

**Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад  
«Українська медична стоматологічна академія»**

«Затверджено»

на засіданні кафедри експериментальної  
та клінічної фармакології з клінічною  
імунологією та алергологією

**Завідувач кафедри**

Професор \_\_\_\_\_ Бобирьов В.М.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 р. Пр. №\_\_

**Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів  
під час підготовки практичного заняття**

Навчальна дисципліна	Клінічна імунологія та алергологія
Модуль №1	Основи клінічної імунології та алергології
Змістовий модуль №2	Алергічні, токсико-алергічні захворювання
Тема заняття 12	<b>Псевдоалергія. Медикаментозна хвороба</b>
Курс	5
Факультет	Медичний

### 1. Актуальність теми:

В останній час неухильно зростає алергізація населення промислово розвинутих країн. Наростає і кількість псевдоалергічних реакцій, які в першу чергу потрібно диференціювати з алергічними. Алергічні реакції є різновидом імунних реакцій, однак, їх відрізняють по-перше, наявність при алергії ушкодження власних тканин, по-друге, алергічні реакції мають однотипні клінічні прояви, незалежно від характеру алергенів. Алергічні захворювання – це найдоступніша модель, на прикладі якої на сьогодні найлегше пояснити основні принципи патогенезу, клініки, діагностики та лікування хворих з імунопатологією. Ці питання відіграють особливу роль у диференціальній діагностиці псевдоалергії та алергії.

Гіперчутливість до медикаментів відіграє важливу роль в наданні допомоги будь-яким спеціалістом. В останній час значно змінилось розуміння медикаментозної алергії.

### 2. Конкретні навчальні цілі

1. Вміти визначати етіологічні та патогенетичні фактори алергологічних та псевдоалергічних захворювань.
2. Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із вказаною патологією.
3. Розуміти основи методик проведення алергологічних досліджень (лабораторні тести, шкіряні проби, провокаційні тести на метикаменти та ін.).
4. Скласти план обстеження хворих з алергологічними та псевдоалергічними захворюваннями, обґрунтовувати застосування основних специфічних діагностичних методів, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення;
5. Проводити диференційну діагностику між алергічними та псевдоалергічними захворюваннями.
6. Виявляти різні варіанти перебігу та ускладнення алергічних та псевдоалергічних реакцій на медикаменти;
7. Призначати протиалергічну терапію, оцінювати її ефективність.
8. Визначати прогноз, проводити первинну та вторинну профілактику при алергічних та псевдоалергічних захворюваннях;

### 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (междисциплінарна інтеграція).

Дисципліна	Отримані навички
Анатомія	Знати будову тимусу, лімфатичних вузлів, пейєрових бляшок, селезінки, червоного кісткового мозку. Провести фізикальне обстеження хворих.
Нормальна фізіологія	Знати функціонування центральних та периферичних органів імунної системи. Оволодіти основами клініко-лабораторних методів дослідження.
Біохімія	Засвоїти основи біохімічних лабораторних методів дослідження. Дію цитокінів та дію різних груп біологічно активних речовин.
Мікробіологія та вірусологія	Знати імунна відповідь, діагностика бактеріальної та вірусної інфекції. Оволодіти основами спеціальних мікробіологічних методів дослідження.
Терапія	Знати патогенез та клінічні прояви алергічних захворювань та вторинних імунodefіцитів. Вміти проводити збір імунологічного та алергологічного анамнезу.
Фтизіатрія	Засвоїти механізми розвитку клітиннозалежної імунної реакції, перебіг та клінічні прояви туберкульозу.
Інфекційні хвороби	Засвоїти патогенез, клінічні прояви бактеріальних та

	вірусних інфекції. Вміти діагностувати бактеріальні та вірусні інфекції.
--	--

#### 4. Завдання для самостійної роботи в процесі підготовки до заняття

##### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до занять.

Термін	Визначення
Псевдоатопічна патологія	Гіперергічні реакції, які не мають в основі свого розвитку імунного механізму, а формуються внаслідок безпосереднього впливу патогенів на джерела біологічно активних речовин.
Гаптен (від грец. <i>Haπto</i> — прикріплюю)	Напівантигени, речовини (здебільшого низькомолекулярні), що не мають імуногенних властивостей, але здатні специфічно взаємодіяти з антитілами та імуніцитами після зв'язування з певною більшою молекулою, наприклад білком, унаслідок чого вони стають імуногенними антигенами.
Гіперчутливість сповільненого типу	Підвищена чутливість до алергенів, зумовлена Т-лімфоцитами — ефекторами і лімфокінами, IV тип реакції.
Есенціальний еозинофільний синдром	Стійке збільшення числа еозинофілів, більше 0,6 Г/л у периферичній крові з виключенням загальновідомих причин розвитку захворювання.

##### 4.2 Теоретичні питання до заняття:

1. Принципи протиалергічної терапії та імуотропних методів лікування в алергології. Специфічна імунотерапія, механізм дії, показання та протипоказання, прогноз ефективності.
2. Кропивянка, набряк Квінке, алергічний дерматит: етіологія, імунопатогенез, клініка, алергодіагностика, основні принципи імунотерапії.
3. Медикаментозна алергія. Імунопатогенез, клініка, алергодіагностика, лікування, алергопрофілактика.
4. Поняття алергія та псевдоалергія, диференційна діагностика. Гістамінліберацийні механізми розвитку псевдоалергічних реакцій. Принципи лікування.
5. Розвиток псевдоалергічних реакцій при порушеннях активації системи комплементу та метаболізму арахідонової кислоти. Принципи лікування.
6. Медикаментозна алергія. Імунопатогенез, клініка, алергодіагностика, лікування, алергопрофілактика

##### 4.3 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Скласти план обстеження хворих з алергологічними та псевдоалергічними захворюваннями.
2. Опанувати навичками виконувати шкіряних алергологічних тестів (панч-тести).
3. Опанування навичками оцінки даних лабораторних алергологічних, токсико-алергічних тестів.
4. Опанувати навичками визначати алергенів з подібними антигенними детермінантами для складання рекомендацій по алергологічній профілактиці.
5. Опанувати навичками виконувати провокаційних алергопроб при шкірних формах алергії та оцінці їх показників.
6. Проводити диференціальний діагноз, обґрунтовувати клінічний діагноз при основних алергологічних, псевдоалергічних захворюваннях на підставі аналізу даних

лабораторного та інструментального обстеження

7. Призначати лікування, визначати прогноз, проводити первинну та вторинну профілактику при алергологічних захворюваннях.

