

**Р. Х. Бегайдарова<sup>1\*</sup>, А. С. Сараманова<sup>2</sup>, Г. К. Алшынбекова<sup>1</sup>, Х.Г. Девдариани<sup>1</sup>,  
М. Б. Джаппарова<sup>2</sup>, А. Е. Дюсембаева<sup>1</sup>, Е. А. Ступина<sup>2</sup>, М. Б. Садибекова<sup>2</sup>**

### СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

<sup>1</sup>Медицинский университет Караганды, кафедра Инфекционные болезни и фтизиатрия (Караганда, Казахстан)

<sup>2</sup>Инфекционный центр Областной клинической больницы (Караганда, Казахстан)

\*Роза Хасановна Бегайдарова – академик РАЕ, д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии Медицинского университета Караганды, врач-инфекционист детский высшей категории; электронная почта: r.h.begaidarova@mail.ru

В статье представлен клинический случай токсического эпидермального некроза (синдром Лайелла) возникшего у ребенка с диагнозом: лакунарная ангина, токсико-аллергическая сыпь, после лечения зитмаком и парацетамолом. Данное клиническое наблюдение вызвало диагностические трудности в начальном периоде болезни, диагностический поиск (скарлатина, иерсиниоз). Далее проявилась тяжелым вариантом токсического эпидермолиза, с прогрессирующими тяжелыми системными нарушениями и имело неблагоприятный исход.

*Ключевые слова:* синдрома Лайелла, лекарственная аллергия, зитмак, парацетамол

По данным Ильиной и соавторов [2]- одной из важных проблем современной медицины является синдром Лайелла, имеющий в соответствии с МКБ-10 код [51, 2] и название «Токсический эпидермальный некролиз. Синдром Лайелла считается относительно редким заболеванием, отличающимся очень высоким риском летального исхода для всех возрастных категорий больных. [2].

Анализ литературных источников указывает, что в настоящее время участились случаи аллергических реакций на средства медикаментозной терапии. Связано это с ростом количества аллергозов, применением большого количества медикаментов у одного больного, что приводит к лекарственной аллергии (ЛА). Это иммунологически опосредованная гиперчувствительность больных к лекарственным средствам, возникающая при повторном контакте с ним. Является одним из самых тяжелых проявлений аллергии с многообразием клинических симптомов, сложное в плане лечения пациентов. [2,8,3,1,4,6].

В России частота лекарственных осложнений составляет 2-3% у амбулаторных больных и 10-15% у пациентов в стационарах.

С такой патологией может столкнуться практикующий врач любой специальности.

Синдром Лайелла - токсический эпидермальный некролиз, проявляющийся поражением кожи и слизистых оболочек с выраженной эндогенной интоксикацией, нередко (в 25-75% случаев) приводящей к необратимым полиорганным изменениям и летальным исходам. [2,8,3,1,4,6,8].

К факторам, предрасполагающим к развитию синдрома Лайелла, относятся вирусные инфекции. В качестве аллергена могут быть и любые лекарственные препараты. По данным многих авторов [5,10] это заболевание связы-

вают с применением лекарственных препаратов (антибиотиков, сульфаниламидов, барбитуратов).

Ответная реакция организма сопровождается бурной аллергической реакцией с выраженной токсемией. Вначале протекает по типу анафилактического шока, а в последующем — ожогового сепсиса, все это приводит к аутоиммунным процессам аутоиммунизация, в центре поражения которых оказываются сосуды, особенно кожи и слизистых оболочек. В результате этих изменений возникает нарушение проницаемости сосудистой стенки, и как следствие - образование пузырей на коже и слизистых оболочках, отслойка верхних слоев эпидермиса. Развитие аллергических васкулитов имеет большое значение в поражении внутренних органов, что может привести к развитию почечной и печеночной недостаточности. Выраженное нарушение проницаемости сосудистой стенки усиливается действием биологически активных веществ, особенно гистамина и серотонина. Изменения сосудистого характера в надпочечниках обычно сопровождаются массивными кровоизлияниями и некрозами участков коры и мозгового слоя, приводящими к выраженной надпочечниковой недостаточности и гибели больных. [5,10].

