

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Державний вищий навчальний заклад Ужгородський
національний університет

Медичний факультет

Кафедра дитячих хвороб

В.Ю. МАШКА, А.В. ЛЕНЧЕНКО

ГОСТРІ НЕВІДКЛАДНІ АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ.

Алергічна кропив'янка, набряк Квінке, анафілактичний шок,
астматичний статус бронхіальної астми у дітей

Ужгород - 2023

Автори

Машіка В.Ю., к.м.н., доцент кафедри дитячих хвороб медичного факультету ДВНЗ УжНУ

Ленченко А.В., к.м.н., доцент кафедри дитячих хвороб медичного факультету ДВНЗ УжНУ

ГОСТРІ НЕВІДКЛАДНІ АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ. Алергічна кропив'янка, набряк Квінке, анафілактичний шок, астматичний статус бронхіальної астми у дітей.

Машіка В.Ю., Ленченко А.В.

Методична розробка містить інформацію про сучасні погляди та особливості перебігу алергічної кропив'янки, набряку Квінке, анафілактичного шоку, астматичного статусу бронхіальної астми у дітей. Надані основні відомості про етіологію, класифікацію, клінічну картину, різновид проявів, невідкладну терапію та лікування цих алергічних захворювань у дітей. Розрахована для студентів 6-х курсів медичних вузів, лікарів-інтернів, фахівців за спеціальністю педіатрія, сімейної медицини, дитячих алергологів.

ACUTE URGENT ALLERGIC DISEASES. Allergic urticaria, Quincke's edema, anaphylactic shock, asthmatic status of bronchial asthma in children.

V. Mashika., A. Lenchenko.

The methodological guidance materials deal with the problem and features of the course of allergic urticaria, Quincke's edema, anaphylactic shock, asthmatic status of bronchial asthma in children. Recent studies concern etiology, classification, clinical manifestations, variety of manifestations, emergency therapy and treatment of these allergic diseases in children. It is recommended for 6 -th year medical students, medical interns, pediatric, family medicine specialists, pediatric allergists.

Рецензенти:

Горленко О.М., д.мед.н., професор, зав. кафедри дитячих хвороб ДВНЗ УжНУ

Ганич Т.М., д.мед.н. професор кафедри факультетської терапії ДВНЗ УжНУ

Рекомендована до друку методичною комісією медичного факультету ДВНЗ УжНУ (протокол № 2023- 2 від 24 березня 2023р.) та Вченою радою медичного факультету ДВНЗ УжНУ (протокол № 2 від 6 квітня 2023р.)

Актуальність теми. Алергічна кропив'янка, набряк Квінке, анафілактичний шок, астматичний статус бронхіальної астми у дітей являються загрозливими для життя дитини хворобами, які швидко проявляються і потребують моментальної невідкладної терапії, тому знання клінічного перебігу алергічних термінальних захворювань та завчасне надання невідкладної допомоги допоможе зберегти життя кожній алергічно хворій дитині. Отож, почнемо розгляд їх з гострої алергічної кропив'янки.

Гостра алергічна та рецидивуюча кропив'янка.

Алергічна кропив'янка – типова алергічна реакція негайного типу, тобто IgE- опосередкованого, яка характеризується свербіжем та висипами пухирів на шкірі, рідко на слизових оболонках. Пухирі (urtica) кропив'янки представляють собою гостро виникаючий та швидко щезаючий набряк сосочкового шару дерми, особливістю яких є те, що вони не містять в собі порожнини.

Етіологія. Кількість алергенів та подразників, які викликають кропив'янку важко перерахувати. До алергенів, що викликають кропив'янку, відносять: харчові продукти, медикаменти, вакцини, укуси комах (бджіл, ос, комарів), за рідким виключенням інгаляційні та епідермальні алергени і соматичні паразитарні алергени лямблій, токсокар та ін., а до зовнішніх подразників відносять: рослинні яди кропиви, борщовика, примули та ін., фізичні агенти: холод, сонце та ін., хімічні речовини.

Алергічна кропив'янка може спостерігатися вже на першому році життя дитини та виникати в будь-якому віці дитини, вона протікає завжди гостро, іноді може набувати рецидивуючого характеру. Це найбільш поширене захворювання серед всіх алергодерматозів у дітей та дорослих. Відомо, що на протязі життя у 10% населення її реєструють хоча б один раз.

Серед алергічних захворювань шкіри алергічна кропив'янка виявляється у 70% випадків, а алергічна спадкова обтяженість для цієї форми кропив'янки характерна для 65% хворих.

За даними алергологів, найбільш часто, виявляється **медикаментозна** кропив'янка, яка спотерігається у 60% дітей. Медикаментозна кропив'янка може викликатися такими ліками: антибіотиками (пеніцилін, напівсинтетичні пеніцилінами - ампіцилін, оксацилін, ампіокс; цефалоспорины, рідше тетрациклінами - рондоміцин, морфоциклін; левоміцитин; сульфаніламідними препаратами - бактрим, бісептол, сульфадиметоксин, а також препаратами подібними до них за хімічною структурою - новокаїн, анестезін, діакарб, ПАСК; нестероїдними протизапальними препаратами - напроксен, бутадіон, анальгін, реперін, вольтарен; протисудомними медикаментами- дифеніл, триметін, карбомазепін.

Особливістю медикаментозної кропив'янки являється рецидив висипки при повторному призначенні навіть мінімальної дози препарату, на який вже була реакція, або на препарат з подібною антигенною або хімічною структурою. Слід мати на увазі, що в таких випадках продукти метаболізму лікарських препаратів мають значно сильнішу сенсibiliзуючу дію, ніж самі препарати.

Харчова кропив'янка найбільш часто виникає на молочні продукти, цитрусові, кофе, шоколад, мед, горіхи та інші облігатні харчові алергени.

Пилкова кропив'янки спостерігається при підвищеній чутливості до пилку трав злакових та бур'янів, пилку дерев та кущів, наприклад, до пилку берези, ліщини, полину, тимофіївки, амброзії та ін. Пилкова кропив'янка частіше поєднується із респіраторними проявами, у дітей хворих на сезонний алергічний риніт, сезонний алергічний кон'юктивіт, сезонний алергічний ринокон'юктивіт та бронхіальну астму.

Також, відомо про **бактеріальну** кропив'янку, яка розвивається в наслідок сенсibiliзації до різних вірусних, грибкових, бактеріальних алергенів, яка найбільш часто виникає при наявності у дітей вогнищ хронічної інфекції, а саме: ЛОР-органів, захворювань шлунково-кишкового тракту, дисбактеріозу кишечника, у дітей із групи ЧДХ.

