

# **Неотложные состояния в детской аллергологии**

**Доцент 1-й кафедры  
детских болезней БГМУ, к.м.н.**

**Батян Галина Михайловна**

# Типы реакций гиперчувствительности

**1 тип** – медиаторный -  
гиперчувствительность немедленного  
типа – анафилактические и атопические  
реакции (анафилактический шок,  
бронхиальная астма и др.) опосредуется  
Ig E.

# Типы реакций гиперчувствительности

**2 тип** – цитотоксические реакции, связанные с выработкой АТ к собственным клеткам.

Характерен для всех аутоиммунных заболеваний и СЗСТ (аутоиммунная гемолитическая анемия, аутоиммунный тиреодит, аутоиммунный гломерулонефрит, аутоиммунная тромбоцитопения, СКВ, РА и др.).

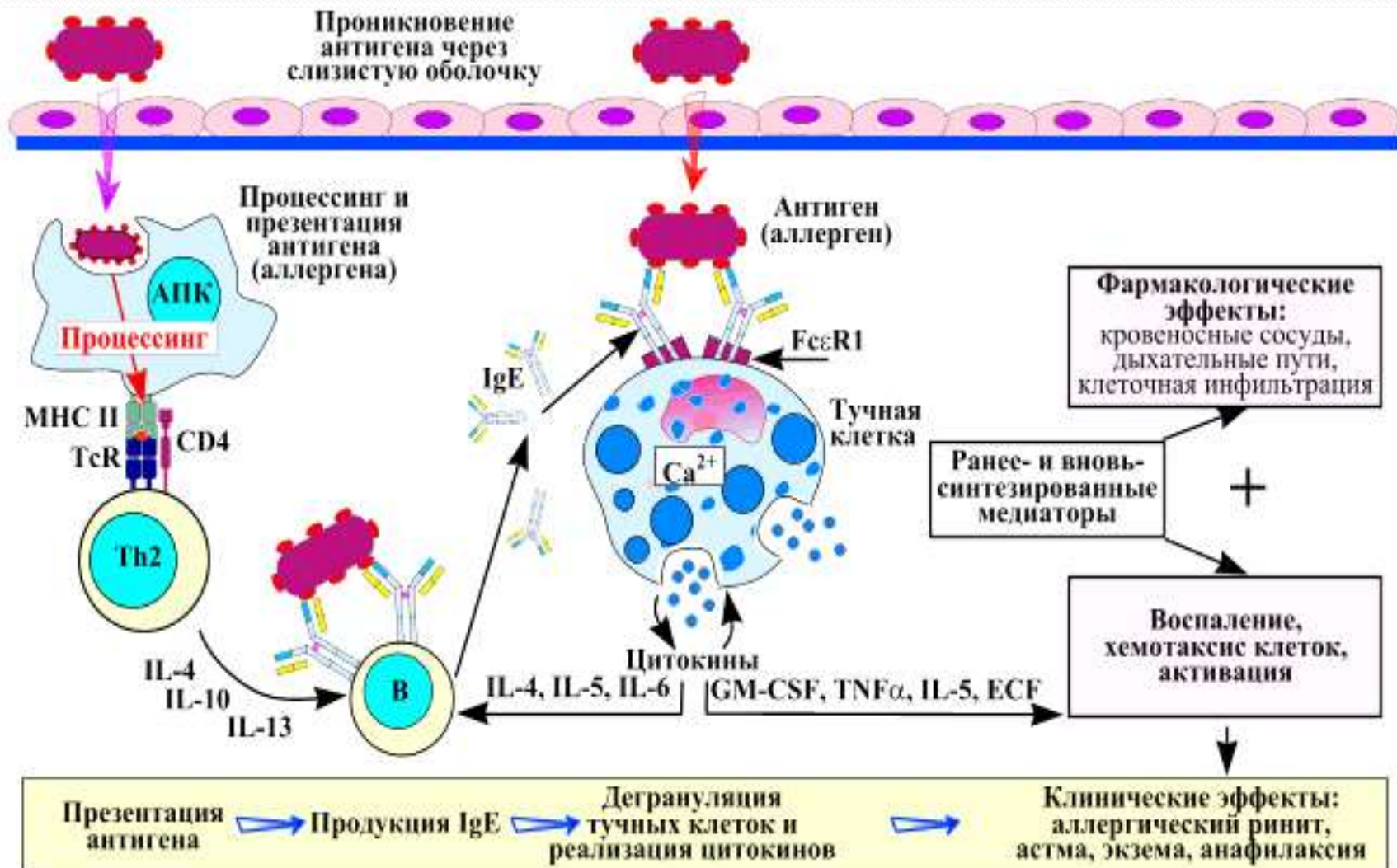
# Типы реакций гиперчувствительности

**3 тип** – иммунокомплексные реакции – характеризуются оседанием ИК в сенсibilизированных тканях. Характерен для сывороточной болезни, гломерулонефрита, узелкового полиартериита, геморрагического васкулита.

# Типы реакций гиперчувствительности

**4 тип** — реакции гиперчувствительности замедленного типа. Обусловлены взаимодействием сенсibilизированных Т-лимфоцитов со специфическими антигенами. Развиваются через 24-48 часов. Наблюдаются при туберкулезе, контактном дерматите.

# Схема развития аллергических реакций 1 типа



# Аллергические реакции немедленного типа -

это опосредованные Ig E иммунные реакции с повреждением собственных клеток, классически протекающие в 3 фазы:

- иммунологическая фаза;
- патохимическая фаза;
- патофизиологическая фаза.