**Клиническое наблюдение:** Представляя ем случай синдрома Лайелла.

**Мальчик Т. 6 лет** (дата рождения 07.11.2016 г.) поступает в клинику 13.09.2022 с жалобами на повышение Т тела до 40 градусов, сыпь ярко красного цвета по всему телу, сонливость, выраженную вялость, раздражительность, снижение аппетита, отказ от питья.

**Анамнез заболевания:** Со слов бабушки ребенок заболел остро с вечера 09.09.2022 с повышения температуры тела 37.5, самосто-

ятельно ничего не принимали, не обращались за помощью. 11.09.2022 повысилась температура до 40 градусов, вызвали бригаду скорой медицинской помощи (СМП), доставлен был в приемный покой (п/п) инфекционного центра областной клинической больницы (ИЦ ОКБ). В приемно-диагностическом отделении (ПДО) ребенок осмотрен дежурным врачом, выставлен диагноз: Лакунарная ангина. Токсико-аллергическая сыпь.

От госпитализации бабушка отказалась, на уровне п/п даны рекомендации: зитмак 170 мг\*1р/с, энтерофермина форте, супрастин ½ таблетки, полисорб, парацетамол ½ таблетки. (250 мг) с интервалом не менее 4 часов. 11.09.2022 появилась мелкоточечная сыпь на спине, в паху, на груди розового цвета, вызвали мобильную бригаду, рекомендовано продолжить лечение. К вечеру 12.09.2022 повысилась Т до 40 градусов. Бабушка дала парацетамол 500 мг в таблетках, получил 5 таблеток по 500 мг (2.5 г) в течение 3 часов, использовала физические методы охлаждения, присоединилась сонливость, вялость. Сегодня 13.09 состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 40С, выросла вялость, ребенок постоянно спит, отказывается от питья, в связи, с чем вызвали бригаду СМП, доставлен в п/п ИЦ ОКБ.

**Эпидемиологический анамнез:** Контакт с пациентами КОВИД-19 -отрицает. За пределы Караганды и Карагандинской области не выезжала. Проживает в благоустроенной квартире. Правила личной гигиены соблюдает. Воду пьет кипяченую. 2 месяца назад младший брат перенес скарлатину.

**Объективные данные:**

13.09.2022 11:42., Т 38,5 С. Ч.Д.52-56 в мин, ЧСС 140-146 уд/мин,

АД 80/50 мм.рт.ст.

Общее состояние тяжелой степени тяжести, за счет выраженного интоксикационного, гнойно-воспалительного синдрома в ротоглотке, синдрома экзантемы, ДН II степени, инфекционно-токсического шока II степени.

Индекс Альговера-1.15. Сознание нарушено, ребенок заторможен, сонлив, в контакт не вступает, интерес к окружающему отсутствует, глаза закрыты. На вопросы не отвечает, команды не выполняет, реагирует на болевые раздражители. Температура на момент осмотра на фебрильных цифрах-38.5. Самочувствие нарушено, выражена слабость, сонливость. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледной окраски, дистальные отделы конечностей холодные на ощупь, губы, ногтевые ложа - бледно-цианотичные, по всему телу отмечается мелкоточечная (мелкопапулезная) сыпь ярко-красного цвета на неизменном фоне. Кожа паховой области, мошонки, область ягодиц до верхней трети бедер ярко-бардового цвета. Данные представлены на рисунке 1 и 2.