Клініка. Висипи алергічної кропив'янки можуть з'являтися налюбій ділянці шкірного покриву, але на долонях, підшвах та волосистій частині голови локалізуються надзвичайно рідко. Одночасно з'являється свербіж та висипи червоних плям, які швидко стають набрячними, піднімаються над рівнем шкіри, виникають пухирі, спочатку червоні; а із зростанням набряку відбувається стиснення капілярів, пухирі блідніють та набувають восковидний відтінок. За величиною висип кропив'янки може бути різного розміру: від маленької зернини до гігантських плям, може займати всю сідницю або все стегно; вони можуть зливатися, утворюючи дивні форми, тобто кільцевидні, у вигляді гірлянди. Алергічна кропив'янка може розміщуватись глибше та навіть проникати в дерму та підшкірну клітковину, тоді розвивається так званна гігантська кропив'янка.

Якщо набряк кропив'янки розташований на слизовій гортані, то він може бути небезпечним для життя дитини. Коли набряк алергічної кропив'янки з'являється на слизовій шлунково-кишкового тракту, то він, як правило, зпричинює блювоту та діарею, а алергічний набряк самої сумки суглобів часто викликає біль та незначну припухлість цих суглобів. Іноді спостерігається підвищення температури, нездужання, головний біль, часто еозинофілія крові, можливі міалгії, гіперестезії, інтоксикації, алергічні кардити, гострі алергічні панкреатити. При алергічній кропив'янці у дітей описані рідкі випадки ураження мозгових оболонок. В останній час при обстеженні дітей з алергічною кропив'янкою були виявлені значні порушення в згортаючій та антизгортаючій системи крові у вигляді відхилення в сторону гіперкоагуляції, зарахунок підвищення вмісту в крові протромбіну, фібрinогену, хагеманзалежного фібрinолізину та підвищення толерантності до гепарину. Саме гіперкоагуляцією при алергічній кропив'янці пояснюють наявність виражених симптомів порушення мікроциркуляції.

Рідко алергічна кропив'янка може набувати **геморагічний** характер, внаслідок виходу формлених елементів крові через судинну стінку, при цьому гіперемія після натискування не щезає. Як правило, еритроцити, які потрапили за межі капілярів в тканину, розпадаються, утворюючи пігментні

плями, що залишаються на деякий час після зникнення геморагічних пухирів. Вказані явища спостерігаються при кропив'янці з **пігментацією** (urticaria cum pigmentatione), яку не слід змішувати з пігментною кропив'янкою. Значно рідше у дітей зустрічається так званна неалергічна кропив'янка.

Псевдоалергічна, тобто неалергічна кропив'янка виявляється у дітей в 10-15% випадків та розвивається внаслідок гістаміноліберачії у відповідь на дію різних ліків та харчових продуктів. Найбільш частими медикаментозними лібераторами є атропін, йод, рентгенконтрастні речовини та препарати, які містять бджолиний та зміїний яд. Із харчових продуктів до таких лібераторів можуть належити маринований оселедець, суниці, полуниці, дичина, пивні дріжджі, арахіс, боби.

Псевдоалергічну кропив'янку можуть викликати також продукти багаті на гістамін – кисла капуста, свинська печінка, копчені ковбаси, шпинат, ферментовані сири, оцет, майонез. Так відомо, що вміст гістаміну в рибі при маринованні збільшується до 240-750 мг/100г. продукту. В деяких сортах сиру його вміст досягає до 130 мг/ 100г., а в ковбасі салямі – до 1006 – 3540 мг/100г. продукту.

Справжню алергічну кропив'янку слід відрізнити від псевдоалергічної. (таб.8).

Таблиця 8

Диференційна діагностика справжньої та псевдо-алергічної кропив'янки

Ознака	Алергічна кропив'янка	Псевдоалергічна кропив'янка
Етіологічна	Алерген	Лібератори гістаміну
Доза, яка викликає реакцію	Мала	Висока
Імунологічна фаза алергічної реакції	Присутня –відбувається утворення антитіл	Відсутня – утворення антитіл не характерно
Період сенсibiliзації	Частіше вдається встановити	Не вдається встановити
Лабораторні показники	Підвищення IgE, ЦІК, зниження IgA. Проби з алергенами позитивні (+)	IgE, ЦІК, IgA – в нормі. Проби з алергенами від'ємні (-)
Ефективність лікування	Елімінація алергену, специфічна алерговакцинація	Симптоматична терапія

До неалергічної кропив'янки відносять також холінергічну кропив'янку, яка обумовлена переважно функціональними порушеннями вегетативної нервової системи та її регуляторного центра – гіпоталамуса, де відбувається переключення нервових імпульсів на гуморальні.

Холінергічна кропив'янка пов'язана з вивільненням великої кількості ацетилхоліну та зниження активності холінестерази. Ацетилхолін викликає судинну реакцію, подібну до реакції на гістамін. Можлива також аутосенсibiliзація до ацетилхоліну з розвитком реакції АГ-АТ [Срипкін Ю.К., 1993]. Частіше всього холінергічна кропив'янка виникає при нервовому збудженні, фізичному та механічному напруженні, дії тепла, холоду або сонячних променів. Вона характеризується висипкою у вигляді плям, папул та пухирів на верхніх кінцівках, які сверблять, швидко зникають та знов з'являються. При цьому найбільш значущим є такий тест – це біг на місті в теплому одязі до появи поту або прийняття гарячої ванни. Тест рахується позитивним, якщо елементи холінергічної кропив'янки з'являються вже через 20 хвилин після потовиділення або гарячої ванни.

За механізмом неспецифічної дії розрізняють слідувачі форми холінергічної кропив'янки: теплову, сонячну, холодову, фізичну, механічну.

Сонячна кропив'янка (фотодерматоз) розвивається частіше при захворюваннях печінки та порушеному порфіриновому обміні з вираженою сенсibiliзацією до ультрафіолетового опромінення. Частіше спостерігається у дорослих, особливо у жінок, але може спостерігатись і у дітей. Захворювання характеризується появою уртикарної висипки на відкритих ділянках тіла (обличчі, верхніх кінцівках) після перебування на сонці. Характерна сезонність захворювання – весна та літо.

Іноді виникає **холодова** кропив'янка, внаслідок реакції шкіри на холод, яка характеризується висипами на відкритих ділянках шкіри дитини (обличчя, пальці та кисті рук) взимку під час прогулянки на вулиці, вона зникає після повернення до дому та знаходження дитини в теплій кімнаті. Для її попередження використовують жирні індеферентні креми для рук та обличчя, які втирають в шкіру перед виходом з теплої кімнати на вулицю в холодну пору року та одягають теплі рукавички на ручки.

Розрізняють сімейну та набуту холодову кропив'янка. Сімейна холодова кропив'янка є аутосомно-домінантним спадковим захворюванням. Під час рецидиву цієї кропив'янки виділяється велика кількість ацетилхоліну, спостерігається зменшення кількості холінестерази та різке зниження хімотрипсину крові. Взагалі, висипка цього різновиду кропив'янки з'являється при загальному охолодженні.

