

# Лекція АЛЕРГОЛОГІЯ

- Поняття алергії ввів у 1906 р. Пірке для характеристики особливої реактивності організму.
- Термін «алергія»
- грецьке слово «аллос» -»другий»
- «ергон» - «дія»

- Імунітет - спосіб захисту організму від речовин, що несуть ознаки генетичної чужерідності
- Алергія - імунна реакція організму, яка супроводжується пошкодженням власних тканин
- Сенсibiliзація - імунологічно опосередковане підвищення чутливості організму до антигенів

- Ряд умов, які необхідні для того, щоб імунна реакція трансформувалась у алергічну:
- підвищення проникнення шкірних чи слизових бар'єрів, в результаті якої антигени вступають в контакт з великим числом клітин імунної системи;
- змінений характер імунної відповіді;
- особливості патохімічної і патофізіологічної фаз імунної реакції

- **АЛЕРГІЯ** - це змінена форма імунної відповіді, яка проявляється в розвитку специфічного підвищення чутливості організму до чужерідних речовин різного складу і походження (алергени) в результаті попереднього контакту з цією речовиною

- **Формуванню алергії сприяють:**
- хімізація побуту
- промисловості
- сільського господарства
- лікарські засоби
- великі масштаби імунопрофілактики
- підвищення вживання тваринного білка

- **Алергени поділяють на екзоалергени та ендоеалергени**

- **ЕКЗОАЛЕРГЕНИ діляться по проникливості:**

- контактні
- інгаляційні
- аліментарні
- парентеральні

■ **ЕКЗОАЛЕРГЕНИ** діляться по походженню:

- побутові
- епідермальні
- пилкові
- хімічні речовини
- лікарські алергени
- харчові
- бактеріальні

- ЕНДОАЛЕРГЕНИ виникають в організмі під дією пошкоджуючих факторів
- Алергічна реакція - імунна відповідь на алерген, вона має фазовий перебіг.
- **Перша стадія** - сенсibilізація до будь-якої речовини - перехід від нормальної реактивності до підвищеної. Вона триває від моменту первинного контакту з алергеном до формування імунної реакції на нього



- **Сенсибілізація** формується близько 2 тижнів, але сформувавшись може зберігатися місяці, роки і навіть все життя
- **Сенсибілізація активна** - коли сам організм виробляє механізм алергії
- **Сенсибілізація пасивна** - формується при переливанні крові від сенсибілізованих осіб до несенсибілізованих

- **ДРУГА стадія алергічної реакції - РОЗРІШЕННЯ (стадія клінічних проявів)**
- **виникає в основному на повторне попадання алергена, або на алерген, який зберігається в організмі більше 2-ох тижнів**
- **розвивається від кількох секунд до 6 годин (гіперчутливість швидкого типу), або повільно, напротязі 24-48 год (гіперчутливість повільного типу)**

- ТРЕТЯ стадія (кінцева) - ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЯ повернення до нормальної реактивності.
- Проходить спонтанно і виникає самотійно (після усунення антигену), штучно (після курсу введення алергену в мікродозах)

- Гіперчутливість швидкого типу поділяється на 3 варіанти:
- **1 медіаторний (анафілактичний)** — розвивається на екзогенні Т-залежні антигени
- **2 цитотоксичний** розвивається на прості хімічні речовини, компоненти клітинної мембрани, неклітинні структури
- **3 імунокомплексний** - розвивається на великі дози алергену при умові недостатності фагоцитарної активності

- **Медіаторний (анафілактичний) включає 3 фази:**
- **1 імунологічна**, в якій алерген зв'язується з Ig E, фіксованому на базофілах і тучних клітинах, змінюються властивості клітинної мембрани
- **2 біохімічна**, відбувається дегрануляція тучних клітин і базофілів з виділенням біогенних амінів і медіаторів (серотонін, гістамін, ацетилхолін, кінін)
- **3 патофізіологічна** проявляється

- Анафілактична гіперчутливість негайного типу протікає у вигляді:
- анафілаксії (анафілактичний шок)
- атопії (бронхіальна астма
- кропивниця
- набряк Квінке

