

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

Кафедра : Аллергология

С Ө Ж

Тақырыбы : КВИНКЕ ІСІНУІ

Факультет: Жалпы медицина

Топ: 51-2

Орындаған: Ермахан Ф.

Тексерген: Ахметова Г.Ж.

Алматы 2015жыл

Жоспары;

1.Кіріспе

2.Негізгі бөлім

А) Этиологиясы;

Ә) Клиникалық көрінісі;

Б) Диагностикасы;

В) Емі;

3.Қорытынды

4.Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

КВИНКЕ ІСІНУІ

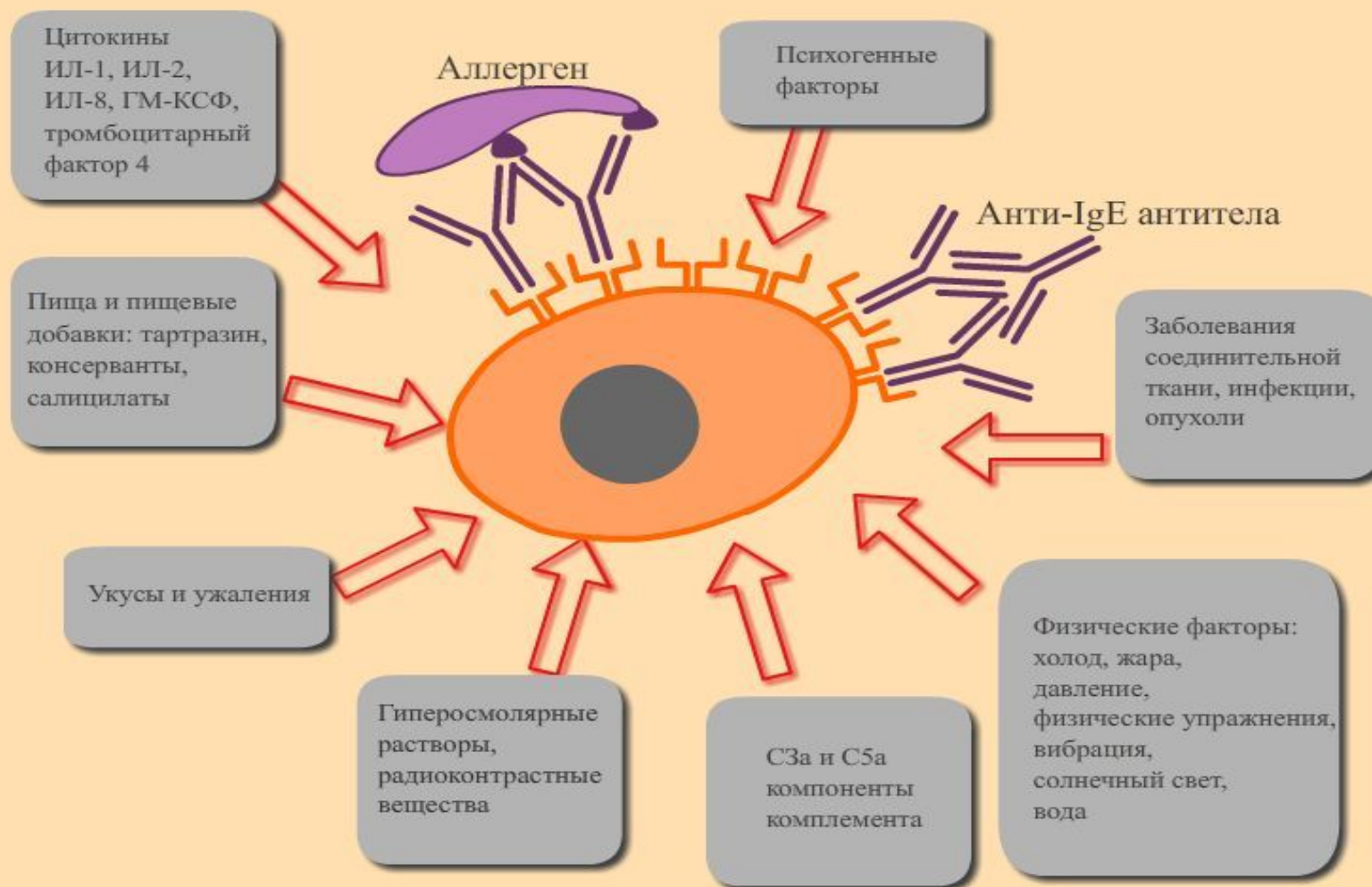
Квинке ісінуі (ангионевротикалық ісінуі, гиганттық есекжем) - әр түрлі биологиялық және химиялық факторлардың әсеріне ағзаның реакциясы, көбінесе аллергиялық түрде болады. Неміс дәрігері Генрих Квинке атымен байланысты, ол алғаш 1882 жылы сипаттап кеткен. Жедел аяқ астынан басталатын дененің бөліктенген 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 кабаттары, және зәр шығару жүйесінің, қуықтың шырышты кабаттары сонымен қоса буынның синовиальды қабықтарын зақымдайтын түрі бар.