Набута холодова кропив'янка пов'язана з кріоглобулінемією, кріофібрinогенемією та холодним гемодіалізом. Така кропив'янка спостерігається у дітей при наявності вогнищ хронічної інфекції, при деяких системних захворюваннях та розвивається під час переохолодження дитячого організму.

Досить рідко виникає **токсико-алергічна** кропив'янка на нітрати та нітрити, яка проявляється червоно-синюватими висипами на шкірі після вжитку в їжу перших парникових огірків, помідорів та інших овочів та фруктів ранньою весною або взимку, які черезмірно насичених нітратами або нітритами, що підтверджується аналізом сечі на нітрати та нітрити за допомогою відповідного забарвлення лакмусового папірця. Далі отримують

підтвердження, виявляючи більшу від допустимої норми кількість нітратів та нітритів в споживаних овочах, фруктах. Патогномонічною ознакою цієї кропив'янки є висип синюватого кольору, який виникає внаслідок утворення метгемоблобіну в еритроцитах хворої дитини і який визначають за спеціальною методикою в аналізі крові. В лікуванні нітратної кропив'янки, крім антигістамінних препаратів, обов'язково застосовують адсорбенти (ентеросгель, активоване вугілля та ін.) довготривалим курсом, тобто протягом 1-го місяця.

Набряк Квінке має подібну етіологію та механізми розвитку, що і у кропив'янки, але гістологічно характеризується ураженням не тільки епідермісу і дерми, а ще і гіподерми та підшкірно-жирової клітковини. Набряк Квінке за класифікацією поділяють на алергічний та ангіоневротичний. Ангіоневротичний набряк Квінке практично пов'язаний тільки з порушенням регуляції системи комплементу, а алергічний – з сенсibiliзацією до алергенів. За однаковою клінікою спостерігаються виражені добре контуровані, бліді та щільні, еластичні, значно підпищені над рівнем шкіри набряки, які локалізуються в будь-якій ділянці тіла дитини, найбільш часто в області губ, очей, шиї, вух, статевих органах, ніг, рук, на місці укусу комах. Набряк Квінке може виникати в сполучній тканині слизової та підслизовій оболонки будь-яких органів дитини, особливо він небезпечний в області гортані та зустрічається досить часто - у 10-20% випадків. Під час **набряку гортані** на початку спостерігається охриплість голосу, "гавкаючий" кашель, потім зростає затруднене дихання з ядухою інспіраторного, а далі інспіраторно-експіраторного типу. Дихання стає шумним, стридорозним. Шкіра обличчя набуває ціанотичного відтінку, надалі різько блідніє. Набряк гортані легкого та середнього ступеня тяжкості продовжується на протязі від 1 години до 1 доби. При закінченні гострого періоду деякий час залишається охриплість голосу, біль в гортані, затруднене дихання. У тяжких випадках набряк Квінке в області гортані потребує негайної інтесивної терапії, інтубації або навіть трахеостомії, інакше хвора дитина може загинути від явищ асфіксії.

Спадкова кропив'янка або спадковий та набутий ангіоневротичний набряк - це особливі форми неалергічної кропив'янки, які пов'язані з дефіцитом або функціональною неповноцінністю інгібітора першого компоненту комплементу C1- естерази. При цьому відбувається активація системи комплементу за класичним шляхом та починають утворюватися біологічно активні речовини, які являються медіаторами судинного ангіоневротичного набряку та викликають спадкову кропив'янку або набряк. Захворювання характеризується рецидивуючими висипками або щільними, болючими набряками шкіри обличчя, тулуба, кінцівок однієї і тієїж локалізації. Захворювання успадковується за аутосомно-домінантним типом з неповною пенетратністю: I тип – рівень C1-інгібітора складає 0-30% від нормального, тобто зменшений; II тип- функціональна недостатність C1 – інгібітора, а рівень C1-інгібітора нормальний; III- тип – щеплений з X-хромосомою – рівень C1-інгібітора та його функція нормальні,

спостерігається тільки у дівчаток. Також виявляють набуті форми ангіоневротичного набряку – I тип дефіциту C1-інгібітору у дітей хворих на лімфопроліферативні захворювання; II-тип характеризується наявністю аутоантитіл до C1 –інгібітору при гетерогенній патології, наприклад, дифузних захворюваннях сполучної тканини, хворобах печінки, онкологічній патології, а також у дітей без виявлених ознак якихось хвороб; інші форми ангіоневротичного набряку. Діагностика цих захворювань ускладнюється внаслідок подібності клінічної картини набряків як алергічного, так і ангіоневротичного та за важкістю лабораторної діагностики. Тому, ангіоневротичний набряк розпізнається досить рідко і таким хворим, як правило, проводиться неадекватна терапія протизапальними та протиалергічними препаратами, які не мають відповідного ефекту. У лікуванні ангіоневротичного набряку ефективними є тільки інгібітори плазміну: епсілон-амінокапронова кислота та свіжозаморожена плазма. Пропонуємо ознайомитися з диференційною діагностикою між алергічним та спадковим ангіоневротичним набряком з таблиці № 9.

Таблиця 9

Диференційна діагностика ознак спадкового ангіоневротичного та алергічного набряків

Ознаки	Спадковий ангіоневротичний набряк	Алергічний набряк
Початок захворювання	З ранього дитинства	Частіше у дорослих дітей
Продромальний період	Виражений	Не або слабо виражений
Спадковість	За аутосомно-домінантним типом. У батьків із покоління в покоління спостерігаються набряки гортані	У 30-40% випадків – наявність алергічних захворювань в сім'ї
Провокуючі фактори	Мікротравма, поранення, операції, стреси	Різноманітні алергени
Строки розвитку захворювання	Напротязі декількох годин	Від декількох хвилин до 1 години
Локалізація набряку	Частіше на шкірі, в гортані та в шлунковокишковому тракті	Різноманітна. В 25% спостерігається набряк гортані
Зовнішній вигляд	Блідий, дуже щільний,	Величина та

набряку	розлитий, захвачує дуже великі ділянки	консистентія варіують. Колір блідо-рожевий, іноді синюватий
Протікання захворювання	Ремісія більше року	Загострення залежить від контакту з алергеном
Лікування глюкокортикостероїдами	Неефективно	Ефективно
Рівень інактиватору С1	Знижений	Нормальний
Рівень інактиваторів С2-С4	Знижений	Нормальний
Наявність атопічних захворювань в сім'ї та пробанда	Дуже рідкі	Часті

Отже, на відміну від алергічного набряку Квінке у дітей з ангіоневротичним набряком за рахунок дефектів С1-інгібітора характерними є такі риси захворювання: при огляді набряк блідий, дуже щільний, свербіжу та кропив'янки не має, при натискуванні на набряк не залишається ямки, розвивається набряк повільно, на протязі декількох годин, при набряку сечовидільних шляхів відмічається затримка сечі, а при набряку мозкових оболонок спостерігається сильний головний біль, можливий набряк гортані та набряк частини кишечника з провокацією оперативного втручання з приводу гострого живота. При такій клінічній картині необхідно провести дослідження рівня С4-комплемента та С1-інгібітора сироватки крові, а рівень загального ІgЕ в крові при обстеженні буде нормальним. Застосування кортикостероїдів та Н1-антигістамінних препаратів буде не ефективним.