- **2 цитотоксичний** варіант гіперреактивності негайного типу
- шокові клітини: клітини крові, ендотелій судин, гепатоцити.
- В результаті прикріплення алергена до цих клітин поверхня їхня стає чужерідною, розвивається гуморальна імунна відповідь, синтезуються Ig G, клітини руйнуються
- Клінічно: гемолітична анемія, лейкопенія, гломерулонефрит, імунний тиреоїдит

- **3 імунокомплексний** - розвивається
- при I попаданні алергену на нього виробляються Ig G, Ig A, при повторному попаданні - взаємодія алергену з імуноглобулінами з утворенням ЦІК
- ЦІК адсорбуються ендотелієм, перетворюються у фіксовані ім. компкл. - активація комплемента, утворюються фракції, які підвищують проникливість судин, є хемотоксинами для нейтрофілів. Навколо судин вогнище запалення
- Клінічні прояви: Сироваткова хвороба, феномен Артюса, гломерулонефрит, РА, СЧВ



- ***Гіперчутливість сповільненого типу*** - розвивається на прості речовини (гаптени), мікробні алергени, при хронічних процесах, медикаменти, власні змінені клітини



- **Гіперчутливість сповільненого типу -**
- **I фаза (сенсibilізація)** утворюється багато Т-ефекторів та Т-кілерів
- **II фаза (розрішення)**
- **імунологічна фаза -**  
сенсibilізовані Т-лімфоцити впізнають антигени
- біохімічна фаза - синтез лімфокінів Т-ефекторами, активація клітин
- патофізіологічна фаза - запальна реакція

- **Варіанти гіперчутливості сповільненого типу:**
- **контактна алергія**
- **інфекційна алергія**
- 40 % населення розвинених країн має алергію, 15 % - гіперчутливість негайного типу

- **Поліноз** - сезонний алергічний ринокон'юнктивіт, викликаний впливом пилку рослин і спорів грибів.
- Поліноз виникає після контакту з алергеном і проявляється -
  - закладення носа
  - чхання
  - свербіння
  - водянисті виділення із носа
  - слезотеча
  - почервоніння кон'юнктиви

# Алергічний кон'юнктивіт



- **Поліноз -**
- англ. Лікар Ч. Блеклі відкрив етіологію полінозів
- Близько 50 видів рослин продукують вітроопилюємий пилок
- Дерева цвітуть березень-квітень
- Трави цвітуть - травень-червень
- Зілля цвіте - липень-вересень
- Складають щомісячний календар цвітіння алергенних рослин
- На Україні: пилок злакових: тимофіївка, м'ятлик

- **Поліноз -**
- У хворих спадково обумовлені «дефекти захисту»: дефіцит секреторного Ig A, порушення функції макрофагів тканин...
- **Алергічна реакція негайного (реагінового) типу** клітини -мішені I порядку - тучні клітини слизової носа
- Загострення - строга циклічність
- Ускладнення - сезонна бронхіальна астма

- **Поліноз -**
- Шкірні реакції дерматит, кропивниця.  
Набряк Квінке - 8 %
- пилкова інтоксикація
- астено-вегетативний с-м 70 %
- алергічні запалення тканин різних органів
- ПСЕВДОАЛЕРГІЯ - поліноз пов'язаний із впливом продуктів забрудненого повітря (відсутня І імунологічна фаза реакції)



# ■ АЛЕРГОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ

- сезонність загострення
- передбачений алерген
- локалізацію з-ня
- особистий анамнез (супутні алергічні з-ня)
- спадковий анамнез (з-ня близьких родичів)

- ПОЛІНОЗИ
- Скарифікаційні проби з пилковим алергеном - інформативність 80 %
- провокаційні проби - кон'юнктивальні, назальні, бронхіальні тести
- Заг. ан. Крові: Збільшення еозинофілів
- імуноферментний аналіз на Ig E.
- Тест Шеллі (дегрануляція базофілів)
- Феномен виділення гістаміну із лейкоцитів крові