# Фазы развития аллергических реакций немедленного типа

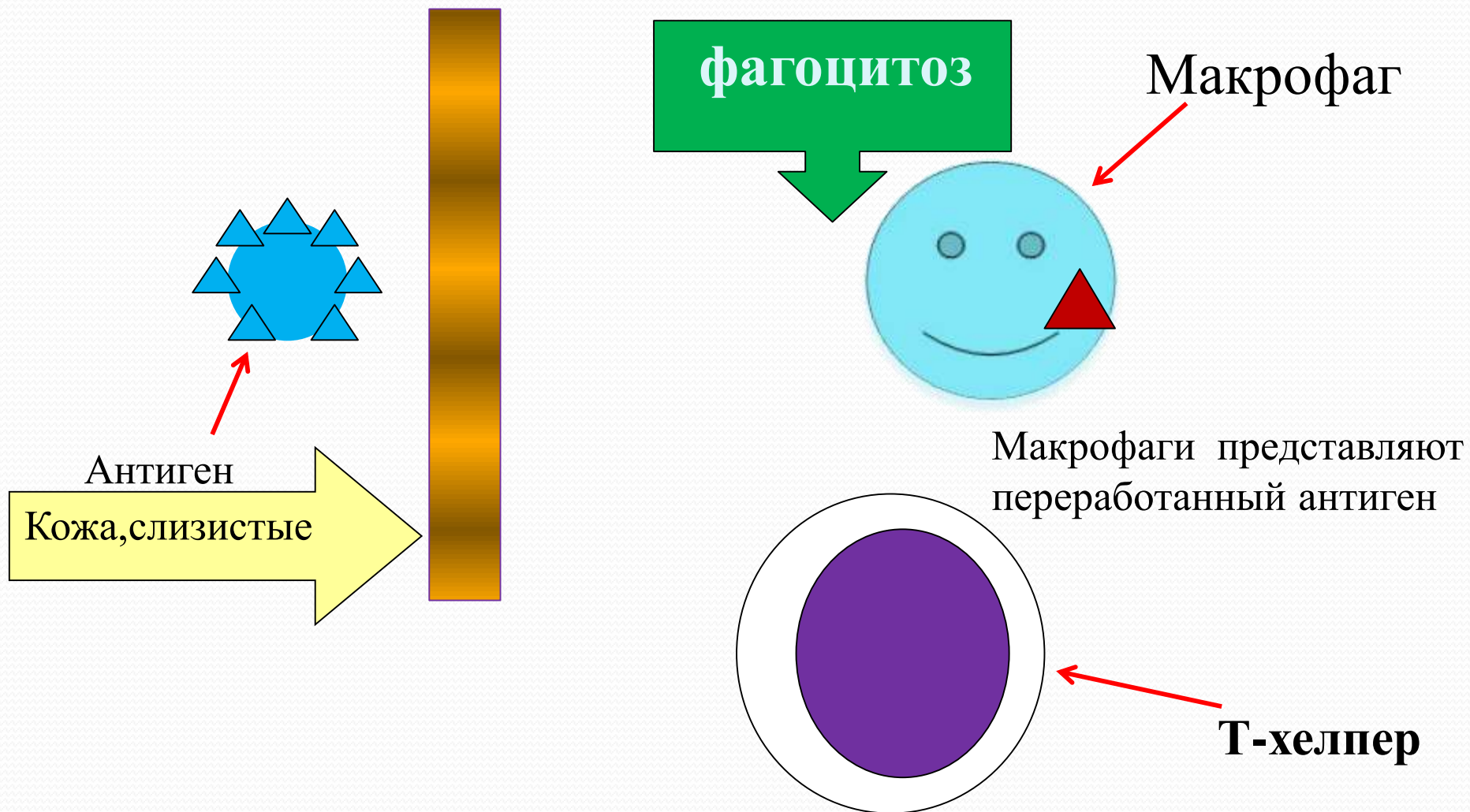
- Иммунологическая фаза:
  - контакт с АГ;
  - синтез Ig E;
  - фиксация Ig E на поверхности тучных клеток и базофилов крови;
  - повторный контакт с тем же АГ;
  - связывание АГ с Ig E на поверхности тучных клеток.



# Тучные клетки

- Тучные клетки присутствуют во всех органах и тканях, особенно в рыхлой соединительной ткани, окружающей сосуды;
- слизистых оболочках (в основном в слизистой бронхов и ЖКТ).
- Тучные клетки людей, склонных к аллергическим реакциям, несут на 30 % больше молекул Ig E, чем тучные клетки здоровых.