а)



б)

Рисунок 1 – Характерные кожные проявления при синдроме Лайелла (а, б)

Стойкий белый дермографизм, отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. Тени под глазами. Периферические лимфоузлы: шейные увеличенные до 2 размера, эластично-плотной консистенции. Костно-суставная система без патологии. Суставы не изменены. Дыхание через нос не затруднено, отделяемого с носа нет. Кашля нет. В зеве яркая гиперемия, отмечаются обильные гнойные налеты бело-желтого цвета на миндалинах с обеих сторон, небных дужках, легко снимаются шпателем, не кровоточат. Грудная клетка правильной формы, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. В легких дыхание - жест-

## Наблюдения из практики

кое, хрипов нет. Тахипноэ, ЧДД 52-56 в минуту, одышка токсического характера. Область сердца и периферических сосудов визуально не изменена. ЧСС - тахикардия 140-146 уд/мин. АД 60/40 мм рт ст - ручным тонометром, плохо прослушивается, на мониторе АД показывает 80/50 мм рт ст. Язык густо обложен белым налетом, суховат, по краям язык с выраженными сосочками. Живот обычной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +4,0- 3,0-2,5 см, селезенка – не пальпируется. Стул не осмотрен. Область почек визуально не изменена. Мочиспускание со слов бабушки свободное, безболезненное, мочится меньше. Менингеальные симптомы отрицательные.

### **Лабораторно-диагностические исследования:**

#### **В общем анализе крови:**

Выраженная воспалительная активность: выраженный лейкоцитоз (18,8-61,2 /л) с палочкоядерным нейтрофилезом (37-62%).

Ускорение СОЭ (10-39 мм/час).

#### **Биохимические анализы:**

Повышение ферритина 596 мкг/л. СРБ 218.1 мг/л. прокальцитонина

249 нг/мл. прокальцитонина (ПКТ).

Определение антистрептолизина «О» в сыворотке крови

«О» - 20 МЕ/л;

В коагулограмме признаки гиперкоагуляции: высокий уровень

D димер (1300-8500 нг/мл).

Определение протромбинового времени (ПВ) с последующим расчетом протромбинового индекса (ПТИ) и международного нормализованного отношения (МНО) в плазме крови ручным методом (ПВ-ПТИ-МНО) международное нормализованное отношение (МНО) - 1.27; протромбиновый индекс (ПТИ) - 72 % ; протромбиновое время (ПВ) - 17 сек

### **Рентгенография обзорная органов грудной клетки (1 проекция) (14.09.2022 09:00)**

Заключение: R-картина 2-сторонней интерстициальной инфильтрации (пневмония). Не исключается интерстициальный отек легких (учитывая локализацию). Выпот в плевральной полости справа. R-контроль.

### **Рентгенография обзорная органов грудной клетки (1 проекция) (16.09.2022 09:00)**

Заключение: R-картина правостороннего гидроторакса. R-картина 2-сторонней интерстициальной инфильтрации с признаками консолидации (интерстициальный отек легких, учитывая локализацию). ОРДС? Гиповентиляция слева. Выпот в плевральной полости слева. Рекомендовано ЭХО КС (на наличие жидкости в перикарде), R-контроль.

#### **Консультации специалистов:**

### **Консультация: Кардиолог (13.09.2022 12:45)**

Заключение: Диагноз: Вторичная кардиопатия. НРС по типу синусовой тахикардии. Артериальная гипотония. Продолжить лечение по листу назначения. Дигоксин по 0,1 мг 1 раз в день, под контролем ЧСС, АД; Контроль ЭКГ на 15.09.22г.

### **Консультация: Инфекционист (14.09.2022 12:00)**

Заключение: Тяжесть состояния обусловлена выраженным синдромом интоксикации, токсикоаллергической реакцией, гепаторенальным синдромом, микст шоком гиповолемический + инфекционно-токсический (ГВШ + ИТШ) II степени, ДН II причиной которых является: стрептококковая инфекция (лакунарная ангина). Токсико-аллергическая сыпь. Скарлатина, гипертоксическая форма? Иерсиниоз? Сепсис? Двусторонняя пневмония. Токсический гепатит. О. пиелонефрит.

Не исключен: Синдром Лайелла-токсический эридермальный некролиз, с выраженной эндогенной интоксикацией с полиорганными изменениями, на фоне врожденной сверхчувствительности в отношении медикаментов (прием больших доз парацетамола).