- ПОЛІНОЗИ
- В сезон цвітіння терапія направлена на захист органів-мішеней
- Використовують 2 групи медикаментів:
  - 1) протиалергійні засоби нестероїдного походження (профілактичні)
  - 2) селективні кортикостероїдні місцевої дії

- Для попередження алергічної реакції в сезон цвітіння необхідний курс терапії препаратами I групи як при підготовці до сезону, так і напротязі всього неблагоприємного періоду цвітіння
- Симптоматичне лікування в період загострення
- відновлення носового дихання - нафтазін, санорін, 3 % ефедрин, 0,5 % мезатон, 0,1 % адреналін
- гіперсекреція - 0,1 % атропін
- Дозі препарати на білізна 10 тиж

- Сучасні антигістамінні препарати
- Астемізол (астелонг, астемісан, гісманал)-таблетки, суспензії
- Азеластин (алергодид) - таблетки, назальний спрей
- Лоратадин (klarитин, клареназа) - таблетки, сироп
- Левокабастин (гістимет) - очні краплі, спрей

- 

-

- АЛЕРГІЙНИЙ ДЕРМАТИТ (запалення шкіри).
- Дерматит - гостре запалення шкіри, що виникає під впливом екзогенних чи ендогенних факторів. На відміну від екземи, хронічного рецидивуючого захворювання з поліморфізмом висипки і поліетіологічністю факторів, дерматит має більш короткий перебіг (зникає після усунення факторів) і менш поліморфний прояв.

- Алергійний дерматит поділяється:
- 1) **контактний алергійний** (від впливу екзоалергенів - пилкових, побутових, епідермальних, харчових, компонентів комах);
- 2) **токсично-алергійний** (токсидермії, що виникають частіше при парентеральному введенні гаптенів, що супроводжуються вираженими дисметаболічними змінами внаслідок системних уражень шкірних покривів);
- 3) **атонічний** (сполучення атонічних респіраторних захворювань з хронічним рецидивуючим ураженням шкіри - екземою);
- 4) **фіксовану еритему**.

- **Розвитку алергійного дерматиту сприяють:**

- спадкова схильність
- ендокринопатії
- інші внутріорганні зміни
-



- Серед сенсibilізаторів у розвитку ЗАПАЛЕННЯ найбільше значення мають різні гаптени у вигляді лікарських речовин.
- У виробничих умовах причиною виникнення ЗАПАЛЕННЯ можуть бути динітрохлорбензол, фенолформальдегід, епіхлоргідрин, скипідар, солі хрому, нікелю, титана, ртуті, компоненти акрилнітратів, урсол і ін.

- **Клінічна картина алергійного дерматиту**
- При контактному алергійному дерматиті відзначаються :
  - моновалентна сенсibiliзація
  - зворотний розвиток при усуненні алергену.

- **Клінічна картина алергійного дерматиту**
- У місцях контакту з алергеном спостерігаються ділянки гіперемії з наявністю окремих елементів - папул чи пухирців
- При виникненні контактного алергійного дерматиту має значення концентрація алергену, при повторному контакті дерматит виявляється при мінімальних його концентраціях

**Алергічний дерматит, викликаний  
спиртовим розчином левоміцетину :  
ерітематозно-везикулярні висипання на  
шкірі кистей і г**



**Алергічна контактна екзема на поверхні кисті, спричинена пеніциліном: везикули на ерітематозному фоні**



- Алергічна контактна екзема на обличчі, спричинена пеніциліном: везикули на ерітематозному фоні.



- **Клінічна картина Токсидермії** відрізняються поліморфізмом, дисемінованими висипаннями у виді суцільної гіперемії, набряком власне шкіри, дифузним поширенням різних елементів - папул чи розеольозно-ерітематозних висипань, що супроводжуються інтенсивною сверблячкою, запальними реакціями (підвищенням температури тіла, перерозподільним лейкоцитозом).



- **Клінічна картина Атонічного дерматиту характеризується рецидивуючим хронічним плином, поліморфністю висипань, симетричним розташуванням елементів на тлі атонічних респіраторних змін чи харчової, інсектної алергії.**



- **Клінічна картина Фіксваної еритеми:**
- Фіксована еритема з'являється на шкірних покритвах чи слизових оболонках у виді одного чи двох плям з різко обкресленими краями розміром до 2-8 см.
- Периферична зона плям може бути трохи піднесеної.

