

2. Informationsnyi byulleten' «Analiz raboty infektsionnoi sluzhby Udmurtskoi Respubliki za 2017 god», Izhevsk 2018. (In Russ.).
3. Tenenbaum S, Chitnis T, Ness J, Hahn JS. Acute disseminated encephalomyelitis. Neurology. 2007. 68 (suppl 2): S23-S36.
4. Magnetic resonance imaging and clinical findings in adults with tick-borne encephalitis / A. Pichler [et al.] // J Neurol Sci. – 2017. Apr 15; 375:266-269. doi: 10.1016/j.jns.2017.02.003. Epub 2017 Feb 3.
5. Proton magnetic resonance spectroscopy (1H-MRS) of the brain in patients with tick-borne encephalitis / R. Zawadzki [et al.] // Sci Rep. – 2019. Feb 26;9(1):2839. doi: 10.1038/s41598-019-39352-6.
6. Brain perfusion alterations in tick-borne encephalitis-preliminary report / Z. Tyrakowska-Dadeho [et al.] // Int J Infect Dis. – 2018. Mar; 68:26-30. doi: 10.1016/j.ijid.2018.01.002. Epub 2018 Jan 11.
7. Ierusalimskii A.P. Kleshchevoi entsefalit // Rukovodstvo dlya vrachei. – Novosibirsk, Gosudarstvennaya meditsinskaya akademiya MZ RF, 2001. – 360 s.

УДК 616.511+617.52

© А.М. Сулейманов, М.Б. Убайдуллаев, 2019

А.М. Сулейманов¹, М.Б. Убайдуллаев²

МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА: ТРИАДА СИМПТОМОВ

¹ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница №21» г. Уфа

²ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

В статье приведен редкий случай сочетания кожных проявлений многоформной экссудативной эритемы с острым поднижнечелюстным лимфаденитом и эпидидимитом.

Цель исследования – информирование специалистов о возможной триаде симптомов при многоформной экссудативной эритеме.

До настоящего времени не установлена этиология многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ), заболевания, которое описал австрийский дерматолог Фердинанд фон Гебра в 1860 году. Считается, что это заболевание полиэтиологично и имеет многофакторные причины для его развития [1,2,3].

В доступной литературе мы не обнаружили описания сочетания кожных проявлений многоформной экссудативной эритемы с острым поднижнечелюстным лимфаденитом и эпидидимитом. Возможно, это связано с тем, что пациент обычно не хочет предавать гласности сведения интимного характера.

Многоформная экссудативная эритема диагностируется только по клиническим признакам (патогномичные поражения в виде мишеней, морфологические элементы на слизистых) и не нуждается, по мнению авторов, в подтверждении дополнительными методами исследований. При изучении гендерных различий заболевания выявлено превалирование мужчин [1].

Патогенетическая терапия позволила купировать воспалительный процесс с разрешением кожных элементов.

Ключевые слова: лимфаденит, мишеневидная, многоформная экссудативная эритема, эпидидимит.

A.M. Suleimanov, M.B. Ubaidullaev

ERYTHEMA EXSUDATIVUM MULTIFORME: SYMPTOM TRIAD

The article presents a rare case of a combination of skin manifestations of erythema exsudativum multiforme with acute submandibular lymphadenitis and epididymitis.

The aim of the work is to inform specialists about a possible triad of symptoms with erythema exsudativum multiforme.

To date, the etiology of erythema exsudativum multiforme has not been established, the disease, which was described by the Austrian dermatologist Ferdinand von Gebra in 1860. This disease is considered to be polygenic and to have multifactorial reasons for its development.

In the available literature there is no description of the combination of skin manifestations of erythema exsudativum multiforme with acute submandibular lymphadenitis and epididymitis. Perhaps this is due to the fact that the patient usually does not want to make public information of an intimate nature.

Erythema exsudativum multiforme is diagnosed only by clinical signs (pathognomic lesions in the form of targets, morphological elements on mucous membranes) and, according to the authors, does not need to be confirmed by additional research methods. The study of gender revealed the prevalence of men.

The nosotropic therapy allowed to stop the inflammatory process with the elimination of skin elements.

Key words: lymphadenitis, target-like, erythema exsudativum multiforme, epididymitis.

До настоящего времени не установлена этиология многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ), заболевания, которое описал австрийский дерматолог Фердинанд фон Гебра в 1860 году. Считается, что это заболевание полиэтиологично и имеет многофакторные причины для его развития [1,2,3].

Многоформная экссудативная эритема диагностируется только по клиническим признакам (патогномичные поражения в виде мишеней, морфологические элементы на слизистых) и по мнению авторов, не нуждается в подтверждении дополнительными методами исследований. Чаще болеют мужчины [1].

В доступной литературе мы не обнаружили сочетания кожных проявлений многоформной экссудативной эритемы с острым поднижнечелюстным лимфаденитом и эпидидимитом.

Приводим клиническое наблюдение.

Пациент С., 26 лет, медицинская карта №10901, госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфы 28.04.2001г. с диагнозом: острый серозный лимфаденит поднижнечелюстной области справа.

Жалоба больного на болезненную отечность в области шеи справа, общую слабость,

недомогание, вечерние подъемы температуры тела. Заболел остро около трех суток назад, после развития болей при глотании обратился в поликлинику по месту жительства. Больной был направлен в приемное отделение Городской клинической больницы №21.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Положение тела активное. Сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски. Тоны сердца ритмичные, АД 120/90 мм рт. ст., ЧСС – 84 уд/мин, температура тела 38,5°C.

