

# ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК: [617.52+617.7]-056:615

*Коломієць С.В., Гуржій О.В., Шинкевич В.І.*

## ОЦІНКА РІВНЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ССД/ТЕН: СИСТЕМАТИЧНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

### Актуальність

Аналіз публікацій про клінічні випадки синдрому Стівенса-Джонсона і токсичного епідермального некролізу, відомого під назвою «синдром Лаелла» (ССД/ТЕН), в українсько / російськомовних наукових журналах показав щорічні повідомлення [1-6]. Лікарі-стоматологи обов'язково залучаються до допомоги при проведенні спеціалізованого лікування таких пацієнтів із супутнім ураженням слизової оболонки порожнини рота.

Ми розглянули власний клінічний випадок ССД/ТЕН і виконали огляд інших клінічних звітів із метою проаналізувати засоби стоматологічної допомоги пацієнту для окреслення шляхів її оптимізації.

### Матеріали і методи

Для опису клінічного випадку автори отримали письмову інформовану згоду пацієнта на використання матеріалів його історії хвороби в статті, відповідно до Етичних стандартів правового регулювання відносин. Для систематичного огляду проаналізовано клінічні випадки ССД/ТЕН, подані російською й українською мовами баз даних Google і Google Академія за період із 2016 по травень 2019 року (та окремі більш ранні публікації) за ключовими словами «синдром Стівенса-Джонсона», «синдром Лаелла», «токсичний епідермальний некроліз».

### Клінічний випадок

Під час надання стоматологічної допомоги у відділенні алергології клінічної лікарні було з'ясовано, що пацієнта 63-х років переведено з шкірно-венерологічного диспансеру з діагнозом ССД, куди він звернувся 3 дні тому з генералізованими висипами у вигляді пухирів, плям і ерозій, які також охоплювали очі, порожнину рота і геніталії. Анамнез життя включає ревматизм у стані ремісії, гіпертензію III ступеня. Два роки тому переніс геморагічний інсульт, оперований із приводу видалення гематоми лівої лобно-скроневої ділянки, пі-

сля чого через 2 місяці переніс менінгіт. 3,5 місяці тому був госпіталізований із діагнозом «вульгарна пухирчатка». Інвалід 1 групи.

Результати лабораторних аналізів показали підвищення ШОЕ, лейкоцитоз, моноцитоз, нейтропенію, зменшення кількості еозинофілів, підвищення активності трансаміназ, підвищення СРБ. У мазках-відбитках з осередку уражень у порожнині рота: змішана мікрофлора, наявність некротизованих епітеліоцитів, зруйнованих нейтрофілів, незмінених еритроцитів, еозинофілів.

На стоматологічному обстеженні було встановлено скарги на різкий біль у роті, який посилюється під час мовлення і вживання їжі, широкі рани на губах, у кутах рота, утруднене відкриття рота. На шкірі обличчя – ясні елементи ураження у вигляді ерозій, покритих кірками (оброблені розчином метиленового синього), червона облямівка губ покрита зливними ерозіями з вологими й сухими кірками (фото 1). Повіки очей набрякли, кон'юнктива виразно гіперемована, у кутках помітний ексудат. На кінцівках і тулубі визначаються зливні округлі ерозії та плями із заглибленням і кірками або пухирями в центрі й дещо підвищеними краями.

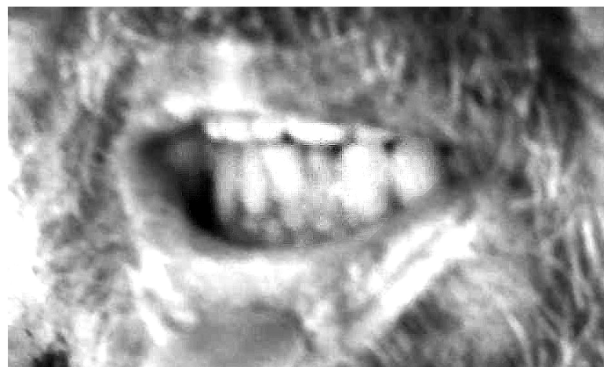


Фото 1. Зовнішній вигляд ураження червоної облямівки губ пацієнта із ССД

Під час огляду порожнини рота на слизових оболонках м'якого і твердого піднебіння, підне-

