

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРКТИКИ

© Коллектив авторов, 2015

УДК-616-056.3;615.065;616.379-008.64

*Акбарова М.М., Джураев М.Н., Каримова Н.И.*

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ

Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Akbarova M.M., Juraev M.N., Karimova N.I.*

### SPECIFIC FEATURES OF COURSE OF DRUG ALLERGY

Department of Allergy and Immunology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

---

#### Аннотация

За последние три года в Городском аллергологическом центре наблюдалось 5 случаев синдрома Лайела-Ланга, возникновение которых связано с употреблением лекарственных препаратов. Уникальностью описанного случая является сочетание тяжёлой лекарственной аллергии с инсектной аллергией и сахарным диабетом. Проводился мониторинг состояния больной по месту жительства.

*Ключевые слова:* лекарственная аллергия, инсектная аллергия, сахарный диабет

Over last three years in the City Allergological Center 5 cases of Lyell-Langs syndrome were observed. This emergence is associated with the use of drugs. Uniqueness of this incident is the combination of heavy drug allergy with insect allergy and diabetes mellitus. Monitoring of condition of the patient by place of residence was held.

*Key words:* drug allergy, insect allergy, diabetes mellitus

---

Синдром Лайела – крайне тяжёлое токсико-аллергическое заболевание. Причиной его, как правило, является приём медикаментов (антибиотиков или сульфаниламидов), описаны случаи развития синдрома Лайела после введения противокоревой и противостолбнячной сывороток. По-видимому, определенную роль играет также инфекционный фактор, главным образом, стафилококк, поскольку синдром Лайела у большинства больных развивается при наличии заболеваний или фокальной инфекции. Синдром Лайела характеризуется своеобразным поражением кожного покрова в виде обширных сливающихся очагов эритемы с пузырями. При дотрагивании до кожи, даже до внешне неизменённых её участков, происходит отслойка эпидермиса (симптом Никольского). В про-

цесс вовлекаются также слизистые оболочки. Чрезвычайно быстро развиваются общетоксические явления, нарушающие функции паренхиматозных органов, может возникнуть отек мозга, в легких могут отмечаться геморрагические высыпания.

Прогноз заболевания тяжёлый, в 30% случаев наступает летальный исход. Больные погибают от токсикоза в разгар заболевания либо от последующих септических осложнений.

Приводим клиническое наблюдение случая тяжёлой аллергической реакции на цефтриаксон.

Больная Якубова И., 57 лет. Поступила в Городской аллергологический центр 11.09.2014 года с жалобами на отеки глаз, лица, верхних и нижних конечностей, кожную эри-

тему по всему телу, сопровождающуюся зудом и жжением кожи.

Из анамнеза заболевания: женщину 1 сентября 2014 года дважды ужалила оса, но она не предала этому должного значения; 2 сентября опять отмечался укус осы, после чего через некоторое время на коже рук, ног и туловища образовались волдыри, стало беспокойной, появился нарастающий зуд, общее беспокойство, на 7-8 день повысилась температура тела до 38-39 °С; больная обратилась к поликлинику по месту жительства, где ей была сделана одна инъекция цефтриаксона. После введения препарата гипертермия не уменьшилась, а, наоборот, повысилась до 40 °С, вокруг волдырей появились сливные очаги гигантской эритемы, особенно обращала на себя внимание эритема от плечевого сустава до кистей рук, кожи правой груди, обеих ног, кровоизлияние в левом глазу. На 10-11 сутки больную в тяжелом состоянии родственники доставили в ГАЦ, после осмотра она была госпитализирована с диагнозом: «Инсектная и лекарственная аллергия

по типу токсико-аллергического дерматита. Синдром Лайела-Ланга».

Из анамнеза жизни: страдает сахарным диабетом в течение 5 лет; 2 года назад перенесла операцию по поводу токсического зоба и грыжи позвоночника.

При осмотре: цвет кожи лица, верхних и нижних конечностей – от красного до синюшного цвета, особенно руки и груди справа, на фоне ограниченных отеков слизистая рта покрыта 3-4 эпителиальными эритемами, глотание затруднено, при пальпации подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны; в области шеи имеются рубцы от перенесенной операции. А/Д 150/90 мм рт.ст. Живот умеренно вздут, при пальпации слегка болезненный. Печень и селезенка не увеличены, мочеиспускание свободное.

