

# Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік Университеті



# ИӨЖ

**Тақырыбы:** Ауыр аллергиялық реакциялар. Дәрілік аллергия.

**Қабылдаған:** Абралиева

Гульзия

**Дайындаған:** Рыскыбаев

Икромжон

**Тобы :** ПҚ-602

**14.05.2018**

# Жоспар

## *I. Кіріспе*

## *II. Негізгі бөлім*

- Есек жем
- Квинке ісігі
- Этологиясы-Патогенез
- клиникалық көрінісі-диагностикасы,
- Жедел көмек көрсету ;
- Стивенс-Джонс синдромы
- Лайелл синдромы

## *IV. Қолданылған әдебиеттер*

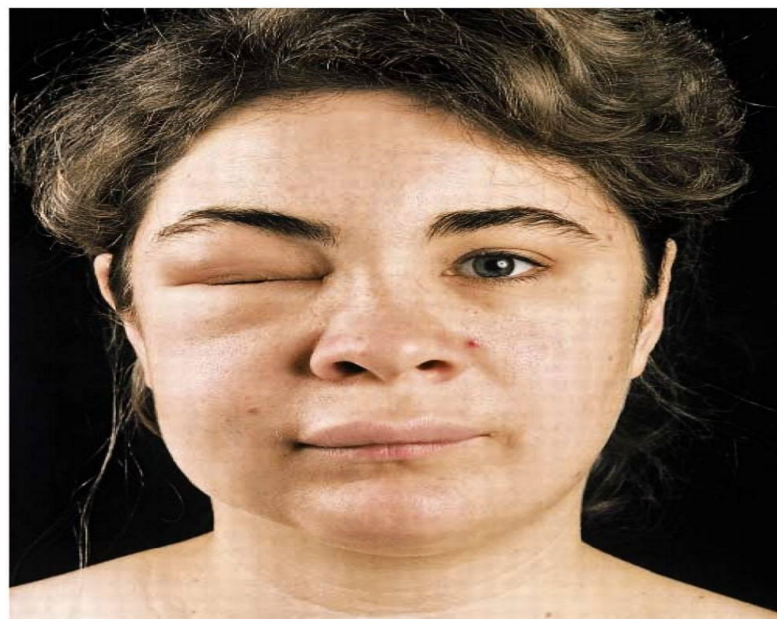


**Есекжем – (лат. Urtica – есекжем) жедел пайда болатын аллергиялық ауру. Бұл ауруға теріде көпіршік тәрізді бөртпелердің пайда болуы тән.**

- **20 – 60 жас аралығында өте жиі кездеседі, әсіресе әйелдер арасында. Балалардың қай жасында фболсын кездеседі.**

**Ангионевротикалық ісік немесе Квинке ісігі көбіне есекжеммен қатар жүреді немесе бөлек дамиды. Дененің барлық жерінде болуы мүмкін. Ісінулер көбінесе ерін, тіл, қабақ, көз, қол-аяқ, жыныс мүшелерінде орналасады.**

- **Ересек жастағы балаларда жиі кездеседі.**



# ЭТИОЛОГИЯ

Есекжем – *полиэтиологиялық ауру.*



# Патогенез

Организмде пайда болған антиденелер дерманың мес клеткасын активтендіреді және организмге аллерген түскенде пайда болған иммунды комплекс мес клеткасын ферментативті процесс арқылы бұзады



Иммунды комплекстен биологиялық белсенді заттар бөлініп шығады (гистамин, серотонин, брадикинин медиаторлар).



Гистамин әсерінен қан тамыр қабырғасының өткізгіштігі жоғарылайды, капилляр артериолалар кеңейеді.

Дерманың емізік тәрізді қабатында және эпидермистің мальпигиев қабатында шектелген ісіну пайда болады да, уртикаторлы бөртпе шығуффына алып келеді



# Клиникалық көрінісі

Есекжем кезінде көп мөлшерде жедел пайда болатын тері бетінде шығып тұратын көпіршік тәрізді бөртпелер пайда болады. Олар әдетте симметриялы орналасып, түсі қызыл, ашық қызыл, ақ болуы мүмкін. Ол көпіршіктердің пішіні әр түрлі және көлемдері де майда болады. Тым үлкен көлемді жерлер көпіршіктердің қосылып кетуінен болады.

Көпіршікті бөртпелердің шекаралары жақсы көрінеді. Консистенциясы тығыз және жедел қышыма күйік тәрізді сезім береді.

