

Алергологічні невідкладні стани в практиці лікаря- педіатра

Курс за вибором ВБ 1.89 кафедри клінічної імунології та алергології
ЛНМУ імені Данила Галицького

Анафілактичний шок в дітей



Їжа є основною причиною виникнення анафілаксії у дітей. Найпоширенішими харчовими алергенами у дітей є арахіс, горіхи, молюски, риба, молоко, яйця, соя та пшениця. Укуси комах, таких як бджоли, оси, шершні, також можуть викликати анафілаксію.

Невідкладна допомога: припинити подальше надходження алергену в організм: припинити введення ліків; видалити жало комах; вище місця ін'єкції або укусу накласти джгут тривалістю до 25 хв; місце ін'єкції чи ураження обколоти навхрест 0,1% розчином адреналіну в дозі 0,1 мл/рік життя в 3,0-5,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду; місце введення обкласти льодом на 10-15 хв; у разі надходження алергену через рот, якщо дозволяє стан пацієнта, промити шлунок, дати проносне, зробити очисну клізму; при потраплянні алергенів у ніс або очі промити їх під проточною водою; при блискавичній формі – реанімаційні заходи й інтенсивна терапія за загальноприйнятою програмою; при явищах шоку, що зберігаються, – інтубація трахеї та переведення пацієнта на штучну вентиляцію легень; симптоматична терапія.



Діагностичні критерії. АШ розвивається швидко, протягом перших 30 хв (максимально до 4 год) від моменту контакту з алергеном, причому тяжкість шоку не залежить від дози алергену. У найтяжчих випадках АШ розвивається уже в момент контакту з алергеном.

Виділяють п'ять клінічних форм АШ: 1. Асфіктичний варіант – з'являються і наростають слабкість, відчуття тиснення в грудях, брак повітря, надсадний кашель, пульсуючий головний біль, біль у ділянці серця, страх. Шкірні покриви різко бліді, надалі ціанотичні. Піна у рота, задуха, експіраторна задишка з хрипами на видиху. Можливий розвиток ангіоневротичного набряку обличчя й інших частин тіла. У подальшому, в разі прогресування дихальної недостатності і приєднання симптомів гострої надниркової недостатності, можливе настання смерті. 2. Гемодинамічний (кардіально-судинний) варіант – з'являються та наростають слабкість, шум у вухах, проливний піт, ангінозні болі в ділянці серця. Наростає блідість шкіри, акроціаноз. Прогресивно падає артеріальний тиск (АТ), ниткоподібний пульс, тони серця різко ослаблені, аритмії серцевої діяльності. Через декілька хвилин можливі втрата свідомості, судоми. Летальний кінець може настати при наростанні явищ серцево-судинної недостатності. 3. Церебральний варіант – швидко наростає осередкова неврологічна та загально мозкова симптоматика. 4. Абдомінальний варіант – спастичні розлиті болі в животі, нудота, блювання, діарея, шлунково-кишкові кровотечі. 5. Змішаний варіант

Набряк Квінке (НК) – алергічна реакція негайного типу, яка характеризується появою щільного, обмеженого певною ділянкою тіла набряку шкіри, підшкірної основи, слизових із переважною локалізацією патологічного процесу в місцях із рихлою підшкірною клітковиною (частіше це обличчя, голова, шия, статеві органи). Дуже рідко НК може розповсюджуватися не тільки на дерму та підшкірну основу, а і на м'язи.

Основними причинами розвитку НК у дітей можуть бути:

- харчові продукти (соки, шоколад, яйця, морква тощо);
- лікарські препарати (антибіотики, анальгетики, білкові препарати, рентгенконтрастні засоби й ін.);
- отрута при жаленні комахами;
- пилкові алергени.

В окремих випадках безпосередню причину розвитку НК з'ясувати неможливо (ідіопатичні форми).

В основі змін при НК лежить підвищена проникність судин мікроциркуляторного русла під дією біологічно активних речовин із подальшим гострим розвитком набряку в області периваскулярних тканин (ангіоневротичний набряк) із переважним ушкодженням підшкірного і підслизового прошарків дерми.



Невідкладна допомога: припинити надходження алергену; парентерально (в/м або в/в) ввести антигістамінні препарати: 2% розчин супрастину 0,1-0,15 мл/рік життя, або 2,5% розчин піпольфену 0,1-0,15 мл/рік життя, чи 1% розчин димедролу в дозі 0,5-1 мг/кг; за відсутності ефекту ввести преднізолон в дозі 1-2 мг/кг або дексаметазон у відповідній дозі; за наявного стенозу гортані – інгаляції протинабряковою сумішшю, парентерально 1% розчин лазиксу в дозі 1-3 мг/кг, 2% розчин еуфіліну в дозі 0,1-0,2 мл/кг, інгаляції сальбутамолу за необхідності; за показами при наростаючому набряку гортані з обтураційною дихальною недостатністю проведення інтубації трахеї або трахеостомії з можливою подальшою вентиляцією легень.