Лечение согласовано, продолжить : 1. инфузионно-трансфузионную терапию (ИТ) с целью дезинтоксикации, 2. коррекция водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса, а/б, антикоагулянтную, заместительную и симптоматическую терапию. 3. даны рекомендации-увеличение дозы глюкокортикоидов (метилпреднизолон и дексаметазон).

На следующий день появились буллы (рис. 3) и отслойка эпидермиса (рис. 4).



Рисунок 3 – Буллы



Рисунок 4 – Отслойка эпидермиса

### **Консультация: Нефролог (14.09.2022 09:00)**

Заключение: Дз: ОПП в стадии недостаточности, вероятно преренального характера (с трансформацией в ренальное), фаза олиго-анурии, СКФ 24 - 27 мл/мин. Токсическая нефропатия.

Рекомендовано Продолжить ИТ в объеме 2/3 ФП (альбумин 100 мл 20% + глюкозосолевые растворы) от стимуляции диуретиками воздержаться, ввиду нестабильности АД, нулевого ЦВД. Антибактериальная терапия - в прежнем объеме. При сохранении анурии в течении еще 6 часов - решить вопрос заместительная почечная терапия (ЗПТ) (перитонеальный диализ), дообследование на быстро прогрессирующий гломерулонефрит (БПГН): комплимент С3, С4, Ig A, M, G Контроль уровня креатинина, мочевины, калия ч/з 6 часов (сегодня), далее каждые 12 часов.

Наблюдение нефролога в динамике.

### **Консультация: Невропатолог (14.09.2022 09:00)**

Заключение: Отек головного мозга. Острая токсическая энцефалопатия.

### **Консультация: Клинический фармаколог (14.09.2022 09:00)**

Заключение: Рекомендации: Учитывая тяжесть состояния ребенка, прогрессирующее ухудшение клинического состояния, ИТШ, ОПН, продолжающийся диагностический поиск (скарлатина, иерсиниоз?), выраженный лейкоцитоз, значительное повышение показателей предикторов воспаления, полиорганные нарушения рекомендуется

1. Продолжить проводимую комбинированную антибактериальную терапию: ЦЕФ III 1,0 г \* 1 р/с в/в, Ципрофлоксацин 10 мг\кг \* 2 раза

вдень в/в, контроль эффективности комбинации через 48-72 часа под динамическим контролем креатинина/мочевины и других клинико-лабораторных данных и результатов бак посевов 2. Продолжить симптоматическую терапию по показаниям и рекомендациям профильных специалистов 3. На фоне ИТШ избегать назначение гелофузина 4. Общий уход, контроль витальных функций, динамический контроль клинико-лабораторных показателей (бак посев в динамике, ОАК, БАК, СРБ, прокальцитонин, Д-димер)

### **Консультация: Офтальмолог (14.09.2022 14:00)**

Заключение: Диагноз: ОУ - Отек ДЗН 1. Лечение основного заболевания. 2. Наблюдение офтальмолога в динамике. 3. Противоотечная терапия.

### **Консультация: Дерматовенеролог (14.09.2022 15:00)**

Заключение: диагноз: Синдром Лайелла, молниеносная форма.

Консультация: Гематолог (15.09.2022 09:00)  
Заключение: Вторичная тромбоцитопения. Анемия средней степени, вызванная септическим шоком. Рекомендовано: - Лечение основного заболевания. - Заместительная терапия тромбоконцентратом при снижении ниже 20 тыс/мкл, из расчета 7 клеток/кг. - Заместительная терапия эритроцитарной взвесью (предпочтительнее отмытые эритроциты) при снижении гемоглобина ниже 80 г/л, из расчета 10-15 мл/кг. - Сопроводительная, антибактериальная терапия. Кровь на стерильность. - Ручной подсчет лейкоформулы ежедневно.

