

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік Медицина Университеті

# Балалардағы дермо- респираторлық синдром

Орындаған: Баймұратова Гүлзат 728топ

Тексерген: Алтаева А.М.

# Жоспары:

- I. Кіріспе
- II. Негізгі бөлім:
  1. ДРС этио-патогенезі;
  2. ДРС клиникалық көрінісі;
  3. ДРС диагностика және емі.
- III. Қорытынды

# АНЫҚТАМАСЫ

Дермо-респираторлы синдром атопиялық дерматитпен и бронхиальды астма бірігуімен көрініс табады , бірақ кейде респираторлы компонент аллергиялық ринитпен, рецидивлеуші ларинготрахеитпен, жоғары тыныс жолдарының аллергиялық генезінің жедел стенозымен, аллергиялық бронхитпен, экзогенді аллергиялық альвеолитпен көрінуі мүмкін. Атопиялық дерматит терінің аллергиялық зақымдануы есекжем және Квинке ісігі түрінде болады.

ДРС кезінде тері мен тыныс жүйесінен басқа АІЖ зақымдануы, нерв жүйесі және зәр шығару жүйесі жағынан өзгерістер болуы мүмкін.

## Тағамдық аллергияның этиологиялық факторлары (аллергизирлеуші белсенділіктің дәрежесіне байланысты)

Жоғарғы	Ортаңғы	Әлсіз
Коровье молоко, рыба, яйцо, куриное мясо, клубника, малина, земляника, черная смородина, ежевика, виноград, ананасы, дыня, хурма, гранаты, цитрусовые, шоколад, кофе, какао, орехи, мед, грибы, горчица, томаты, морковь, свекла, сельдерей, пшеница, рожь	Свинина, индейка, кролик, картофель, горох, персики, абрикосы, красная смородина, бананы, перец зеленый, кукуруза, греча, клюква, рис.	Конина, баранина (нежирные сорта), кабачки, патиссоны, репа, тыква (светлых тонов), яблоки зеленой и желтой окраски, белая черешня, белая смородина, крыжовник, слива, арбуз, миндаль, зеленый огурец.

## Тағам өнімдері, 1 жасқа дейінгі балалардың этиологиялық негіздері

Тағам	Аллерген (антиген)	Кездесу жиілігі (%)
Сыыр сүті	Казеин, Бычий сывороточный альбумин b-лактоглобулин, a-лактоальбумин.	79-89
Жұмыртқа	Овальбумин Овомукоид	65-70
Дәндер	Глютен, Гордеин	30-40
Соя	S-белок	20-25
Балық	M-паральбумин	90-100
Көкеністер және жемістер қызыл, сарғыш түсті.	Гаптены	40-45

# Патогенез

- ▶ Аллергендерге қарсы сезімталдықтың жоғарылауы аллергияға әкелсе, иммундық реакциялар торшаларды, ұлпаларды зақымдайды. Аллергияның дамуы иммунитеттің бұзылуымен немесе төмендеуімен жүреді.
- ▶ Эозинофилдер ағзаға үлкен гельминттерден құтылуға көмектеседі. Протоплазмада – катионды белоктар және периоксидаза, ал гранулаларда – арилсульфатаза В, фосфолитаза Д және аллергияға қарсы әсері бар гистоаминаза орналасқан. Белсенген эозинофилдер көп лейкотриен 4 шығарады.
- ▶ Эозинофилдердің үстінде иммуноглобулиндердің G және E класының Fc – бөлігіне және белсенген С3в-ға рецепторы болады. Эозинофилдер өзінің С3в рецепторымен гельминттерге байланысып, өзінің белсенді заттарын шығарып гельминттерді зақымдайды. Эозинофилдердің хемотаксис, фагоцитоз жүргізетін белсенді оттегі шығаратын қабілеті бар.
- ▶ Шеткері қанда базофилдер, ұлпада мес торшалары бір тұқымдас торшалар. Ұлпа базофилдері қан тамырларының маңына орналасқан. Мес торшалары әсіресе теріде және өкпеде көп. Бұл екі торшалардың гранулалары гистаминнің депосы, гистамин гепаринмен байланысқан. Олардан басқа онда серотонин және баяу реакция беретін зат-анафилаксин және нейтрофилдер хемотаксисы бар. Бұл екі торшаларда хемотаксис және фагоцитоз жүргізе алады. Бұлардың үстінде IgE-нің Fc-бөлігіне күшті аффинді рецепторлары бар. Ағзада пайда болған IgE бұлармен байланысады да антиген кездескенде оныменде қосылады. Сөйтіп базофилдік торшаларының мембранасының үстінде антиген-антидене реакциясы жүріп гранулалардың биологиялық белсенді заттары белсеніп торша сыртына бөлініп төгіледі (дегрануляция реакциясы). Сонымен гиперсезімталдықтың жедел жүретін реакциясы жүреді. Ұлпа базофилдерінің дегрануляциясының салдарынан ұлпа-тамыр өткізушілігі көбейіп, қанның сұйығы қан айналымынан шығып тері қызарып ісінеді, қышып ауырады. Ұлпа базофилдері қан үю үрдісін бөгеп, фибринолизге, калликрекинин жүйесін және арнайы фактор тромбоциттерді белсендіреді.