Кейбір жағдайларда ауруда қызба, дене температурасының жоғарылауы, жалпы аурушылдық сезімі болуы мүмкін.



# Жіктелуі

- **Ауру ұзақтығы бойынша:**

- Жедел
- Созылмалы

- **Патогенетикалық классификациясы:**

Иммунологиялық есекжем

- аллергиялық (тағамдық, дәрілік, шағудың әсерінен болған, трансфузиондық реакциялар).

Анафилактоидтық есекжем

- жалған аллергиялық ( тағамдық, дәрілік)

Физикалық жүктемелік есекжем

- дермаграфиялық
- қысымның, дірілдің, күннің әсерінен, холинергияның, жылудың, суықтың әсерінен шақырылған түрлері.
- пигменттік есекжем. Дірілдік тұқымқуалаушылық есекжем.

# Диагностикасы

1. Міндетті лабораторлық зерттеулері:

- Клиникалық қан анализі
- ЖЗА
- ҚБА ( Жалпы белок, жалпы биллирубин және тікелей, Алт,Аст, қандағы глюкоза)
- Копрограмма
- RW, Вич
- Ревмопробы (АНФ,АТ ДНК-ға, криоприципитиндер)
- паразитологиялық тексерістер
- Бактериологиялық егулер Фаунаға
- Нәжісті бактериологиялық зерттеу



# Диагностика

- Аллергиялық зерттеулер:
  - Аллергологиялық, фармакологиялық, тағамдық анамнез
  - Prick – тест және атопиялық аллергиямен терілік скарификациялық тесттер және инфекциялық аллергиямен терішілік тесттер.
  - Тесттер: суықтық (Дункан-тест), жылулық, жгутпен.
  - Аллергометриялық гистаминмен титрлеу, ацетилхолинмен.

# Емі

- **Диетотерапия**

1-ші саты: жекеше диетаның жасалуы;

2-ші саты: диетаның қатаң түрде сақталуы;

3-ші саты: диетаның кеңейтілуі.

- **Антигистаминді терапия. Тәулігіне 0,002-0,05г.**

- Тавегил

- Кларитин

- гисманал

Емдеу курсы 7 – 10 күннен аспауы керек.

- Антилебаратор- мембранатұрақтандырушы препараттар. Оларға кетотифен ( задифен, кетасма) препараттары жатады.

- Гистаглобулин препараттары.

- Кортикостероидтар беру.

- **Иммунотерапия.**

# Жедел көмек

- Аллергеннің ағзаға түсуін тоқтату.
- Аллергияға қарсы терапия (антигистаминді препараттар немесе глюкокортикостероидтар)
- Преднизалон көктамырға ересектерге – 60-150мг, балаларға 2мг/кг

# КВИНКЕ ІСІНУІ

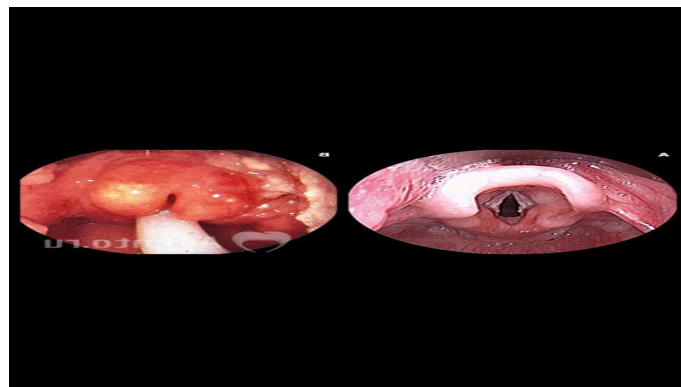
Квинке ісінуі (ангионевротикалық ісінуі, гиганттық есекжем) - әр түрлі биологиялық және химиялық факторлардың әсеріне ағзаның реакциясы, көбінесе аллергиялық түрде болады. Неміс дәрігері Генрих Квинке атымен байланысты, ол алғаш 1882 жылы сипаттап кеткен. Жедел аяқ астынан басталатын дененің бөліктенген ісігі, немесе тері асты ісігі не шырышты қабықтардағы кездесетін ауру болып табылады. Дененің барлық жерінде кездесуі мүмкін. Ісінулер көбіне, ерін, тіл, көз, қол-аяқ, жыныс мүшелерінде орналасады, бірақ ісіну орын ауыстыруы мүмкін. Жиі кездесетін патологиялық түрі ол ми қабықтарының ісігі, жатырдың шырышты қабаттары, және зәр шығару жүйесінің, қуықтың шырышты қабаттары сонымен қоса буынның синовиальды қабықтарын зақымдайтын түрі бар.