Ангіоневротичний набряк (АН, ангіоедема — АЕ) — набряк підшкірної або підслизової клітковини, що виникає внаслідок розширення та підвищення проникності кровоносних судин, найчастіше наростає протягом кількох хвилин або годин.

АН, асоційований з кропив'янкою: 1) **алергічний** — ліки (напр., пеніцилін та сульфаніаміди), їжа (особливо — арахіс, волоські горіхи, морепродукти, молоко, курячі яйця, продукти, що містять алергени і мають перехресну алергічну реакцію з латексом (напр., ківі, банани, авокадо та харчові каштани), латекс, отрута комах; 2) **неалергічний** — НПЗП, рентгенконтрастні препарати, ідіопатична еозинофілія/ гіпереозинофільний синдром, фізичні фактори (як супутнє захворювання при вібраційній кропив'янці, холодовій, холінергічній або сонячній), ідіопатичний;

АН без супутньої кропив'янки — спадковий (НАЕ [САН]): 1) **асоційований з дефіцитом/зниженою активністю С1-INH (С1-INH-НАЕ [С1-INH-САН]):** а) **I тип** — знижена концентрація С1-INH внаслідок мутації з аутосомно-домінантним успадкуванням або нової мутації; б) **II тип** — знижена активність С1-INH при нормальній концентрації С1-INH; 2) **асоційований з мутацією фактора XII (FXII-НАЕ [FXII-САН])** — аутосомно-домінантне успадкування 3) **з невідомою етіологією (U-НАЕ [U-САН])** — проявляється сімейно, мутація невідома.

АН без супутньої кропив'янки — набутий (ААЕ, НАН): 1) **ідіопатичний гістамінергічний** (реагує на лікування антигістамінними ЛЗ; ІН-ААЕ, [ІГ-НАН]) — викид гістаміну з мастоцитів і/або базофілів шкіри; 2) **ідіопатичний негістамінергічний** (не реагує на лікування антигістамінними ЛЗ; ІнН-ААЕ [ІнГ-НАН]) — за участі брадикініну, механізм невідомий; 3) **асоційований з дефіцитом інгібітора С1-INH (С1-INH-ААЕ [С1-INH-НАН])** — знижена концентрація С1-INH при системних захворюваннях та лімфопроліферативних пухлинах, або поява ауто-антитіл проти С1-INH; 4) **асоційований з прийомом інгібіторів АПФ (АСЕІ-ААЕ [ІАПФ-НАН])** — внаслідок пригнічення інактивації брадикініну.

