

## **ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА И СТИВЕНСА–ДЖОНСОНА У ДЕТЕЙ**

*Ткаченко Ю.А., врач, Мордань И.А., врач, Олисеенко Д.В., студ  
научный руководитель – доц. Загородний Н.П.*

*Сумская областная детская клиническая больница*

*СумГУ, кафедра педиатрии с курсом медицинской генетики и медуниверситета*

Синдром Стивенса—Джонсона (ССД) и токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла) в настоящее время рассматриваются как варианты единого патологического процесса, индуцированного у детей чаще всего инфекцией, реже – медикаментами и злокачественными заболеваниями.

Диагностика синдрома Стивенса-Джонсона основывается на тяжелом течении заболевания и развитии высыпаний, характерных для буллезной многоформной экссудативной эритемы, не только на коже, но и на слизистой оболочке полости рта, вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала, в анально-генитальной области, на конъюнктиве.

Синдром Лайелла (СЛ) характеризуется большой пораженной поверхностью кожи. Особенностью данного заболевания является отслаивание эпидермиса (симптом Никольского). После отслоения эпидермиса на его месте образуются эрозии, которые кровоточат и резко болезненны при пальпации. Высыпания и эрозии могут быть на слизистой оболочке полости рта, глотки, пищевода, половых органов. Синдром Стивенса-Джонсона нередко трудно отличить от начальной формы СЛ. Решающими дифференциально-диагностическими критериями являются развитие эпидермального некролиза и положительный симптом Никольского при синдроме Лайелла, что не характерно для ССД.

В современной терминологии оба синдрома объединены в общую нозологию — синдром Стивенса–Джонсона – токсический эпидермальный некролиз (ССД–ТЭН). Нами проведена экспертная оценка 4 медицинских карт больных детей, лечившихся в условиях отделения анестезиологии Сумской областной детской клинической больницы по поводу тяжелых аллергических поражений кожных покровов и слизистых в виде синдрома Лайелла и Стивенса-Джонсона за период 2010-2012 года. У троих детей (их возраст 7мес, 2 года и 5 лет) наблюдался СЛ, у одного - ССД (ребенок 11 лет).

Установлено, что у двоих детей в анамнезе были сведения о появлении высыпаний после использования медикаментов (цефтриаксон, грамокс). Остальные дети имели погрешности в питании (употребляли цитрусовые). Все четверо детей поступили в отделение в тяжелом состоянии, с лихорадкой, явлениями интоксикации и различными по морфологии и степени распространенности элементами кожных аллергических проявлений и высыпаний на слизистых.

Принципиально схема лечения детей не отличалась: для профилактики инфекционных осложнений применялись антибиотики - цефалоспорины 3-го поколения и амикацин (у ребенка с аллергической реакцией на цефтриаксон). Всем детям была проведена гормонотерапия глюкокортикоидами в суточной дозе по дексаметазону 1- 2 мг/кг/сут. Таким образом, можно сделать вывод, что ни у кого из детей из ССД не отмечен положительный симптом Никольского. В то же время у детей с диагнозом синдрома Лайелла отмечалась более выражена тяжесть поражения с генерализацией буллезного эпидермолиза, обширность и склонность к слиянию эрозий. Имеет место выраженная болезненность в области всего кожного покрова и слизистых. Все это подчеркивает общность этиологии, патогенеза и ведения больных из СЛ и ССД .