бінних дужках, задній стінці глотки визначаються мілкі болючі ерозії діаметром 3-6 мм, покриті фібринозним нальотом, подекуди з обривками епітелію по периферії, на гіперемованому фоні. Язик набряклий, покритий білим нальотом. Симптом Нікольського на СОПР негативний. Рясний наліт на зубах і запалення маргінальних ясен. Регіональні лімфатичні вузли збільшені, болючі при пальпації.

Опускаючи аналіз і перелік загального лікування й допомогу інших спеціалістів, наступним кроком, згідно з поставленою метою, ми проаналізували обсяг заходів і призначень консультуючого лікаря-стоматолога, які згідно з історією хвороби охоплювали: місцеве знеболювання (10% лідокаїн-спрей); ополіскування порожнини рота відваром трав (ромашки або шавлії); пізніше лідокаїн замінено на аплікації метацил-анестезинової суміші.

Пацієнт був виписаний через 23 дні в задовільному стані, з письмовою детальною інструкцією щодо безпечних і потенційно небезпечних медикаментів, продуктів харчування й інших засобів. Залишається під наглядом алерголога-імунолога.

### Обговорення

Ми аналізували лікарські засоби для обробки червоної облямівки губ, шкіри обличчя і СОПР, які призначали для стоматологічних цілей. З 16 публікацій, разом із власним клінічним випадком, було відібрано 9, в яких згадувалася стоматологічна допомога чи обробка слизових оболонок. Три клінічні звіти повідомили про стоматологічну допомогу, перерахувавши загальні групи препаратів (серед яких «десенсибілізуючі») і догляд за порожниною рота [1; 4; 5]. У двох звітах і власному випадку повідомлено про використання анестетиків для СОПР на основі лідокаїну і розчин хлоргексидину та стерильний фізрозчин для полоскань [7; 8]. Препарат лідокаїну «Лідохлор» [7] містить у своєму складі хлоргексидин, отже, необхідно аналізувати раціональність одночасного призначення однакових препаратів у різних формах.

При ССД/ТЕН розчин хлоргексидину для полоскання рота застосовують до 4-х разів за день [9], коли чищення зубів неможливе. Необхідно враховувати, що, за даними, підтвердженими Державним експертним центром фармаконагляду при МОЗ України, місцеве застосування хлоргексидину може викликати гострі алергічні реакції анафілаксії в порожнині рота, при лікуванні на відкритих ранах або безпосередньо перед або під час операції [10]. Але з метою зменшення мікробної біоплівки на зубах емпірично можна використовувати пінки для очищення зубів, які не містять лаурилсульфат натрію, спирт, триклозан, хлоргексидин і фториди, зокрема Splat.

У власному випадку було призначено чергування лідокаїну і метацил-анестезинової суміші, у т.ч. для послаблення болю. У відділеннях реанімації пацієнтам застосовують часте ополіску-

вання порожнини рота стерильним фізрозчином і місцевий анестетик лідокаїн у вигляді аерозолу [9] або бензокаїн та димедрол, що послаблює біль. Ми з'ясували, що при виборі анестетика необхідно враховувати перехресну реактивність бензокаїну (анестезину), який належить до групи ефірних анестетиків, з іншими сульфонамідами [11], у той час як між різними представниками амідних анестетиків перехресна реактивність відсутня. Ротове застосування антацидних препаратів (альмагель, маалокс) також може полегшувати стан [12], але варто враховувати, що, наприклад, алмагель-А містить у складі бензокаїн.

Ще у 2-х клінічних звітах використано перманганат калію для обробки шкіри і СОПР [13; 14]. І у двох повідомлена додаткова обробка СОПР розчинами мірамістину [8; 13]. Таке чергування має емпіричні підстави, але застосування різних препаратів однакової дії патогенетично не виправдане і є прикладом поліпрагмазії, якої слід уникати при алергічних хворобах, тим більше, що під загрозою життя пацієнта.