### **Консультация: Пульмонолог (15.09.2022 10:00)**

Заключение: Диагноз: Внебольничная острая двухсторонняя пневмония, тяжелая. ОРДС (ОI = 180%). ДН 3 степени. Сепсис- прокальцитонин(ПКТ 249 от 14.09.2022). Рекомендации: 1. Контроль витальных функций. 2. Продолжить проводимую комбинированную антибактериальную терапию (ЦЕФ III 1,0 г \* 1 р/с в/в, Ципрофлоксацин 10 мг/кг \* 2 раза в день в/в) под контролем клинико-лабораторных данных и результатов бак посевов. 3. Динамический контроль клинико-лабораторных показателей (ОАК, СРБ, прокальцитонин, Д-димер, бак посев в динамике). 4. Рентген ОГК в динамике. 5. При необходимости повторная консультация пульмонолога

### **Консультация: Токсиколог (15.09.2022 14:00)**

Заключение: Учитывая клинико-anamnestические данные, лабораторные и инструментальные данные, наличие кожных проявлений на теле, синдрома лихорадки, тяжесть состояния ребенка обусловлена тяжелым эндотоксикозом с развитием ДВС синдрома, гепаторенального синдрома, септического состояния. Прием 10.09.2022г повышенной дозы парацетамола на высоте инфекционного процесса в организме и высоте лихорадки сыграло отрицательную роль в виде усиления цитолитического синдрома

## Наблюдения из практики

ма и могло спровоцировать развитие синдрома Лайела. В настоящий момент данных за острое отравление парацетамолом нет ( давность приема 5 суток назад) Рекомендовано: -для уменьшения цитолиза ввести в зонд АЦЦ из расчета 25-30 мг на кг веса ребенка -продолжить глюкокортикоидную терапию - консультация детского нефролога для решения вопросов применения активных методов детоксикации для уменьшения симптомов эндотоксикоза.

**(15.09.2022 10:00)**

**Областной консилиум в составе с академиком РАЕ, д.м.н., профессором кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии Бегайдаровой Р.Х., ассоциированным профессором кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии, к.м.н. Девдариани Х.Г, нефрологом Кунц Е.А, клиническим фармакологом Калиевой Ш.С, реаниматологом Джаппаровой М.Б. лечащим врачом Ступиной Е.А.**

**На момент консилиума диагноз:**

**Основной:** Сепсис неуточненной этиологии (бактериологическое исследование крови от 13.09.22 в работе. ПКТ 249 нг/мл от 14.09.22). Входные ворота гнойная лакунарная ангина вызванная микст инфекцией Staphylococcus hominis  $10^6$  +Streptococcus pyogenes (GroupA)  $10^5$ ,тяжелой степени тяжести. Внебольничная острая двухсторонняя пневмония вызванная микст инфекцией вызванная Staphylococcus hominis  $10^6$  Streptococcus pyogenes (GroupA)  $10^5$ , тяжелой степени тяжести. ОРДС (ОI = 180%). ДН III степени. Шок смешанного генеза III степени (ИТШ+ГВШ). ДВС синдром. ОПП в стадии недостаточности, вероятно преренального характера (с трансформацией в ренальное), фаза олиго-анурии, СКФ 24 - 27 мл/мин.

**Сочетанный:** Синдром Лайелла, молниеносная форма.

**Осложнение основного диагноза.** Токсическая нефропатия. Отек головного мозга. Токсическая энцефалопатия. Отек диска зрительного нерва (ДЗН) Токсический гепатит. ОРДС синдром тяжелой степени тяжести Двусторонний гидроторакс. Вторичная кардиопатия- нарушение ритма сердца (НРС) по типу синусовой тахикардии. Анемия тяжелой степени тяжести. Вторичная тромбоцитопения,

**Состояние в динамике**

**17.09.2022 04:46.**

04:16. На фоне продолжающейся ИВЛ, крайне тяжелого состояния, нестабильной гемодинамики, резистентной к инотропной поддержке (норадреналином со скоростью 0,8-1,1 мкг/кг/мин), произошла остановка сердечной деятельности.

Кожные покровы цианотичные, зрачки расширены, на свет не реагируют, пульса на сонной артерии нет, по кардиомонитору - асистолия. Начата сердечно-легочная реанимация:

- Непрямой массаж сердца, 100-120 компрессии в минуту.

