

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

**МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА.  
КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.**

*Учебно-методическое пособие  
для студентов медицинских вузов 5 курса  
стоматологического факультета*

**Ташкент-2015**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

«УТВЕРЖДАЮ»  
Председатель Совета ТГСИ  
Хабиллов Н.Л.  
« \_\_\_\_\_ » 2015 г.



**МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ  
ЭРИТЕМА.КЛИНИКА.ДИАГНОСТИКА.ЛЕЧЕНИЕ.**

Учебно-методическое пособие  
для студентов медицинских вузов 5 курса  
стоматологического факультета

Ташкент-2015



**Составитель:**

**Ибрагимова М.Х.** — доцент кафедры Госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского Государственного Стоматологического института, кандидат медицинских наук

**Рецензенты:**

**Агзамходжаев С.С.** – заведующий кафедры стоматологии №2, ТашиУВ, профессор, доктор медицинских наук, академик РАМТН

**Дусмухамедов М.З.**- директор центра челюстно-лицевой стоматологии ТГСИ, д.м.н., профессор.

**Жуматов У.Ж.**- профессор, доктор медицинских наук кафедры стоматологии №1, ТашиУВ

Учебно- методическое пособие рассмотрено на Центральном Методическом Совете ТГСИ и рекомендовано для утверждения на Ученом Совете ТГСИ.

«18» февраля 2015 год, протокол заседания № 4

Учебно-методическое пособие утверждено на Ученом Совете ТГСИ и рекомендована на опубликование в печати.

«25» февраля 2015 год, протокол заседания № 7

**Ученый секретарь**

**Доктор химических наук, профессор Жураев А.Ж.**



*Учебно-методическое пособие предназначено для врачей стоматологов, соискателей, для студентов медицинских вузов 5 курса стоматологического факультета*

## АННОТАЦИЯ

Многоформная экссудативная эритема — распространенное заболевание с острым началом, длящееся годами. Она чаще наблюдается в молодом и среднем возрасте и встречается у детей старше 5 лет. Характерна сезонность заболевания с преимущественной частотой обострений в весенний и осенний периоды. Многоформная экссудативная эритема может быть самостоятельным заболеванием, как правило, инфекционно-аллергического генеза или проявлением токсикодермии в случае непереносимости ряда медикаментозных средств (сульфаниламидные препараты, антибиотики, аспирин и др.).

Различают инфекционно-аллергическую и токсико-аллергическую форму заболевания. Многоформной экссудативной эритеме характерна сезонность, больше обостряется в осенне-весеннее время, а также полиморфизм морфологических элементов.

### Ключевые слова

Многоформная экссудативная эритема токсико-аллергическая форма, инфекционно-аллергическая форма, полиморфизм, кокарда, сезонность, аллергическая природа заболевания, морфологические элементы, синдром Стивенса—Джонсона, признаки слабости.

**Цель занятия:** Усвоить этиологию, патогенез многоформной экссудативной эритемы., обучить студентов умению характеризовать клиническую картину, методам диагностики заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой, гистологические изменения слизистой оболочки.

<b><i>Студент должен знать:</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· -этиологию многоформной экссудативной эритемы;</li> <li>· -клинику многоформной экссудативной эритемы;</li> <li>· -дифференциальную диагностику многоформной экссудативной эритемы;</li> <li>· -методы лечения многоформной экссудативной эритемы;</li> </ul>
<b><i>Студент должен уметь:</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- охарактеризовать элементы поражения СОПР при многоформной экссудативной эритеме ;</li> <li>- перечислить и различать основные клинические изменения СОПР при многоформной экссудативной эритеме ;</li> <li>- проводить дифференциальную диагностику многоформной экссудативной эритемы.</li> </ul>
<b><i>Методы обучения</i></b>	Лекция, мозговой штурм, рассказ, видеометод, практическое занятие, работа с книгой, диалог, учебные игры, пинборд. органайзер.
<b><i>Формы обучения</i></b>	Групповая работа («Учимся вместе», «Работайте вместе- <i>Меняйтесь идеями</i> »), одиночные
<b><i>Учебные средства</i></b>	Доска-стенд, флипчарт, видеофильмы, писчая доска, модел, муляжи, графики, диаграммы, схема, заметки, контрольный листок, тексты.
<b><i>Учебные условия</i></b>	Специально технологически оборудованные комнаты.
<b><i>Мониторинги оценки</i></b>	Устный опрос :экспресс тест, письменный опрос: тест

## Теоретическая часть

Многоформная экссудативная эритема — острое циклическое воспалительное заболевание, характеризующееся обычно симметричными высыпаниями различных элементов (пузыри, пятна, волдыри) на коже и слизистых оболочках. СОПР и кожа могут поражаться изолированно, но часто встречается их сочетанное поражение.



Многоформная экссудативная эритема — распространенное заболевание с острым началом, длящееся годами. Она чаще наблюдается в молодом и среднем возрасте и встречается у детей старше 5 лет. Характерна сезонность заболевания с преимущественной частотой обострений в весенний и осенний периоды. МЭЭ может быть самостоятельным заболеванием, как правило, инфекционно-аллергического генеза или проявлением токсикодермии в случае непереносимости ряда медикаментозных средств (сульфаниламидные препараты, антибиотики, аспирин и др.).

### Этиология и патогенез

Многие авторы различают две формы МЭЭ — идиопатическую и симптоматическую. Учитывая результаты проведенного в последние годы изучения патогенеза идиопатической формы МЭЭ (Абрамова Е.И. и др., 1975), более правильно называть ее инфекционно-аллергической, а симптоматическую форму — токсико-аллергической. При инфекционно-аллергической форме у больных выявляется сенсibilизация к стрептококку и стафилококку (Байкова Р.А., 1966, 1969, 1975), а с помощью кожных тестов нередко определяется аллергическая реакция на бактериальные аллергены — стафилококковый, стрептококковый, кишечную палочку. Л.В. Попова (1975)

более чем у 75% больных МЭЭ выявила аллергию к стафилококковым и стрептококковым аллергенам различной степени выраженности. По ее данным, в патогенезе определенную роль играют аутоиммунные процессы, причем их выраженность возрастает по мере нарастания тяжести заболевания, особенно при вовлечении в процесс СОПР. Одновременно Л.В. Попова установила подавление факторов естественной резистентности организма у больных в период обострения болезни.

Состояние инфекционной аллергии, отмечающееся у ряда "больных МЭЭ, косвенно подтверждается комплексом серологических реакций — определением антистрептолизина О, С-реактивного белка и др. (Абрамова Е.И. и др., 1975). Наиболее выраженные аллергические реакции регистрируются у детей с тяжелым течением заболевания, при частых рецидивах. Однако сезонный характер заболевания, кратковременность приступов болезни, спонтанное регрессирование заболевания, отсутствие анамнеза, характерного для аллергического заболевания, свидетельствуют о том, что в основе МЭЭ лежат не только аллергические механизмы, и потому она не может быть отнесена к группе чисто аллергических заболеваний.