Бұл сондай әр түрлі факторлардың әсерінен шектелген тері және тері асты шелмай қабатының (май тіні тек тері асты шелмай қабатында ғана емес, сонымен қатар ішкі ағзалардың борпылдақ дәнекер тінінде де болады) ісінуі болатын жағдай. Көбіне бұл үлкендерде болады. Ал балаларда аз — 2% кездеседі. Бірақ бұл жағдай кез келген жаста, тіпті емшектегі балаларда да болуы мүмкін, әсіресе әйел адамдарда дамиды



Квинке ісінуінің аллергиялық және псевдоаллергиялық (тұқым қуалайтын) түрлерін ажыратады. Аллергиялық Квинке ісінуі көбінесе есекжеммен қатар келеді. Квинке ісінуі бар науқастарда басқа да аллергиялық аурулар түрі кездеседі: бронхиалды демікпе, поллиноз және т.б. Аллергиялық квинке ісінуі себептері мен даму механизмі аллергиялық есекжемдегідей. Ал псевдоаллергиялық түрінде комплемент жүйесінің белсенуінің, кинин тәрізді пептид түзілуінің генетикалық тұрғыдан бұзылуымен жүретін ісіну болады. Псевдоаллергиялық ісінудің себебі аздаған физикалық, термиялық немесе химиялық әсерлер болуы мүмкін.

Патогенезі;

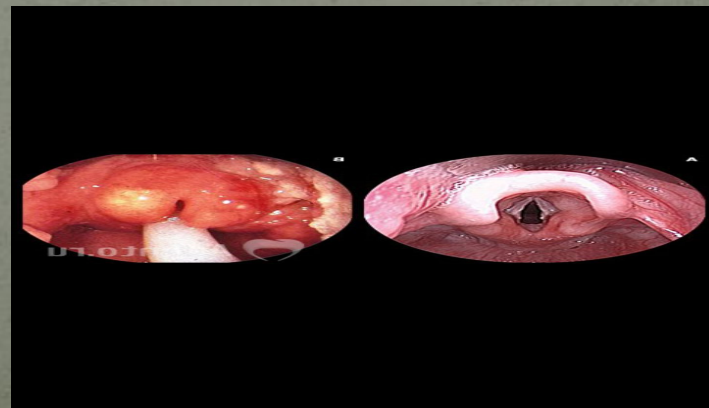


Клиникалық көрінісі;



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 C1 ингибитормен комплимент жүйенің компоненттерінің белсенділігін анықтаймыз.

Қосымша тексеру әдістері

- Сарысу белоктарын зерттеу;
- Криоглобулин деңгейін анықтау;
- Тиреотропты гормон деңгейін анықтау;
- Тері биопсиясы;
- Лимфа түйіндерінің биопсиясы;
- Іш қуысының биопсиясы;
- Оториноларинголог дәрігерінің кеңесі;
- Уролог дәрігерінің кеңесі;
- Кеуде қуысының рентгендік зерттеуі.

Емі

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

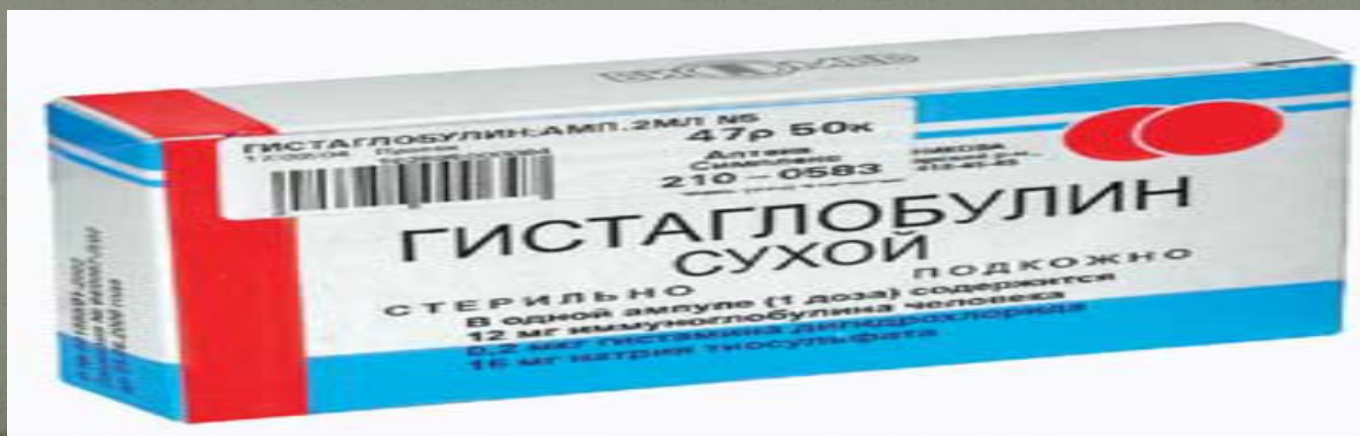
1. Аллерген элиминациясы, яғни аллергияның аластануы.
2. Жеке диетотерапия тәсілі. Бұл тәсілдің негізінде аурудың тағамдарының құрамындағы барлық аллергиялық қасиеті бар тағамдарды алып тастау. Бұл тәсіл үш сатыдан тұрады:
 - жеке диетаның жасалуы;
 - диетаның қатаң түрде сақталуы;
 - диетаның кеңейтілуі;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