- Стоп-контроль каждые 5 минут.

- Введение адреналина 0,18% по 0,2 мл в/в, №3.

- Продолжается ИВЛ.

Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. На мониторе стойкая асистолия.

04:46 констатирована биологическая смерть.

Причина смерти: синдром полиорганной недостаточности (СПОН).

**Неотложная терапия в ОРИТ:**

В отделении реанимации лечение включало интенсивную инфузионно-трансфузионную терапию, корректирующую водно-электролитный и кислотно-щелочной баланс, антибактериальную, антикоагулянтную, антисекреторную, заместительную и симптоматическую терапию.

В связи с высоким риском инфекционных осложнений (инфицирование кожной поверхности, госпитальная пневмония) пациент получал максимальные дозы а/б терапии из группы (цефалоспоринов, фторхинолонов, аминогликозидов и карбапенемов).

**1. Инфузионная терапия:**

глюкоза 10% 200 мл, актрапид НМ 8МЕ/мл, гелофузин 4% 500 мл, натрия хлорид 09% 200 мл, натрия гидрокарбонат 4% 200 мл, калия хлорид 7,4% 35мл. фуросемид 1% 1мл, маннитол 15 % 50мл, атропина сульфат 0.5 мг. церулин 0,5% 0.5мл, эуфиллин 2,4% 2мл, дигоксин 0.4мл, норадреналин 4мл, допамин 4мл.

**2. Проведенные трансфузии:**

альбумин 20% - 100 мл, эритроциты отмытые лейкофильтрованные 100 мл,

плазма пулированная свежемороженая полидонорская лейкофильтрованная, вирусинактивированная А(II) вторая Rh(+) 185мл.

тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофильтрованные, вирусинактивированные А(II) вторая Rh(+) 172мл.

**3. Глюкокортикостероидная терапия:**

дексаметазон 5,7 мг \* 4 раза, увеличение дозировки системных ГКС до 8 мг/ кг сутки по преднизолону.

**4. Антибиотики широкого спектра**

**действия:**

цеф -3 80мг/кг/сут, цефтриаксон 08 г, ципролет 10мг/кг/сут, меропенем 10 мг/кг каждые 12 часов, амикацин 7,5 мг/кг каждые 18 часов (учитывая СКФ)

**5. Антикоагулянтная терапия:**

гепарин 500 ед \* 4 р/сут.

**6. Десенсибилизирующая терапия:**

аллергопресс (2 %- 0.5мл в/м-2 р/д., ди-медрол (0.5мл в/в), кальция глюконат 10% 5 мл, урсодекс 170мг в зонд., лактулоза-ТК Сироп 20мл в зонд.

Несмотря на проводимое лечение, основное заболевание – токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла) – осложнилась наложением кокковой микрофлоры с последующим развитием острого кожного сепсиса и пиемическими очагами в различных органах(почки, миокард), ДВС-синдром, что усугубило состояние.

Непосредственной причиной смерти ребенка явилась полиорганная недостаточность. СПОН.

Синдром Лайелла – редкое, но чрезвычайно опасное осложнение медикаментозной терапии, сопряжен с высокой вероятностью летального исхода.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Тяжесть состояния ребенка была обусловлена эндотоксикозом с развитием ДВС и гепаторенального синдромов, септического состояния. Несмотря на проводимое лечение, основное заболевание – токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла) – осложнилась наложением кокковой микрофлоры с последующим развитием острого кожного сепсиса и пиемическими очагами в различных органах (почки, миокард), ДВС-синдром, что усугубило состояние.

2. Данное клиническое наблюдение позволяет предполагать в качестве потенциального триггера развития синдрома Лайелла: прием дома, 12.09.2022 года повышенной дозы 5 таблеток парацетамола по 500 мг (2.5 г) в течение 3 часов, на высоте инфекционного процесса в организме и высокой лихорадки.

3. Возможно, клиническая картина была обусловлена повышенной врожденной сверхчувствительностью из-за генетического энзиматозного дефицита.