- ▶ Тромбоциттерді белсендіретін фактор жедел жүретін аллергиялық реакцияның медиаторларына жатады. Бұл факторды базофилдер, нейтрофилдер, эозинофилдер, макрофагтар және өкпе тамырларының эндотелиалды торшалары шығарады. Тромбоциттердің агрегациясын дамытып серотонин босанып шығады. Арахидон қышқылының метаболиттері де (тромбаксин В2) тромбоциттердің агрегациясын береді. Тромбоциттердің белсенуі аллергиялық реакцияның және иммундық қабынудың маңызды компоненті болып саналады.
- ▶ Иммуноглобулин Е — молекуласы 200 000 Дальтон, ұлпада, шырышты қабықшаларда, теріде жиналады да мес, базофил, эозинофилдер торшаларымен бірігіп аллергиялық қабыну береді. Бұл торшаларда дегрануляция жүріп, антигендерді денеден шығарып жібереді. Иммуноглобулин Е-нің концентрациясы қан сарысуында 0,25 мг/л, ал атопиялық ауруларда 10-100 есе көбейеді. Жартылай ыдырауы 2-3 күн.
- ▶ Иммуноглобулин Е-нің өнімінің тұқымқуалаушылыққа байланысы бар. Аллергиялық ауруларға бейімділігі бар кісілерде IgE-нің деңгейі жоғары. Нәрестелерде IgE орта жастағы кісілердің көрсеткіштерінің 10 пайызындай ғана. Иммуноглобулин Е комплементпен байланыспайды, жатыр арқылы өтпейді, ұлпа базофилдерімен және басқа «қабыну дамытатын» торшалардың Fc-рецепторларымен өте тез және берік байланысады. IgE мен қосылған антиген базофилдік торшаларының үстіне орналасып олардың дегрануляциясын дамытып биологиялық белсенді заттар торша аралық кеңістікке төгіліп аллергиялық қабыну пайда болады. Иммуноглобулин Е шырышты қабықтағы антигендерді байланыстыруға қатысады.

- ▶ Иммуноглобулин Е-ны көк бауырдың, бадамша бездің, тыныс алу және асқорыту жолдарының плазмалық торшалары өндіреді. Ұрық IgE –ні ерте шығарады. Иммуноглобулин Е гельминттерден қорғануға қатысады.
- ▶ Шырышты қабықта IgA-ның қорғанысын бұзған патогендерді ұлпа базофильдерінің үстіндегі арнайы IgE байланыстырып, биологиялық белсенді заттар шығып қабыну дамуымен хемотаксиспен сол жерге басқа қорғаныс факторларын (торшалық, гуморалдық, IgG, комплемент, нейтрофилдер, эозинофилдер, т.б.) жинауы келесі қорғаныс этапы болып саналады.
- ▶ Эозинофилдер – дені сау адамдардың қан айналымында  $0,12—0,3 \times 10^9$ /л. Дін торшаларынан шығып, 3—4 тәулікте жетіледі. Жетілгеннен кейін тағы да 3—4 күн сүйек миында қалып, торшалардың қозғалу қабілеті пайда болады.
- ▶ Қанда эозинофилдер орта есеппен 10 сағат болып, ұлпаға өтіп кетеді. Ұлпада эозинофилдер диффузды қоныстанады да 48 сағат өткенде дегрануляцияға шалығып өледі. Эозинофилдер қабынудың қан тамырларының инфильтрациялы фазасын реттейді. Эозинофилдер қабыну ошағында аллергиялық реакцияларын шектейтін ферменттер бөліп шығарады.
- ▶ Эозинофилдердің гельминтозда фагоцитоз жүргізетін қабілеті бар.
- ▶ Базофилдер – қанда барлығы  $0,025—0,055 \times 10^9$ /л. Базофилдер эозинофилдермен бірге дін торшаларынан шығады. Базофилдер шығатын торшалардан мес торшалары да түзіледі. Жетілген базофилдің дифференциясы 1,5—5 тәулік. Жетілген базофилдер қан айналымына түседі. Оның жарты өмірі 6 сағат. Әрі қарай базофил ұлпаға өтіп, 1—2 тәуліктен кейін өледі.
- ▶ Базофилдер мес торшалары сияқты гистамин, гепарин, серотонин бөліп антигеннің айналысында қабыну ошағында эксудативтік фазасын дамытады.