В 30% случаев у детей предполагается вирусная этиология заболевания, когда инициирующими патологический процесс факторами могут выступать вирусы простого герпеса, коксаки и ЕСНО (Шугар Л. и др., 1980). Имеются данные о возникновении у детей, страдающих рецидивирующей герпетической инфекцией, постгерпетической МЭЭ (Георгиева С, Петрова П., 1975; Карур Т.Р., 1977; Blank H., 1979; Guarneri B., Fallica L., 1979; и др.).

Н.В. Курякина (2001) описала гистологическую картину, методы лечения и диагностики заболевания. У ребенка 11 лет после перенесенного герпетического поражения слизистой оболочки век в полости рта стали появляться мелкие язвы. Частота рецидивов - 4 раза в год. Такие же высыпания были на веках. Полоскания с нистатином результатов не дали. В крови обнаружили противовирусные антитела. Лечение складывалось из местной анестезии, анальгетиков, антибиотиков, стероидов. Отмечена сложность

дифференциальной диагностики герпетического гингивостоматита и МЭЭ. Знание факта, что рецидивирующий герпес может трансформироваться в МЭЭ, поможет правильно установить диагноз и выбрать метод лечения.

Источник сенсibilизации — очаги хронической инфекции. Факторами, провоцирующими начало заболевания и его рецидивы, обычно являются переохлаждение, гиповитаминозы, стрессы, прием медикаментов, травмы слизистой оболочки.

Этиологическим фактором токсико-аллергической формы чаще всего являются медикаменты, в первую очередь сульфаниламидные препараты, антипирин, амидопирин, барбитураты, тетрациклин и др.



Этиология МЭЭ у детей до конца не изучена, однако некоторые факторы, сдерживающие ее развитие, установлены. Определяется иммунологический механизм этого заболевания. Так, было обследовано 13 детей с МЭЭ неизвестной этиологии, 24 ребенка составляли контрольную группу, причем у всех детей обеих групп проводили иммунологические тесты с 4 антителами. Результаты кожных проб показали отсутствие какой-либо реакции на антиген у 5 из 13 детей с данным заболеванием (Курякина Н.В., 2001).

### **Патогистология**

Для классического варианта МЭЭ с поражением слизистых оболочек характерны изменения как в эпителиальном, так и в соединительнотканном слоях. В одних случаях наблюдаются преимущественные изменения в эпителиальном слое в виде некроза, в других — изменения в соединительнотканном слое в виде резко выраженного отека с образованием



пузырей. В слизистой оболочке образуются периваскулярные инфильтраты из мононуклеаров с примесью нейтрофильных и эозинофильных гранулоцитов. Может быть отек сосочкового слоя, участки эпителия с явлениями некроза. Пораженные клетки вследствие лизиса их ядер сливаются в сплошную гомогенную массу.

В клетках шиповидного слоя отмечается гидропическая дистрофия, местами некротические изменения эпидермоцитов. В некоторых участках клетки инфильтрата проникают в эпителиальный слой, могут образовывать внутриэпидермальные пузыри. Встречаются значительные экстравазаты из эритроцитов.

### **Клиника**

Инфекционно-аллергическая форма МЭЭ начинается остро в холодные месяцы на фоне ухудшения общего состояния организма. Нередко развитию заболевания предшествует ангина.

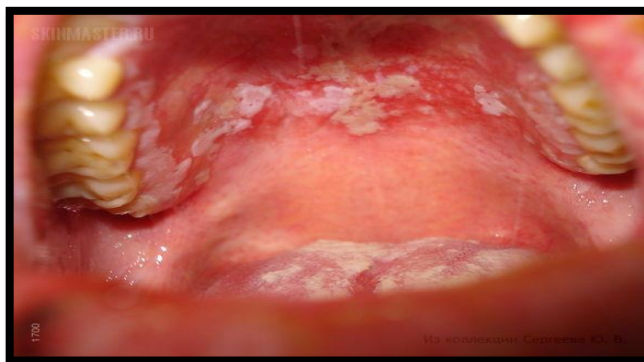
Появляются недомогание, озноб, слабость, повышается температура тела до 38—39°C и выше. Дети жалуются на головную боль и боль в глазных яблоках, ломящие боли в мышцах и суставах, часто боли в горле. Спустя 1—2 дня на коже появляются отечные, резко ограниченные пятна диаметром от 1 до 5 см или отечные плоские папулы розового цвета, слегка возвышающиеся над окружающей кожей. Пятна и папулы быстро увеличиваются в размерах и затем превращаются в синюшно-красные, возвышающиеся над окружающей кожей. Центральная часть их слегка западает и принимает синюшный оттенок, а периферическая — сохраняет розовато-красный цвет (кокардоформный элемент). В центральной части элемента может возникнуть субэпидермальный пузырь, наполненный серозным, реже геморрагическим содержимым. Иногда пузыри появляются на неизменной коже. Излюбленной локализацией высыпаний является кожа тыла кистей и стоп, разгибательная поверхность предплечий, голеней, локтевых и коленных суставов, реже — кожа ладоней и подошв, межпальцевых промежутков, половых органов. Возникновение кожных элементов сопровождается зудом и жжением. Через 2—5 дней после

появления высыпаний общие явления постепенно проходят, однако у ряда больных температура и недомогание могут держаться в течение 2—3 недель.



Морфологический элемент при МЭЭ

Высыпания могут отмечаться только во рту. СОПР при МЭЭ поражается примерно у 1/3 больных; изолированное поражение СОПР наблюдается примерно у 5% больных.



Высыпания в полости рта при МЭЭ

Тяжесть течения в основном обусловлена поражением СОПР. Часто патологический процесс распространяется на слизистую губ, щек, дна полости рта, языка, мягкого неба, преддверия полости рта. В полости рта МЭЭ начинается с внезапного появления разлитой гиперемии и отека слизистой или ограниченной отечной эритемы (особенно на губах). На фоне их спустя 1—2 дня возникают субэпителиальные пузыри, которые существуют 2—3 дня, затем вскрываются, и на их месте образуются очень болезненные эрозии, которые могут сливаться в сплошные эрозивные очаги, иногда захватывающие значительную часть СОПР и губы. Эрозии могут покрываться желтовато-серым

налетом, при снятии которого легко возникает кровотечение. Возможно вторичное инфицирование эрозированных поверхностей.



Поражение красной каймы губ при МЭЭ

Поражение СОПР сопровождается резкими болями даже в состоянии покоя. При движениях языка и губ боль резко усиливается, вследствие чего затрудняется прием пищи, речь. На красной кайме губ эрозии покрываются кровянистыми корками. При присоединении вторичной инфекции корки приобретают грязно-серый цвет. По краю некоторых эрозий в первые дни после вскрытия пузырей можно видеть серовато-белые обрывки эпителия, при потягивании эпителия с края эрозии расслоить его не удастся (отрицательный симптом Никольского). На СОПР разрешение высыпаний происходит в течение 3—6 недель.



Поражение языка при МЭЭ

У некоторых больных приступ МЭЭ сопровождается лишь единичными, весьма ограниченными малоболезненными эритематозными или эритематозно-буллезными высыпаниями. У больных детей повышена саливация, отмечается сладковатый, приторный запах изо рта, лимфаденит подчелюстных

лимфатических узлов. Слизистая десны, как правило, в процесс не вовлекается. Неудовлетворительное состояние гигиены полости рта, наличие кариозных зубов отягощают течение МЭЭ.