4. Приведенный пример свидетельствует о трудности диагностики и дифференциальной диагностики синдрома Лайелла на ранней стадии развития, полиорганном поражении на пике болезни.

5. Прогноз неблагоприятный при сверхостром течении, позднем начале активных терапевтических мероприятий, при присоединении вторичной инфекции, летальность может достигать 60-70%.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов

### ЛИТЕРАТУРА

1 Жерносек В.Д. Синдром Стивена-Джонсона – токсический эпидермальный некролиз у детей. Часть 1. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, системное лечение / В.Д. Жерносек, Т.П. Дюбкова - Педиатрическая фармакология.-2011.-№1.-С.30-38.

2 Лекарственная аллергия. Методические рекомендации для врачей. // Российский аллергологический журнал. 2013.-№5.-с.27-40.2. Ильина Н.И., Латышева Т.В., Мясникова Т.Н. и др.

3 Лекарственная аллергия: Методические рекомендации для врачей. / отв. ред. Р.М. Хаитова - Фармарус принт медиа. М. – 2012.- 75 с.

4 Межирова Н.М. Особенности течения и лечения синдрома Лайелла: Медицина неотложных состояний. / Н.М. Межирова - 2011.-№5.-С.122-123.

5 Синдром Лайелла у ребенка 9 месяцев // Педиатрия 2011 -Том 90.- № 6.-С.153-154. Зрякин Н.И., Макарова О.А., Сигарева А.Е. и др.

6 Синдром Лайелла как редкое осложнение медикаментозной терапии (клинические случаи) / Тезяева С.А., Млинник Р.А., Дегтярева С.Ф. и др. - Медиаль.2015; 2 (16): 42-45.

7 Синдром Лайелла. случай из практики. Архив внутренней медицины. / Хохлова З.А., Гилёва Р.А., Коняхина И.Г и др. - 2018; 8(3): 231-236. DOI: 10.20514/2226-6704-2018-8-3-231-236.

8 Хаитов Р.М. Аллергология и иммунология. / Р.М. Хаитов - М.: ГЭОТАР — Медиа.2009; 656 с.

9 Харченко Г.А. Синдром Лайелла у детей-клинические проявления, лечение / Г.А. Харченко, О.Г.Кимирилова - Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2019.-Т.64.-с.99-100.

10 Toxic Epidermal Necrolysis: Analysis of Clinical Course and SCORTEN-based Comparison of Mortality Rate and Treatment Modalities in Korean Patients / Kyoung Jin KIM, Deuk Pyo LEE, Ho Seok SUH, Mi Woo LEE -Acta Derm Venereol 2005; 85: 497–502.

### REFERENCES

1 Zhernosek V.D. Sindrom Stivena-Dzhonsona –toksicheskiy jepidermal'nyj nekroliz u detej. Chast' 1. Opredelenie, jetiologija, patogenez, klinicheskie projavlenija, sistemnoe lechenie / V.D. Zhernosek, T.P. Djubkova - Pediatricheskaja farmakologija.-2011.-№1.-С.30-38.

2 Lekarstvennaja allergija. Metodicheskie rekomendacii dlja vrachej. //Rossijskij allergologicheskij zhurnal.2013.-№5.-с.27-40.2. Il'ina N.I., Latysheva T.V., Mjasnikova T.N. i dr.

3 Lekarstvennaja allergija: Metodicheskie rekomendacii dlja vrachej. / отв. ред. Р.М. Хаитова - Фармарус принт медиа. М. – 2012.- 75 с.

4 Mezhirova N.M. Osobennosti techenija i lechenija sindroma Lajella: Medicina neotlozhnyh sostojanij. / N.M. Mezhirova - 2011.-№5.-С.122-123.

5 Sindrom Lajella u rebenka 9 mesjacev // Pediatrija 2011 -Том 90.- № 6.-С.153-154. Zrjachkin N.I., Makarova O.A., Sigareva A.E. i dr.