Треба відмітити, що в деяких випадках алергічна кропив'янка та набряк Квінке набувають рецидивуючий характер, або внаслідок повторної дії причинно-вагомого алергену або іншого провокуючого фактору, тоді ці алергічні захворювання потребують, крім інтенсивної, ще і превентивної терапії та лікування супутньої патології. Рецидивуючий перебіг алергічної кропив'янки та набряку Квінке часто поєднується з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту – гастродуоденітом, дискінезією жовчних шляхів, холецистохолангітом, реактивним панкреатитом, дисбактеріозом кишечника, лямбліозом, гельмінтозами і вогнищами хронічної інфекції та іншими супутніми захворюваннями.

Лікування. Для лікування алергічної кропив'янки та набряку Квінке використовують антигістамінні препарати 2-го покоління пролонгованої дії для внутрішнього застосування, до яких відносять, кларитин (лоратадин, агістам), еріус (дезлоратадин), цетиризин (зіртек, зодак, роліноз) або антигістамінні препарати 3-го покоління – алерон (левоцитиризину), іноді можливе їх комбіноване застосування з антигістамінними препаратами 1-го покоління per os – тавегіл, фенкарол, перітол, діазолін, феністіл, супрастін. Приводимо дозування антигістамінних пролонгованих препаратів 2

покоління: лоратадин (лорано, агістам, кларитин) -призначають з 6 до 12 років по ½ таблетці (5мг), а старше 12 років по 1 таблетці (10мг) 1 раз на день, кларитин - від 1 до 2 років 2,5мл сиропу (2,5 мг) 1 раз на день, від 2 до 12 років з масою тіла меншою за 30 кг – 5мл сиропу (5мг), а з масою тіла більшою за 30 кг – 10 мл сиропу (10мг), цетиризин (цетрин) призначають у віці після 6 років по 1 таблетці (10мг) 1 раз на день внутрішньо, також препаратами третього покоління: еріус (дезлоратадин) – призначають один раз на добу не залежно від прийому їжі, дітям від 6 до 11 місяців – по 2,0 мл (1мг) сиропу, від 1 до 5 років по 2,5 мл (1,25мг) сиропу, від 6 до 11 років по 5,0 мл (2,5мг) сиропу, дітям старше 12 років та дорослим по 1 таблетці або 10 мл (5мг) сиропу, фрібрис (дезлоратадин) з 2 до 5 років по ½ ложки (2,5 мл) сиропу, від 5 до 11 років по 1 ложці (5мл) та від 12 років та дорослим по 2 ложки (10мл) або 1 таблетку (5мг) 1 раз на день або едем (дезлоратадин)-0,5мг в 1мл сиропу, призначають з 2-х років як фрібрис 1 раз на день або алерон (левоцетиризин) призначають від 2 до 6 років ½ таблетки (2,5мг), старше 6 –ти років 1 таблетка (5мг) 1 раз на день, іноді можливе їх комбіноване лікування з антигістамінними препаратами 1-го покоління per os – тавегіл, фенкарол, перітол, діазолін, феністіл, супрастін, піполфен (феністіл) призначають у віці до 1 року по 3-10 крапель 3 рази на день, від 1 до 3 років – по 10-15 крапель 3 рази на день, старше 3 років по 15-20 крапель 3 рази на день, старше 12 років в дозі 1-2,5мг на прийом, добова доза 5мг 3 рази на день; супрастін в таблетках 0,025 – у віці від 1 до 12 місяців призначають по ¼ таб. 2-3 рази на день, від 1 до 6 років по 1/3 таб. 2-3 рази на день, від 7 до 14 років по ½ табю 2-3 рази на день; піпольфен призначають від 2 до 12 місяців ¼ драже 3-4 рази на день, від 1 до 6 років по ½ драже 3-4 рази на день, від 6 до 14 років по 1 драже 3-4 рази на день; перітол призначають у віці від 6 місяців до 2 років у добовій дозі 0,4мг на 1 кг ваги тіла, у віці від 2 до 6 років добова доза складає 6 мг – по ½ таб., або по 1 чайній ложці сиропу 3 рази на день, від 6 до 14 років добова доза- 12мг на добу, по 1 таб.(4мг) або по 1 десертній ложці сиропу 3 рази на день; дімедрол призначають до 1 року по 0,002 - 0,005г. 1-3 рази на день, від 2до 5 років 0,005-0,015г. 1-3 рази на день, від 6 до 12 років 0,015 до 0,03г. 1-3 рази на день – 1таблетка містить 0,05г.; фенкарол призначають до 3 років по 0,005г 2-3 рази на день, від 3 до 7 років- по 0,01г 2 рази на день, від 7 до 12 років - по 0,01-0,015г 2-3 рази на день, старше 12 років - по 0,025г (1 таблетка) 2-3 рази на день; тавегіл призначають у віці від 6 до 12 років по ½-1 таб. 2 рази на день, старше 12 років – по 1таб.(1мг) 2 рази на день; діазолін призначають дітям по 0,02-0,05г 1-2-3 рази на день в залежності від віку (в 1 таблетці 0,05г), а при відсутності ефекту від вище згаданих препаратів, або при розповсюдженній кропив'янці, або при наявності набряку Квінке обов'язково вдаються до параентерального введення антигістамінних препаратів 1 покоління (2% розчин супрастину, 2% розчин тавегілу, 2,5% розчин піпольфену, 1% розчин дімедролу по 0,1 мл на рік життя на 1 введення, як правило, вводять 2 рази на день в/м, супрастін та дімедрол можливо водити 3 рази на день в/м, у важких випадках дозу 1% розчину дімедролу збільшують - 0,5-1,0 мг/кг ваги) та часто поєднують.