# Клиникалық көрінісі;



Жедел басталуымен және спонтанды түрде өтуімен, терінің, тері асты қабатының және/немесе шырышты қабаттардың жергілікті ісінуімен сипатталады. Бет тінінің, білезік сыртқы бетінің және табанының ісінуі жиі байқалады. Ісіну аймағындағы тері әдетте боз немесе бозғылт-қызғылтым келеді, көп жағдайда қышу сезімі болмайды. Жергілікті өзгерістер бірнеше сағат немесе күн сақталады да кейін ізсіз кетіп қалады.

Ең қауіптісі болып көмекейдің ісінуі табылады. Бұл 20-25% жағдайда кездеседі. Науқаста кенеттен мазасыздық, бетінің бозаруы немесе көгеруі, тыныстың қиындауы дамиды, кейде қан қақыру болады. Ауыз қуысын қараған кезде жұмсақ таңдайдың, тілшіктің және таңдай бадамшаларының ісінуі көрінеді, ларингоскопия кезінде көмекей үсті және көмекейдің шырышты қабатының ісінуі тіркеледі. Осы жағдай 3-5 минуттан 20-30 минутқа дейін созылады және біртіндеп кетеді, ұзағырақ дауыс қарлығыуы сақталады. Алайда ісінудің өсуі немесе кеңірдектің шырышты қабатына таралуы болуы мүмкін, осы кезде науқас жағдайы нашарлап асфиксиядан летальды нәтиже қаупі бар.





Асқазан ішек жолының шырышты қабатының ісінуі іштегі күрт ауру сезімімен, құсумен және іш өтуімен жүреді. Терінің және көзге көрінетін шырышты қабаттардың өзгерісінің болмауы дер кезіндегі диагностиканы қиындатады.



# Диагностикасы

Квинке ісінуі диагнозы клиникалық көрінісіне, аллергиялық анамнезіне, аурудың жылдам дамуына, адреналин және антигистаминдік препараттардың жақсы әсеріне, әртүрлі иммунологиялық реакциялар көмегімен арнайы сенсбилизацияны анықтау арқылы негізделеді. Барлық науқастарда ісіктің түсін, көлемін, температурасын, тығыздығын бағалаймыз. Сонымен қатар, лимфаденопатия, спленомегалия, артропатия барма мән береміз, және науқастың көмей мен жұтқыншағын қарап тексереміз. Лабораториялық диагностикада С1 ингибитормен комплимент жүйенің компоненттерінің белсенділігін анықтаймыз.

# Емі

Ол аурудың периоды мен этиологиялық себебіне байланысты жеке және сатылы болуы мүмкін:

1. Аллерген элиминациясы, яғни аллергияның аластануы.
2. Жеке диетотерапия тәсілі. Бұл тәсілдің негізінде аурудың тағамдарының құрамындағы барлық аллергиялық қасиеті бар тағамдарды алып тастау. Бұл тәсіл үш сатыдан тұрады:
  - жеке диетаның жасалуы;
  - диетаның қатаң түрде сақталуы;
  - диетаның кеңейтілуі;
3. Емдеу процесіне антигистаминдік препараттарды енгізу жатады.

Олар тіндердің гистамин рецепторларын қоршайды да, аллергиялық процестің патофизиологиялық сатысын тежейді. Тәулігіне 0,002-0,05 г. тағайындайды. Қазіргі кезде мұндай препараттар көп. Кейінгі кезде шыққан препараттардың әсері ұзақ, седативтілігі төмен, жағымсыз әсері жоқ деуге болады. Оларға кестин, зиртек, тавегил, кларитин, гисманал, гисталонг жатады. Емдеу курсы 7-10 күннен аспау керек.

Сонымен қатар, антилибератор, мембрана тұрақтандырушы препараттар қолданған жөн. Олардың әсері клеткалық мембрананы тұрақтандыру, фосфодиэстеразаның тежеуіне әсер етеді. Олар Ц-АМФ метаболиздейді де мес клеткасының деструкциясын шақырады. Оларға кетотифен, задифен, кетасма препараттары жатады.