Картина периферической крови в период обострения заболевания соответствует острому воспалительному процессу — повышается количество лейкоцитов, СОЭ и др.

Инфекционно-аллергическая МЭЭ имеет длительное рецидивирующее течение. Обострения наблюдаются в осенне-зимний период. В редких случаях заболевание принимает персистирующее течение, когда высыпания рецидивируют почти непрерывно в течение нескольких месяцев и даже лет (Машкиллейсон Л.Н., Шеклаков Н.Д. и др.). В периоды между обострениями изменений на коже и СОПР нет.

Токсико-аллергическая МЭЭ рецидивирует в случае контакта ребенка с этиологическим фактором — лекарственным аллергеном. По характеру высыпаний похожа на инфекционно-аллергическую форму. Высыпания могут иметь распространенный характер. Слизистая оболочка поражается почти у всех больных. Если же процесс носит фиксированный характер, то при рецидивах болезни высыпания обязательно возникают в местах, где они уже появлялись при предыдущем приступе болезни; однако они могут отмечаться и на других участках. СОПР является наиболее частой локализацией высыпаний при фиксированной разновидности токсико-аллергической формы. На СОПР при этом нередко появляются пузыри на внешне неизменном фоне. Эрозии, возникающие на месте пузырей, заживают очень медленно. Иногда воспалительные явления присоединяются позднее, после вскрытия пузырей. Поражения полости рта при фиксированной форме чаще всего сочетаются с высыпаниями на гениталиях и вокруг заднего прохода.

Токсико-аллергической форме несвойственна сезонность рецидивов, обычно ее развитию предшествуют общие симптомы. Ее возникновение и частота рецидивов зависят от контакта больного с этиологическим фактором, характер

которого наряду с состоянием иммунной системы организма определяют длительность течения рецидивов и тяжесть поражения при каждом из них. Л.Н. Машкиллейсоном, Н.Д. Шеклаковым и др. изучено клиническое течение МЭЭ у 100 детей, из них у 93% была инфекционно-аллергическая форма и у 7% — токсико-аллергическая. У 32% больных детей было изолированное поражение СОПР и красной каймы губ. У 59% больных детей наблюдали одновременное поражение кожи и слизистых оболочек. Обнаружен выраженный Т-клеточный иммунодефицит.

### **Синдром Стивенса—Джонсона**

Синдром Стивенса—Джонсона — острое токсико-аллергическое заболевание, сопровождающееся генерализованными пузырьными высыпаниями на коже и слизистых оболочках (др. названия: острый слизисто-кожно-глазной синдром, эктодермоз эрозивный плюриорифициальный Фиссанжера—Рандю, пемфигоидная многоформная эритема).

Этиология и патогенез заболевания не установлены. Предполагают, что причиной синдрома являются вирусы и бактерии.

Многие дерматологи рассматривают его как одну из форм медикаментозной токсикодермии, как проявление сверхчувствительности по аллергическому механизму. Некоторые ученые считают синдром злокачественной формой МЭЭ. Существует мнение, что МЭЭ, болезнь Рейтера, некролиз эпидермальный токсический и синдром Стивенса—Джонсона представляют собой клинические варианты одного и того же заболевания. Болеют подростки, дети школьного, реже дошкольного возраста преимущественно весной и осенью.

Заболевание начинается внезапно, остро, с повышения температуры тела, сильной головной боли, озноба, ломоты в конечностях, миалгии, боли в суставах, горле, насморка, конъюнктивита. К 5-му дню температура тела повышается до 40°С, а общее состояние больного прогрессивно ухудшается. Дети пассивны и адинамичны. Имеет место учащение пульса до 100 ударов в минуту и более, дыхание частое и поверхностное. К концу 1-х, на 2—3-й сутки на слизистых оболочках полости рта (языке, мягком, твердом небе, зеве),



гортани, глаз, половых органов, в заднепроходной области, на губах появляется большое количество пузырьков и пузырей, которые вскрываются, образуя обширные, нередко кровоточащие эрозии. Поверхность их частично покрыта псевдомембранозным налетом, местами обрывками крышечек пузырей или серозно-кровянистыми корками. На губах наблюдается сильный отек, массивные кровянисто-гнойные корки. Вследствие генерализованного поражения полости рта и губ дети не могут разговаривать, принимать пищу, что приводит к их истощению.

Носовые ходы изъязвлены, нередко носовые кровотечения. Отмечается дисфагия и обильное слюнотечение. Возникает конъюнктивит с псевдомембранозными бело-желтыми налетами, веки резко отекают. Нередко изъязвляется роговица с последующим ее помутнением и развитием слепоты.



У мальчиков возникают фимоз, эрозивный баланит, эритема и отек наружного отверстия мочеиспускательного канала, уретрит с микробным отделяемым, а у девочек — везикуло-буллезный вульвит. Это дало повод рассматривать

синдром как плюриорифициальный эрозивный эктодермоз. На слизистой оболочке заднего прохода и в заднепроходной области нередко наблюдается отек, кровоточащие эрозии, покрытые кровянистыми корками, резкая болезненность при дефекации.

Одновременно на задней поверхности верхних и передней поверхности нижних конечностей, лице, туловище, ягодицах и в области половых органов появляются обильные пятна, папулы, волдыри, пузырьки и пузыри, а также высыпания, похожие, а иногда и идентичные таковым при МЭЭ. В большинстве случаев выздоровление наступает через 3—4 недели. Возможны осложнения в виде плевропневмонии, фарингита, трахеита, бронхита, отита, ларингита с отеком гортани, токсического миокардита, серозного менингита, который в отдельных случаях приводит к летальному исходу.

При аллергическом обследовании ребенка обычно выявляется повышенная чувствительность его к одному или нескольким препаратам сульфаниламидного ряда или к антибиотикам. Гистологически определяется спонгиоз, внутриклеточный отек. Под эпителием образуются пузыри. Отторгнутый эпителий некротизируется. В соединительной ткани имеется отек и воспалительный инфильтрат вокруг сосудов.

### **Синдром Лайелла**

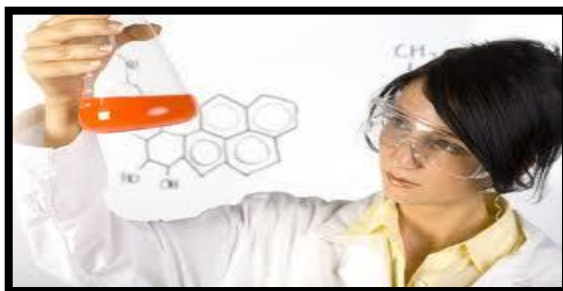
Крайне тяжелой формой МЭЭ является синдром Лайелла, или эпидермальный токсический некролиз. Характерно острое начало заболевания с быстрым прогрессированием. На фоне тяжелого общего состояния на коже появляются крупные эритематозные пятна и пузыри. Происходит отслойка эпидермиса, что ведет к образованию сплошных эрозированных поверхностей, напоминающих диффузный ожог II—III степени. Имеет место поражение слизистой полости рта, глаз, желудочно-кишечного тракта, половых органов, воздухоносных путей, а также внутренних органов. Симптом Никольского положительный. В качестве примера приведем клиническое наблюдение.