- При контакті з хімічними речовинами в умовах виробництва може розвинути **простий контактний дерматит**, на тлі якого часто виникає контактний алергійний з наступним можливим розвитком токсично-алергійного дерматиту з полісистемними проявами.
- При контакті з ліками спочатку це може бути **контактний алергійний дерматит** (кисті, шия, обличчя) чи алергійний риніт (у місцях найбільшого контакту з алергенами у виді аерозолей).
- Можлива трансформація цих змін у токсично-алергійну (у виді токсидермії) чи

# ■ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЙНОГО ДЕРМАТИТУ

- 1. Відсторонення від контакту з алергеном
- 2. Специфічна імунотерапія заслуговує на увагу і здійснюється при алергії до пилкових, побутових алергенів.

## ■ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЙНОГО ДЕРМАТИТУ

- Антигістамінні препарати:
  - дімедрол (у таблетках - 50 мг у добу, у виді 1 % розчину - по 1 мл підшкірно 2 рази в добу);
  - тавегіл (у таблетках - 1 мг 2 рази в добу, у виді 0,1 % по 1 мл в/м 2 рази в добу); супрастин (у таблетках- 25 мг 2-3 рази в добу, у виді 2 % розчину - 1 мл в/м чи крапельно на ізотонічному розчині)

## ■ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЙНОГО ДЕРМАТИТУ

- При наявності неврозоподібних реакцій призначаються антигістамінні препарати першого покоління, що володіють вираженим седативним і міорелаксантичним ефектом, - похідні фенотіазину
  - (піпольфен - 25 мг 2-3 рази в добу усередину чи 1 мл 2,5% розчину в/м )
  - похідні ципрогептадіну (перітол - 4 мг 3 рази в добу).

## ■ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЙНОГО ДЕРМАТИТУ

- Працюючим пацієнтам призначаються антигістамінні препарати другого покоління, що не знижують розумової і фізичної працездатності (лоратадін чи кларитін, ебастін чи кестін, гісманап чи астемізол - 1 табл. (10 мг) 1 раз у добу).

## ■ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЙНОГО ДЕРМАТИТУ

- При токсидермії: повне відсторонення від харчових алергенів - голод протягом 3 дн із дотриманням питного режиму
- дезінтоксикаційна терапія у виді крапання с фізіологічним розчином, до 1 л у добу (2-3 дн)
- очисні клізми
- прийом ентеросорбентів у виді белосорбу, активованого вугілля.

## ■ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЙНОГО ДЕРМАТИТУ

- При вираженій загальній реакції, дисемінованій алергійній, шкірній реакції для швидкого усунення їх призначаються глюкокортикоїдні препарати
- (преднізолон в/м , 60-90 мг, чи преднізолонгемісукцината ліофілізат крапельно, 90-120 мг, протягом 2-3 дн.)



## ■ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЙНОГО ДЕРМАТИТУ

- При наявності обмеженої (локальної) алергійної реакції можуть бути використані глюкокортикоїди для місцевого застосування - елоком у виді мазі чи гелю 1 раз у добу.
- При харчовій алергії з проявами дерматиту доцільно приймати нестероїдні протизапальні препарати - кромолін-натрій (налкром, 2 капсули 3-4 рази в день за 20 хв до їжі).

## ■ ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ

- відноситься частіше до алергійних реакцій негайного (гуморального) і рідше уповільненого (клітинного) типу
- Етіологія. Алергійна реакція виникає до алергенів незбираного молока, частково лактоглобуліну, антигенів яєчного білка, риби (судака, хека, тріски), м'яса раків, устриць, крабів, м'яса великої рогатої худоби. Харчовими алергенами можуть бути злаки (пшениця), бобові (соя, квасоля), горіхи, цитрусові, помідори і ін.

- ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ

- Внаслідок антигенної спільності спостерігається перехресна сенсibilізація до ряду продуктів, наприклад до хлібних злаків і пилку злакових трав, до цитрусових (апельсинів) і ягід (полуниці, суниці) і ін.