# Пайдаланылған әдебиеттер

1. Б.Н. Айтбембет “Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы” Алматы – 2007 ж. (25-32с.)
2. Қ.А. Жаманқұлов “Ішкі аурулар пропедевтикасы” Ақтөбе – 1992 ж. (256-261с.)
3. Қ.М.Тұрланов “Жедел медициналық жәрдем” 2-басылым, Алматы,2011ж (127-134б.)
4. А.Л.Верткин Скорая помощь: руководство для фельдшеров и медсестер (96-102с.)
5. *Патологическая физиология. Под редакцией проф. Н.Н. Зайко и проф. Ю.В.Быця. Москва 2004 г.(112-121с.)*
6. *ҚР денсаулық сақтау министірілігінің протоколы Н-Т-001*

***НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА***

***РАХМЕТ!!!***

**Синдром Стивенса – Джонсона** относится к тяжелым системным аллергическим реакциям замедленного типа и представляет собой тяжелую форму буллезной многоформной эксудативной эритемы, сопровождающейся отслойкой эпидермиса на площади до **10%** поверхности тела, с поражением слизистых оболочек.





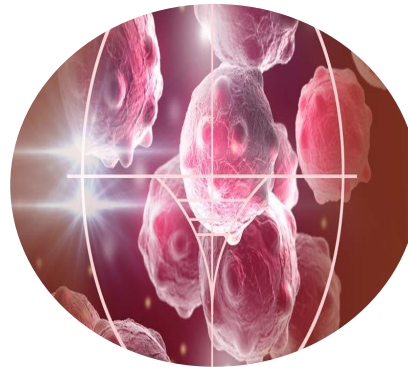
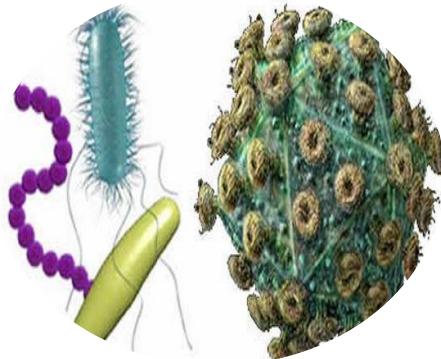
## Эпидемиология

- ✓ **2–7** случаев на **1 000 000** населения в год
- ✓ чаще наблюдается в возрасте **20–40** лет
- ✓ Мужчины заболевают в **2** раза чаще женщин
- ✓ Чем старше возраст пациента, чем серьезнее сопутствующее заболевание и чем обширнее поражение кожи, тем хуже прогноз
- ✓ Смертность составляет от **5-12%**.

# Этиология

Причины развития подразделяют на **4** категории:

- 1.** Лекарственные средства.
- 2.** Инфекционные агенты.
- 3.** Онкологические заболевания.
- 4.** Идиопатический синдром С-Д.



# Клиникалық белгілері

- Дене қызуының шұғыл көтеріліуі, буындары сыздап, тамақтың қатты жұтқызбай ауруы және сілекейдің көп бөлінуі



- Кеуде, иық, тізе және алақан терісінде дақты бөртпелер, папулалар, везикулалар, кулбіреуік бөрткендер



Қабықшалар



- Пигменттелген дақтар



а



б



в



г

**Рис. 1. Симметричные высыпания на ягодицах и бедрах (а), половых органах (б), лице (в), слизистых оболочках ротовой полости и глаз (г)**



- Ауыз, жұтқыншақ, көмей, кеңірдек кілегей қабық беттерінде кулбіреуік және көпіршік бөрткендер
- Үлкен көлемді қанағыш эрозия ошағы
- Ақшыл-сұр түсті өліетті қақ, ақшыл-сары түсті қабықшалар

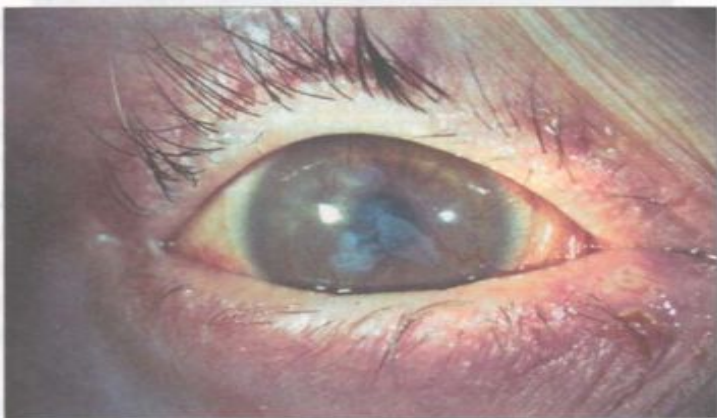


Рис. 17. Васкуляризированное помутнение роговицы при синдроме (Всеобщее наблюдение)  [www.zreni.ru](http://www.zreni.ru)