Також при розповсюдженій кропив'янці або набряку Квінке обов'язково призначають глюкокортикостероїдну терапію в/м, в/в (преднізолон – по 1-2 мг /кг ваги 2 рази на день або дексазон або дексаметазон в дозі з перерахунку на преднізолон, як правило x 2 рази на день ранком та ввечері, гідрокортизон форма випуску флакон 5мл-125мг, в 1мл 25 мг, дітям призначають від 3 міс. до 1 року 25мг -1мл, від 2 до 6 років - 25-50 мг, - 1-2 мл, від 7 до 14 років – 50-75 мг, - 2-3мл 1 раз на день, тобто з розрахунку 2 -3 мг /кг ваги, іноді вводять 2 рази в/м. Внутрішнє введення струйно або краплинно глюкокортикостероїдів призначають при важкій розповсюдженій кропив'янці, також при появі ознак набряку Квінке гортані та загрози життю дитини. Іноді можливо вводити підшкірно 0,1% розчин адреналіну дітям до 1 року – 0,15-0,25мл, в 1-2 роки - 0,3мл, в 3-4 роки – 0,4мл, в 5-6 років - 0,5мл, в 7-9 років- 0,6мл, 10-14 років – 0,75мл. При постійних та частих рецидивах алергічної кропив'янки або набряку Квінке призначають мембраностабілізуючі препарати тучних клітин (кетотифен, задітен, позітен, налкрон (інтал) в дозі по 1/2 таб. x 2 рази на добу з 2-х до 6-ти років та по 1таб.x 2 рази на добу після 6-ти років курсом в 1-3-6 -9 місяців) або довготривало цетиризин або зіртек або зодак – цетиризин в краплях рег os призначають з 2-х до 6-ти років по 5 крапель (2,5 мг) 2 рази на день або 10 крапель (5мг) одноразово) від 10 днів до 1-3-6 і більше місяців для попередження рецидивів, тривалість та закінчення курсу визначають за зменшенням величини IgE та еозинофілів крові. Також призначають сорбенти (ентеросгель, активоване вугілля, біле вугілля), при порушеному перетравлюванні їжі, що підтверджується копрограмою, призначаються ферменти (креон, пангрол,панкреатин та ін.).

Лікування кропив'янки та набряку Квінке проводять на фоні гіпоалергенної дієти з виключенням облігатних харчових алергенів (куряче яйце, шоколад, какао, горіхи, цитрусові та інші), іноді, навіть молока та молочних продуктів та припиняють контакт з іншими причинно-ваговими алергенами. За показами промивають шлунок, проводять очисні клізми. Подальша терапія спрямована на лікування супутніх захворювань шлунково-кишкового тракту, проводять санацію вогнищ хронічної інфекції.

АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК

Анафілактичний шок – це різновид тяжкої алергічної реакції негайного типу (1-й тип- IgE- опосередкований), яка виникає після повторного введення в організм дитини алергену і характеризується швидким розвитком переважно загальних проявів, таких як: зниження АТ, температури тіла, порушення в системі згортання крові, розлад функцій ЦНС та вегетативної нервової системи, підвищенням проникливості судин та спазмом гладком'язевих органів. Термін "анафілаксія" (греч. ana – зворотній та phylaxis- захист) був введений ще Р.Portier С. Richet для позначення незвичайних, іноді летальних реакцій у собак на повторне введення їм

екстракту із щупалець актиній. Надалі аналогічні реакції були виявлені і у людей.

Основними етіологічними чинниками анафілактичного шоку у дітей є вакцини, сироватки, медикаменти та укуси комах, рідше – харчові продукти. Проведення спецефічної алерговакцинації іноді також супроводжується анафілактичним шоком, що пов'язується з порушенням техніки лікування.

В основі патогенезу анафілактичного шоку лежить реакіновий механізм, а шоківим органом при анафілактичному шоці є судини. В результаті викиду медіаторів алергії розвивається дискінезія судин, далі їх дилатація, спадається судинний тонус та розвивається колапс. Підвищується проникливість судин мікроциркуляторного русла, що сприяє виходу рідкої частини крові в тканини та відбувається згущення крові. Об'єм циркулюючої крові знижується. При недостатніх гомеостатичних механізмах процес прогресує, приєднується порушення обміну речовин в тканинах, пов'язаний з гіпоксемією, може розвинути фаза незворотніх змін шоку.

Цілий ряд медикаментів, діагностичних та профілактичних препаратів (йодовмістких, контрастних речовин, міорелаксантів, кровозамінників, гаммаглобулінів та ін.) можуть викликати псевдоалергічні анафілактоїдні реакції, які патогенетично відрізняються від алергічних неімунними механізмами виникнення (без участі IgE, без імунної фази, за участю альтернативного шляху активації комплементу), у яких збережені патохімічна та патофізіологічні фази, а називають їх анафілактоїдними реакціями за клінічну подібність до анафілактичного шоку.

Клінічна картина анафілактичного шоку може розгортатися блискавично, тобто за кілька хвилин, або з продромальним періодом – через кілька годин після надходження алергену в організм. Клінічні прояви анафілактичного шоку у дітей обумовлені складним комплексом симптомів та синдромів з боку деяких органів та систем. Як правило, шок характеризується блискавичним розвитком, бурхливими проявами, тяжким протіканням та значними наслідками. Різновид алергену та шляхи його проникнення в організм дитини не впливають на клінічну картину та тяжкість протікання анафілактичного шоку.

Клінічна картина анафілактичного шоку надзвичайно різноманітна. При аналізі більше ніж 300 випадків анафілактичного шоку різного генезу не спостерігалось навіть 2-х випадків клінічно ідентичних за однаковим співпадінням симптомів, часом розвитку, важкістю протікання, продромальних явищ. Але слід відмітити таку закономірність у дітей: чим менше часу (3-10 хвилин) пройшло від моменту потрапляння алергену в організм дитини до розвитку анафілактичної реакції, тим важча клінічна картина шоку. Після перенесеного анафілактичного шоку спостерігається період несприйняття, так званий рефрактерний період, який триває 2-3 тижні. В цей період прояви алергії зменшуються або щезають. В подальшому ступінь сенсibiliзації хворої дитини різко зростає і якщо через місяці або декілька років анафілактичний шок повторюється, то він протікає значно важче.

При блискавичному розвитку анафілактичного шоку продромальні явища відсутні і у хворої дитини раптово розвивається важкий колапс з

втратою свідомості, судомами, які не рідко закінчуються летально. В ряді випадків діагноз може бути встановлений тільки ретроспективно. Як правило, при тяжкому протіканні анафілактичного шоку шкірні прояви (кропив'янка, набряк Квінке) відсутні. Вони можуть з'явитися через 30-40 хвилин від початку анафілактичної реакції та як би завершують її. На думку реаніматологів, артеріальна гіпотензія тормозить розвиток уртикарних висипів або реакцій в місці інекції або в місці ужалення комахами. Ці висипи або місцеві алергічні реакції з'являються пізніше, коли нормалізується АТ, під час виходу із шоку.

