**Синдром крапивницы**

ПРИЧИНЫ: одна из форм аллергических реакций

СИМПТОМЫ:

1)внезапное появление и исчезновение волдырей на коже (рис. 8.1), сопровождающихся кожным зудом

2)иногда, отдельные волдыри сливаются (гигантская крапивница)

3)при высыпании волдырей на слизистых возникают: кашель, стридорозное дыхание, диарея, боли в животе, артралгии

4)часто сопровождается головной болью, лихорадкой, ощущением общего недомогания.

**Ангионевротический отек Квинке**

ПРИЧИНЫ: одна из форм аллергической реакции

СИМПТОМЫ:

1)развивается остро, порой через несколько секунд от начала действия аллергена в виде переходящего отека кожи подкожной клетчатки и слизистых оболочек

2)локализуется чаще на лице (губы, щеки, вокруг глаз) (рис. 8. 2)

3)опасен отек гортани (асфиксия), слизистых желудочно-кишечного тракта (картина острого живота)

4)размеры различны, но редко больше человеческой ладони

5)длительность от нескольких минут до часов.

**Анафилактический шок**

ПРИЧИНЫ: тяжелейшая форма аллергических реакций немедленного типа

СИМПТОМЫ:

1) формы:

• крайне тяжелая (скорость развития - секунды, минуты)

• тяжелая (минуты)

• средней тяжести (минуты, часы) (кардиальный, церебральный, астматический, абдоминальный варианты средней тяжести)

2) фазы: эректильная и торпидная (выделяют при шоке только средней тяжести) 3) первые признаки:

• головокружение, головная боль,

• чувство страха, беспокойство,

• холодный пот,

• одышка,

• ощущение стеснения в груди, жара,

• приступ кашля,

• боли в животе, понос,

• рвота, • судороги

4) может сопровождаться другими признаками анафилаксии:

• крапивница,

• отек Квинке,

• бронхоспазм,

• дерматит

5) прогрессивно снижается артериальное давление, анурия, развивается картина собственно шока.

**Суставной синдром**

ПРИЧИНЫ: воспалительные и дегенеративные заболевания суставов, синовиомы, артропатии при обменных нарушениях.

СИМПТОМЫ:

1)боль

2)припухлость (дефигурация)

3)деформация

4)повышение местной температуры

5)ограничение движений в суставе

6)местная гиперемия или иные изменения цвета.

Особенности:

1)Особенность боли при воспалительных заболеваниях суставов: воспалительный ритм болей - боли усиливаются во второй половине ночи и утром, сопровождаются утренней скованностью, возможно улучшение в результате движения в суставах.

2)Особенность боли при дегенеративных заболеваниях суставов (деформирующий остеоартроз):

• механический ритм болей - четкая связь с физической нагрузкой, боли усиливаются к вечеру после трудового дня, в первую половину ночи, разгрузка суставов дает облегчение.

• Стартовые затруднения, боли при движении в суставах, проходящие через короткое время (несколько минут) - свидетельствуют о развитии вторичного синовита при дегенеративных поражениях суставов.

**Синдром Фелти**

Синдром Фелти — вариант ревматоидного артрита, включающий хронический полиартрит, спленомегалию и лейкопению. Описан Фелти в 1924 г., встречается у 1% больных РА, преимущественно женщин. У больных с синдромом Фелти часто выявляется HLA DRW4.

Клинико-лабораторные признаки

1)• обычно поражение суставов предшествует остальным проявлениям синдрома и характеризуется тяжелым деструктивным полиартритом;

2)• характерна стойкая лейкопения с нейтропенией, обусловленная продукцией антител против нейтрофилов и образованием в селезенке циркулирующего ингибитора гранулоцитов; характерны также анемия, увеличение СОЭ;

3)• иммунные нарушения приводят к развитию системных, внесуставных проявлений — ревматоидным узелкам, полинейропатии, хроническим трофическим язвам голени, эписклериту;

4)• РФ обнаруживается в сыворотке крови в высоких титрах;

5)• больные чрезвычайно склонны к развитию инфекционно-воспалительных процессов в связи со стойкой нейтропенией;

6)• спленомегалия является постоянным проявлением синдрома Фелти; 7)• часто значительно повышается температура тела;

8)• нередко имеется выраженная амиотрофия.

**Синдром Стилла у взрослых**

Синдром Стилла у взрослых — вариант ревматоидного артрита, соответствующий по диагностическим критериям синдрому Стилла у детей, но возникающий в возрасте 1635 лет. Описан Bywaters в 1971 г.

Клинико-лабораторные признаки:

Клинико-лабораторные признаки синдрома Стилла у взрослых распределяются в зависимости от диагностической значимости следующим образом (Р. М. Балабанова, 1997):

1)Ведущие и обязательные:

• лихорадка ремиттирующего, интермиттирующего или септического типа (до 39 °С), длительно сохраняющаяся, сопровождающаяся ознобами, потливостью;

• эритематозно-папулезная мультиформная сыпь, локализующаяся на туловище и конечностях, максимально выражена на высоте лихорадки, не сопровождается зудом;

• выраженные артралгии, миалгии;

• артрит — носит интермиттирующий характер, экссудативные явления наблюдаются 5-7 дней; поражаются 3-4 как крупных, так и мелких сустава; наиболее частая локализация артрита — лучезапястные, запястно-пястные, предплюсневые, плечевые и тазобедренные суставы; вовлекается также шейный отдел позвоночника, что проявляется болями и ограничением подвижности. У Уз больных артрит принимает хроническое течение с постепенным развитием костной деструкции и анкилозов;

• увеличение СОЭ;

• лейкоцитоз (до 10-50-109/л) со сдвигом формулы влево;

• отсутствие РФ и АНФ.