Сонымен қатар, гистаглобулин препараттары қолданады. Бұл қосарланған препарат, 1 мг. сұйықтықта 0,1 мкг. Гистамин, 0,6мг. Адам гамма-глобулинi және физ.ерiтiндiден тұрады. Құрамына кiрген гистамин H2-рецепторларына әсер етiп ц-АМФ синтезiн клеткада аденилатциклаза арқылы ұлғайтады. Ал ол аллергиялық медиаторлардың шығуын тежейдi. Т-супрессорлардың қызметiн белсендетiп, лимфокиннен IgE шығуын тежейдi. Гистаглобулиндi аурудың ремиссиясы кезiнде курспен(5-10) терi астына кесте бойынша енгiземiз.



Есекжем мен Квинке ісінуінің генерализацияланған түрлерінде кортикостероидтарды беруге болады. Олар гистамин, серотин түзілуін тежейді, кинин жүйесінің белсенділігін азайтады, H₂-адренорецепторларды стимуляциялайды, ал ол клетка мембранасын тұрақтандырады және де олар гиалуронидаза белсенділігін басып, қантамыр өткізгіштігін төмендетіп, ісік пен бөртпенің пайда болуын тежейді.

Келесі этап арнайы иммунотерапияның жүргізілуі. Олар иммунды жүйеге арнайы гипосенсибилизация арқылы әсер етіп, клеткадан тыс циклды нуклеотидтердің әсерін қалпына келтіреді, энергетикалық және белокты алмасуын метаболиздейді; этиологиялық аллергенмен медиаторлық аллергеннің сезімталдығын төмендетеді. АИТ тек ремиссия кезінде өршуден кейін 2-3 апта өткен соң, инфекция ошақтарын толық жойғаннан кейін ғана жүргізіледі.



Көмекей ісінуі бар науқас жедел интенсивті терапия бөлімшесіне немесе реанимацияға госпитализациялауды қажет етеді. Оған ылғандандырылған оттегімен тыныс алуды қамтамасыз ету керек, диуретиктер енгізу: фуросемид (т/і немесе б.е. 1% ерітінді 1-2 мл), 15% маннит ерітіндісі (т/і жайлап енгізу немесе 1-1,5 г/кг дене салмағына есептеп тамшылатып), 30% мочеви́на ерітіндісін (т/і тамшылатып 0,5-1,5 г/кг дене салмағына) және т.б.; аскорбин қышқылын, кальций препараттарын енгізу.

Жағдайы одан ары нашарлаған жағдайда жедел трахеостомия көрсетілген. Патологиялық үрдіс асқазан ішек жолында, ми қабықтарында орналасқанда антигистаминдік препараттарды және диуретиктерді енгізу керек. Псевдоаллергиялық Квинке ісінуінде Z-аминокапрон қышқылын ішке (2,5-5 г) немесе т/і (2-5 г 20 мл 40% глюкоза ерітіндісі), контрикал (30000 ЕД 300 мл натрий хлориді изотониялық ерітіндісін тамшылатып), плазма құю көрсетілген. Болжамы, сәйкесінше, жақсы.

Қорытынды;

Қорыта келгенде, Квинке ісінуін басқа аллергиялық реакциялармен салыстыруға болмайды. Бұл жағдай дер кезіндегі диагнозды және жедел көмекті қажет етеді. Профилактикасы қатаң түрде элиминациялық диетаны сақтауға және спецификалық аллергенмен байланысқа түсуінің алдын алуға, созылмалы инфекциялық ошақты емдеуге, антигистаминді препараттарды периодты түрде (әсіресе тозаңға аллергия кезінде өсімдіктердің гүлдеуі кезеңінде) қолдануға негізделеді.

Пайдаланылған әдебиеттер;

1. Қ.М Тұрланов “Жедел медициналық жәрдем” 2004ж;
2. Богнегко “Руководство по скорой помощи” ГОЭТАР,2007 жыл;
3. Әділман Нұрмұхамбетұлы “Клиникалық патофизиология” , 2010 ж.
4. <http://www.medinfo.ru/sovety/allerg/02.phtml>
5. http://www.immun.ru/main/otek_Kvinke

НАЗАРЛАРЫҢЫЗГА РАХМЕТ!!!