Про місцеве застосування ГКС повідомлено у 2-х звітах [7; 13], але їхня раціональність під питанням, оскільки в усіх пацієнтів застосовували системні ГКС, крім того, місцеві ГКС-мазі зазвичай містять у своєму складі антибіотики.

Лише в одному клінічному звіті згадана професійна гігієна порожнини рота [7], що може бути надзвичайно важливим у пацієнтів із хронічним пародонтитом, з огляду на роль періодонтальної мікрофлори зубної біоплівки в ролі резервуара, зокрема для респіраторних інфекцій, які здатні призвести до внутрішньолікарняної пневмонії [15].

І серед екзотичних засобів один звіт повідомляє про застосування для обробки висипів на шкірі та слизових фурациліну, натрію тетраборату із гліцерином, розчину бетадину [6]. Наразі фурацилін застосовують обмежено внаслідок «...заборони застосування таблеток фурациліну для внутрішнього застосування, ризик від застосування яких переважав над користю» [10], натрію тетраборат вважається протигрибковим і належить до IV класу за рівнем токсичності, а його застосування за відсутності кандидозу не обґрунтоване; йод володіє високою токсичністю не тільки для мікроорганізмів, а і для власних тканин.

Один звіт повідомляє про застосування аплікацій 0,1% розчину трипсину для видалення некротизованих тканин СОПР [7] – препарату, який також небезпечний алергічними реакціями [16].

І ще один звіт повідомляє про місцеве використання коларголу – препарату, який може викликати опіки, незворотну пігментацію й алергії [13].

Отже, за останній час методи і засоби стоматологічної допомоги мало змінилися [17], попри 4-й рік чинності наказу МОЗ України № 916 від 30.12.2015 «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію» [18].

Сучасні методи стоматологічної допомоги при ССД/ТЕН. Згідно з американськими даними

[19] у наш час немає клінічних рекомендацій щодо догляду за ураженими поверхнями слизових і шкіри при ССД/ТЕН. В Україні під час ведення таких пацієнтів необхідно користуватися адаптованою клінічною настановою, заснованою на доказах «Медикаментозна едікаментозна алергія, включаючи анафілаксію», яка додається до наказу МОЗ 916 [18] і фундаментальною літературою [20]. Але перераховані в протоколах стоматологічної допомоги препарати для місцевого застосування (антисептики, знеболювальні, кератопластики) дуже різноманітні. Сучасні засоби – це хлоргексидин, октенісепт або полігексанідні розчини, які покривають неадгезивними пов'язками [21]. Пов'язки підрозділяють на прості й сучасні. Мазі або креми, нанесені на бинти, класифікуються як прості. Сучасні пов'язки охоплюють синтетичні (Biobrane, Suprathel), біологічні (ксенотрансплантати, алотрансплантати) і волокна (нанокристалічне срібло, Aquacel, Veloderm, Alginate Fiber) і, як виявилось, частіше використовуються в США, особливо біологічні пов'язки та просочені сріблом волокнисті пов'язки. Систематичний огляд літератури [22] зробив висновок про переваги саме сучасних пов'язок, оскільки вони вимагають менших змін і викликали слабший дискомфорт для пацієнтів. У власному аналізі публікацій ми не виявили жодного повідомлення про використання неадгезивних сучасних пов'язок для уражених ділянок шкіри. Натомість їх обробляли ГКС-умісними кремами, пантенолом, розчином перманганату калію; метиленовою синню (власний випадок [5; 17]).

Після загоєння ССД/ТЕН на шкірі зазвичай розвивається гіперпигментація, тому серед сучасних рекомендацій – підхід «анти-зсувний», коли відшаровані ділянки епідермісу залишають на місці, після чого гіперпигментація виглядає менш виразною [23]. Про такі деталі не виявлено інформації в жодному клінічному звіті, але це може бути важливим, особливо для обличчя.

Для обробки губ із метою розм'якшення кірочок і запобігання розтріскуванню червоної облямівки використовують білий вазелін, ефективність/безпека якого перевищує таку для ГКС+антибіотик-умісних кремів та інших кератопластиків типу солкосерилу (гемодіалізат рогатої худоби), бепантену (з хлоргексидином) та ін.