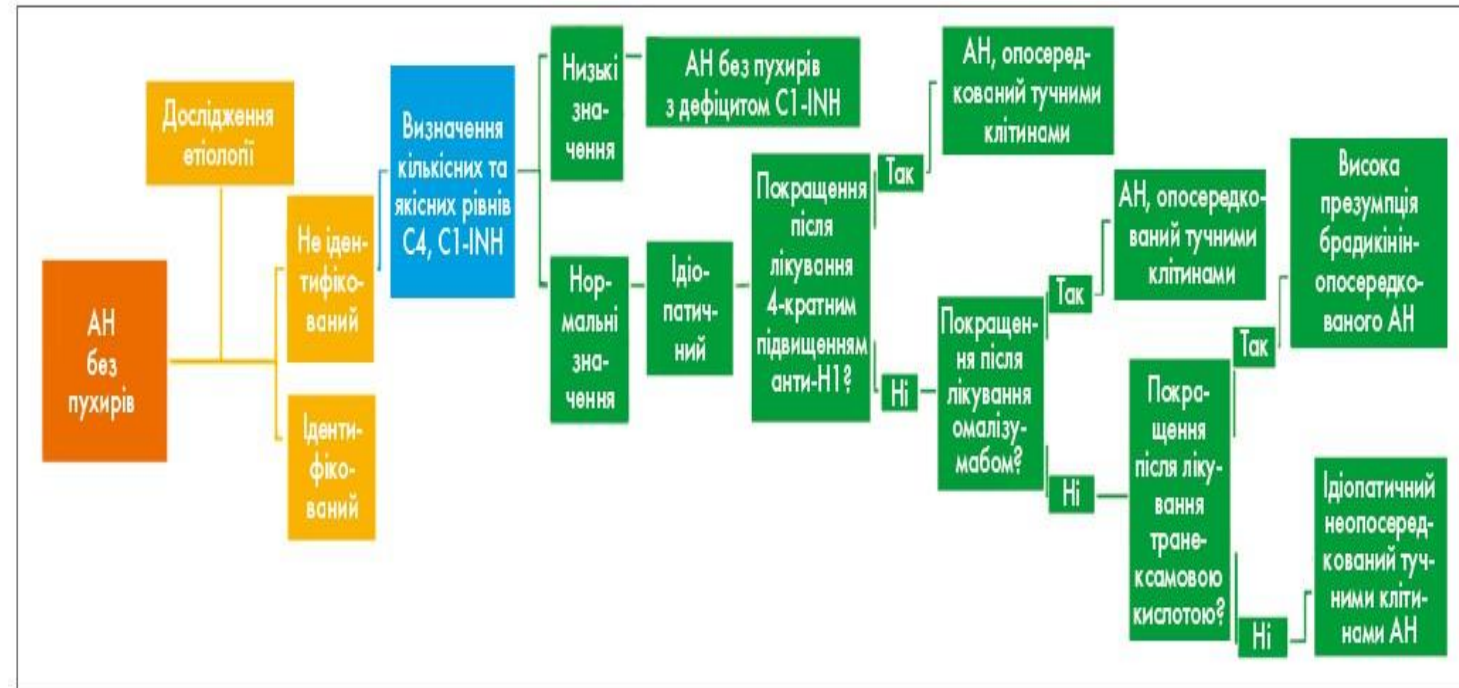


Рис. Діагностичні та терапевтичні підходи до лікування АН



Харчова алергія у дітей: причини, симптоми, діагностика захворювання

Причини харчової алергії

- короткий період природного вигодовування дитини;
- генетична чи спадкова схильність;
- дози алергену та частота введення;
- надходження в організм антитіл під час внутрішньоутробного періоду, а також через молоко матері;
- вік дитини на момент, коли відбувся перший контакт з алергеном;
- зниження імунітету кишківника (місцевого);
- спостереження проникності (підвищеної) оболонки шлунково-кишкового тракту;
- зміна у складі мікрофлори кишківника.



До того ж харчова алергія у немовлят (і старших дітей) може спричинити гострі стани – васкуліти (алергічні), важкі форми бронхіальної непрохідності, анафілактичний шок.

Які продукти викликають алергію у дітей



коров'яче молоко – найсильніший алерген, у 90% дітей;



риба – алергія на білок якої спостерігається у 98% дітей (креветки, ікра, раки, устриці, омари та ін. молюски);



яйця (алергія на білок або жовток) – у 87,2% людей з алергічними реакціями;



пшениця та жито – найбільш алергенні злакові культури;



фрукти, ягоди, овочі (особливо сезонні) також належать до продуктів, що спричиняють алергію;



продукти з грибками (квас, кефір, здобні вироби та ін.), Вітаміни групи В або антибіотики грибкового походження (Лінкоміцин, Пеніцилін, Тетрациклін) - у 22% дітей.

Астматичний статус в дітей

Анатомо-фізіологічні особливості дихальної системи. У дітей гортань розташована на рівні 3–4-го шийних хребців, тобто на один хребець вище, ніж у дорослих. Високе розташування голосової щілини створює певні труднощі при інтубації трахеї, особливо у новонароджених дітей. Пухка підслизова оболонка в підзв'язковому просторі й рясна її васкуляризація створюють передумови для швидкого розвитку набряку гортані в цій ділянці. Найвужчим місцем у дітей 3–5 років є перснеподібний хрящ. Анатомічні звуження є причиною того, що у дітей запальне набухання слизової оболонки, її набряк при ларинготрахеобронхіті, епіглотиті, у зв'язку з анафілактичною реакцією або після екстубації можуть призвести до загрозливих для життя дихальних розладів.



Залежно від тяжкості обструктивно-вентиляційних розладів в клінічному перебігу астматичного статусу розрізняють 3 стадії

I стадія – відносної компенсації. Пацієнт у свідомості, доступний для спілкування, веде себе адекватно і намагається зайняти положення, в якому йому легше дихати. Зазвичай сидючи, рідше стоячи, злегка нахиливши корпус вперед і шукаючи точку опори для рук. Задишка і яскраво виражений ціаноз носогубного трикутника, іноді відзначається пітливість. Відсутність мокротиння є тривожним симптомом. **II стадія – декомпенсації або стадія «німої легені».** Якщо напад не вдається вчасно заблокувати, то кількість непродуктивного повітря в легенях збільшується, а бронхи далі спазмуються, а рух повітря в легенях майже відсутній. Метаболічні процеси змінюються, що закінчується ацидозом крові. Пацієнт знаходиться при свідомості, але його реакції загальмовані, різкий ціаноз пальців, западання над-і підключичних западин, грудна клітка роздута, і її екскурсія практично не помітна. Тиск знижений, пульс частий, слабкий, аритмічний, деколи переходить в ниткоподібний. **III стадія – стадія гіпоксемічної, гіперкапнічної коми.** Стан пацієнта вкрай важкий, свідомість сплутана, адекватна реакція на те, що відбувається відсутня. Дихання поверхневе, рідке, наростає симптоматика церебральних і неврологічного розладів, пульс ниткоподібний, падіння артеріального тиску, що переходить в колапс.

Основні принципи невідкладної допомоги: а) всі хворі з астматичним статусом лікуються в палатах інтенсивної терапії; б) не використовувати адреноміметики; в) негайне введення глюкокортикоїдів (ГК); г) оксигенотерапія; д) проведення масивної терапії бронходилататорами; е) корекція вторинних порушень газообміну, водно-сольового, кислотно-лужного балансів, гемодинаміки.