2)Частые признаки:

• боли в горле, сопровождающиеся гиперемией слизистой оболочки глотки;

• лимфаденопатия;

• гепатоспленомегалия; серозиты (экссудативный плеврит, перикардит с умеренным выпотом);

• повышение содержания в крови печеночных ферментов;

• анемия;

• диспротеинемия;

• повышение уровня С-реактивного белка.

3)Редкие симптомы:

• миокардит;

• интерстициальная пневмония;

• перитонит;

• тромбоцитоз.

4)Крайне редкие симптомы: • гломерулонефрит;

• энцефалит.

**Псевдосептический синдром**

Это наиболее тяжелый вариант клинического течения ревматоидного артрита. Развивается обычно у молодых людей и характеризуется лихорадкой гектического типа с ознобами, потами, атрофией мышц; быстро прогрессирующим активным полиартритом с костными узурами, сужением суставной щели, анкилозами; кожными проявлениями (сыпи, эюсимозы); поражением внутренних органов (гепатоспленомегалия, полисерозит, реже — кардит, поражение легких, почек), глаз (ирит, иридоциклит, эписклерит), нервной системы. Болезнь быстро прогрессирует и поражение внутренних органов выступает на первый план в клинической картине.

**CREST-синдром**

CREST-синдром (кальциноз + синдром Рейно + эзофагит + склеродактилия + телеангиэктазии при системной склеродермии). Кальций откладывается преимущественно в области пальцев рук и периартикулярно в виде белых очагов, просвечивающих сквозь кожу (синдром Тибьержа-Вейссенбаха).

**Синдром Шарпа**

Синдром Шарпа (смешанное соединительнотканное заболевание) — клиникоиммунологический синдром системного поражения соединительной ткани, проявляющийся сочетанием отдельных клинических признаков системной склеродермии, полимиозита, системной красной волчанки и присутствием в крови больных антител к рибонуклеопротеину (В. А. Насонова, 1989) Описан Sharp в 1972 г.

Клиническая картина:

1)Болеют преимущественно женщины.

2)Суставный синдром в виде полиартралгий, артритов, у 30% больных на рентгенограммах — эрозии костей.

3)Мышечный синдром: миалгии, мышечная слабость в проксимальных отделах, уплотнения мышц, в крови повышение содержания креатинфосфокиназы, аспарагиновой аминотрансферазы.

4)Кожный синдром: склеродермоподобные изменения, телеангиэктазии, эритематозные и гипо- или гиперпигментированные пятна, дискоидная волчанка, алопеция, периорбитальная пигментация. 5)Синдром Рейно у 85% больных.

6)Висцеральные поражения: гипотония пищевода с нарушением глотания, поражение легких (диффузный фиброз с нарушением рестриктивной функции и легочной гипертензией); перикардит, миокардит, редко — аортальная недостаточность. Особенность синдрома Шарпа — редкое поражение почек (лишь у 10% больных) по типу гломерулонефрита. Возможно увеличение печени и селезенки, лимфоузлов, повышение температуры тела.

7)У 50% больных развивается вторичный синдром Шегрена.

**Антифосфолипидный синдром**

Антифосфолипидный синдром (АФС) — симптомокомплекс, в основе которого лежит развитие аутоиммунной реакции и появление антител к широко распространенным фосфолипидным детерминантам, присутствующим на мембранах тромбоцитов, клеток эндотелия, нервной ткани.

Клиническая картина:

1)Венозный и артериальный тромбоз.

2)Поражение ЦНС.

3)Поражение сердца.

4)Поражение почек.

5)Поражение печени.

6)Поражение легких.

7)Поражение кожи. 8) Акушерская патология.

**Синдром Рейтера**

Синдром (болезнь) Рейтера — сочетанное поражение мочеполовых органов (обычно в форме неспецифического уретропростатита), суставов (реактивный олиго- или моноартрит) и глаз (конъюнктивит), развивающееся одновременно или последовательно чаще всего при хламидийной инфекции.

**Синдром Рейно**

Синдром Рейно — частый и ранний признак системных заболеваний соединительной ткани, особенно системной склеродермии. Он характеризуется внезапным появлением парестезии (чувство онемения, ползание мурашек) в области II-IV пальцев кистей, стоп, резким их побледнением, пальцы во время приступа холодные. По окончании приступа появляются боли, чувство жара в пальцах, кожа гиперемирована. При системной склеродермии синдром Рейно захватывает не только пальцы рук, стоп, но и губы, кончик языка, части лица. Вазоспастические реакции могут наблюдается в легких, сердце, почках