Звертаємо увагу на кератопластики, що охоплюють кілька груп препаратів, серед яких ретиноїди. Натепер накопичені дані, які дозволяють припустити роль ендогенного гепатогенного гіпервітамінозу А, що призводить до витоку токсичних ретиноїдних сполук у кровообіг і розвитку цитотоксичності з масивним поширенням аптозу, опосередкованого гранулізином [24]. Тож використання цієї групи препаратів може бути шкідливим. У нашому аналізі один клінічний звіт повідомляв про використання обліпихової олії для обробки червоної облямівки губ [14]. Характерна особливість обліпихової олії – наявність у її складі великої кількості каротиноїдів. На відмі-

ну від попередніх засобів, кверцетин – рослинний флавоноїд, який, як показано, стимулює проліферацію епітеліальних клітин і може використовуватися як допоміжний місцевий агент, щоб скоротити час загоєння і послабити біль при окремих афтах на СОПР [12].

Важливість стоматологічної допомоги при ССД/ТЕН підкреслює необхідність для пацієнта забезпечити йому можливість пити рідини, у тому числі й для запобігання пізнім ускладненням, таким як гіпофарингеальний стеноз із дисфагією і стриктурою стравоходу [20].

### Висновки

1. У лікуванні пацієнтів із ССД/ТЕН критично важливим є видалення будь-якого агента, підозрюваного в заподіянні цього стану.

2. Неприпустима поліпрагмазія (тобто призначення кількох медикаментів із подібними напрямками дії). Слід також уникати полікомпонентних препаратів.

3. Корисно ширше впроваджувати сучасні неадгезивні пов'язки на уражені ділянки шкіри.

4. Менеджмент уражень ротової порожнини має виконуватися за допомогою частих полоскань/зрошень і місцевих анестетиків для послаблення болю (що забезпечує можливість пити рідини) і визначає оптимальний мінімум для уникнення нових побічних впливів від невиннованої емпіричної і застарілої поліпрагмазії.

**Перспективи подальших досліджень.** Необхідне ширше вивчення і використання клінічних настанов із наказу МОЗ України № 916 від 30.12.2015 «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію» у практиці, у тому числі й лікаря-стоматолога.

### Список літератури

1. Случай благоприятного исхода синдрома Лайелла у пациента с панкреонекрозом и абсцессом поддиафрагмального пространства на фоне ВИЧ-инфекции в сочетании с хроническим вирусным гепатитом С / [И.В. Зайнуллин, А.П. Толстиков, А.Р. Валеева, О.В. Скороходкина] // Практическая медицина. – 2016. – Т.96, №4. – С.90-92.
2. Сочетанное применение мембранного плазмафереза и пульс-терапии глюкокортикоидами у больной с тяжелым течением синдрома Лайелла / [Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий, Х.Ш. Хожиев, А.Д. Фаязов] // Вестник экстренной медицины. – 2016. – №1. – С.88-91.
3. Синдром Стивенса-Джонсона после лечения ритуксимабом у больной с В-клеточной лимфомой из малых лимфоцитов, аутоиммунной гемолитической анемией и антифосфолипидным синдромом / А.Л. Меликян, И.Н. Суборцева, А.М. Ковригина [и др.] // Клиническая онкогематология. – 2017. – №1. – С.120-127.
4. Давыдова З.В. Синдром Лайелла: сложности диагностики / З.В. Давыдова, О.В. Соколова, А.В. Соболев // Педиатр. – 2018. – №5. – С.115-119.
5. Синдром Лайелла. Случай из практики / З.А. Хохлова, Р.А. Гилёва, И.Г. Коняхина, А.П. Тишкина // Архивъ внутренней медицины. – 2018. – Т. 41, №3. – С.231-236.