# Клиникалық көрінісі





# Клиникалық көрінісі

ДРС 4 клиникалық варианты бар:

- ▶ Атопиялық дерматиттің өршуі, респираторлы компоненттің ремиссиясы.
- ▶ Респираторлы компоненттің өршуі және АД ремиссиясы.
- ▶ Респираторлы компоненттің және АД ремиссиясы.
- ▶ Респираторлы компонент пен АД бір мезгілде өршуі

# Диагностика

- ▶ ДРС кезіндегі патогенетикалық және клиникалық көрінісіне байланысты болады.
- ▶ Аллергиялық ауруларда сол аллергия тобын анықтау шаралары. Клиникалық, лабораторно-инструментальды және арнайы иммунологиялық әдістер қолданады.
- ▶ Клиникалық әдіске аллергияanamнез және науқастарды карау. Аллергиялық ауруларда 80-90% аллергияanamнезге байланысты.
- ▶ Науқас баланы клиникалық карауда аллергиядерматоз және респираторлы жолдың зақымдануын анықтау керек. Сонымен қатар, жалпы симптомдар (интоксикация, микроциркуляция бұзылысы, қышу, ринит, бронхоспазм), содай ак АІЖ зақымдануы (гастродуоденит, панкреатит және т.б.).
- ▶ Иммунологиялық (аллергологиялық) диагностика кандағы IgE және аллергия тобын анықтауга болады.

## ▶ **Диагностика критерилері**

### ▶ **Шағымдар мен анамнез:**

- тері қышымасы;
- ерте басталу (2 жасқа дейін);
- тері қатпарының зақымдануы, сонымен бірге, 10 жастан кіші балалар ұртының анамнездік көрсеткіші;
- анамнездегі терінің жалпы құрғауы;
- анамнездегі аллергиялық ринит немесе бронхиалды астма, сонымен бірге жақын туыстарындағы (1 дәрежелі туыстығы) 4 жасқа дейінгі кез келген атопиялық ауырулары.

### ▶ **Физикалық тексеру:** терінің қатпарлық зақымдану мінезі, лихенизация.

### ▶ **Инструменталдық зерттеулер:** асқазан-ішек жолдарының функционалдық және органикалық патологияларын анықтау – құрсақ қуысы ағзаларын УДЗ.

### ▶ **Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер:** қосарланған патологияға байланысты.

### ▶ **Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:**

- ▶ 1. Аллерголог кеңесі.
- ▶ 2. Педиатр кеңесі.
- ▶ 3. Ішек дисбактериозын зерттеу.
- ▶ 4. Гистологиялық зерттеу.
- ▶ 5. Қырынды алу.

### ▶ **Қосымша диагностикалық шаралар тізімі.**

- ▶ 1. Стоматолог кеңесі.
- ▶ 2. Невропатолог кеңесі.
- ▶ 3. Құрсақ қуысы ағзаларын УДЗ.

# Емі.

- ▶ 1. Гипоаллергенді режим, яғни аллергенді элиминациялау,
- ▶ 2. Терапия жүргізу, аллергиялық жағдайдың жедел дамуын жою үшін.
- ▶ 3. Рецидивке қарсы емді жүргізу, аллергиялық реакциялардың медиаторларды тежеу, қосалқы патологияны жою.

## **Балалардағы ДРС емдеу программасы бірнеше бағытты қарастыру керек:**

- ▶ Элиминационды шаралар, қоршаған ортаны баладан бакылау жүргізу және триггерлі факторды жою;
- ▶ АД жедел кезеңі және респираторлы аллергия емдеу;
- ▶ Қабынуға қарсы (базисті) терапия, жоғары тыныс жолындағы кілегей қабығы мен терідегі аллергиялық кабынуды жоюға бағытталған;
- ▶ терапия, ДРС ауруларды және патологиялық жағдайларды жою бағытталған;
- ▶ Созылмалы инфекция ошағын санациялау;
- ▶ Реабилитационды емдеу.