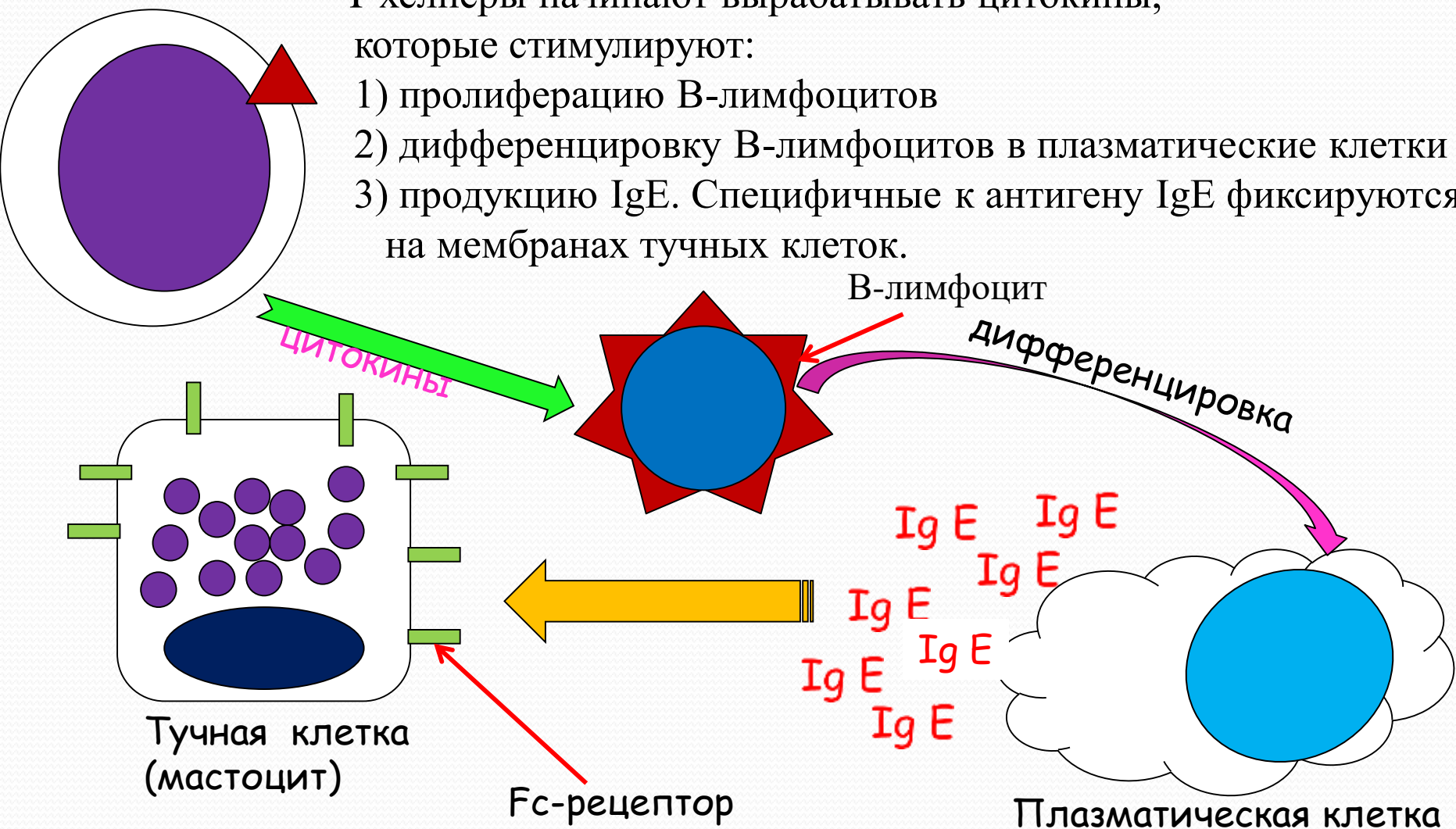
# Сенсибилизация организма



# Сенсибилизация организма

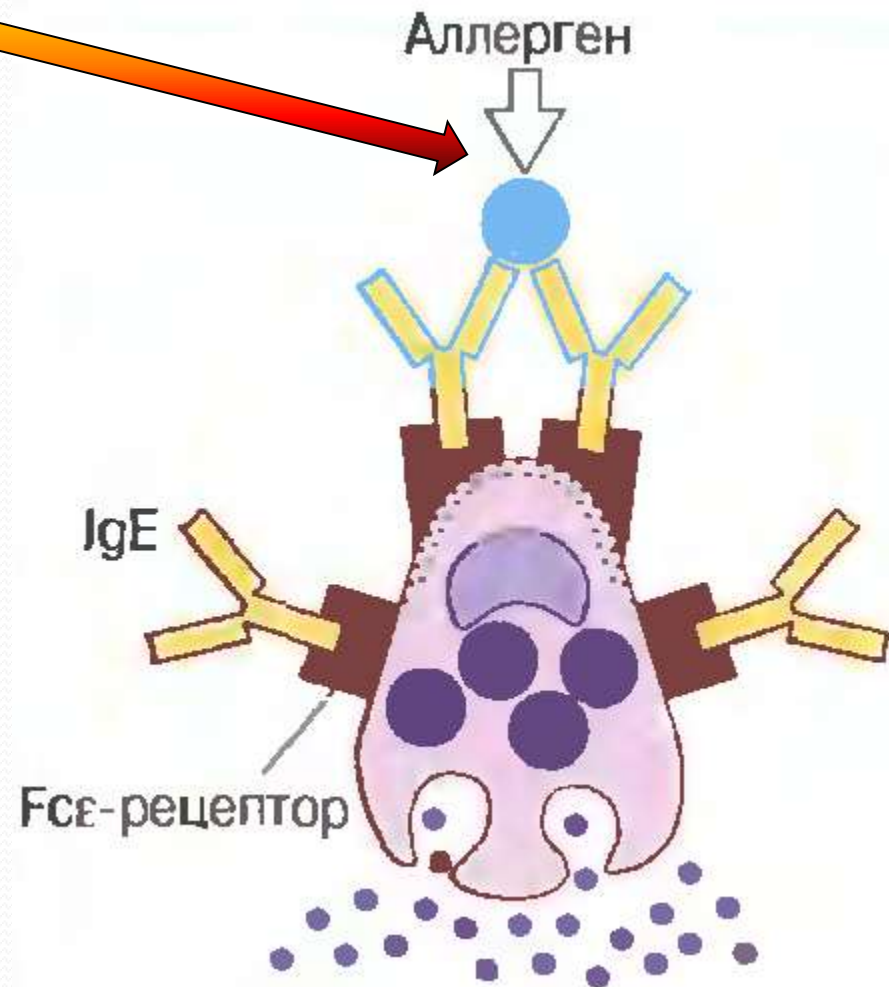
T-хелперы начинают вырабатывать цитокины, которые стимулируют:

- 1) пролиферацию В-лимфоцитов
- 2) дифференцировку В-лимфоцитов в плазматические клетки
- 3) продукцию IgE. Специфичные к антигену IgE фиксируются на мембранах тучных клеток.



# Иммунологическая фаза

1) **связывание**  
**аллергена** по  
крайней мере с  
двумя молекулами  
IgE на мембране  
тучной клетки или  
базофила и  
активация ЭТИХ  
клеток

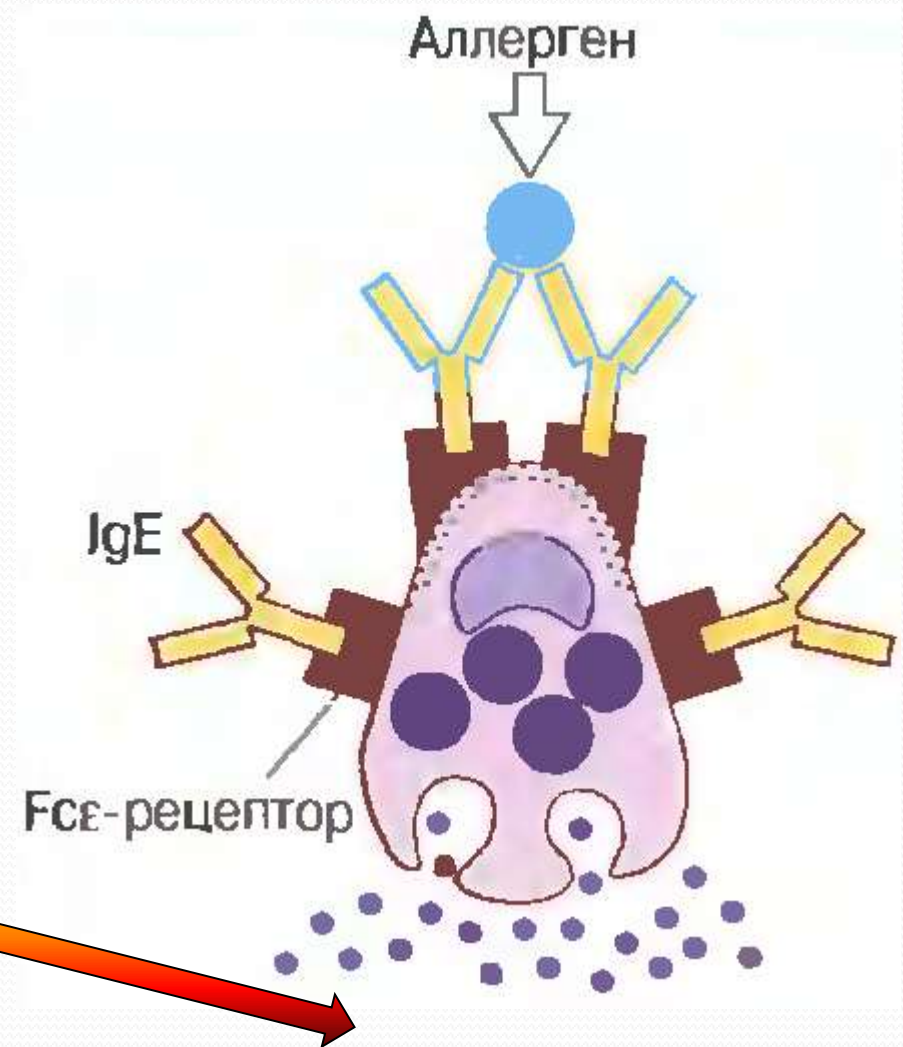


# Патохимическая фаза аллергической реакции немедленного типа

Закljučается в высвобождении уже ранее синтезированных медиаторов из тучных клеток и активный синтез и выброс из клетки медиаторов, синтезируемых после активации тучных клеток комплексом АГ-АТ.