# Стивенс-Джонс синдромы

- Аурухана жағдайында емдеу қажет
- Преднизолон үлкен мөлшерін – 60-80 мг
- Уытсыздандырушы дәрілер – көктамырға реополиглюкин, гемодез, физиологиялық ертінді, глюкозаның 5% ертіндісі

# Токсико-аллергиялық түрі

- Дәрі-аллергенді анықтап және оны қабылдауды тоқтату
- Емді жоғарыда көрсетілгендей жарақаттың ауырлығына байланысты

Жергілікті емнің мақсаты

- Ауру сезімін азайту.
- Қабыну үрдісін тежеу.
- Екіншілік инфекция қосылуының алдын алу
- Жаралы ошақтардың жазылуын тездету



# Жергілікті емі:

- **Жансыздандыру** - жергілікті анестетиктерді бастырма ретінде немесе ауызды булау үшін (тримекаинның 2-3%, лидокаинның 2%, пиромекаинның 2% ертінділері), аэрозольды препараттар – Xylostesin-spray, Lidocain-sprey, Anaesthesin-spray.
- Ауыз қуысының **антисептикалық өндеу** (0,25-0,5%  $H_2O_2$ , хлоргексидинның 0,06% ертіндісі, хлораминның 0,25% ертіндісі, 0,02% фурациллин ертіндісі).

# Тері бетінде

- Жалқықты бөрткендерді кортикостероидты және мырышты жақпалармен өңдеу
- Құрғақ бөрткендерді өңдеудің қажеті жоқ
- Дақта бөрткендер аймағында қатты қышу, ысыпкүю сезімдер мазаласа – 2% салицил спиртімен, Кастеллани сұйығымен өңдеу
- Көздің кілегейлі қабығын – 0,5% гидрокортизон немесе преднизолон жақпасымен, 0,1% дексаметазон ертіндісімен өңдеу.
- Физиотерапиялық шараларды жүргізу (УФО, озон, ИГНЛ, БИОПТРОН).

Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз) – острая, тяжелая, токсико – аллергическая реакция кожи на медикаментозный агент, которая проявляется массивной отслойкой эпидермиса, обусловленной апоптозом кератиноцитов, протекающая с вовлечением слизистых оболочек, с потенциально возможным летальным исходом

# Эпидемиология

- \*Заболеваемость составляет от 0,4 до 6 случаев на 100 000 населения
- \*Чаще встречается у женщин (женщины: мужчины = 1,5:1).
- \*Прямой зависимости риска заболевания от возраста не выявлено. Группой риска считаются пациенты, ранее перенесшие синдром Лайелла, особенно в детском возрасте.