## ■ ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ

### ■ Клінічна картина.

- ХА може розвиватися періодично (один раз у трохи чи днів навіть тижнів).
- Відзначаються велика варіабельність і поліморфність у клінічному прояві ХА.
- При харчовій алергії поряд із захворюваннями шлунково-кишкового тракту можливі різноманітні реакції з боку інших органів.

## ■ ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ

- У шлунково-кишковому тракті можуть виявлятися ознаки езофагіту, гастриту з моторними і секреторними розладами.
- Зміни в тонкому і товстому кишечнику часто супроводжуються переймоподібними болями, здуттям кишечника, появою слизистого стільця.

- ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ

- В окремих випадках картина захворювання може нагадувати “гострий” живіт (ознаки гострого апендициту, гострого холециститу і ін.) з розвитком загальних реакцій (підвищення температури тіла, еозинофілія, лімфоцитоз, тромбоцитопенія).

## ■ ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ

- В хворих з ХА можуть спостерігатися й ізольовані реакції без прояву шлунково-кишкових розладів у виді підвищення температури тіла, сверблячки шкірних покривів, кропивниці, набряку Квінке, екземи, риніту, бронхіту.

- У діагностиці харчової алергії велике значення мають алергологічний анамнез, алергологічне тестування, лабораторні методи специфічної діагностики

## ■ ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ

- Використовується метод елімінаційної дієти - з раціону виключається підозрюваний продукт, стан хворого контролюється, що дає можливість визначити, які харчові продукти викликають у пацієнта алергійні реакції



## ■ ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ

- При копрологічному дослідженні виявляються еозинофілія, кристали Шарко-Лейдена,
- при гістологічному - інфільтрація лімфоцитами, еозинофілами і нейтрофілами.
- У діагностиці ХА мають велике значення дані скарифікаційних і внутрішкірних проб з харчовими алергенами, а також результати провокаційних проб.
- З лабораторних методів діагностики заслуговують на увагу базофільний тест

- **Лікування харчової алергії**
- Елімінація харчового алергену є обов'язковим і найбільше ефективним методом
- Гіпоаллергенна дієта вимагає виключення гістамінолібераторів харчових барвників (тартразина й ін.) у складі тістечок, тортів, морозива, пудингів; сирів, покритих оболонкою жовтого кольору.

- **Лікування харчової алергії**

Рекомендується обмежити вживання швидко всмоктуваних з шлунково-кишкового тракту вуглеводів, екстрактивних речовин, різних пряностей, напоїв, що містять алкоголь

- 2. Неспецифічна гіпосенсибілізуюча терапія включає кетотифен (задітен), 1 мг 2 рази в день у перебіг 1,5-3 міс. При наявності гіперацидного гастриту лікування кетотифеном може сполучатися з фамотидіном

- **Лікування харчової алергії**
- Високоєфективний при харчовій алергії кромоглікат натрію (налкром) у капсулах по 100 мг. Призначається по 2 капсули 4 рази в день перед їжею.
- Хворим з харчовою алергією проводиться ретельне лікування основного захворювання шлунково-кишкового тракту, при глисній інвазії - дегельмінтизація.

## ■ Лікування харчової алергії

- У випадках гіперацидного гастриту, виразкової хвороби шлунка, 12-палої кишки на тлі ХА використовуються несистемні антациди (алмагель, фосфалюгель, соєве борошно й ін.)
- H<sub>2</sub>-гістаміноблокатори
- блокатори H<sup>+</sup>-ДО<sup>+</sup>-Атфазы обкладових клітин (омепразол)
- селективні блокатори M-холінорецепторів (гастроцепін)
- засоби, що захищають слизову оболонку шлунка (вікалін, де-нол, сукралфат), антибактеріальні засоби (метронідазол)

- **Лікування харчової алергії**
- При харчової алергії з наявністю анацидного гастриту, ферментативної недостатності пацієнтам у складі комплексної терапії показані ферментні препарати (панзінорм, фестал, дігестал), при персистуючому гепатиті рекомендуються есенціале, тюбажі з ксилітом, сорбітом.