# Патохимическая фаза

2) **выброс**  
активированными  
тучными клетками  
и базофилами  
медиаторов



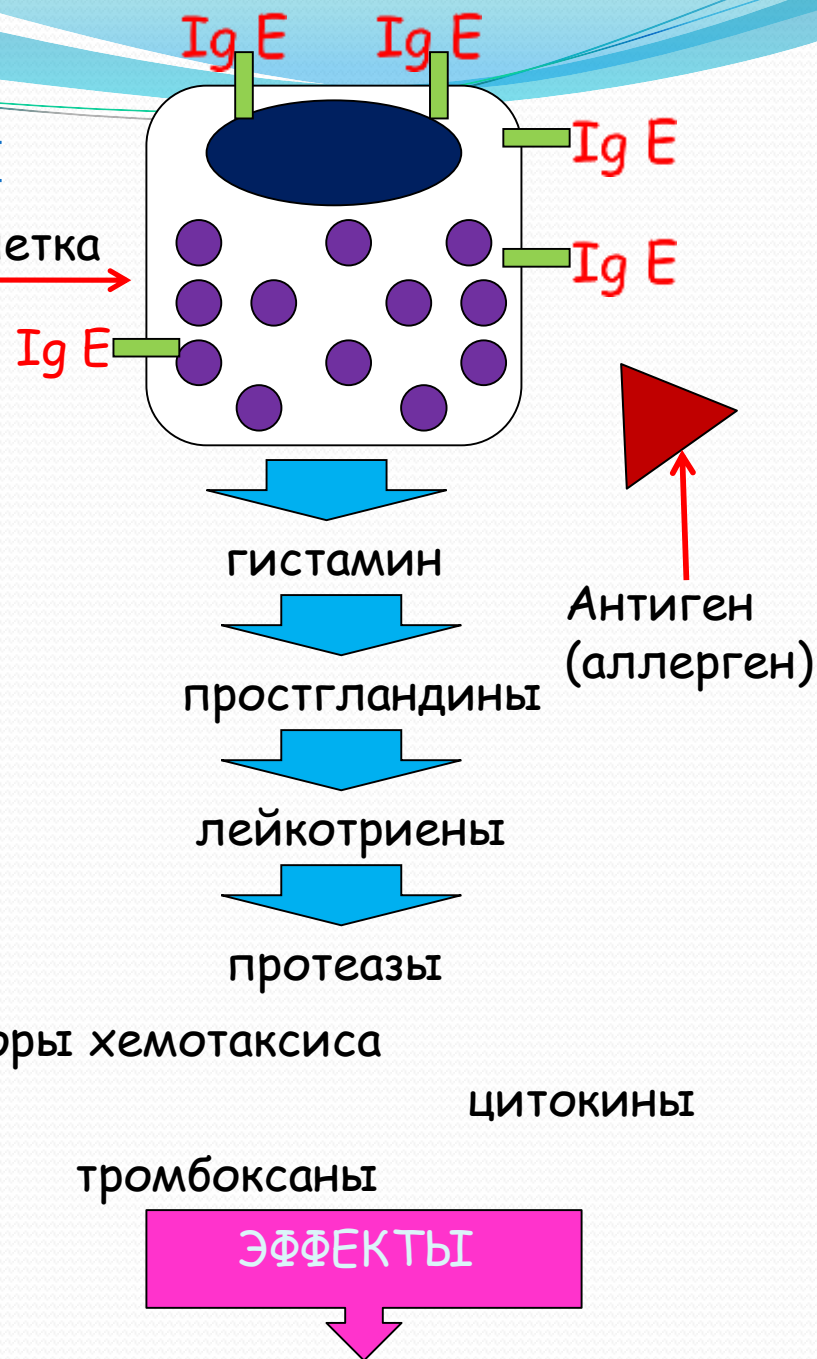
# **Патофизиологическая фаза аллергической реакции немедленного типа**

Заключается в действии медиаторов на соответствующие рецепторы органов и тканей и проявляется отеком, гиперемией, экссудацией, зудом, бронхоспазмом и др.

# Патофизиологическая фаза

3) действие медиаторов на сосудистую стенку, систему свертывания крови, активация эозинофилов, нейтрофилов, тромбоцитов

Тучная клетка





# Патофизиологическая фаза

## А. Гистамин



# Патофизиологическая фаза

- Б. **Лейкотриены** вызывают спазм гладких мышц бронхов и усиливают действие гистамина на органы-мишени.
- В. **Калликреин**, выделяемый базофилами, участвует в образовании кининов, которые повышают проницаемость сосудов и снижают АД.
- Г. **Фактор активации тромбоцитов** стимулирует выброс тромбоцитами гистамина и серотонина. Они, в свою очередь, вызывают спазм гладких мышц и повышают проницаемость сосудов.
- Д. **Анафилактический фактор хемотаксиса эозинофилов** стимулирует приток эозинофилов и выработку ими биологически активных веществ.
- Е. **Простагландины** повышают тонус гладких мышц и проницаемость сосудов.

# Псевдоаллергические реакции

- Высвобождение биологически активных веществ из тучных клеток подразделяют на :
  - иммунное, Ig E-зависимое (анафилактические реакции);
  - неиммунное, Ig E-независимое (псевдоаллергические реакции).
- К Ig E-независимым активаторам тучных клеток относят антибиотики, рентгенконтрастные вещества, некоторые фракции комплемента (анафилотоксины C3a, C4a, C5a), нейропептиды, АТФ, а также физические факторы: холод, солнечный свет, тепло, физические нагрузки, механическое раздражение, продукты питания.

# Псевдоаллергические реакции

В отличие от истинных аллергических имеют только две стадии развития:

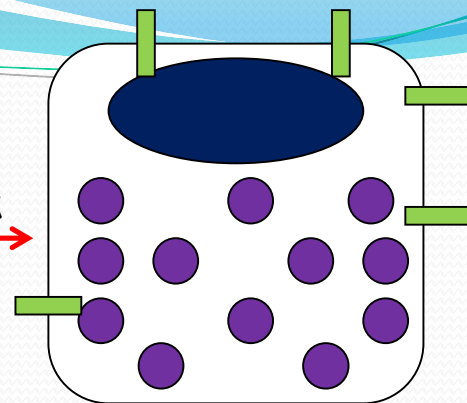
- патохимическую стадию;
- патофизиологическую стадию.

# Псевдоаллергические реакции

- Псевдоаллергические реакции клинически сходны с анафилактическими, но обусловлены не взаимодействием антигена с антителом, а различными веществами, например анафилатоксинами C3a, C5a. Эти вещества непосредственно активируют базофилы и тучные клетки и вызывают их дегрануляцию или действуют на органы-мишени

Тучная клетка

Отсутствие антител



гистамин

простогландины

лейкотриены

протеазы

Факторы хемотаксиса

ЦИТОКИНЫ

тромбоксаны

ЭФФЕКТЫ

Анафило-  
ТОКСИНЫ



# Патогенез псевдоаллергических реакций

- Обусловлен генетически детерминированной повышенной чувствительностью тучных клеток тканей и базофилов периферической крови к неспецифическим раздражителям.
- Проявляется способностью высвободить медиаторы в ответ на раздражения такой силы, на которые клетки здоровых людей не отвечают.
- Увеличение концентрации гистамина в крови может быть связано с нарушением инактивации его в организме, что усугубляется поступлением в организм продуктов, содержащих большое количество гистамина.

# Продукты, наиболее часто вызывающие псевдоаллергические реакции

- помидоры, белок яйца, шпинат, клубника, шоколад, моллюски, соя, рыба, курица, ананас, специи, какао, алкоголь, пшеница, свинина, печень, сыр, соленые огурцы, квашеная капуста, баклажаны.

# Псевдоаллергические реакции

- Псевдоаллергические реакции, в отличие от истинных аллергических реакций, являются дозозависимыми, однако по клиническим проявлениям не отличаются друг от друга.