# АНТИГИСТАМИНДІ ПРЕПАРАТТАР

атауы		Шығару формасы	дозасы
Сатылым	Химиялық		
Диазолин	Мекгидролин	Таб. 0,05 0,1 г	До 2 лет – 50-150 мг От 2 до 5 лет – 50-100 мг От 5 до 10 лет по 100-200 мг в сутки
Перитол	Ципрогептадин	Таб. 0,004 г Сироп (1 мл = 0,4 мг)	От 6 мес. до 2 лет (по особым показаниям!) 0,4 мг/кг в сутки, От 2 до 6 лет - до 6 мг в сутки 6 – 14 лет – до 12 мг в сутки кратность приема – 3 раза
Супрастин	Хлоропирамин	Таб. 0,025 мг	До 1 года по 6,25 мг (1/4 табл.) 1 – 6 лет по 8,3 мг (1/3 табл.) 6-14 лет по 12,5 мг 2-3 раза/сут.
Тавегил	Клемастин	Таб. 0,001 г	6-12 лет по 0,5-1,0 мг старше 12 лет – 1 мг на прием кратность – 2 раза в сутки
Фенистил	Диметинден Малеат	Капли для приема внутри (1мл = = 20 кап.= 1 мг) капс. 0,004 г	1мес.-1год по 3-10 кап.на прием 1-3 года по 10-15 капель старше 3 лет - по 15-20 капель Кратность - 3 раза в сутки. Старше 12 лет – 1 капс. 1 раз в сутки
Фенкарол	Хифенадин	Таб. 0,01 и 0,025 г	До 3 лет по 5 мг 3-7 лет по 10-15 мг 7 лет и старше по 15-25 мг 2-3 раза в сутки

## ▶ Аллергиялық аурудың алдын-алу

- ▶ Аллергиялық аурулардың патогенезінде аллергиялық қабыну негізгі рөл атқарады. Аса нәтижелі емге арнайы гипосенсибилизация – вакцинотерапия жатады. Бірақ бұл ем аурудың қозған кезінде қолданылмайды. Сонымен бірге гипосенсибилизацияны жүргізуге көп қайшылықтар бар және антиген табылмаған жағдайда тағайындалмайды. Псевдоаллергиялық реакцияларда вакцинотерапия нәтижесіз. Сондықтан аллергиялық ауруларды басқа әдістермен жақсы емдеуге болады.
- ▶ Көптеген дәрілердің емдік нәтижесі торша ішіндегі циклді аденозинмонофосфатқа (ЦАМФ) және циклді гуанозинмонофосфатқа (ЦГМФ) әсер етумен жүреді. Торшалардың аллергияға төзімділігін көтеру торша ішіндегі ЦАМФ -тың қорын көбейтумен және ЦГМФ-тың қорын азайтумен жүргізіледі. Аллергоздардың барлық емдеу тәсілдерін үшке бөледі: симптоматикалық емдеу әдістері, патогенетикалық әдістер, спецификалық гипосенсибилизация – вакцинотерапия.
- ▶ Симптоматикалық емдеуді аурудың қозған кезінде тағайындайды. Аллергиялық қабынудың патофизиологиялық (клиникасы) көріністеріне бағытталады.
- ▶ Патогенетикалық емдеу әдістері аллергиялық қабынудың негізгі патогенезінің иммунологиялық немесе патохимиялық фазасына бағытталады. Бұл емдер аурудың қозған кезінде (емдеу үшін) және ремиссия кезінде (профилактика үшін) тағайындалады. Арнайы емдеу жүргізілмеген жағдайда негізгі нәтижелі ем болып саналады. Көбінесе жоғарғы жүйке және эндокрин жүйесінің қалыпқа келтіретін, ағзаның арнайы емес реактивтігін төмендететін дәрілер жиі пайдаланылады.
- ▶ Арнайы емдеу әдістері аллергиялық қабынудың иммунологиялық фазасына бағытталады. Бұл емдер нәтижелі болуымен бірге ауру қоздыруы, асқынулар беруі мүмкін. Сондықтан иммунотерапия тек қана аллергиялық кабинеттерде жүргізіледі.



# Әдебиеттер

Шабалов Н.П. Детские болезни: учебник для вузов – СПб: Питер, 2010 - 1856с.

Баранов А.А. Национальное руководство. Педиатрия – М: ГЭОТАР- Медиа, 2009 -1024с.

2. Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер: 1. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине, 2-е издание. ГЭОТАР-МЕД, 2002, С. 909-911. 2. Atopic eczema. Dominic Smethurst and Sarah Macfarlane, May 2002. [http: www.guidelines.gov](http://www.guidelines.gov).