6. Никитюк С.А. Синдром Стивенса-Джонсона у подлітка: діагностика і лічення (клінічний випадок) / С.А. Никитюк, Н.М. Демборинська, І.В. Кмита // Здоров'є Ребенка. – 2019. – №1. – С.36-39.
7. Казанкова Е.М. Синдром Стивенса-Джонсона в практиці лікаря-стоматолога / Е.М. Казанкова, О.І. Тирська // Стоматологія. – 2016. – Т. 95, № 5. – С.51-52.
8. Синдром Стивенса-Джонсона / О.Ю. Олісова, О.В. Грабовська, Н.П. Теплюк [і др.] // Російський журнал шкірних і венерических захворювань. – 2016. – №4. – С.216-220.
9. Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) Treatment & Management [Електронний ресурс Medscape] : Updated: Dec 20, 2018 Author: Victor Cohen, PharmD; Chief Editor: Michael Stuart Bronze, MD.
10. Матеріали офіційного сайту Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dec.gov.ua/index.php/ua/farmakonaglyad>.
11. Шинкевич В.І. Медикаментозна гіперчутливість в стоматології: навч. посіб. / В.І. Шинкевич, І.П. Кайдашев. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2015. – 137 с.
12. Mirowski G.W. Aphthous Stomatitis [Електронний ресурс Medscape] : Updated: May 14, 2018.
13. Случаи успешного лечения детей с синдромом Лайелла / М.В. Варганов, А.А. Микличев, М.В. Соловьев [и др.] // Приволжский научный вестник. – 2016. – Т. 57, №5. – С.148-152.
14. Харченко Г.А. Синдром Лайелла у дітей – клінічні прояви, лічення / Г.А. Харченко, О.Г. Кимирилова // Російський вестник перинатології і педіатрії. – 2019. – №1. – С.99-102.
15. Chapple I.L.C. Manifesto for a paradigm shift: periodontal health for a better life / I.L.C. Chapple, N.H.F. Wilson // BDJ. – Vol. 216, N 4. – P.159-162.
16. Семенова І.В. Анафілаксія – специфічна і неспецифічна гіперчутливість / І.В. Семенова, О.В. Смирнова, Д.К. Новиков // Іммунопатологія, алергологія, інфектологія. – 2016. – №3. – С.49-61.
17. Синдром Лайелла, затруднення в ліченні (клінічний випадок) / [П.Н. Скрипников, Т.П. Скрипникова, Ю.Н. Витко, Л.Г. Кулик] // Український стоматологічний альманах. – 2012. – №5. – С. 72-75.
18. Наказ МОЗ України № 916 від 30.12.2015 «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [[http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20151230\\_0916.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20151230_0916.html)].
19. Stevens-Johnson Syndromem. [Електронний ресурс Medscape] : Updated: Jan 17, 2019 Author: C Stephen Foster, MD, FACS, FACR, FAAO, FARVO; Chief Editor: Andrew A Dahl, MD, FACS.
20. Kaydashev I.P. Giperchuvstvitelnost k lekarstvennym preparatam. Rukovodstvo dlya vrachev / I.P. Kaydashev. – K.: Medkniga, 2016. – 288 pp.
21. Dermatologic Manifestations of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis [Електронний ресурс Medscape] : Updated: Sep 26, 2018 Author: Amarateedha Prak LeCourt, MD; Chief Editor: Dirk M Elston, MD.
22. Wound care for Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis / [B. Castillo, N. Vera, A.G. Ortega-Loayza, L. Seminario-Vidal] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2018. – Vol. 79, N 4. – P.764-767.
23. Lee HY. Wound management strategies in Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis: An unmet need / H.Y. Lee // J. Am. Acad. Dermatol. – 2018. – Vol. 79, N 4. – P. e87-e88.
24. Mawson A.R. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis (SJS/TEN): could retinoids play a causative role? / A.R. Mawson, I. Eriator, S. Karre // Med Sci Monit. – 2015. – Vol. 21. – P.133-143.