- СИРОВАТКОВА хвороба -
- класичне системне алергійне захворювання, нерідко розвивається після парентерального введення чужерідного білка, сироватки, вакцини, плазми.
- П а т о г е н е з: імунокомплексний тип реакції

- **Клінічна картина сироваткової хвороби**
- Інкубаційний період триває від 7 до 12 діб, у сенсibilізованих хворих може скорочуватися до декількох годин від моменту надходження алергену.



- По інтенсивності клінічних проявів **сироваткова хвороба** розділяється на 4 форми: легка, середньої важкості, важка й анафілактична

- **Легка форма сироваткової хвороби**  
Загальне стан хворого залишається задовільним на тлі підвищення температури тіла до 38 °С.
- З'являються уртикарна чи іншого характеру висипка, ангіоневротичний набряк, більшення лімфатичних вузлів незначне.
- Болі в суглобах бувають порівняно рідко.

- **Сироваткова хвороба середньої ваги характеризується:**
- сверблячкою
- печінням
- хворобливістю
- припухлістю і почервонінням навколо місця ін'єкції антигену
- легким збільшенням регіонарних лімфатичних вузлів, висипаннями по типу уртикарної кропивниці.

- **Сироваткова хвороба середньої ваги**
- головний біль
- пітливість
- тахікардія
- гіпотензія
- поліартралгії

- **Сироваткова хвороба середньої ваги**

- нудота і блювота

- температура тіла досягає 38-39 °C і тримається 1-2 тижня

- у крові - помірний лейкоцитоз з тенденцією до лейкопенії з відносним лімфоцитозом і еозинофілією

- ШОЕ підвищена

- у сечі - сліди білка. Тривалість перебігу - до 3 тижнів.

- **Важка форма сироваткової хвороби** підвищення температури тіла на більш тривалий період
- часті рецидиви
- наявністю кореподібної чи геморагічної висипки
- розвиток синовітів і невралгій
- набряк суглобів і їхня хворобливість
- лімфаденопатія
- почастішання пульсу
- падінням кров'яного тиску

- **Важка форма сироваткової хвороби**
- У крові - лейкопенія з відносним лімфоцитозом
- тромбоцитопенія
- збільшення ШОЕ
- зниження згортання.

- Анафілактична форма сироваткової хвороби
- частіше виникає при повторному внутрішньовенному введенні сироватки, причому під час чи ін'єкції відразу після неї



- Анафілактична форма сироваткової хвороби

- Клінічно вона виявляється раптовим оглушенням хворого, падінням кров'яного тиску і підвищенням температури тіла.

- Оглушення змінюється збудженням, з'являються судороги, мимовільний сечопуск і виділення калу, альбумінурія, задишка, ціаноз, може навіть наступити смерть.

- Ускладнення сироваткової хвороби:
- міокардит
- гломерулонефрит
- гепатит
- поліневрит
- енцефаліт

- **Кропивниця** - це реакція міхурного типу (ексудативна, безпорожнинна), що може виникати гостро чи уповільнено.
- Розвиток кропивниці на алергійній основі частіше спостерігається при лікарській, харчовій, інсектицидній, пилковій алергії, при гельмінтній інвазії (аскаридозі, трихоцефалезе, ентеробіозе, трихінельозі, токсокарозе, стронгілоїдозі).

- **Кропивниця** поділяється в залежності від плин у прояві на: 1) гостру; 2) обмежену гостру, чи гігантську (набряк Квінке); 3) хронічну рецидивуючу; 4) сонячну (ультрафіолетову); 5) холодову (кріоглобулінову); 6) контактну (фітодерматит, гусеничний дерматит); 7) пігментну; 8) дитячу.

- **Кропивниця** реагінового типу розвивається на алергійній основі чи на аутоімунній основі
- **Клінічна картина.** Кропивниця виявляється сверблячкою і печінням шкіри на тлі появи пухирів. Висипка може бути розміром з копійчану монету чи у вигляді окремих великих вогнищ, що зливаються, неправильної форми.
- Якщо кропивниця триває більш 3 міс, вона називається хронічною.