6 Sindrom Lajella kak redkoe oslozhenie medikamentoznoj terapii (klinicheskie sluchai) / Tezjaeva S.A., Mlinnik R.A., Degtjareva S.F. i dr. - Medial'.2015; 2 (16): 42-45.

7 Sindrom Lajella. sluchaj iz praktiki. Arhiv vnutrennej mediciny. / Hohlova Z.A., Giljova R.A., Konjahina I.G i dr. - 2018; 8(3): 231-236. DOI: 10.20514/2226-6704-2018-8-3-231-236.

8 Haitov R.M. Allergologija i immunologija. / R.M. Haitov - М.: GJeOTAR — Медиа.2009; 656 с.

9 Harchenko G.A. Sindrom Lajella u detej-klinicheskie projavlenija, lechenie / G.A. Harchenko, O.G.Kimirilova - Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii.- 2019.-Т.64.-с.99-100.

10 Toxic Epidermal Necrolysis: Analysis of Clinical Course and SCORTEN-based Comparison of Mortality Rate and Treatment Modalities in Korean Patients / Kyoung Jin KIM, Deuk Pyo LEE, Ho Seok SUH, Mi Woo LEE -Acta Derm Venereol 2005; 85: 497–502.

Поступила 05.11.2021

## Наблюдения из практики

---

*Р. Х. Бегайдарова<sup>1</sup>, А. С. Сараманова<sup>2</sup>, Г. К. Алшынбекова<sup>1</sup>, Х. Г. Девдариани<sup>1</sup>,  
М. Б. Джаппарова<sup>2</sup>, А. Е. Дюсембаева<sup>1</sup>, Е. А. Ступина<sup>2</sup>, М. Б. Садибекова<sup>2</sup>*

*6 ЖАСАР БАЛАДАҒЫ ЛАЙЕЛЛ СИНДРОМЫ*

*<sup>1</sup>Қарағанды медицина университеті, Жұқпалы аурулар және фтизиатрия кафедрасы*

*<sup>2</sup>Облыстық клиникалық аурухананың жұқпалы аурулар орталығы Қарағанды (Қазақстан)*

Мақалада келесі диагнозы бар балада пайда болған уытты эпидермиялық некроздың (Лайелл синдромы) клиникалық жағдайы берілген: лакунарлы баспа, зитмак және парацетамолмен емдеуден кейінгі токсико-аллергиялық бөртпе. Бұл клиникалық бақылау аурудың бастапқы кезеңінде диагностикалық қиындықтар туғызды, диагностикалық ізденіс (скарлатина, иерсиниоз). Әрі қарай ол уытты эпидермолиздің ауыр нұсқасы ретінде көрінді, үдемелі ауыр жүйелік бұзылыстармен және қолайсыз нәтиже берді.

Кілт сөздер: Лайелл синдромы, дәрілік аллергия, зитмак

*R. Kh. Begaydarova<sup>1</sup>, A. S. Saramanova<sup>2</sup>, G. K. Alshynbekova<sup>1</sup>, H. G. Devdariani<sup>1</sup>,  
M. B. Dzapparova<sup>2</sup>, A. E. Dyusembayeva<sup>1</sup>, E. A. Stupina<sup>2</sup>, M. B. Sadibekova<sup>2</sup>*

*LAYELL'S SYNDROME IN A CHILD OF 6 YEARS*

*<sup>1</sup>Medical University of Karaganda NJSC, Department of Infectious Diseases and Phthisiology*

*<sup>2</sup>Center for Infectious Diseases of the Regional Clinical Hospital Karaganda (Kazakhstan)*

The article presents a clinical case of toxic epidermal necrosis (Lyell's syndrome) that occurred in a child with a diagnosis of lacunar tonsillitis, toxic-allergic rash, after treatment with zitmak and paracetamol. This clinical observation caused diagnostic difficulties in the initial period of the disease, diagnostic search (scarlet fever, yersiniosis). Subsequently, it manifested itself as a severe variant of toxic epidermolysis, with progressive severe systemic disorders and had an unfavorable outcome.

Key words: Lyell's syndrome, drug allergy, zitmak, paracetamol