15.09.2014 года на коже обеих рук и нижних конечностей появились единичные буллы (рис. 1, 2). Особую тревогу вызывало состояние кожи груди и правой руки, а также кожи подколенных ямок, где были расположены буллы.



*Рис. 1. Больная Якубова И., 57 лет. Патологические высыпания на спине*



*Рис. 2. Больная Якубова И., 57 лет. Патологические высыпания на правой конечности*

Со стороны анализов крови: Hb – 133 г/л, эритроциты – 4,1; ЦП 1,0; лейкоциты –  $10 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 77, лимфоциты – 18, моноциты – 2, СОЭ – 6 мм/ч; биохимический анализ крови: мочевины – 13,0 ммоль/л, остаточный азот – 57,9 ммоль/л, креатинин – 280 мкмоль/л, белок 5,9 г/л, билирубин – 8,25 мкмоль/л, АсАт – 0,4 ед., АлАт – 0,64 ед., Т-В-лимфоциты – 10, амилаза 42,0 Ед/л, Са – 1,94 ммоль/л; общий анализ мочи – белок – 0,060%, лейкоциты – 28-30 в п/зр; на ЭКГ синусовая тахикардия.

В динамике показатели уровня глюкозы:

12.09.14 – 7,0 ммоль/л  
15.09.14 – 15,2 ммоль/л  
20.09.14 – 13,8 ммоль/л  
24.09.14 – 12,4 ммоль/л  
25.09.14 – 12,8 ммоль/л  
26.09.14 – 11,5 ммоль/л  
29.09.14 – 13,8 ммоль/л  
30.09.14 – 9,0 ммоль/л  
1.10.14 – 13,0 ммоль/л  
2.10.14 – 10,0 ммоль/л  
3.10.14 – 6,0 ммоль/л  
7.10.14 – 7,6 ммоль/л

В динамике от 27.09.14 года биохимический анализ крови: мочевины – 5,0 ммоль/л, остаточный азот – 20,1 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, белок – 68 г/л, общий билирубин – 16,5 мкмоль/л, АсАт – 0,40 Ед, АлАт – 0,40 Ед, Са – 1,92 ммоль/л, К – 3,7 ммоль/л, ССК: фибриноген 3,77 г/л, тромботест – 5 ст., время рекальцификации 2,04 мин., протромбиновое время – 25 с, протромбиновый индекс – 88%, толерантность плазмы к гепарину – 10,08 мин. Выполнены тесты лизиса лейкоцитов на цефтриаксон и другие препараты.

У пациентки чрезвычайно быстро развивались общетоксические явления, нарушающие функции паренхиматозных органов.

С момента поступления больная получала: дексаметозон по 5 мг на кг массы тела – 5 мл (20 мг) 2 раза в день – в/в капельно; антигистаминные препараты – тавегил 2,0 мл 2

раза в день в/м, фенкарол 50 мг 2 раза в день per os, цетиризин 10 мг по 1 таблетке 2 раза в день per os, супрастин 1,0 мл 1 раз в день в/м, препараты калия, местно мазь целестодерм. С 23.09.14 года назначено почасовое введение инсулина по схеме, до 9.10.14 года, согласованное с эндокринологом.

На фоне интенсивной гормональной и инсулиновой терапии общее состояние больной начало улучшаться, уменьшились, а затем прекратились высыпания, но сохранялась тотальная эритродермия, пастозность лица, гноетечение из кожной раны под коленкой. С 30.09.14 года пациентка начала получать линкомицин 30% по 2,0 мл 3 раза в день в/м.

Состояние больной в динамике продолжало улучшаться, увеличивалась площадь неизменённой кожи, исчезла инфильтрация, проходя стадию застойной гиперемии, особенно на ногах. Кожа в местах разрешения процесса была розовой, сухой с шелушением. На 28 день состояние больной значительно стабилизировалось, остались следы ран с шелушением. Дозу гормонов постепенно снижали, вплоть до полной отмены. Расписана почасовая доза инсулина.

В удовлетворительном состоянии больная выписана домой под наблюдение участкового врача и эндокринолога.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

**Сведения об авторах:**

*Акбарова Мохидил Маткаримовна – асс. кафедры аллергологии и иммунологии ИПОвСЗ РТ*

*Джураев Мухаммад Наврузович – зав. кафедрой аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.*

*Каримова Нигина Исрафиловна – асс. кафедры аллергологии и иммунологии ИПОвСЗ РТ*

**Контактная информация:**

*Акбарова Мохидил Маткаримовна – тел.: +992 917164215*