Местный статус: лицо асимметричное за счет коллатерального отека мягких тканей верхней трети шеи справа. Кожа над ним в цвете не изменена. Пальпация данной области болезненна. При пальпации области верхней трети шеи определяется опухолевидное образование величиной 3,5×1,5 см, подвижное, не спаянное с окружающими тканями и без признаков флюктуации. Открывание рта в полном объеме, слизистая оболочка полости рта

физиологической окраски, зев умеренно гиперемирован, язык подвижный, покрыт белесоватым налетом.

30.04.2001 г. больной предъявил жалобу на резкое повышение температуры до 39,7° С, появление сыпи на теле. При осмотре выявлены на коже по всей поверхности тела пурпурного цвета розеолы размерами от 3,0×3,0 до 1,0×1,0 см мишеневидной формы (см. рисунок). Отмечается увеличение мошонки. Назначена консультация уролога.

Консультация уролога: жалоба на боль в области мошонки больше справа и наличие сыпи на коже. Со слов больного боль в области мошонки появилась 25 апреля 2001 г., в течение последних двух дней отмечает усиление интенсивности боли, преимущественно в правой половине мошонки. Правое яичко не напряжено, мягкоэластичное. Придаток уплотненный, болезненный в области головки. Участков размягчения нет. Диагноз: острый эпидидимит справа.



Рис. Элементы кожных проявлений многоформной экссудативной эритемы на нижней конечности

Общий анализ крови от 02.05.2001 г.: эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 112 г/л, тромбоциты – $264 \times 10^9/л$; лейкоциты – $10,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 26 мм/ч; лейкоформула: сегментоядерные – 57, лимфоциты – 32, палочкоядерные – 3, эозинофилы – 3, моноциты – 5. Биохимический анализ крови от 03.05.2001 г.: общий белок – 71 г/л; билирубин общий – 8,3 мкмоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л.

Общий анализ мочи от 22.12.2016 г.: уд. вес – 1015, реакция кислая.

ЭКГ от 22.12.2016 г.: синусовый ритм, ЭОС не отклонена.

При осмотре 4 мая общее состояние больного относительно удовлетворительное. Жалобы: на общую слабость, повышенную температуру до 37,3°C. На коже нижних конечностей и предплечья определяются округлые розовые пятна (см. рисунок). Сохраняется отечность мошонки. Поднижнечелюстные

лимфоузлы справа увеличены и слабо болезненны при пальпации.

Общий анализ крови от 10.05.2001 г.: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 130 г/л, тромбоциты – $264 \times 10^9/л$; лейкоциты – $6,5,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 15 мм/ч.

Проведены противовоспалительная терапия с использованием антибиотиков (доксикалин), препаратов трихопол, внутривенная инъекция 10% раствора глюконата кальция, внутривенные вливания 5% раствора глюкозы; симптоматическая терапия антигистаминным препаратом супрастин. На фоне проведенного лечения пациента на исходе второй недели явления воспаления исчезли, явления эритемы на коже разрешились. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Особенностью проявления болезни у пациента С. явилось сочетание поднижнечелюстного острого лимфаденита с острым эпидиди-

митом и кожными высыпаниями на конечностях мишеневидной формы. Необходим детальный осмотр пациентов при диагностировании многоформной экссудативной эритемы.

Сведения об авторах статьи:

Сулейманов Азат Мудасирович – к.м.н., заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 21». Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Проезд Лесной, 3. E-mail: Suleimanov_azat@mail.ru.

Убайдуллаев Мухаммадхон Бурханович – д.м.н., профессор кафедры ортопедической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: doctormb@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булгакова, А.И. Результаты исследования многоформной экссудативной эритемы полости рта в Республике Башкортостан / А.И. Булгакова, З.Р. Хисматуллина, М.В. Зацепина // Материалы V Приволжского стоматологического форума «Актуальные вопросы стоматологии». – Уфа, 2019. – С. 116-119.
2. Зацепина, М.В. Диагностическая топография при многоформной экссудативной эритеме / М.В. Зацепина, А.И. Булгакова, З.Р. Хисматуллина // Материалы Республиканской научно-практической конференции стоматологов «Актуальные вопросы стоматологии». – Уфа, 2018. – С. 137-139.
3. Иванов, О.Л. Многоформная экссудативная эритема, клинические, иммунологические и терапевтические особенности/ О.Л. Иванов, М.В. Халдина// Лечащий врач. – 2003. – №9. URL:<https://www.lvrach.ru/2003/09/4530660/> (дата обращения 18.12.2019).

REFERENCES

1. Bulgakova A.I. Rezul'taty issledovaniya mnogoformnoj ekssudativnoj eritemy polosti rta v Respublike Bashkortostan / A.I. Bulgakova, Z.R. Hismatullina, M.V. Zacepina // Materialy V Privolzhskogo stomatologicheskogo foruma «Aktual'nye voprosy stomatologii». – Ufa, 2019g. – S. 116-119. (In Russ.).
2. Zacepina M.V. Diagnosticheskaya topografiya pri mnogoformnoj ekssudativnoj eriteme / M.V. Zacepina, A.I. Bulgakova, Z.R. Hismatullina // Materialy Respublikanskoj nauchno-prakticheskoy konferencii stomatologov «Aktual'nye voprosy stomatologii». – Ufa, 2018g. – S. 137-139. (In Russ.).
3. Ivanov O.L. Mnogoformnaya ekssudativnaya eritema, klinicheskie, immunologicheskie i terapevticheskie osobennosti/ O.L. Ivanov, M.V. Haldina// Lechashchij vrach. – 2003. – №9. URL:<https://www.lvrach.ru/2003/09/4530660/> (data obrashcheniya 18.12.2019). (In Russ.).