- При гігантській кропивниці (**набряку Квінке**) піддаються набряку глибокі відділи шкіри і підшкірної клітковини.
- Ангіоневротичний набряк Квінке, виникаючи на слизових оболонках, може викликати порушення функції різних органів і систем.
- При набряку гортані можливо утруднення дихання аж до асфіксії.
- При локалізації на слизових оболонках інших органів - дизуричні явища, симптоми гострого гастроентериту, непрохідності кишечника.
- Набряк Квінке тримається від декількох

- **Лікування набряку Квінке.**
- 1. Відсторонення від контакту з алергеном .
- 2. Антигістамінні препарати.
- 3. Гіпоаллергенна дієта і дезінтоксикаційна терапія.
- 4. Для поліпшення мікроциркуляції і зниження проникності судинної стінки призначаються аскорбінова кислота і глюконат кальцію.

## ■ Лікування набряку Квінке

- 5. У випадках набряку гортані, абдомінального синдрому підшкірно вводяться 0,5 мл 0,1 % розчину адреналіну і 1 мл 5 % розчину ефедрину
- преднізолон - 30-90 мг чи гідрокортизон - 125 мг внутрівеноно капельно чи в/м.
- При набряках Квінке з локалізацією в області гортані додатково рекомендується дегідратаційна



- Проти свербіння можна рекомендувати місцево в аерозолях аллергоділ, чи гістімет
  - змазування 0,5-1 % розчином ментолу
  - 1 % розчином лимонної кислоти.
- Противозудну дію роблять кортикостероїдні мазі чи креми (елоком), радонові ванни чи гіпнотерапія.

- **ФЕНОМЕН АРТЮСА-САХАРОВА.**

Гіперергічна реакція

імунокомплексного типу при

повторному введенні ( підшкірно чи

в/м) лікарських речовин, що частіше

виявляється місцево на 7-9-й чи день

навіть через 1-2 мес від моменту

введення

- Вона може виявлятися гіперемією шкірних покривів на місці уведення ліків чи утворенням хворобливих інфільтратів, сверблячкою, печінням.

- **Феномен Артюса-Сахарова** на тлі застосовуваних лік може трансформуватись у системне алергійне захворювання, анафілактичний шок
- Подібний феномен може спостерігатися з боку шлунково-кишкового тракту при прийомі вакцин (проти поліомієліту й ін.).
- **Лікування.** Варто скасувати лікарський препарат, призначити антигістамінні препарати, глюконат кальцію, антиоксидантну терапію.

- АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК - стан, що загрожує життю пацієнта.
- На відміну від кардіоваскулярної форми шоку (при інфаркті міокарда, порушеннях серцевого ритму, легеневої емболії) з наявністю гострої недостатності лівого шлуночка при анафілактичному шоці на початковому етапі розвитку переважає гостра судинна недостатність.

- Етіологія. **Анафілактичний шок (АШ)** часто розвивається серед повного здоров'я.
- Однак АШ' може прогнозуватися при наявності алергологічного анамнезу (сенсibiliзації до гаптенів, харчовим речовинам, при укусі перепончатокрилих), алергійних реакцій негайного типу (набряку Квінке, кропивниці), генералізованих алергійних реакцій (сироваткова хвороба, токсидермії)

- **Анафілактичний шок** Клінічна картина. Розвиток АШ можливе протягом декількох чи секунд хвилин після контакту з алергеном.
- Ніж швидше розвивається АШ, тим важче його плин - с швидким падінням артеріального тиску.

- При **легкій формі АШ** відзначається зниження артеріального тиску на 20-30 мм рт. ст.
- При середньому ступені важкості унаслідок різкого падіння артеріального тиску спостерігаються загальне занепокоєння, різкий озноб, холодний липкий піт, серцебиття, аритмія, задишка, епритомний стан
- Важка форма АШ розвивається блискавично з картиною вираженого колапсу, коми, розширенням зіниць, **вимовленим сенсорним дефіцитом**

- **Розрізняються п'ять варіантів АШ:**  
типовий, гемодинамічний,  
асфіктичний, церебральний,  
абдомінальний.