При менш важкому протіканні шоку можуть спостерігатися такі явища, як відчуття жару з різькою гіперемією шкірних покривів, загальне збудження або, навпаки, кволість, депресія, неспокій, страх смерті, пульсуючий головний біль, шум та дзвін в вухах, зжимаючі болі за грудиною. Можуть спостерігатися шкірний свербіж, уртикарна (іноді зливна) висипка, набряк Квінке, гіперемія склер, слъозотеча, закладеність носа, ринорея, першіння в горлі, спастичний сухий кашель і т.д. Після цих продромальних явищ дуже швидко (від декілька хвилин до години) розвиваються симптоми та синдроми, які обумовлюють послідуочу клінічну картину. Звичайно, часто відмічаються спаз гладкої мускулатури з клінічною картиною бронхоспазму: кашель, експіраторна задуха; спаз мускулатури шлунково-кишкового тракту: нудота, блювота, діарея, спастичні болі на всьому протязі живота, а також спазми матки у дівчаток (болі в низу живота з кров'янистими виділеннями з піхви). Спастичні болі усугубляються набряком слизової оболонки внутрішніх органів. При значному набряку гортані може наступити асфіксія, при набряку стравоходу спостерігається дисфагія і т.д. Відмічається тахікардія, можуть спостерігатися болі в області серця зжимаючого характеру, а на ЕКГ, навіть на протязі тижня після анафілактичного шоку, реєструються порушення ритму, дифузне порушення живлення міокарду.

Клінічні прояви анафілактичного шоку у вигляді генералізованого свербіжу та крапив'янки, які виникають внаслідок ужалення джмілями, бджолами або осаами, зустрічаються далеко не у всіх випадках. Можуть спостерігатися також слабкість, напівнепритомний стан, приступи задухи, різькі, приступоподібні болі в животі, нудота, блювота, діарея, мимовільний акт дефікації та сечовиділення, головокружіння, пульсуючий головний біль, судоми, поліневрологічний синдром, парези, паралічи, несприйняття кольору, місцева реакція.

Гемодинамічні розлади при анафілактичному шоці бувають різного ступеня важкості – від незначного зниження артеріального тиску (АТ) з суб'єктивним відчуттям напівнепритомного стану до тяжкої гіпотензії з довготривалою втратою свідомості (на протязі години та більше). Характерним виглядом такої дитини є: різька блідість, іноді синюшність шкірних покривів, загострені риси обличчя, холодний липкий піт, інколи бачимо піну з рота. АТ дуже низький, іноді не вдається виміряти, пульс частий, ниткоподібний, тони серця приглушені, в деяких випадках практично не прослуховуються. В легенях жорстке дихання, сухі розсіяні хрипи.

Внаслідок ішемії центральної нервової системи та набряку серозних оболонок мозку можуть спостерігатися тонічні та клонічні судоми, парези, паралічи. В цій стадії часто відбувається мимовільний акт дефекації та сечовиділення.

На прикінці, при зворотньому розвитку анафілактичного шоку у дітей досить часто їх починає лихоманити, іноді відбувається значне підвищення температури, відмічається різька слабкість, кволість, задуха, іноді болі в області серця. На протязі та після анафілактичного шоку можуть спостерігатися 2-3 і більше повторних хвиль падіння АТ. Не виключена можливість пізніх алергічних реакцій після анафілактичному шоку від ужалення комах, які приводять до процесу демієлінізації, навіть до розвитку дуже важких енцефаломієлополірадикулоневритів. Взагалі, пізні алергічні реакції спостерігаються у 2-5% хворих дітей, які перенесли анафілактичний шок, тому благоприємним наслідком після цієї важкої хвороби можна вважати тільки 5-7-й день захворювання.

Крім того, після анафілактичного шоку можуть з'явитися неочікувані ускладнення у вигляді алергічного міокардиту, гепатиту, гломерулонефриту, невриту, дифузного ураження нервової системи, вестибулопатії та ін. Тому всі діти, які перенесли анафілактичний шок, повинні обов'язково бути госпіталізованими в стаціонар і знаходитись в ньому на протязі не менше 1,5 - 2-х тижнів. Перед випискою необхідно обов'язково зробити повторні контрольні аналізи крові, сечі та ЕКГ.

Встановлення діагнозу анафілактичного шоку у лікарів не викликає затруднень, тому, що спостерігається бурхлива алергічна реакція дитини після щеплення, інекцій медичних препаратів, алергенів під час специфічної алерговакцинації або ужалення комахами, що підтверджується відповідними, характерними тільки для цього захворювання проявами та наявністю вже на передодні шоку легких алергічних реакцій на відомі інекції лікарських препаратів, алергенів, харчових продуктів, ужалення комах або наявність симптомів холодової алергії.

Диференційний діагноз анафілактичного шоку у дітей слід проводити із спазмофілією, епілепсією, фібрильними судомами, нейротоксикозом, енцефалітом, менінгітом, гіпоглікемічною та гіперкетонаемічною комами (первинною та вторинною).

Лікування анафілактичного шоку поділяється на 3 етапи. Перший етап полягає у виведенні із самого шоку та нормалізації гемодинаміки, другий у проведенні посиндромної терапії, яка виникає на протязі розвитку шоку (бронхоспазм, судоми, серцева недостатність, спаз та кольки шлунково-кишкового тракту, гостра ниркова недостатність та ін.) та попередження ускладнень. Медична допомога хворій дитині має надаватися чітко, швидко та послідовно.

Перш за все необхідно припинити подальше надходження алергену в організм дитини, тобто припинити введення ліків, алергенів під час специфічної алерговакцинації, обережно витягнути жало вмісті з отруйним мішечком. Вище місця інекції або ужалення накласти джгут, якщо дозволяє

локалізація. При анафілактичному шоці внаслідок введення пеніциліну рекомендується одноразово ввести в/м 1 000 000 од. пеніцилінази в 2мл ізотонічного розчину NaCl, а при шоці від біциліну пеніциліназу вводять 3 дні підряд по 1 000 000 од. Для попередження подальшого всмоктування алергену місце введення ліків (місце ужалення) необхідно обколоти 0,3 –0,5 мл 0,1% розчину адреналіну та прикласти на це місце лед.Кладають хвору дитину набік або в таке положення, яке попереджує западіння язика та аспірацію блювотою. Також необхідно завчасно забезпечити доступ хворій дитині свіжого повітря або кисню.