# Вещества, вызывающие анафилактические и псевдоаллергические реакции

- Антимикробные средства—**Пенициллины** ,  
**Цефалоспорины**, Неомицин, Тетрациклин,  
Хлорамфеникол, Канамицин, Стрептомицин, Ванкомицин,  
Сульфаниламиды.
- Гормональные средства—Инсулин, гормоны гипофиза  
животного происхождения, кортикотропин, вазопрессин,  
эстрадиол
- Диагностические препараты—**рентгенконтрастные  
средства**, сульфобромофталеин
- Препараты, приготовленные из лошадиной  
сыворотки—противостолбнячная сыворотка,  
противодифтерийная сыворотка, антирабическая  
сыворотка, противоядные сыворотки.
- Местные анестетики—тетракаин, лидокаин, **прокаин**
- Ферментные препараты—Трипсин, Химотрипсин,  
Пенициллиназа, Аспарагиназа.



# Вещества, вызывающие анафилактические и псевдоаллергические реакции

- **Препараты крови**—иммуномодуляторы, моноклональные антитела, ИЛ-2, интерфероны альфа, бета, гамма.
- **Разные лекарственные средства**—Тиопентал натрия, аспирин, другие НПВС, витамины, гепарин, протамина сульфат, **латекс**
- **Экстракты аллергенов**—амброзия, плесневые грибы, эпидермис животных
- **Яд и слюна животных** - **перепончатокрылые (осы, пчелы, шмели, шершни), змеи.**
- **Пищевые продукты** — яичный белок, молоко, грецкий орех, лесной орех, картофель, гречиха, палтус, лосось, манго, свекла, шоколад, апельсины, мандарины, горчица, арахис, пищевые добавки.

# Типы анафилактических реакций

Анафилактические реакции по клиническим проявлениям разделяют на:

- тяжелые анафилактические реакции
- анафилактические реакции средней тяжести;
- легкие анафилактические реакции.

# Тяжелые анафилактические реакции

- Могут появляться предвестники (период предвестников очень короткий и длится всего лишь несколько минут).
- Жалобы пациента на чувство стеснения в груди, ощущение «комка» в горле, осиплость голоса;
- выраженное беспокойство, появляется страх смерти;
- затем стремительно развиваются симптомы кардиоваскулярного коллапса, острой дыхательной недостаточности, отека мозга:

# Тяжелые анафилактические реакции

- АД падает ниже критического уровня ( $\leq 60$  мм рт. ст.), АД диаст. – до нуля.
- Нарушается сознание, развиваются тонические и клонические судороги.
- Наблюдаются непроизвольное мочеиспускание и дефекация.
- При отсутствии экстренной помощи прекращается сердечная деятельность, происходит остановка дыхания, без оказания помощи наступает клиническая смерть.

# Анафилактические реакции средней тяжести

- **Период предвестников с разнообразными симптомами:**
  - первыми симптомами могут быть покалывание в коже, чувство жара или тепла во всем теле.
  - развивается гиперемия лица, шеи, возможна также диффузная гиперемия кожных покровов, появляется зуд, крапивница и/или отек Квинке.
  - в дальнейшем вследствие падения АД гиперемия лица сменяется резкой бледностью, развивается цианоз губ.
  - возможно внезапное развитие ринореи, появляются заложенность носа, зуд, чихание, першение в горле.

# Анафилактические реакции средней тяжести

- Нарастающий отек гортани сопровождается осиплостью голоса, стридорозным дыханием, удушьем.
- В связи с бронхоспазмом возникает кашель, чувство стеснения в груди, свистящее дыхание.
- Появляется внезапное беспокойство ребенка. Выражен страх смерти.
- Характерна нарастающая слабость, обусловленная падением артериального давления, АД сист.  $\leq 80$  мм рт. ст.
- Часто возникают боли за грудиной, связанные с ишемией миокарда.
- Пульс нитевидный, резкая тахикардия, аритмия.

# Анафилактические реакции средней тяжести

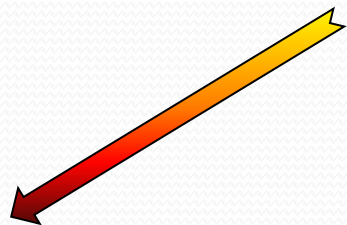
- Отмечаются схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота. Возможны вздутие живота, диарея.
- Могут быть положительными симптомы раздражения брюшины.
- Наблюдаются позывы к мочеиспусканию, иногда – полиурия. По мере прогрессирования анафилаксии развивается олиго-, анурия.
- Возможны преходящие нарушения зрения, слуха.
- Характерны спутанность сознания, заторможенность.
- При несвоевременном оказании неотложной помощи – потеря сознания.



# Анафилактические реакции легкой степени тяжести

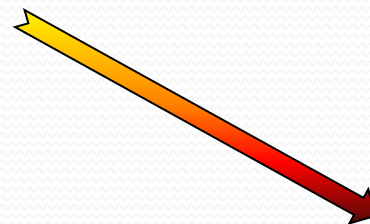
- АД сист. снижается на 20-30 мм рт.ст. от исходного уровня.
- Характерны нарастающая слабость, головокружение, тошнота, возможны ринорея, першение в горле, боли в животе, ощущение покалывания в коже.
- Выражена тахикардия.
- Появляется гиперемия лица, шеи, в 70 % случаев развиваются диффузная гиперемия кожных покровов, зуд, уртикарная сыпь, отек Квинке.
- По мере снижения АД гиперемия лица сменяется бледностью, оно покрывается холодным липким потом.
- Изменения со стороны кожи могут быть единственным внешним проявлением легкой анафилактической реакции.

# Острые аллергические реакции, требующие оказания неотложной медицинской помощи



## Генерализованные:

- 1- анафилактический шок
- 2 - токсикоаллергические дерматиты (небулезная многоформная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла)



## Локализованные:

- (кожные)
- 1- крапивница
  - 2- ангионевротический отёк или отёк Квинке

# Локализованные аллергические реакции

- **Крапивница** – гетерогенная группа заболеваний, характеризующаяся появлением кожной зудящей сыпи, первичным элементом которой является волдырь и/или папула, представляющая собой отек ограниченного участка сосочкового слоя кожи.

# Классификация крапивницы

- **Выделяют три формы:**
  - аллергическую;
  - псевдоаллергическую;
  - смешанную.

Аллергическая крапивница развивается под воздействием экзогенных (неинфекционных и инфекционных) и эндогенных (аутологичных) аллергенов, т.е. может быть следствием пищевой, лекарственной, бытовой, химической, пыльцевой, инсектной и эпидермальной аллергии.

# Классификация крапивницы

- **По тяжести течения:**

- легкая
- средней тяжести
- тяжелая.

- **По локализации:**

- очаговая
- генерализованная

# Крапивница

- Особенностью крапивницы является быстрое возникновение волдырей и быстрое их разрешение (в течение 24 часов) без формирования вторичных элементов.
- Высыпания могут быть любой локализации, включая волосистую часть головы, ладони и подошвы.
- В области головы и шеи число тучных клеток кожи на единицу площади выше, чем на других участках, поэтому крапивница и зуд этой локализации характеризуется большей интенсивностью.
- Крапивница может сопровождаться общими симптомами: лихорадкой, возбуждением, артралгиями.