Ребенок адинамичен, вялый, сонливый, на вопросы не отвечает. Поднялась температура до 37,5°C, и появилось общее недомогание с головной болью и

чувством разбитости. Через два дня состояние резко ухудшилось, температура достигла 40°C, появилась пузырьная сыпь на коже и в полости рта. При поступлении в стационар на всей поверхности кожи красно-багровая папулезная сыпь и множественные пузыри. На коже лица, шеи, груди, спины, предплечий, голенях — пузыри диаметром до 4—5 см. Часть из них наполнена серозным и серозно-геморрагическим экссудатом. На месте вскрывшихся пузырей обширные эрозии.

Данное наблюдение иллюстрирует чрезвычайную тяжесть течения МЭЭ у ребенка в форме синдрома Лайелла. Без интенсивного современного лечения в высококвалифицированном медицинском учреждении у большинства заболевших детей наступает летальный исход. Диагностика МЭЭ основана на данных анамнеза и на характерных клинических проявлениях; при этом необходимо учитывать поражение кожи, характеризующееся полиморфной сыпью с преимущественной локализацией на тыле кистей, предплечьях, голенях, данные цитологического исследования, при котором выявляют картину острого неспецифического воспаления, и гистологического, при котором обнаруживается субэпителиальное расположение пузырей и отсутствие явлений акантолиза. Кроме того, для МЭЭ характерна сезонность, так как чаще всего она появляется впервые или рецидивирует весной.

### Диагностика



Диагностика МЭЭ у детей обычно не вызывает затруднений, так как заболевание проявляется у них преимущественно в тяжелой форме в виде описанных синдромов. В случае возникновения у ребенка симптомов неярко выраженной МЭЭ без типичных кожных поражений диагностика заболевания бывает затруднена.

Многоформную экссудативную эритему следует дифференцировать с акантолитической и неакантолитической пузырьчаткой, острым герпетическим стоматитом, вторичным сифилисом, кандидозом, острой красной волчанкой, болезнью Дюринга, красным плоским лишаем, токсикодермией, развивающейся в ответ на лекарственные и пищевые вещества. В отличие от пузырьчатки МЭЭ имеет острое начало, с быстрой динамикой высыпаний. При ней некоторое время со-храняются пузыри, располагающиеся на воспаленном фоне, симптом Никольского отрицательный, в мазках-отпечатках нет акантолитических клеток. Острое начало, значительная выраженность воспалительных явлений, цикличность течения отличают эритему от доброкачественной неакантолитической пузырьчатки СОПР.

От герпетического стоматита МЭЭ отличает более распространенный характер поражения, отсутствие герпетиформно-го расположения высыпаний и полициклического очертания эрозий, образующихся после вскрытия пузырей, и отсутствие в мазках-отпечатках герпетических клеток.

При красном плоском лишае, в отличие от МЭЭ, редко страдает общее состояние больного.

Ограниченные формы МЭЭ имеют сходство с сифилитическими папулами, но в основании последних всегда имеется инфильтрация. Гиперемия вокруг папул, в том числе эрозированных, имеет вид резко отграниченного от здоровой слизистой оболочки узкого ободка, в то время как при МЭЭ воспаление не только более интенсивное, но и значительно более распространенное. В соскобах с поверхности сифилитических папул обнаруживают бледные трепонемы.

Для диагностики токсико-аллергической формы МЭЭ, вызванной медикаментами, так же как и для выявления повышенной чувствительности к различным аллергенам, применяют иммунологические методы исследования *in vitro*: тест дегрануляции базофилов Шелли, тест бласттрансформации лимфоцитов и цитопатический эффект. Достоверные данные получают лишь при постановке всех трех указанных тестов, так как каждый из них выявляет

разные стороны иммунных нарушений, лежащих в основе гиперчувствительности замедленного типа.

Синдром Стивенса—Джонсона имеет некоторое сходство с синдромом Лайелла, который возникает как наиболее тяжелая форма лекарственной болезни. Этот синдром, в отличие от синдрома Стивенса—Джонсона, сопровождается обширным некролизом эпидермиса и эпителия во рту, высыпания напоминают ожог III степени. Симптом Никольского у больных с синдромом Лайелла обычно положительный.

### Лечение

Лечение детей с МЭЭ должно быть комплексным, этиопатогенетическим. Симптоматическое лечение направлено на снижение интоксикации, десенсибилизацию, снятие воспаления и ускорение эпителизации пораженной СОПР. Рекомендуется назначение диеты с ограничением острых, копченых, соленых блюд, обильное питье.

### Общее лечение:

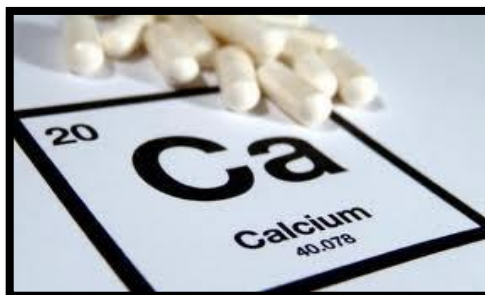
1. Десенсибилизирующие препараты (димедрол, супрастин, тавегил, фенкарол, кларитин). Для проведения десенсибилизирующей терапии бактериальными препаратами (лучше в период ремиссии) применяют нативный стафилококковый анатоксин (при резко положительной реакции на стафилококковый аллерген) либо соответствующие бактериальные аллергены (стрептококковый, протейный). Аллергены вводят внутривенно 2 раза в неделю.



2. Антибиотики широкого спектра действия (в случаях инфекционно-аллергической этиологии заболевания).



3. Противовоспалительные препараты — салицилаты (салицилат натрия по 1 г 4 раза в день).
4. Витаминотерапия (витамины группы В, С, РР).
5. Препараты кальция (хлорид кальция или глюконат кальция).



6. Этакридина лактат и левамизол в целях купирования обострения.
7. Кортикостероиды: преднизолон (триамцинолон, дексаметазон) по 20—30 мг в день в течение 5—7 дней; затем каждые 2—3 дня дозу преднизолона снижают на 1 таблетку до полной отмены препарата (при синдроме Стивенса—Джонсона доза преднизолона— 60-80 мг в день).



Противовоспалительный эффект кортикостероидов связан с их стабилизирующим действием на биологические мембраны и уменьшением капиллярной проницаемости. Стабилизируются лизосомальные мембраны, что приводит к ограничению выхода различных протеолитических энзимов за пределы лизосом и тем самым предупреждаются деструктивные процессы в тканях, а также уменьшаются воспалительные реакции. Кортикостероиды угнетают пролиферацию фибробластов и их активность в отношении синтеза коллагена. Иммунодепрессивный эффект зависит от избирательного торможения функции и развития иммунокомпетентных лимфоидных клеток. В отношении детей следует придерживаться принципа, что кортикостероиды

внутри или парентерально назначаются только при тяжелых формах заболевания, таких как синдромы Стивенса—Джонсона или Лайелла, в стационарных условиях по жизненным показаниям.

8. Детоксицирующая терапия (изотонический раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой).

9. При токсико-аллергической форме заболевания на первый план выступает выведение из организма лекарства, вызвавшего заболевание. По данным А.М. Алиханова, применение иммуномодулятора левамизол а по 150 мг 2 дня подряд за одну неделю быстро купировало высыпания МЭЭ.