На першому етапі, згідно протоколу МОЗ України за 27.12 2005 № 767 на початку вводять 0,1% розчин адреналіну 0,1-0,3-0,5-0,75мл в залежності від віку дитини (0,1% розчином адреналіну в дозі 0,1 мл/рік життя, не більше 1 мл, розводять в 5,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду), надрібно в різні ділянки тіла, кожні 10-15 хвилин, до виведення хворої дитини із колаптоїдного стану. Пояснюють таке введення препарату в різні ділянки тим, що постійне введення адреналіну в одне і те саме місце викликає сильну судиннозвужуючу дію, яка занадто загальмовує його власне всмоктування. За відсутністю ефекту на адреналін, вводять допамін внутрішньовенно крапельно титрованим методом в дозі 8-10 мкг/кг на хв. під контролем АТ і ЧСС, підбираючи індивідуальну дозу препарату, для підтримки АТ на одному рівні. Також при гіпотонії вводять 0,2% розчин норадреналіну - 1-5 мг/кг довенно кожні 10-15 хв. до покращення стану. Одночасно, краще в/в струйно або при не можливості в/м вводять високі дози глюкокортикостероїдів, чередуючі їх між собою: преднізолон (5-10мг/кг), дексазон або дексаметазон по 2,0мл і більше з розрахунку на преднізолон, гідрокортизон 2,0-4,0мл та більше в залежності від віку дитини. Після відновлення показників гемодинаміки обов'язково вводять антигістамінні препарати (2,5% піпольфен, 2% супрастин, 2,5% дипразин, 1% дімедрол 0,1мл на рік життя), так як вони діють тільки через 2-4 години і самі можуть викликати гіпотензивну дію. В подальшому для попередження пізніх алергічних реакцій та алергічних ускладнень рекомендують застосовувати глюкокортикостероїди разом з десенсибілізуючими на протязі не менше 4-6 діб, а далі довготривалість лікування залежить від стану хворої дитини та продовжують лікування таблетованим метил преднізолоном. Потім дозу таблетованих глюкокортикоїдів поступово зменшують на 1/2 таб., а далі 1/3таб. і 1/4 таб. через кожні 2-3 дні до повної відміни.

Зразу після відновлення гемодинаміки проводиться посиндромна терапія: для зняття бронхоспазму вводять 2,4% еуфілін 5-7мг/кг в/в в 10-20мл ізотонічного NaCl, при судомах – седуксен, або реланіум, або сібазон в/м (0,3-0,5мл до 6 міс., 0,7-1,0мл до року, 1,5мл до 3 років, 2,0мл після 3 років), далі оксипутірат натрію 20% -70мг/кг в/в крапельно, дозу повторюють при відсутності ефекту (150-200мг/кг на добу). При гострій нирковій недостатності перевіряють наявність можливої затримки сечі катетерізацією сечового міхура, якщо сеча не з'являється, вводиться лазекс або фурасемід в/м, надалі триампур per os. При гострій серцевій недостатності вводять

строфантин 0,5% 0,05мл до 6 міс., 0,1мл до року, але частіше коргліккон 0,1% 0,1мл до 6 міс., 0,15 мл до року, далі від 0,2мл до 0,5мл в залежності від віку дитини в/в струйно або крапельно. При шлунково-кишкових кольках но-шпа або 2% папаверин в/м 0,1мл на рік життя.

Прогноз при анафілактичному шоці залежить від своєчасності, інтенсивності та адекватності терапії, а також від ступеня сенсibiliзації дитячого організму.

Профілактика шоку повністю залежала від того на скільки досконало був зібраний алергологічний анамнез у алергічно хворих дітей. Відомо, що анафілактичний шок не розвивається якщо хвора на алергію дитина не контактувала раніше з причинно-вагомим алергеном, тобто не було попередньої сенсibiliзації, якщо були з'ясовані симптоми попередніх легких алергічних реакцій (шкірний свербіж, висипка на тілі, бронхоспазм, ринорея) на алерген та попереджено їх виникнення, якщо не призначалися ліки, харчові продукти з перекресною сенсibiliзацією.

АСТМАТИЧНИЙ СТАТУС-напад бронхіальної астми (БА), який не знімається загальноприйнятими препаратами.

Діагностичні критерії астматичного статусу.

1. Приступ БА, який не знімається на протязі 6 годин.
2. Резистентність до симпатоміметичних препаратів.
3. Порушення дренажної функції бронхів.
4. Гіпоксемія $PaO_2 < 60$ мм рт. ст. та гіперкапнія $PaCO_2 > 60$ мм рт. ст.

Причинами розвитку астматичного статусу являються.

Загострення бронхолегеневої інфекції, зараження гострими респіраторно-вірусними інфекціями, масивна дія алергенів, глюкокортикоїдна недостатність, несвоєчасна, тобто із запізненням терапія бронхоспазму, черезмірне (більше 4-6 вдихів сальбутамолу за допомогою кишенькового інгалятора, до 20-30 вдихів в день і більше) застосування симпатоміметиків у вигляді аерозолу (синдром "рикошету") приводить до накопиченню їх метаболітів, які пригнічують та блокують β_2 -адренорецептори.

Виділяють три стадії астматичного статусу у дітей.

Перша стадія – відносної компенсації з клінікою довготривалого приступу БА.

Друга стадія – тотальна обструкція з наростанням дихальної недостатності з синдромом "німої легені", тобто відсутності хрипів в легенях з наявністю дихальної недостатності.

Третя стадія – гіпоксична кома, тобто глибока дихальна недостатність з наявністю синдрому "німої легені" на всіх ділянках легень, адинамія з втратою свідомості та судомами.

Лікування 1-ї та 2-ї стадій астматичного статусу направлена перш за все на зняття блокади β_2 -адренорецепторів та відновлення бронхіальної прохідності. Для виведення хворої дитини з 1-ї та 2-ї стадій астматичного

статусу (АСТ) необхідно починати вводити розчин 2,4% еуфіліну з 4-6 мг/кг в/в крапельно та доводити за необхідністю до максимальної добової дози не більше 20-24 мг/кг в 250-500мл ізотонічного розчину NaCl (40-60мл/кг на добу), при цьому контролюють АТ та серцеву діяльність – знімають ЕКГ, якщо еуфілін вводиться більше 5,0мл в/в одноразово; одночасно в/в крапельно вводять глюкокортикоїди (преднізолон, гідрокортизон, дексазон, дексаметазон), з перерахунку на преднізолон 1-2мг/кг в 1-й стадії та 3-5мг/кг в 2-й стадії АСТ. Для зменшення гіпоксемії застосовують оксигенотерапію зволеним киснем. Надзвичайно обережно слід використовувати седативні та транквілізатори у дітей з АСТ, оскільки вони можуть погіршити стан хворого за рахунок пригнічення дихального центру, а лужні розчини (гідрокарбонат Na) для корекції метаболічного ацидозу застосовують рідко, лише в крайніх випадках, тому, що ацидоз може непередбачено перейти в алкалоз, з якого вивести дитину вкрай важко. В 3-й стадії АСТ(гіпоксемічній комі), яка розвивається стрімко, невідкладна терапія починається з в/в введення 0,1% адреналіну – 0,1-0,3мл відповідно віку та глюкокортикоїдів (ГК) з перерахунку на преднізолон від 5-до 10 мг/кг і більше, з послідовним введенням еуфіліну у вище згаданих дозах; при відсутності ефекту хворого переводять на штучну вентиляцію легень. Після виведення з АСТ дитину довготривало тримають на глюкокортикоїдній терапії. При поступовому знятті гормонів приступи БА можуть поновлюватись, тому для запобігання синдрому відміни та трансформації в гормонозалежну астму часто застосовують стимулятори синтезу ГК (віт.В5, гліцирам, корінь солодки, етімізол) або інгаляційні ГК (бекотид, фліксотид) або інтал (тайлед) тіж, які застосовують при базисній терапії.

