

Көп түрлі экссудативті эритема. Стивен-Джонсон синдромы

Орындаған: Досметова Н

Қабылдаған: Оспанова А

Тобы: ЖМК-501

Жоспар

- *Көп түрлі экссудативті эритеманың этиологиясы, патогенезі
- * Клиникалық картинасы, емі
- * Стивен-Джонсон синдромы
- * Клиникасы, емі
- * Пайдаланған әдебиеттер

- Көп түрлі экссудативті эритема- жедел дамидын ауру, полиморфтi бөртпелер терiде және кiлегейлi қабықта болып циклдi ағыммен және рецидив беретiн күзде және көктемде дамидын ауру.



Түрлері

Көп түрлі экссудативті эритеманы аллергенның түріне байланысты 2ге бөлеміз:

- - *инфекционно-аллергиялық*
- - *токсико-аллергиялық*

Этиологиясы

- **Этиологиялық факторлары:** Көп түрлі экссудативті эритеманы инфекцияльно-аллергиялық түрінде науқастар бактериялық вирустық аллергияларға сезімтал болып келеді. Сенситизацияның негізі созылмалы инфекция ошақтары (тонзиллит, отит, гайморит, холецистит). Арудың басталуына және рецидив беруіне келесі факторлар әсер етеді: үсіп қалу, қатты шаршау, соматикалық созылмалы аурулардың асқынуы болып табылады.
- Токсико-аллергиялық формасының жиі медикаментозды дәрілер (антибиотики, синтетикалық витаминдер),және тұрмыстық тағамдық аллергиялар тудырып отырады.

Патогенезі

- Көп түрлі экссудативті эритеманың негізі иммунокомплекті реакция болып, тері және ауыздың кілегейлі қабығындағы бөртпелермен көрінеді. 32% пациенттерде еріннің қызыл жиегінің ал 68% пациенттерде – тері және кілегейлі қабықтың зақымдалуы байқалады.



Клиникалық көрінісі

- **Инфекциялық ауруға ұқсап жедел басталады:** тедене температурасы $39-40^{\circ}\text{C}$ дейін көтеріліп, организмде интоксикация белгілері пайда болады.
- **Шағымдары:** ауырсыну, күйдіру сезімі, ауыздың жыбырлауы, тағам жей алмау, жалпы жағдайының нашарлауы, тері және ауыздың кілегейлі қабығындағы бөртпелеріне шағымданады.
- Ауыз қуысының кілігейлі қабығын қарағанда бетінде көлемді фибринозинмен сұр сары түн қапталған эрозиялар анықталады. Эрозия шеттерінде көбіршікті үзінділер байқалады және жұлғанда сау эпителий шықпайды. Біріншілік полиморфті бөртпелерге: папула, эритема, көбіршік және үлкен көбіршіктер жатады.

- **Ауыз қуысындағы бертпелер
вариабальділікпен ерекшеленеді:**
геморрагиялық көріністер (геморрагиялық
көбіршікті экссудат, петехия, қан құйылу,
АҚКҚ қан кетулер,); некротикалық-жара
(АҚКҚ аллергендермен зақымдалуы,
екіншілік инфекциялардың қосылуы,
ауызды шаюдың ауырсынуынан кейін
гигиенаның төмендеуі интоксикацияға жіне
ауыздағы жағымсыз іске алып келеді);
катаральды (эритема және АҚКҚ ісінуі).

Бөртпелердің жиі шығу орындары:

Шынтақтың үстінде, жауырын арасында, қол және тізе буындарында, алақан және табанда орналасады.

Дифференциальды диагностикасы

- Ауруды түйінді эритемамен, желді және табиғи оспамен, пемфигоидпен, терінің буллезді қабынуымен дифференциалды диагностика жүргізіледі.



Емі

- Науқасқа глюкокортикостероидты препараттар: 40-60 мг преднизолон суткасына. Бастапқы күндері глюкокортикостероидтарды тамыр ішіне 200-250мг енгіземіз.. Көп түрлі экссудативті эритема кезінде дезинтоксикалық ем-геMODEZ 500мл тамыр ішіне тамшылатып жүргізіледі. Екіншілік инфекция кезінде антибиотиктер қолданылады. Науқасқа жергілікті дезинфекцикалық ерітінді және мазь жағамыз.

Синдром Стивенса — Джонсона



Синдром Стивенса - Джонсона (көтерлі экссудативті эритема) көп түрлі эритеманың ең ауыр түрі, ауыз, тамақ көз жыныс ағзаларының кілегейлі қабатында көбіршіктердің болуымен сипатталады. Ауыздың кілегейлі қабатының зақымдануынан тамақтану қыйындайды және сілекей ағады. Көз өте ауыршан болып ісінеді және іріңге тола болып қабақтары төмен түседі. Қасаң қабық фиброзданады. Зәр шығару қиындап ауырсыну болады.