Местное лечение. В зависимости от стадии процесса местно в полости рта применяют 0,1% растворы протеолитических ферментов, слизистую оболочку обрабатывают водным раствором красителя, аэрозоль-оксикортом, растворами фурацилина и перманганата калия 1:5000. Применяют полоскания раствором календулы, 2% раствором борной кислоты, 10% раствором буры в глицерине, раствором перекиси водорода, настоем ромашки, а также кортикостероидные мази, кератопластические средства (масляные растворы витамина А, мазь и желе солкосерила). Необходимо проведение гигиены полости рта.

Все манипуляции в полости рта проводятся с применением обезболивающих средств (ванночки из 5—10% раствора анестезина, 1—2% раствора пиромекаина).

Соответствующая местная терапия должна проводиться в области глаз, кожи и слизистой оболочки половых органов.

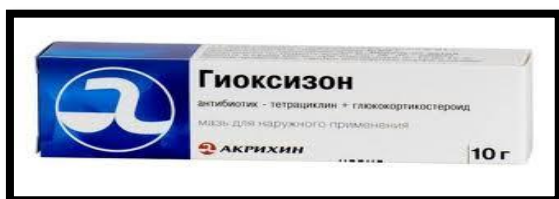
Корки на красной кайме губ снимают с помощью наложения мазей с бактерицидными веществами (дибиомициновая, эритромициновая). После удаления корок рекомендуют применение кортикостероидных мазей, содержащих бактерицидные вещества («Гиоксизон», «Лоринден С», «Дермозолон»).

Лечение детей с синдромами Стивенса—Джонсона и Лайелла должно предусматривать обязательную госпитализацию в педиатрический стационар (желательно с наличием отделения интенсивной терапии), так как без

современного лечения, по данным многих авторов, в 20% случаев наступает летальный исход.

При осложнениях (пневмония, отит и др.) назначают антибиотики широкого спектра действия (ампициллин, оксациллина натриевую соль, олеандомицина фосфат, цефалоридин, ри-фампицин и др.) в дозах, соответствующих возрасту ребенка, а также кортикостероидные гормоны (преднизолон) из расчета 2—3 мг/кг массы тела в день (первые 2—3 дня парентерально и внутрь, затем в течение 1,5—2 недель только внутрь). Дексаметазон, триамцинолон и другие препараты назначают в эквивалентных дозах по отношению к преднизолону. Внутривенно капельно вводят растворы Рингера, глюкозы, гемодез, реополиглюкин, нативную плазму. Применяют спленин, адреналина гидрохлорид (при сильном отеке), внутрь — антигистаминные препараты, аскорбиновую кислоту, кальция пантотенат, рутин.

( Местно проводят тщательный туалет пораженных участков, удаляют корки, обрывки эпидермиса, чешуйки, очаги промывают растворами перекиси водорода, этакридина лактата, смазывают водными растворами пиоктолина, метиленового синего, жидкостью Кастелани и наносят мази «Гиоксизон», «Лоринден С» и др. Рот нужно полоскать отварами шалфея, цветков ромашки, дубовой коры, растворами натрия тетрабо-рата, калия перманганата и др.



Дети с МЭЭ подлежат наблюдению детского дерматолога и взятию на диспансерный учет с целью проведения комплекса оздоровительных мероприятий. В период ремиссии заболевания дети должны быть подвергнуты обследованию и санации полости рта, неспецифической гипосенсибилизации с аллергеном, к которому установлена повышенная чувствительность.

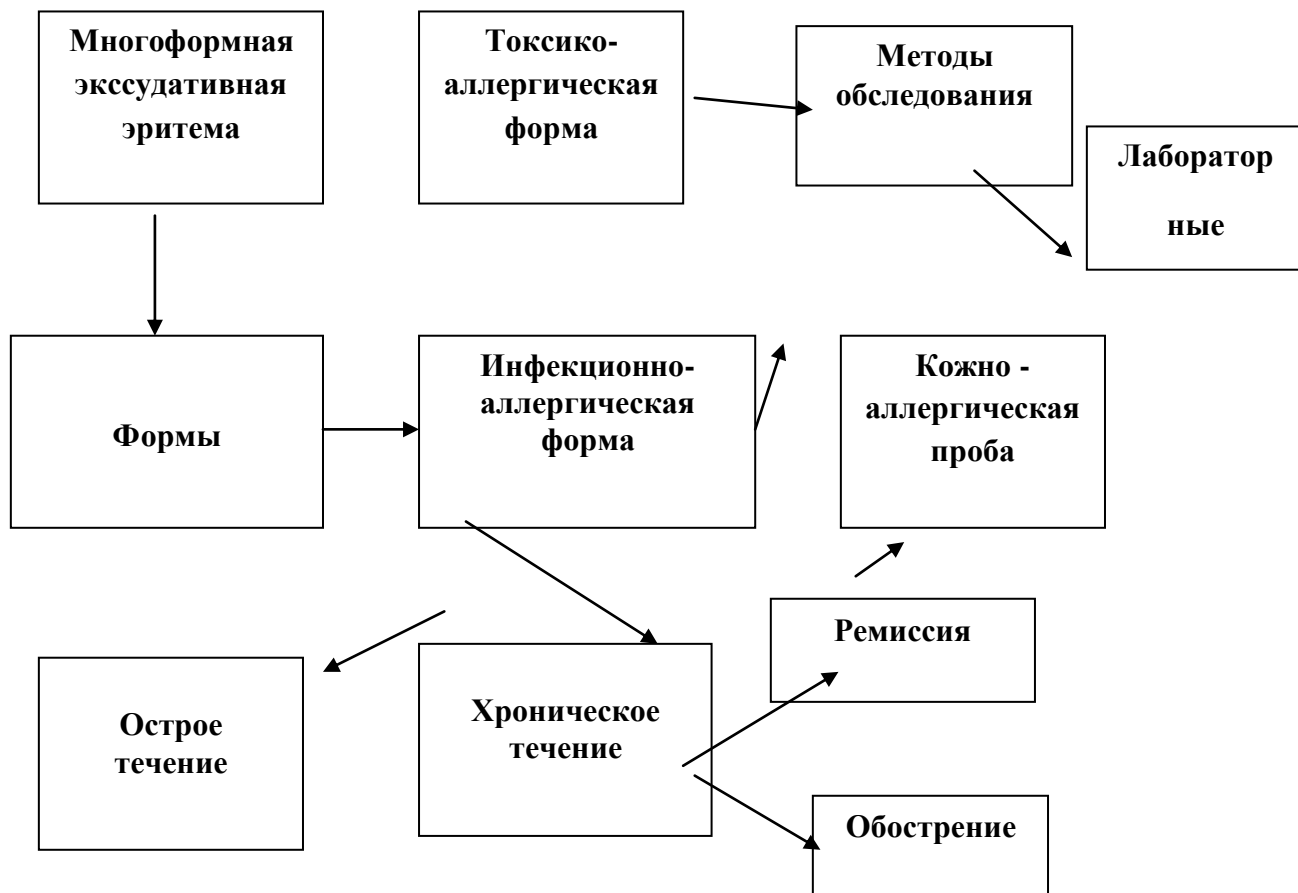
В межрецидивный период рекомендуется прием препаратов, повышающих иммунологические защитные силы детского организма: метилурацил, пентоксил, нуклеинат натрия, левомизол, аскорутин, препараты кальция в соответствующих возрасту ребенка дозах. Важно исключить возможность приема медикаментов, которые способствовали возникновению предыдущих рецидивов.

**Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.**

Проведение интерактивной игры “Мозговой штурм”.

**Составление оргайзеров на тему: «МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА»** Категориальная таблица, Пирамида.

## Организер «Пирамида»





## ОРГАНИЗЕР КАТЕГОРИАЛЬНАЯ ТАБЛИЦА

	<b>Жалобы</b>	<b>Объективный осмотр</b>	<b>Методы обследования</b>
<b>Инфекционно-аллергическая форма</b>	Больные жалуются на головные боли, боли в теле и мышцах, боли в горле	Поражается в основном слизистая оболочка губ, щек, мягкого неба. Сначала появляется эритема и отек слизистой оболочки, на фоне которого появляются различного размера субэпителиальные пузыри. Появляются боли даже в состоянии покоя.	а)общий анализ крови - лейкоцитоз, увеличение СОЭ, уменьшение глобулинов, эозинофилия.  б)  цитологический метод – большое количество нейтрофилов
<b>Токсико-аллергическая форма</b>	Больные жалуются на головные боли, боли в теле и мышцах, боли в горле	Токсико-аллергическая форма симптоматически похожа на инфекционно-аллергическую форму, однако она развивается как гиперэргическая реакция на различные препараты (антибиотики, салицилаты, амидопирин) Сначала появляется эритема и отек слизистой оболочки, на фоне которого появляются различного размера субэпителиальные пузыри. Появляются боли даже в состоянии покоя.	кожно-аллергическая проба – выявляет аллерген ,вызывающий аллергическую реакцию.

## Аналитическая часть

### Комплекс ситуационных задач

#### *Ситуационная задача №1*

Больная 22 лет жалуется на общую слабость, головную боль, высокую температуру тела в течении 2 – х дней , мышечные боли, болезненность и отечность языка и губ.

При осмотре: красная кайма губ и слизистая полости рта отечная, гиперемированная. Имеются множественные эрозии на красной кайме губ, покрытые корками, эрозии на языке, слизистой губ резко болезненны. На коже изменений нет.

Из лабораторных исследований : анализ крови- лейкоцитоз, повышение СОЭ, на мазках-отпечатках –большое количество нейтрофилов.

Поставьте диагноз.

Составте план лечения.

**Ответ:**МЭЭ.План лечения:**общее :**

- Обильное питье, щадящая калорийная витаминизированная диета.
- Противовоспалительные и десенсибилизирующие средства.
- Антибиотики и сульфаниламиды.
- Противовирусные препараты.
- Витаминотерапия: группа В, С, РР.
- Кортикостероиды.
- Стафилококковый анатоксин и бактериальные аллергены, к которым повышена чувствительность . **местное:**

1. Аппликационное обезболивание .

2. Антисептическая обработка:

- р-ры перманганата калия (1:5000), хлоргексидина 0,06%
- р-ры ферментов ( трипсин, лизоцин, кукумазин)

3. Противовоспалительная терапия:

- мази из антибиотиков – метиллурсиреловая
- противовирусные : оксолиновая 0,25% , бонафтоновая 0,5%

- кортикостероидные мази, преднизолоновая , флуцинар.

4. Кератопластики : каратолин, паста Унна, солкосерил.

5. Санация полости рта

### ***Ситуационная задача №2***

Больной 37 лет обратился с жалобами на повышение температуры тела до 38 ° Головную боль, недомогание , боль в суставах и мышцах, появление пузырей в полости рта , преимущественно в передних отделах. Лопнувшие пузыри превратились в обширные раневые поверхности. Прием пищи резко болезненный . На протяжении нескольких лет заболевание повторяется в связи с сырой и ветреной погодой . Объективно затрудненное открывание рта , значительный отек губ, слизистой щек , языка. Обширные эрозии покрыты серым налетом. На красной кайме губ и углах рта кровяные корки. На ладонях , голени-рисунок «кокарды»

Поставьте диагноз .Составьте план лечения.

Ответ:.. МЭЭ.План лечения включает в себя общее и местное лечение.

### ***Ситуационная задача №3***

У пациентки 25 лет головная боль, повышение температуры до 38<sup>0</sup> С, боли в суставах и в полости рта. В полости рта и на губах имеются эрозии, кровянистые корки; на коже рук - «кокарды»

1.Поставьте диагноз:

- a) многоформная экссудативная эритема
- b) красный плоский лишай
- c) пузырьчатка
- d) лейкоплакия
- e) опоясывающий лишай .

2.Какие элементы поражения характерны для МЭЭ:

- А)Эрозии,кровянистые корки
- Б)кокарды на коже
- В)везикула
- Г)твердый шанкр

Д)язва с подрытыми краями,дно плотное,с грязно-серым содержимым

***Ситуационная задача №4***

Больная жалуется на частые простуды, головную боль, повышением температуры. В полости рта, на губах полиморфизм элементов поражения. На коже – «кокарды». Поставьте диагноз

- a) многоформная экссудативная эритема
- b) красный плоский лишай
- c) пузырчатка
- d) лейкоплакия
- e) опоясывающий лишай

***Ситуационная задача №5***

Пациент 20 лет при заболевании горла принимал сульфадиметоксин, после этого во рту и на губах появились язвы, корки, а на коже высыпания в виде «кокард»  
Поставьте диагноз:

- a) многоформная экссудативная эритема
- b) сифилис
- c) пузырчатка
- d) лейкоплакия
- e) кандидоз

***Ситуационная задача №6***

Пациенту 20 лет поставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема токсико – аллергическая форма. Проведите общее лечение:

- a) антигистаминное
- b) десенсибилизирующее
- c) противовоспалительное
- d) стимулирующее
- e) жаропонижающее

***Ситуационная задача №7***

Пациенту 27 лет поставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема инфекционно – аллергическая форма. Проведите общее лечение:

- a) противовоспалительное
- b) витаминотерапия
- c) антигистаминное
- d) противомаларийное
- e) седативное

***Ситуационная задача №8***

Пациенту 20 лет поставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема токсико – аллергическая форма. Проведите местное лечение:

- a) аппликационная анестезия
- b) антисептическая обработка
- c) аппликация кортикостероидных мазей
- d) аппликация линкомициновой мазью
- e) аппликация нистатиновой мазью

***Ситуационная задача №9***

Пациенту 27 лет поставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема инфекционно – аллергическая форма. Проведите местное лечение:

- a) аппликационная анестезия
- b) антисептическая обработка
- c) аппликация линкомициновой мазью, затем мазью солкосерила
- d) аппликация нистатиновой мазью
- e) аппликация бонафтоновой мазью

***Ситуационная задача №10***

Пациенту 25 лет поставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема инфекционно – аллергическая форма. Какие факторы способствовали развитию этого заболевания:

- a) стрептококки
- b) стафилококки
- c) антибиотики
- d) салицилаты
- e) седативные препараты