# Крапивница



# Крапивница





# Крапивница



# Неотложная помощь при крапивнице

- Немедленно прекратить дальнейшее поступление аллергена в организм:
  - при поступлении через рот в сроки до 2 часов – промыть желудок, дать внутрь 5-10 таблеток по 0,5 г активированного угля;
  - вследствие ужаления или инъекции лекарственного средства в область конечностей проксимальнее места ужаления или введения препарата наложить жгут на 25 мин (каждые 10 мин его ослаблять на 1-2 мин);
  - к месту инъекции или ужаления приложить «холод» (при наличии) на 15 мин;
- Ввести один из антигистаминных препаратов:
  - 2 % раствор хлоропирамина (супрастина) в/м из расчета детям до года 0,1-0,25 мл, 1-4 года 0,3 мл, 5-9 лет 0,4-0,5 мл, 10-14 лет 0,75-1 мл;

# Неотложная помощь при крапивнице

- При генерализованной крапивнице, при отеке в области головы и шеи, стенозе гортани – хлоропирамин (супрастин) ввести в той же дозе в/в медленно на 0,9 % растворе хлорида натрия.
- При распространенной или гигантской крапивнице с лихорадкой ввести преднизолон в/в на 10-20 мл 0,9% раствора хлорида натрия или в/м из расчета 3-5 мг/кг массы тела.
- Госпитализация в соматическое отделение при отсутствии эффекта от проводимой терапии. Также госпитализации подлежат больные, которым на догоспитальном этапе в связи с тяжестью состояния вводился преднизолон.

# Отек Квинке (ангионевротический отек)

- При отеке Квинке в процесс вовлекаются более глубокие слои кожи и подкожной клетчатки, а также слизистые.
- Может возникать самостоятельно или вместе с крапивницей.
- Отек имеет обратимый характер, развивается в течение нескольких минут и держится до нескольких дней.
- Имеет вид большого с четкими границами плотного инфильтрата, сопровождающегося незначительным зудом или без него. При надавливании на месте отека не образуется ямка.

# Отек Квинке (ангионевротический отек)

- При отеке голосовых связок возникает симптоматика аллергического отека гортани.
- Отеки в области паренхиматозных органов и головного мозга протекают очень тяжело и представляют опасность для жизни больного.
- При локализации в области лица в процесс могут вовлекаться серозные мозговые оболочки с появлением менингеальных симптомов.

# Отек Квинке



# Отек Квинке



# Отек Квинке





# Отек Квинке



# Неотложная помощь при отеке Квинке

- Немедленно прекратить поступление аллергена.
- Ввести антигистаминные препараты в/м или в/в: 2 % раствор хлорапирамина (супрастина) 0,1-0,15 мл/год жизни.
- Ввести 3 % раствор преднизолона в дозе 1-2 мг/кг в/м или в/в.
- При появлении клиники отека гортани (навязчивый кашель, осиплость голоса, афония, стридорозное дыхание) – ингаляции сальбутамола 1-2 дозы из дозирующего аэрозольного ингалятора: в/м – лазикс 0,3-1,0 мл в зависимости от возраста.
- По показаниям при нарастающем отеке гортани с обтурационной дыхательной недостаточностью проведение интубации или трахеостомии.
- Госпитализация в соматическое отделение, при отеке гортани – в ЛОР-отделение; при необходимости – в ОИТР.

# Генерализованные аллергические реакции

- **Анафилактический шок** - остро развивающийся, угрожающий жизни патологический процесс, обусловленный аллергической реакцией немедленного типа при введении в организм аллергена и характеризующийся тяжелыми нарушениями кровообращения, дыхания, деятельности ЦНС.
- Развивается бурно, через несколько секунд или минут (обычно не более 30 мин) после контакта с аллергеном (введение лекарственных препаратов, проведение провокационных проб, укусы насекомых).

# Анафилактический шок

- Ранние клинические проявления – ощущение жара, чувство страха, эритема, зуд кожи лица.
- В дальнейшем могут развиваться аллергический стеноз гортани, бронхоспазм, гемодинамические нарушения, диспептический синдром.
- Молниеносная форма шока заканчивается смертью в течение 5-10 минут.

# Анафилактический шок

- **Выделяют 2 варианта молниеносного течения анафилактического шока:**
  - **с развитием острой дыхательной недостаточности** (асфиксия за счет нарушения проходимости верхних дыхательных путей, бронхов вследствие бронхоспазма и отека).
  - **с развитием острой сосудистой недостаточности, коллапса** (резкое падение АД, нитевидный пульс, бледность и цианоз кожи, кардиогенный шок, потеря сознания, судороги, остановка сердца и дыхания).
  - **При церебральном варианте шока нарушаются функции ЦНС** (возбуждение, чувство страха, потеря сознания, судороги, отек головного мозга).

# Неотложная помощь при анафилактическом шоке

- Прекратить дальнейшее поступление предполагаемого аллергена в организм.
- Уложить ребенка на твердую поверхность на спину (при рвоте – на бок), придав ногам приподнятое положение.
- Ввести эпинефрин (адреналин) (1 мг/мл) внутримышечно в среднюю треть бедра 0,01 мг/кг (не более 0,3 мг).
- обеспечить венозный доступ для растворов электролитов (0,9% раствор хлорида натрия) 8-10 мл/кг/ч.

# Неотложная помощь при анафилактическом шоке

- Ввести глюкокортикоиды: преднизолон в/в медленно (в течение 3 мин) в разовой дозе 2-4 мг/кг массы, при отсутствии венозного доступа – в/м в той же дозе.
- Антигистаминная терапия:
  - ввести в/в (или в/м) 2% раствор хлоропирамина (супрастина) из расчета детям до года 0,1-0,25 мл, 1-4 года 0,3 мл, 5-9 лет 0,4-0,5 мл, 10-14 лет 0,75-1 мл.
- **При судорогах** – введение 0,5 % раствора диазепама (седуксена) 0,05-0,1 мл/кг (0,2-0,3 мг/кг) в/мышечно, в/венно.

# Неотложная помощь при анафилактическом шоке

- **Устранение острой дыхательной недостаточности:**
  - обеспечение проходимости дыхательных путей:
    - **при отеке гортани** – ингаляция 0,18% раствора эпинефрина (адреналина) 0,1-0,3 мл на ингаляцию в 2-3 мл 0,9 % раствора натрия хлорида через небулайзер;
    - **при бронхоспазме** – сальбутамол или фенотерол из дозирующего аэрозольного баллончика 1-2 ингаляционные дозы разово до 3 раз в течение первого часа;
    - кислородотерапия любым доступным методом.



# Неотложная помощь при анафилактическом шоке

## Устранение сердечно-сосудистой недостаточности:

- в/венно 0,3-0,5 мл 0,05 % раствора строфантина в 10 мл 40 % раствора глюкозы;
- ввести 1 % раствор фуросемида (лазикса) 0,1-0,2 мл/кг (1-2 мг/кг) в/мышечно или в/венно струйно. При отсутствии эффекта через 15-20 мин – повторить введение препарата;
- при нарастании клиники отека легких – 4 % раствор допамина в/венно титрованно 3-6 мкг/кг/мин;
- ингаляции O<sub>2</sub> с парами спирта;
- непрямой массаж сердца, дыхание рот в рот, нос в нос, ИВЛ.