# ЭТИОЛОГИЯ

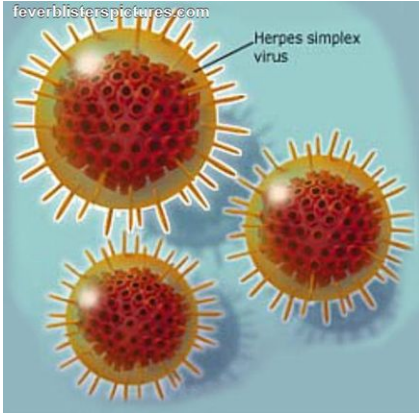
1



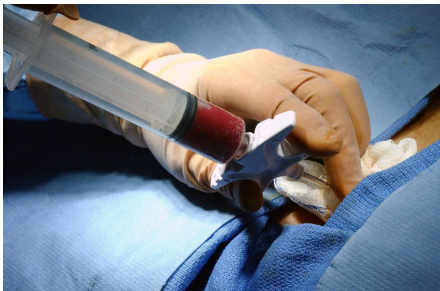
2



3



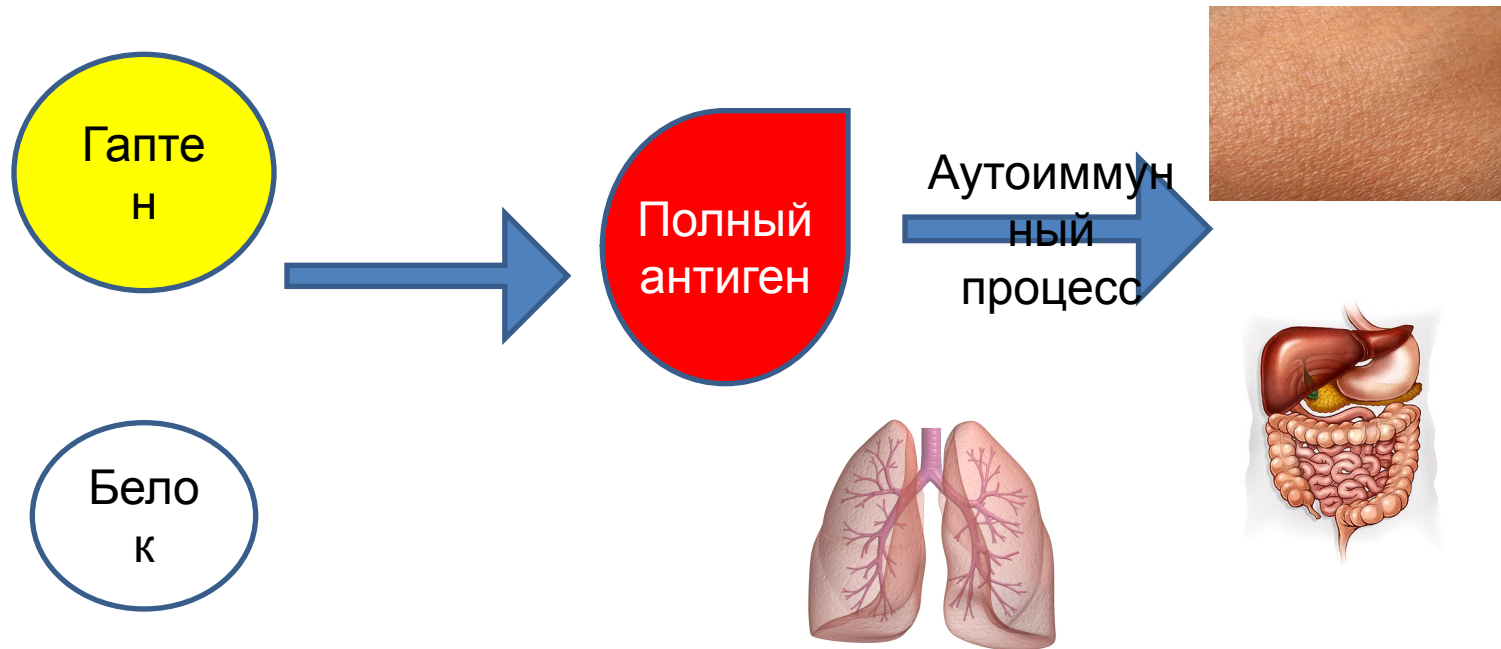
4



5



# Патогенез





Острое начало,  
стремительное  
нарастание  
СИМПТОМОВ

Лихорадка

Синдром  
интоксикации

Клинические  
проявления

оболочек  
-СИМПТОМ  
«смоченного  
белья»  
-симптом  
«перчаток и  
носков»  
-Эрозии

Присоедине  
ние  
Вторичной  
инфекции

Дегидратация  
Жажда  
Сгущение крови  
Почечная  
недостаточность

## Симптоматикалық ем

- Уыттануын азайту
- Десенсибилизациялану
- Жалпы жағдайды жақсарту
- Ауыздағы жарақат ошағының жазылуының тездету

# Жеңіл дәрежесі

## Жалпылай ем

- натрий салицилат 0,5-1,0 г. Тәулігіне 4 рет
- Антигистаминдік дәрілер – супрастин, фенкарол 0,025 г тәулігіне 3 рет
- В тобындағы витамин жиынтығы – аскорбин қышқылы
- Этакридин лактат – 0,05 г тәулігіне 3 рет, 10-20 күндей
- Левамизол – тәулігіне 150 г, бір аптада екі күн қатарынан, 5 күндік үзіліспен 2 ай

# Орта дәрежесі

- Жоғарыда аталған дәрілер
- Натрий тиосульфат 30% ертіндісі 10 мл көктамырға күніне 1 рет (барлығы 8-10 инъекция)
- Гемодез 200 мл күніне 1 рет

## Ауыр дәрежесі (инфекциялы-аллергиялық түрі)

- Кең спектрлі антибиотиктер
- Преднизолон күніне 20-30 мг, 5-7 күннен кейін 2-3 күнде 1-5 мг-ға азайтады
- Антигистаминдік дәрілер
- Натрий тиосульфат 30 % ертіндісін
- Гемодез
- Витаминдер
- Саңырауқұлаққа қарсы дәрілер