Тестовий контроль для самопідготовки.

1. Виникнення астматичного статусу може бути спровоковано синдромом "рикошету", черезмірне застосування яких груп препаратів сприяє цьому?
 - А.Черезмірне застосування симпатикоміметиків протягом доби
 - Б. Черезмірне застосування холінолітиків протягом доби
 - В. Черезмірне застосування препаратів ксантинового ряду протягом доби
 - Г.Черезмірне застосування інгаляційних глюкокортикостероїдів протягом доби
- 2.Які причини можуть спровокувати виникнення астматичного статусу у хворих на БА дітей, крім:
 - А.Загострення бронхолегеневої інфекції
 - Б.Зараження гострими респіраторно-вірусними інфекціями
 - В.Масивна дія алергенів
 - Г.Глюкокортикоїдна недостатність
 - Д.Несвоєчасна, тобто із запізненням, терапія бронхоспазму
 - Ж.Черезмірне застосування симпатоміметиків
3. Довготривале застосування інгаляційних глюкокортикостероїдів

3. Асмаіичний статус у хворих на БА оцінюється за слідуючими критеріями, за винятком

- А. Затяжний приступ БА, який не знімається на протязі 6 годин
- Б. Гіпоксемія – $P_a O_2 < 60$ мм рт.ст. та гіперкапнія $P_a CO_2 > 60$ мм рт.ст.
- В. Резистентність до симпатикоміметиків
- Г. Гіпоксемія – $P_a O_2 < 70$ мм рт.ст. та гіперкапнія $P_a CO_2 > 55$ мм рт.ст.

4. В клінічній картині асмаіичного статусу хворих на БА виділяють три стадії, крім:

- А. Стадію тотального набряку легень
- Б. Стадію відносної компенсації з клінікою подовженого приступу БА.
- В. Стадію тотальної обструкції із зростанням дихальної недостатності та синдромом "німої легені".
- Г. Стадію гіпоксемічної коми

5. Причинними факторами виникнення алергічної кропив'янки є все, крім:

- А. Медикаменти
- Б. Харчові продукти
- В. Укуси комах
- Г. Лібератори гістаміну.

6. Причинним фактором виникнення псевдо алергічної кропив'янки є, такий:

- А. Медикаменти
- Б. Харчові продукти
- В. Укуси комах
- Г. Лібератори гістаміну

7. Для алергічної кропив'янки характерно:

- А. Підвищення рівень загального IgE, ЦІК, зниження IgA.
- Б. Пониження рівень загального IgE, ЦІК, підвищення IgA.
- В. Нормальні показники IgE, ЦІК, IgA
- Г. Нормальний рівень загального IgE, а ЦІК, IgA-підвищені.

8. Небезпечним для життя дитини є набряк Квінке

- А. Обличчя
- Б. Кінцівок
- В. Гортані
- Г. Ший

9. Анафілактичний шок проявляється.

- А. Колапсом, втратою свідомості, можливими судомами
- Б. Колапсом, стопором, алергічною кропив'янкою та набряком Квінке обличчя
- В. Колапсом, заторможеністю, млявістю, гіпотонією
- Г. Колапсом, ступором, алергічною кропив'янкою та набряком Квінке обличчя

10. Першочерговість призначення препаратів при анафілактичному шоці така:

- А. р. адреналіну в/в, р. дексаметазону в/в, р. супрастину в/м
- Б. р. дексаметазону в/в, р. адреналіну в/в, р. супрастину в/м
- В. р. адреналіну в/в, р. супрастину в/м, р. дексаметазону в/в
- Г. р. супрастину в/м, р. адреналіну в/в, р. дексаметазону в/в

Правильні відповіді на тестові питання.1.-А; 2.-З; 3.-Г; 4.-А; 5.-Г ; 6.-Г; 7.-А; 8.-В.; 9.-А; 10.-А.;

Список літератури.

1.Jukkarokka Jousimaa.Кропив'янка./ Jukkarokka Jousimaa, Alexander Salava //Настанова на засадах доказової медицини.Адаптовані для України групою експертів МОЗ України.Дитячий лікар.-2019.-№3(66).-С40-42.

2.Carlo Caffarelli.Лікування хронічної кропив'янки у дітей./ Carlo Caffarelli.,Francesco Paravati et.al. //Italian journal of Pediatrics (2019).Реферативний огляд.Дитячий лікар.-2020.- №2(71).-С44-55.

3.Ласиця О.І. Бронхіальна астма у дітей: проблеми і перспективи діагностики та лікування / Ласиця О.І., Охотнікова О.М. //Нова медицина.-2003.-№ 1.- С.44-49.

4.Лук'янова О.М. Рекомендації щодо діагностики і терапії бронхіальної астми. /Створено за ініціативою МОЗ України та асоціації педіатрів України. Київ.-1998.- 4 с.

5.Ліщишина О.М.Визначення, класифікація, діагностика та лікування гострої кропив'янки у дітей./ Ліщишина О.М.,Москвіна Н.А., Праннік Н.Б.,Ренчовська С.О.,Риков О.А.//Державний експертний центр МОЗ України.Г.С.,Українська Академія Педіатричних спеціальностей"Медична мережа „Добробут”.Современная педиатрия.-2019.-№8(104).- С94-111.

6.Машіка В.Ю. Теоретична і практична алергологія та імунологія дитячого віку/ Навчальний посібник.Ужгород.- Видавництво Інватор .- 2012.- с. 239.

7. Протокол діагностики та лікування алергічних хвороб у дітей (бронхіальної астми, анафілактичного шоку,алергічної кропив'янки).Директор Департаменту організації та розвитку медичної допомоги населенню Р.О.Моїсеєнко / Наказ МОЗ України. Від 27.12. 2005 р. № 767. Київ.- 2005. – 19 с.

8. Протокол надання медичної допомоги хворим на алергічну кропив'янку та набряк Квінке. Директор Департаменту організації та розвитку медичної допомоги населенню Р.О.Моїсеєнко / Додаток Наказу МОЗ України. від 03.07. 2006 р. № 432. Київ.- 2006. – 5с.

9. Протокол діагностики та лікування алергічних хвороб у дітей. Міністр Ю.В.Поляченко / Наказ МОЗ України. від 04.07. 2016 р. № 670(v0670282-16). Київ.- 2016. – 12 с.

10.Протокол діагностики та лікування алергічних хвороб у дітей (анафілактичного шоку-додаток №1, алергічної кропив'янки-додаток №6) . Міністр Ю.В.Поляченко / Наказ із змінами, згідно з наказами МОЗ України. від 28.02.2020р. № 590 (v0590282-20). Київ.- 2020. – 10 с.