## References

1. Sluchai blagopriyatnogo iskhoda sindroma Laiella u pacijenta s pankreonekrozom i abstessom poddiafragmal'nogo prostranstva na fone VICH-infektsii v sochetanii s khronicheskim virusnym gepatitom s / [I.V. Zainullin, A.P. Tolstikov, A.R. Valeeva, O.V. Skorokhodkina] // Prakticheskaya meditsina. – 2016. – Т.96, №4. – С.90-92.
2. Sochetannoe primeneniye membrannogo plazmafereza i pul's-terapii glyukokortikoidami u bol'noi s tyazhelym techeniem sindroma Laiella / [R.N. Akalaev, A.A. Stopnitskii, Kh.Sh. Khozhiev, A.D. Fayazov] // Vestnik ekstreynoi meditsiny. – 2016. – №1. – С.88-91.
3. Sindrom Stivensa-Dzhonsona posle lecheniya rituksimabom u bol'noi s V-kletочноi limfomoi iz malykh limfotsitov, autoimmunnoi gemoliticheskoi anemiei i antifosfolipidnym sindromom / A.L. Melikyan, I.N. Subortseva, A.M. Kovrigina [i dr.] // Klinicheskaya onkogematologiya. – 2017. – №1. – С.120-127.
4. Davydova Z.V. Sindrom Laiella: slozhnosti diagnostiki / Z.V. Davydova, O.V. Sokolova, A.V. Sobolev // Peditr. – 2018. – №5. – С.115-119.
5. Sindrom Laiella. Sluchai iz praktiki / [Z.A. Khokhlova, R.A. Gileva, I.G. Konyakhina, A.P. Tishkina] // Arkhiv" vnutrennei meditsiny. – 2018. – Т. 41, №3. – С.231-236.
6. Nikityuk S.A. Sindrom Stivensa-Dzhonsona u podrostka: diagnostika i lechenie (klinicheskii sluchai) / S.A. Nikityuk, N.M. Demborinskaya, I.V. Kmita // Zdorov'e Rebenka. – 2019. – №1. – С.36-39.
7. Kazankova E.M. Sindrom Stivensa-Dzhonsona v praktike vracha-stomatologa / E.M. Kazankova, O.I. Tirskaia // Stomatologiya. – 2016. – Т. 95, № 5. – С.51-52.
8. Sindrom Stivensa-Dzhonsona / O.Yu. Olishova, O.V. Grabovskaya, N.P. Teplyuk [i dr.] // Rossiiskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei. – 2016. – №4. – С.216-220.
9. Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) Treatment & Management [Електронний ресурс Medscape] : Updated: Dec 20, 2018 Author: Victor Cohen, PharmD; Chief Editor: Michael Stuart Bronze, MD.
10. Materialy ofitsiinoho сайту Derzhavnoho pidpriemstva «Derzhavnyi ekspertnyi tsentr MOZ Ukrainy» [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <http://www.dec.gov.ua/index.php/ua/farmakonaglyad>.
11. Shynkevych V.I. Medykamentozna hiperchutlyvist v stomatologii: navch. posib. / V.I. Shynkevych, I.P. Kaidashev. – Poltava: TOV "ASMI", 2015. – 137 s.
12. Mirowski G.W. Aphthous Stomatitis [Elektronnyi resurs Medscape] : Updated: May 14, 2018.
13. Sluchai uspeshnogo lecheniya detei s sindromom Laiella / M.V. Varganov, A.A. Miklichev, M.V.