# Неотложная помощь при анафилактическом шоке

- При остановке дыхания, отсутствии эффекта от повторного введения эпинефрина и сальбутамола (фенотерола) на фоне непрерывной кислородотерапии и сохранении артериальной гипотензии в течение 1 часа и более от начала оказания неотложной помощи, некупирующемся отеке гортани – **интубация трахеи** и перевод ребенка на **искусственную вентиляцию легких**.
- Обязательная госпитализация в отделение интенсивной терапии.

# Генерализованные аллергические реакции

Многоформная эритема подразделяется на:

- многоформную небуллезную эритему (HLA B15);
- многоформную буллезную эритему (синдром Стивенса-Джонсона, HLA B12);
- токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла, HLA B12, HLA B15).

# Генерализованные аллергические реакции

**Многоформная эритема** – это острая реакция организма, характеризующаяся полиморфными высыпаниями на коже и слизистых оболочках. При небуллезной многоформной эритеме не регистрируются пузыри. В то время как при ССД и ТЭН доминирующими признаками являются везикулезные, буллезные поражения кожи и слизистых оболочек.

# Патогенез

В основе лежат смешанные, немедленные и замедленные реакции гиперчувствительности (иммунокомплексные реакции 3-го типа, воздействие CD8 цитотоксических лимфоцитов с индуцированием апоптоза и гибели клеток эпителия).

# Вероятные причины развития многоформной эритемы:

- инфекции;
- лекарственные средства;
- злокачественные заболевания;
- идиопатические.

# Факторы, вызывающие МЭ

- Вирусы простого герпеса I и II типов, аденовирусы, вирусы Коксаки B5, ЕСНО-вирусы, вирусы Эпштейна-Барра. Вирусы гепатита А и В, ветряной оспы, гриппа, паротита.
- Бактерии: *Mycoplasma pneumoniae*, протей, сальмонелла, туберкулезная палочка, возбудитель туляремии, гонококк, бруцелла, иерсиния и др.
- Грибы, простейшие.
- Лекарственные средства.

# Степень выраженности поражений

Многоформная небуллезная эритема →  
синдром Стивенса-Джонсона → синдром  
Лайелла (рассматриваются как разные по  
тяжести варианты единого процесса).



# Дифференциальная диагностика небуллезной многоформной эритемы, синдрома Стивенса-Джонсона и синдрома Лайелла

Показатель	Многоформная эритема	Синдром Стивенса-Джонсона	Синдром Лайелла
Начало заболевания	Проявление общего инфекционного заболевания по типу ОРВИ	Как правило, продромальный гриппоподобный период	Возможна лихорадка, головная боль. Поражение дыхательных путей может отсутствовать

<b>Показатель</b>	<b>Много- формная эритема</b>	<b>Синдром Стивенса- Джонсона</b>	<b>Синдром Лайела</b>
Время проявления поражений	Обычно через 1-2 нед. после начала лихорадочно го состояния	Через несколько дней (4-6) после начала лихорадочно го состояния	Сыпь может появиться в ранние сроки после начала заболевания

<b>Показатель</b>	<b>Многоформная эритема</b>	<b>Синдром Стивенса-Джонсона</b>	<b>Синдром Лайела</b>
Поражение кожи и слизистых оболочек	Пятнисто-папулезные высыпания. Нет эпидермального некроза и эксфолиации кожи	Высыпания полиморфны, появляются пузыри. Отслойка эпидермиса < 10%. Феномен Никольского отрицательный.	Сыпь вначале эритематозно-папулезного характера, затем в виде пузырьков. Пузыри сливаются, вскрываются, обнажая поверхность, напоминающую ожог кипятком (симптом «обожженной кожи»). Эпидермальный некроз и эксфолиация кожи > 30%. Феномен Никольского резко положительный.

<p>Типичная локализация</p>	<p>Симметричные двухсторонние высыпания на лице и конечностях</p>	<p>Генерализованная, на лице, туловище. Преимущественно поражение конечностей, особенно тыльная поверхность кистей и стоп.</p>	<p>Специфичность локализации отсутствует, но чаще высыпания начинаются с области лица, груди, спины, спускаются постепенно вниз, нередко симулируя коревую сыпь.</p>
<p>Поражение слизистых оболочек</p>	<p>Редко</p>	<p>Выступает на первый план по времени появления, тяжести и обширности эрозивное поражение слизистых, чаще всего выходных отверстий</p>	<p>Обычно преобладает поражение кожи. При тотальном поражении возможны значительные язвенно-некротические поражения и слизистых оболочек</p>

Поражение других органов и систем	М.б. стоматит, кератоконъюнктивит, увеит	Различные поражения внутренних органов (стеноз пищевода, мочевыводящих путей), поражение глаз (блефароконъюнктивит, иридоциклит)	Тубулярный некроз и острая почечная недостаточность, эрозии слизистой трахеи, бронхов и желудочно-кишечного тракта
		Протеинурия, гематурия, лейкоцитурия. Клиника интоксикационного поражения центральной нервной системы.	

Анализ крови	Лейкоцитоз до $10 \times 10^9/\text{л}$ или нормоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево	Лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерный сдвиг влево, токсическая зернистость	Лейкоцитоз или лейкопения, выраженный сдвиг влево до юных форм, токсическая зернистость, лимфоцитопения, анемия, тромбоцитопения
Прогноз	Выздоровление через 2 нед.	Смертельный исход в 3-15% случаев, нередко при явлениях менингоэнцефалита и миокардита. Регресс клинических симптомов через 2-3 нед.	Смертельный исход достигает 30% случаев, в ранние сроки в результате септических процессов и гиповолемии

# Многоформная небуллезная эритема

- Первичный элемент – пятно эритемы 1-2 см в диаметре, превращающееся в папулу.
- Элемент имеет резкие границы, более темные цианотичные края и более светлый центр по типу мишени.
- В центре пятна может располагаться папула или пузырек.
- При распространенной МНЭ поражаются практически все участки кожи за исключением волосистой части ГОЛОВЫ.

# Многоформная небуллезная эритема





# Многоформная небуллезная эритема



# Синдром Стивенса-Джонсона

- Тяжелая злокачественная экссудативная эритема с бурным началом и обязательным поражением слизистых оболочек.
- Гипертермия до 39-40°C.
- Появление эритематозных, папулезных и везикулобуллезных элементов.
- Сгруппированные пузыри багрово-синюшного цвета на коже, эрозии на слизистых.

# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона





# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона



(c) University Erlangen,  
Department of Dermatology  
Phone: [+49] 9131- 85 - 2727

# Синдром Стивенса-Джонсона

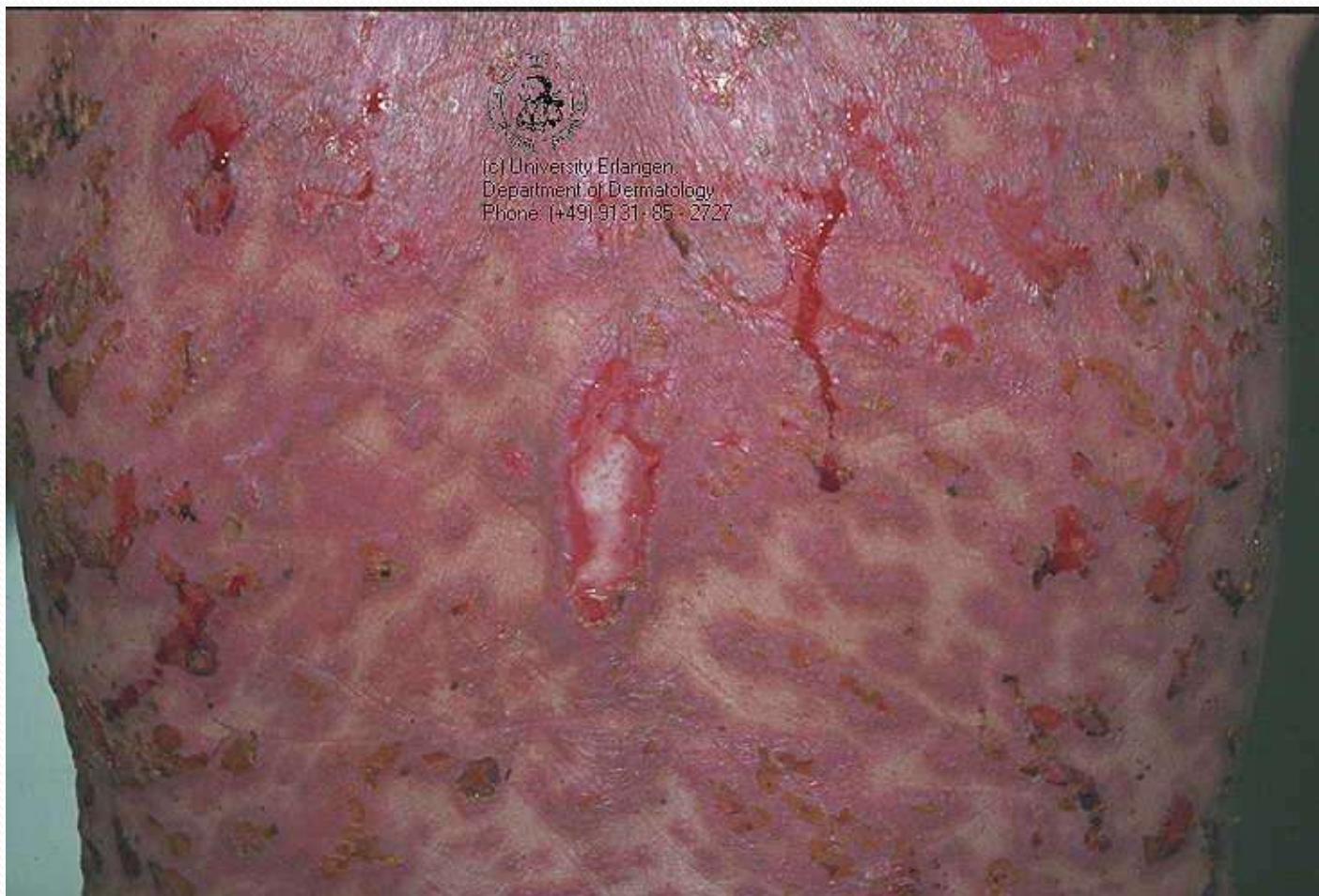


# Синдром Стивенса-Джонсона



(c) University Erlangen,  
Department of Dermatology  
Phone: (+49) 91 31- 85 - 2727

# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона



[c] University Erlangen,  
Department of Dermatology  
Phone: [+49] 9131-85-2727



# Синдром Лайелла

(токсический эпидермальный некролиз) – наиболее тяжелый вариант аллергического буллезного дерматита.

- Проявляется бурным началом: повышение температуры тела до 39-40°C; озноб, рвота, головная боль, боль в горле, диарея, болезненность и жжение кожи.
- Затем появляется сыпь в виде пятен и папул различной величины, частично сливающихся между собой и локализующихся на лице, голове, туловище, конечностях и слизистых.
- Часто элементы приобретают синюшную окраску.
- На фоне распространяющейся эритемы образуются дряблые, неправильной формы пузыри, размером от ореха до ладони и более. Кожа легко отделяется. На месте вскрывшихся пузырей образуются обширные эрозии. Участки поражения напоминают проявления ожога II-III степени.
- Выраженная гиперестезия кожи.

# Синдром Лайелла



# Синдром Лайелла



# Синдром Лайелла



# Синдром Лайелла



DOIA

(c) University Erlangen,  
Department of Dermatology

# Возможные осложнения

- Офтальмологические – эрозии роговицы, увеит, кератит, слепота.
- Гастроэнтерологические – колит, проктит, стеноз пищевода.
- Урогенитальные – тубулярный некроз, ОПН, стриктуры уретры, вульвовагинит и стеноз влагалища.
- Пульмонологические – бронхиолит, ДН.
- Кожные – рубцы и косметические дефекты.

# Неотложная помощь при синдроме Стивенса-Джонсона и синдроме Лайелла

- Немедленно прекратить поступление аллергена.
- Ввести антигистаминные препараты в/м или в/в: 2 % раствор супрастина 0,1-0,15 мл/год жизни.
- Ввести 3 % раствор преднизолона в дозе 5 мг/кг в/м или в/в.
- При гипертермии не вводить жаропонижающие средства, что может привести к дополнительной аллергизации.
- Экстренная госпитализация в реанимационное отделение; во время оказания первой помощи и транспортировки принять меры по профилактике инфицирования эрозированных участков кожи. Можно использовать спрей «Пантенол».

# Лечение небулезной многоформной эритемы, синдрома Стивенса-Джонсона и синдрома Лайелла

- Гипоаллергенная диета (жидкая и протертая пища, обильное питье, парентеральное питание у тяжелых больных).
- Инфузионная терапия (р-ры электролитов, солевые и плазмозамещающие р-ры).
- Системные глюкокортикостероиды.
- Антибактериальная терапия.
- Внутривенный иммуноглобулин в течение 2-4 дней.



# Лечение

- Мероприятия по профилактике бактериальных осложнений (отдельная палата, подогретый воздух, стерильное белье, одежда из мягких х/б тканей, свободная).
- Обработка кожи (в случае экссудативного компонента – подсушивать, по мере эпителизации – кремы, мази: элоком, лакоид, адвантан, целестодерм; при инфицировании – тридерм, пимафукорт и др.)
- Обработка слизистых оболочек глаз до 6 раз в сутки (офтагель, гормональные глазные капли).

# Лечение

- Обработка полости рта после каждого приема пищи (реополиглюкин, перекись водорода, дезинфицирующие растворы).
- Обработка слизистых оболочек органов мочеполовой системы 3-4 раза в день (солкосериловая мазь, глюкокортикостероидные мази).
- При выраженном зуде – антигистаминные препараты.