Стивенс-Джонсон синдромы көрінісі

Синдром дамуының негізгі себебі аллергиялық реакциялар кезінде антибиотиктер және антибактериалды препараттарды қабылдағаннан соң пайда болады. Қазіргі таңда паталогия дамуының механизмыне тұқым қуалауды жатқызуда. Генетикалық бұзылыстан соң организм өзінің табиғи қорғанысын жоғалтады. Бұл кезде тек тері емес сондай-ақ оны қоректендіретін қан тамырларда зақымданады. Осы көрсеткіштер әсерінен аурудың клиникасы көрінісі қалыптаса бастайды.

Патогенезі

Ауру негізінде ағза интоксикациясы әсерінен аллергиялық реакциялардың қалыптасуы жатады. Кейбір зерттеушілер ауруды көп түрлі экссудативті эритеманың ауыр ағымды көрінісі деп қарастырады.



Рисунок 3



Рисунок 4

Стивенс-Джонсона синдромының симптомдары

Бұл паталогия науқаста тез дамиды және аллергиялық реакцияның шапшаң типі болып табылады. Алғаш науқаста қатты дене қызуы көтеріліп, буын және бұлшықеттерде ауырсыну болады. Бірнеше сағат немесе суткадан соң ауыздың кілегейлі қабығының зақымдануы болады. Ол жерде үлкен көлемдегі көбіршіктер, тері дефекті, ақ-сұр түстегі пленкалар және жарылулар пайда болады. Қызыл ерін айналасында да дефекттер пайда болады. Көздің зақымдануы конъюнктивитке ұқсайды бірақ қабыну процесі аллергиялық түрде болады. Кейінен бактериялық қабыну болып ауру өте ауыр өтіп, науқастың жағдайы күрт ауырлайды. Стивенс-Джонсон синдромы кезінде конъюктивада кішкене дефекттермен жаралар дамып қасаң қабықпен көздің артқы бөліктерінің қабынуына өтуі мүмкін.

Зақымдалу ошақтары көбіне жыныс ағзаларында зақымдайды және уретрит, вульвовагинит, баланит болды. Кейде басқа жерлердің де кілегейлі қабығының зақымдалуына алып келеді. Нәтижесінде теріде көптеген қызарулар болып тері денгейінен көтеріліп тұрады. Олар қою қызыл түстес және домалақ бөртпе сияқты болады. Олардың ортасы көгілдір болады. Ошақ диаметрі 1ден 3-5 см дейін болады. Орталық бөлігінде көбіршіктер болып ішінде су сияқты сұйықтық немесе қан болады. Көбіршіктер жарылғаннан соң тері ал қызыл түсте болып кейін қабықпен қапталады. Қабыну ошағы науқастың көбіне сан және аралық аймақтарында болады. Науқастың жалпы жағдайы ауырлап дене қызуы жоғарылауы, қанағаттанбаушылық, әлсіздікпен, бас ауруы, бас айналу болады. Бұл көрініс 2-3 аптаға жалғасады. Аурудың асқынуына өкпе қабынуы, ішөту, бүйрек қызметінің жетіспеушілігі және т.б жатады. 10% науқастарда ауру өте ауыр өтіп өлімге алып келеді.



Диагностикасы

ЖҚАде лейкоциттердің жоғарылағанын, алларгиялық реакцияға алып келетін жас спецификалық жасушаларды, эритроциттердің тіну жылдамдығының жоғарылағанын көреміз. БХ анализде билирубин, мочевиана, аминотрансфераза ферментінің жоғарылағанын көреміз. Дұрыс диагноз қою үшін науқастың тұрмыс жағдайын, тамақтануын, дәрілерді қолдануын, жұмысын, ата-анасы және туысқандарында аллергияның бар жоқтығын сұрастырамыз. Аурудың басталған уақытын, ағзаға әсер еткен факторларды, қабылдаған тамағын, әсіресе қолданған дәрісін анықтап аламыз. Аурудың сыртқы көрінісін бағалап, науқасты шешінтіріп тері қаптамаларын және кілегейлі қабықтарды тексереміз. Ауруды Лайелла синдромы көбіршігінен ажырата білу қажет.

Емі

Гормон есірткі негізінен орта адренокортикальной мөлшерде пайдаланылады. Олар науқастың жағдайы жақсыланғанша қолданылады. Кейін препарат дозасын жайлап азайтамыз, 3-4 аптадан соң тоқтатамыз. Кейбір аурулар дәріні ауызы арқылы қабылдай алмайды. Бұл кезде гормондарды тамыр ішіне енгіземіз.

Пайдаланган әдебиеттер

- Эритема экссудативная многоформная
О. Л. Иванов, А. Н. Львов
«Справочник дерматолога»
- Многоформная экссудативная эритема
Б. А. Беренбейн
«Диагностика кожных болезней»
Руководство для врачей.
- Стивенса-Джонсона синдром
О. Л. Иванов, А. Н. Львов
«Справочник дерматолога»