- Solov'ev [i dr.] // Privolzhskii nauchnyi vestnik. – 2016. –Т. 57, №5. – С.148-152.
14. Kharchenko G.A. Sindrom Laiella u detei – klinicheskie proyavleniya, lechenie / G.A. Kharchenko, O.G. Kimirilova // Ros. vestn. perinatol. i pediat. – 2019. – №1. – С.99-102.
  15. Chapple I.L.C. Manifesto for a paradigm shift: periodontal health for a better life / I.L.C. Chapple, N.H.F. Wilson // BDJ. – Vol. 216, N 4. – P.159-162.
  16. Semenova I.V. Anafilaksiya – spetsificheskaya i nespetsificheskaya giperchuvstvitel'nost' / I.V. Semenova, O.V. Smirnova, D.K. Novikov // Immunopatologiya, allergologiya, infektologiya. – 2016. – №3. – С.49-61.
  17. Sindrom Laiella, zatrudnenie v lechenii (Klinicheskii sluchai) / [P.N. Skripnikov, T.P. Skripnikova, Yu.N. Vitko, L.G. Kulik] // Ukrainskyi stomatolohichnyi almanakh. – 2012. – №5. – С. 72-75.
  18. Nakaz MOZ Ukrainy № 916 vid 30.12.2015 «Medykamentozna alerhiia, vkluchaiuchy anafilaksiiu» [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: [[http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20151230\\_0916.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20151230_0916.html)].
  19. Stevens-Johnson Syndromem. [Електронний ресурс Medscape] : Updated: Jan 17, 2019 Author: C Stephen Foster, MD, FACS, FACR, FAAO, FARVO; Chief Editor: Andrew A Dahl, MD, FACS.
  20. Kaidashev Y.P. Hyperchuvstvitel'nost' k lekarstvennym preparatam. Rukovodstvo dlia vrachei / Y.P. Kaidashev. – K.: Medknyha, 2016. – 288 pp.
  21. Dermatologic Manifestations of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis [Електронний ресурс Medscape] : Updated: Sep 26, 2018 Author: Amateedha Prak LeCourt, MD; Chief Editor: Dirk M Elston, MD.
  22. Wound care for Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis / [B. Castillo, N. Vera, A.G. Ortega-Loayza, L. Seminario-Vidal] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2018. – Vol. 79, N 4. – P.764-767.
  23. Lee HY. Wound management strategies in Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis: An unmet need / H.Y. Lee // J. Am. Acad. Dermatol. – 2018.– Vol. 79, N 4. – P. e87-e88.
  24. Mawson A.R. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis (SJS/TEN): could retinoids play a causative role? / A.R. Mawson, I. Eriator, S. Karre // Med. Sci Monit. – 2015. – Vol. 21. – P.133-143.

**Стаття надійшла  
08.07.2019 р.**

### Резюме

Стоматологічної допомоги потребують усі стаціонарні пацієнти із синдромом Стівенса-Джонсона та/або токсичним епідермальним некролізом (ССД/ТЕН), повідомлення про клінічні випадки яких публікуються щорічно в наукових журналах.

Мета – аналіз стоматологічної допомоги за клінічними звітами про ССД/ТЕН та власного випадку ССД для окреслення шляхів її оптимізації.

Для огляду проаналізовано клінічні випадки російською й українською мовами баз даних Google і Google Академія за ключовими словами.

Аналіз установив одночасне призначення однакових препаратів у різних формах. Недостатня увага приділяється професійним й індивідуальним заходам щодо контролю зубної біоплівки. Використовуються екзотичні й застарілі токсичні засоби. Відсутні повідомлення про використання неадгезивних пов'язок. Таким чином, за останній час методи і засоби стоматологічної допомоги майже не змінилися.

Менеджмент уражень органів ротової порожнини необхідно виконувати за допомогою частих полоскань і місцевих анестетиків для ослаблення болю, що визначає оптимальний мінімум для уникнення нових побічних впливів від невиправданої емпіричної і застарілої поліпрагмазії.

**Ключові слова:** медикаментозна алергія, медикаментозна гіперчутливість, синдром Стівенса-Джонсона, ураження слизової оболонки рота при алергії, токсичний епідермальний некроліз.

### Резюме

Стоматологическая помощь необходима всем стационарным пациентам при синдроме Стивенса-Джонсона и/или токсическом эпидермальном некролизе (ССД/ТЭН), о клинических случаях которых сообщается ежегодно в научных журналах.

Цель – анализ стоматологической помощи по клиническим отчетам о ССД/ТЭН и собственного клинического случая ССД для ее оптимизации.

Проанализированы сообщения о клинических случаях на русском и украинском языках баз данных Google и Google Академия.

Анализ показал одновременное назначение одинаковых препаратов в различных формах. Недостаточное внимание уделяется профессиональным и/или индивидуальным мерам по контролю зубной биопленки. Используются экзотические и устаревшие токсичные средства. Отсутствуют сообщения об использовании неадгезивных повязок. За последнее время методы и средства стоматологической помощи почти не изменились.