## ТЕСТЫ с одним правильным ответом:

1. При синдромах инфекционно – аллергической природы гипосенсибилизации организма можно добиться с помощью :
  - А. внутривенного введения 30% тиосульфата натрия
  - В. инъекции витаминов группы «В»
  - С. инъекции антибиотиков
  - Д. местной аппликации глюкокортикоидных кремов
  - Е. антисептической обработки слизистой оболочки
2. Симптом «кокарды» наблюдается при :
  - А. многоформной экссудативной эритеме
  - В. лейкоплакии
  - С. пузырчатке
  - Д. красном плоском лишае
  - Е. хроническом рецидивирующем афтозном стоматите
3. Наиболее эффективным противовоспалительным, эпителизирующим действием обладают:
  - А. кортикостероиды
  - В. противовирусные препараты
  - С. антибиотики
  - Д. сульфаниламидные препараты
  - Е. витамины
4. Токсико-аллергическую форму многоформной экссудативной эритемы можно определить пробой:
  - А. гистаминовой
  - В. Ясиновского
  - С. волдырной
  - Д. Пирке
  - Е. Шиллер- Писарев
5. Многоформная экссудативная эритема с поражением глаз – это синдром:
  - А. Стивенса – Джонсона
  - В. Бехчета
  - С. Шегрена
  - Д. Иценго-Кушинга
  - Е. Мелькерсона – Розенталя
6. Морфологический элемент при многоформной экссудативной эритеме:
  - А. эритема, пузырь, эрозия
  - В. афта, чешуйка, рубец
  - С. афта, язва, рубец
  - Д. бугорок, язва, рубец
  - Е. волдырь, пузырь, пятно
7. При многоформной экссудативной эритеме с поражением только слизистой полости рта дифференциальный диагноз не проводится:
  - А. лейкоплакией

- В. пузырьчаткой
  - С. пемфигоидом
  - Д. герпетическим стоматитом
  - Е. сифилитической папулой
- 8.Сезонность рецидивов характерна для:
- А. многоформной экссудативной эритемы
  - В. хронического рецидивирцующего афтозного стоматита
  - С. красного плоского лишая
  - Д. ящура
  - Е. опоясывающего лишая
- 9.Рецидив многоформной экссудативной эритемы провоцирует:
- А. переохлаждение
  - В. контакт с инфекционными больными
  - С. инсоляция
  - Д. приём лекарственного препарата
  - Е. вредные привычки
- 10.Для общего лечения многоформной экссудативной эритемы применяют:
- А. тиосульфат натрия
  - В. леворин
  - С. бонофтон
  - Д. интерферон
  - Е. солкосерил
- 11.Гистаминовая проба проводится при:
- А. многоформной экссудативной эритеме
  - В. сифилисе
  - С. туберкулезе
  - Д. лейкоплакии
  - Е. физической травме
- 12.Для многоформной экссудативной эритемы характерно:
- А. “кокарда”
  - В. “бульжной мостовой”
  - С. “папиросной бумаги”
  - Д. “ожог ляписом”
  - Е. симптом“крепитации”

**ТЕСТЫ с тремя правильными ответами:**

- 13.По этиологическому принципу многоформной экссудативной эритемы различают:
- А. истинную
  - В. токсико-аллергическую
  - С. симптоматическую
  - Д. вследствие эндокринных нарушений
  - Е. вредные привычки
  - Ф. нервные болезни



14. Кокарды при многоформной экссудативной эритеме чаще располагаются на:
- А. тыльной стороне кисти
  - В. предплечье
  - С. голени
  - Д. ушной раковине
  - Е. носу
  - Ф. в конъюнктиве глаз
15. Обезболивающие средства при многоформной экссудативной эритеме :
- А. кетонал
  - В. аналгин
  - С. баралгин
  - Д. солкосерил
  - Е. кордиамин
  - Ф. трихопол
16. Антигистаминный препарат для лечения многоформной экссудативной эритемы является:
- А. супрастин
  - В. димедрол
  - С. пипольфен
  - Д. кордиамин
  - Е. трихопол
  - Ф. лидокаин
17. При синдроме Стивенсон-Джонсона поражаются :
- А. конъюнктивы глаз
  - В. слизистая оболочка полости рта
  - С. слизистая половых органов
  - Д. эндокринная система
  - Е. нервная система
  - Ф. внутреннее ухо
18. Элементами поражения при многоформной экссудативной эритеме:
- А. пятна
  - В. пузыри
  - С. волдыри
  - Д. папула
  - Е. киста
  - Ф. рубец
19. Ферментативную обработку при многоформной экссудативной эритеме проводят:
- А. трипсином
  - В. хемотрипсином
  - С. террилитином
  - Д. лидокаин
  - Е. супрастин

- Г. кетонал
20. В тяжёлых случаях при многоформной экссудативной эритеме назначают антибиотики:
- А. ампициллин
  - В. ампиокс
  - С. олететрин
  - Д. седуксен
  - Е. пипольфен
  - Г. кордиамин
21. Тактика врача стоматолога при многоформной экссудативной эритеме;
- А. провести обезболивание
  - В. ускорить эпителизацию слизистой оболочки полости рта
  - С. ускорить ликвидацию воспалительных явлений
  - Д. назначение противовирусных препаратов
  - Е. назначение минеральных ванн
  - Г. лучевая терапия
22. Для клиники многоформной экссудативной эритемы характерно:
- А. острое начало, повышенная температура тела
  - В. появление супэпитеальных пузырей
  - С. наличие “кокарды”
  - Д. температура в пределах нормы
  - Е. пузыри располагаются внутри эпителия
  - Г. признак “булыжной мостовой”
23. Лабораторные исследования при диагностике многоформной экссудативной эритемы:
- А. общий анализ крови
  - В. кожно-аллергическая проба
  - С. цитологические исследования
  - Д. серологические реакции
  - Е. биопсия
  - Г. диаскопия
24. При общем лечении синдрома Стивенсон-Джонсона назначают терапию:
- А. дезинтоксикационную
  - В. десенсибилизирующую
  - С. кортикостероиды
  - Д. кертопластики
  - Е. кертолитики
  - Г. транквилизаторы

**ТЕСТЫ с двумя правильными ответами:**

25. При многоформной экссудативной эритеме поражается:
- А. кожа
  - В. слизистая оболочка полости рта
  - С. нервная система
  - Д. нижнечелюстная область
26. Картина крови при многоформной экссудативной эритеме:
- А. лейкоцитоз
  - В. эозинофилия
  - С. клинический анализ крови в пределах нормы
  - Д. лейкопения
27. Препараты для местного лечения многоформной экссудативной эритемы:
- А. антисептики
  - В. кератопластики
  - С. противовирусные
  - Д. противогрибковые
28. Для многоформной экссудативной эритемы характерна сезонность:
- А. весна
  - В. осень
  - С. зима
  - Д. лето

**ТЕСТЫ с четырьмя правильными ответами:**

29. Многоформную экссудативную эритему дифференцируют с:
- А. вульгарной пузырчаткой
  - В. пемфигоидом
  - С. вторичным сифилисом
  - Д. острым герпетическим стоматитом
  - Е. простым лишаем
  - Ф. химическим ожогом
  - Г. лейкопения
  - Н. физической травмой
30. Характерные элементы поражения многоформной экссудативной эритемы:
- А. пятна
  - В. пузыри
  - С. волдыри
  - Д. эрозии
  - Е. узел
  - Ф. киста
  - Г. атрофия
  - Н. рубец
31. При многоформной экссудативной эритеме местно применяют:

- A. аппликационное обезболивание
  - B. антисептическую обработку
  - C. ферментативная обработка
  - D. кератопластические средства
  - E. витаминотерапию
  - F. антигистамины
  - G. антиаллергическая диета
  - H. антибиотикотерапия
32. При общем лечении многоформной экссудативной эритемы назначают:
- A. витаминотерапия
  - B. антигистамины
  - C. антибиотикотерапия
  - D. дезинтоксикационная терапия
  - E. аппликационное обезболивание
  - F. антисептическая обработка
  - G. обработка ферментами
  - H. кератопластические средства

**ТЕСТЫ с пятью правильными ответами :**

33. Дифференциальная диагностика многоформной экссудативной эритемы проводится с:
- A. вульгарной пузырчаткой
  - B. неакантолитической пузырчаткой
  - C. острым герпетическим стоматитом
  - D. вторичным сифилисом
  - E. медикаментозным стоматитом
  - F. простым лишаем
  - G. химическим ожогами
  - H. лейкоплакией
  - I. физической травмой
  - J. твердым шанкром
34. Для многоформной экссудативной эритемы характерны элементы поражения:
- A. пятна
  - B. пузыри
  - C. волдыри
  - D. эрозии
  - E. язвы
  - F. атрофия
  - G. рубец
  - H. узел
  - I. киста
  - J. кистагранулёма
35. Местное лечение при многоформной экссудативной эритеме состоит из :

- A. аппликационное обезболивание
- B. антисептическая обработка
- C. ферментативная обработка
- D. кератопластические средства
- E. гелий неоновый лазер
- F. витаминотерапия
- G. антигистамины
- H. антиаллергическая диета
- I. антибиотикотерапия
- J. дезинтоксикационная терапия

36.Общее лечение при многоформной экссудативной эритеме состоит из:

- A. витаминотерапия
- B. антигистамины
- C. щадящая диета
- D. антибиотикотерапия
- E. дезинтоксикационная терапия
- F. аппликационное обезболивание
- G. антисептическая обработка
- H. ферментативная обработка
- I. кератопластические средства
- J. гелий неоновый лазер

**ПРОЧИЕ ТЕСТЫ (на отрицание, соответствие и другие) :**

37.Дифференциальную диагностику многоформной экссудативной эритемы не проводят:

- A. лейкоплакией
- B. вульгарной пузырчаткой
- C. неакантолитической пузырчаткой
- D. вторичным сифилисом
- E. острым герпетическим стоматитом

38.Местно при многоформной экссудативной эритеме не применяют:

- A. фуросемид
- B. трипсин
- C. облепиховое масло
- D. соелкосерил
- E. витамин А

39.При общем лечении многоформной экссудативной эритемы не назначают:

- A. солкосерил
- B. супрастин
- C. ампициллин
- D. витамин А
- E. ампиокс

40.Для многоформной экссудативной эритемы не характерны элементы поражения:

- А. папула
- В. пузырьёк
- С. корка
- Д. волдырь
- Е. эрозия

### ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

**Мануальный навык: Медикаментозная обработка элементов поражения при МЭЭ.**

**Цель:** Научить студента *Медикаментозной обработке элементов поражения при МЭЭ*

**Показания:** диагностика заболеваний СОПР.

**Оснащение:** защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтер), инструменты для осмотра полости рта

#### Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы
1. Надеть резиновые перчатки, защитные очки и маску	0	8
2. Провести местное аппликационное обезболивание (2% лидокаина )	0	8
3. Провести антисептическую обработку 0,5-1% раствором перекиси водорода, 0,02-0,06% раствором хлоргексидина	0	8
4. Смазать противовоспалительными препаратами (солкосерил дентальная адгезивная паста, 20% актовегин)	0	8
5. Провести аппликацию кератопластиками (картолин, аекол)	0	8
Итого:	0	40

#### Методы проверки знаний, опыта и навыков

- устно
- письменно;
- органайзеры;
- тест;
- решение ситуационных задач;
- демонстрацию практических навыков;

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ :

- 1.Перечислите элементы поражения при МЭЭ.
- 2.Дать определение “кокард”
- 3.На каких участках кожи чаще всего локализуется.
- 4.Продолжительность МЭЭ.
- 5.Прогноз МЭЭ.
- 6.Общее лечение МЭЭ.

## Литература

### Основная:

1. Боровский Е.В. и соавт. Терапевтическая стоматология: Учебник - М, 1989.
2. Абдуллаходжаева М.С., Акбарова М.Т. Атлас патологической анатомии болезней зубо-челюстной системы и органов полости рта. 1983
- 3.Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта.- Москва «Медицина» 1981.
- 4.Боровский Е.В. Данилевский Н.Ф. АТЛАС заболеваний слизистой оболочки полости рта. – Москва «Медицина»1991.- 320 с.
- 5.Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х., Мирахмедова Д.У. ва бошк. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси касалликлари: Учебник - Тошкент: Янги аср авлоди, 2005.

### Дополнительная:

1. Банченко Г.В., Максимов ЮМ. Язык - «зеркало» организма. М. Бизнес-центр «Стоматология» 2000. *(библиотека кафедры)*
- 2.Боровский Е.В. « Биология полости рта», М. 2001. *(электронный)*
- 3.Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва. «ГЭОТАР-Медиа» 2005. *(электронный)*
- 4.Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К. и соавт. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Москва «Стоматология», 2001. *(библиотека кафедры)*
- 5.Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевания зубов и полости рта. Минск. «Вышэйшая школа» 1998. *(электронный)*



6. Джордж Ласкарис. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта. Москва. МИА. 2006. *(библиотека кафедры)*
7. Пачишин М., Готь И., Масный З. Неотложные состояния в стоматологической практике. Львов. ГалДент. 2004. *(электронный)*
8. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. Москва. «МЕДпресс-информ» 2003. *(библиотека кафедры)*
9. Цветкова Л.А., Арутюнов С.Д. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва. «МЕДпресс-информ». 2006. *(библиотека кафедры)*
10. Анисимова И.В., Недосенко В.Б., Ломиашвили Л.М. Заболевания слизистой оболочки рта и губ. Клиника. Диагностика. Москва. «МЕДИ издательство» 2005. *(библиотека кафедры)*
11. Стефан Т. Сонис. Секреты стоматологии. 2002. *(библиотека кафедры)*
12. Трошин В.Д., Жулев Е.Н. Болевые синдромы в практике стоматолога. Нижний Новгород «НГМА». 2002. *(электронный)*

**Электронные сведения получены со следующих сайтов:**

1. [www. medlibrary. ru](http://www.medlibrary.ru)
2. [www. medline. ru](http://www. medline. ru)
3. [www. cochrane.com](http://www. cochrane.com)
4. [www. zdorove.ru](http://www. zdorove.ru)
5. [www. med.ru](http://www. med.ru)
6. [www. stom.ru](http://www. stom.ru)
7. [www. stomatologya.ru](http://www. stomatologya.ru)



