ghislain, J.C. Roujeau. // Dermatol Online J. 2002 Jun; 8(1):5.

Контактная информация:

Яременко М.В. Тел.: 8 (812) 3297166