Менеджмент пораженных органов ротовой полости должен осуществляться с помощью полосканий, местных анестетиков для облегчения боли, что определяет оптимальный минимум во избежание новых неблагоприятных эффектов от неоправданной эмпирической и устаревшей полипрагмазии.

**Ключевые слова:** медикаментозная аллергия, медикаментозная гиперчувствительность, синдром Стивенса-Джонсона, поражение слизистой оболочки рта при аллергии, токсический эпидермальний некролиз.

UDC: [617.52+617.7]-056:615

## DENTAL CARE LEVEL ASSESSMENT AT SDS/TEN: SYSTEMATIC ANALYSIS OF CLINICAL CASES

**Kolomiets S.V., Hurzhii O.V., Shynkevych V.I.**

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

### Summary

**Background.** Dental care is essential for all hospitalized patients with Stevens-Johnson syndrome and/or toxic epidermal necrolysis (SJS/TEN), the clinical cases of which are reported annually in scientific journals.

**Purpose of publication** was analysis of dental care from clinical reports about SJS/TEN and ours own clinical case of SJS, for dental help optimization.

**Materials and methods.** The clinical cases reports in Russian and Ukrainian languages of databases Google and Google Academy from 2016 to May 2019 (and some earlier publications) were selected by the keywords "Stevens-Johnson syndrome", "Lyell's syndrome", "toxic epidermal necrolysis" and analyzed together with our own clinical case of SJS.

**Clinical case.** The list of dental prescriptions, according to the case history, included: local anesthesia with 10% lidocaine spray, rinsing the mouth with a decoction of herbs; later lidocaine was replaced by the metacyl-anesthesin suspension applications.

**Discussion.** Currently there are no clinical guidelines for wound care and skin care of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. Analysis of the literature and ours own clinical case showed the simultaneous using of the same drugs in different forms. As a rule, this concerned systemic and local corticosteroids, and a combination of at least two antiseptics. Insufficient attention was paid to assessing the periodontal state of patients and to professional and/or individual measures to control dental biofilm (mentioned in only one case). Meanwhile, it can be very important in patients with chronic periodontitis, given the role of *periodontal pathogens* in dental biofilm as a reservoir in particular for respiratory infections that can lead to nosocomial pneumonia. Using of outdated empirical antiseptics (furatsilin, potassium permanganate, sodium tetraborate, colloid silver) were reported, which toxicity exceeds the useful effect. When the benzocaine anesthetic (the para-aminobenzoic acid ester derivatives group) was selected, cross-reactivity with other sulfonamides, which are known to cause severe hypersensitivity reactions, was not taken into account. There were no reports about non-adhesive modern dressings for affected skin. There was a case of using empirical drugs without evidence base (solcoseryl, trypsin).

At present, accumulated evidence suggests the role of endogenous hepatogenic hypervitaminosis A, which leads to the spillage of toxic retinoid compounds into the circulation, and the development of cytotoxicity with the widespread of granulysin-mediated apoptosis. So the use of keratoplasty drugs, rich in carotenoids, in particular sea buckthorn oils, can be harmful.

Thus, lately, the methods and means of dental care have not hardly changed, despite the 4th year of the order No. 916 dated 12.30.2015 "Drug allergies, including anaphylaxis" of the Ministry of Health of Ukraine.

**Conclusions.** 1. When treating patients with SJS/TEN, withdrawal of any agent suspected of causing the condition is critically important.

2. It is necessary to more widely introduce modern non-adhesive dressings on the affected skin, as they require fewer changes and caused less discomfort to the patients.

3. Oral lesions are managed with mouthwashes; topical anesthetics are useful in reducing pain and allowing the patient to take in fluids. This determines the optimal minimum in order to avoid new adverse effects from unjustified empirical and outdated polypharmacy.

**Perspectives.** The clinical guidelines from the order No. 916 dated June 30, 2015, "Drug allergy, including anaphylaxis" of the Ministry of Health of Ukraine should be more widely studied and used in practice, including dentistry.

**Key words:** drug allergy, drug hypersensitivity, Stevens-Johnson syndrome, oral mucosal allergic damage, toxic epidermal necrolysis.