- При типовому варіанті швидко нарастають оглушення (шум, дзенькіт у вухах, запаморочення), поколювання, сверблячка шкірних покривів, почуття жару, утруднене дихання, стискаючі болі в серці, у черевній порожнині з нудотою, блювотою.

- **Асфіктичний варіант** частіше спостерігається на тлі гострої дихальний недостатності при наростаючому ларингобронхоспазмі, набряку гортані в хворих з легеневою патологією. **Абдомінальний варіант** АШ з вираженими приступами у черевній порожнині, нудотою, блювотою, діареєю спостерігається при харчовій алергії, влученні алергенів усередину (з ліками, харчовими речовинами).

- Церебральний варіант АШ з порушенням свідомості, епілептиформними судорогами, симптомами набряку головного мозку частіше супроводжує важкій формі АШ.

## ■ Лікування АШ

- 1. Вилучаються зі шляхів циркуляції речовини-алергени.
- 2. Уводяться речовини, що володіють одночасно вазоконстрикторним, кардіотонічним і бронхолітичним ефектом (адреналін).
- 3. Придушується вивільнення медіаторів ранньої і пізньої фази запалення з забезпеченням замісної терапії (глюкокортикоїди).

## ■ Лікування АШ

- 4. Заповнюється обсяг циркулюючої крові (кровозамінники капельно).

- Первісні заходи: припиняється надходження речовини-алергену в організм - при ужалені перепончатокрилих віддаляється жало комах пінцетом чи нігтем, прикладається міхур з холодною чи водою льодом на місці надходження алергену, накладається джгут чи пов'язка, що давить, проксимальніше місця надхватування отвору / місце на

## ■ Лікування АШ

- хворий укладається на спину в положення Тренделенбурга звільняються верхні дихальні шляхи від слини що затікає, забезпечується вдихання кисню, вводиться адреналін (0,04-0,11 мкг/кг у мін).
- При відсутності вираженого зниження артеріального тиску вводиться підшкірно 0,3-0,5 мл 1 % розчину адреналіну, при різкої гіпотонії вводиться внутрівенно капельно 1 мл 30-1,0% розчину (1000 мкг)

- **Лікування АШ**

- При відсутності часу для готування крапельниці вводиться внутрієнно струєно по 0,2-1 мол з інтервалами 30-60 сек, у залежності від підвищення артеріального тиску, 0,1 % розчину адреналіну (500 мкг), попередньо розведеного в 20 мол ізотонічного розчину натрію хлориду.

## ■ Лікування АШ

- При неможливості внутрішньовенного введення розчин адреналіну вводиться інтратрахеально, внутрікостно чи - при асистолії - внутрісердечно
- Одночасно з введенням адреналіну важким хворим здійснюється інфузія кристаллоїдних колоїдних розчинів для збільшення обсягу циркулюючої крові і глюкортикоидов внутрівенно – в/м (метилпреднізолон у дозі 120-130 мг)



## ■ Лікування АШ

- Якщо на тлі введення адреналіну виникає тахікардія з частотою пульсу більш 120 ударів у чи хвилину неадекватно підвищується артеріальний тиск, необхідно застосування норадреналіна.
- Для корекції метаболічного ацидозу вводиться внутрівенно капельно 250-500 мл 4 % розчину натрію бікарбонату.

## ■ Лікування АШ

- При наявності стійкого бронхоспазму призначаються в інгаляції сальбутамол чи беротек (2 вдихи дозованого аерозоля) чи внутрієнно капельно еуфілін (2,4 % розчин - 5-10 мол).
- При триваючому колапсі вводяться повторно в титрованній формі розчин адреналіну (0,04-0,11 мкг/кг у хв), а також мезатон чи норадреналін і здійснюються заходи щодо боротьби з гіпоксемією

- Для попередження можливої трансформації АШ у різні інші алергійні реакції (еозинофільні інфільтрати, рецидивуючу кропивницю і ін.) продовжується лікування глюкокортикоїдами ентерально, додаються до лікування антигістамінні засоби.