8. Надати невідкладну допомогу при гострій кров'янці чи псевдоалергічній патології.

9. Застосовувати на практиці стандарти діагностики та лікування алергологічних, псевдоалергологічних захворювань.

## **ЗМІСТ ТЕМИ**

**Псевдоалергічні реакції** мають лише 2 стадії розвитку: патохімічну та патофізіологічну.

Виділяють 3 групи ПАР:

1) Реакції, пов'язані з вивільненням медіаторів (насамперед, гістаміну) із тучних клітин або з порушенням інактивації гістаміну. Чинники, які вивільняють гістамін: хімічні (у тому числі лікарські засоби – наркотичні аналгетики, поліцукриди – декстран, антибіотики (поліміксин В), іони кальцію, ензими (хімотрипсин), токсичні речовини, які потрапляють із кишечника, УФО іонізуюче опромінення. Клінічні ознаки: анафілактоїдний шок, кропив'янка, бронхоспазм, кон'юнктивіт.

2) Реакції, пов'язані з дефіцитом інгібітора 1 компоненту комплемента ( $C_1$ ) та неімуно-логічною активацією комплемента альтернативним шляхом. Клінічні ознаки: набряк Квінке.

3) Реакції пов'язані з порушенням метаболізму поліненасичених жирних кислот, насамперед, арахідонової: пригнічення циклооксигеназного та активація ліпоксигеназного шляху з утворенням надлишку лейкотрієнів (наприклад, під впливом нестероїдних протизапальних ЛЗ та ненаркотичних анальгетиків). Клінічні прояви: анафілактоїдний шок, алергічні процеси у органах дихання (бронхоспазм), кропив'янка, висипи на шкірі, зуд, набряк Квінке.

Нерідко подібну на алергічні реакції мають клінічні прояви підвищеної чутливості до лікарських препаратів. У відповідності до "Офіційного висновку проблемної комісії по номенклатурі ЕААСІ" (2001), неадекватні реакції на лікарські препарати (ЛП) слід відносити до **лікарської гіперчутливості**. Якщо вона опосередкована імунологічними механізмами - адекватним терміном є **лікарська алергія**. Залежно від імунологічних реакцій, що переважають, вона може бути **негайного** (опосередкована антитілами) чи **уповільненого типу** (опосередкована лімфоцитами).

Переважає більшість лікарських препаратів являє собою неповноцінні алергени - гаптени. Тільки з'єднуючись в організмі з білками сироватки крові, вони отримують властивості повноцінного алергену. Проти такого кон'югованого алергену в організмі відбувається напрацювання антитіл - сенсibilізація і, як і у відношенні інших алергенів, при повторному надходженні лікарських препаратів до організму відбувається відомий каскадний процес: **взаємодія алергенів з антитілами - виділення медіаторів - патофізіологічна реакція - клінічні прояви**.

**Клініка лікарської алергії** має системні прояви і переважаючі органні реакції:

1. Системні реакції: анафілактичний шок, сироваткова хвороба.

2. Органні реакції з переважним ураженням:

2.1. Шкіри (кропив'янка і набряк Квінке, васкуліти, багатоформна еритема, фіксований дерматит, контактний дерматит, макулопапульозна екзантема тощо).

2.2. Крові (анемія, лейкопенія, агранулоцитоз, тромбоцитопенія, панцитопенія, еозинофілія).

2.3. Вісцеральних органів (нирок, печінки, серця, легень тощо).

За гостротою перебігу лікарської алергії можна виділити:

### **Гострі форми:**

анафілактичний шок,

бронхоспастичний синдром;

явища риніту, кон'юнктивіту;  
гемопатії;  
шкірні прояви.

**Затяжні форми:**

сироватковий синдром;  
лікарські васкуліти;  
синдроми Стівена - Джонсона, Лайєла.

**Шкірні прояви.** Можуть включати (наведені у порядку зменшення частоти) гостру кропив'янку і набряк Квінке, некласифіковані екзантеми, багатоформну ексудативну еритему, фіксований дерматит, васкуліти, контактний дерматит і деякі інші, менш часті прояви.

**Гематологічні прояви** можуть включати ізольовану еозинofilію, гіпопластичну, гемолітичну анемію, тромбоцитопенію, агранулоцитоз, панцитопенію.

**Респіраторні прояви** можуть включати явища риніту, бронхоспазму, алергічного альвеоліту.

Серед **вісцеральних вражень** можуть виникати патологічні зміни з боку серця (міокардит, перикардит), шлунково-кишкового тракту (ентероколіти, виразково-некротичні прояви), печінки, жовчного міхура, нирок, тощо.

Лікарська алергія може проявлятися у вигляді **синдрому сироваткової хвороби** (в основі лежить 3-й тип алергічних реакцій). При цьому період сенсibilізації триває 7-10 днів. При **легкому варіанті** на фоні підвищення температури тіла може з'являтися поліморфний висип, набряки, незначне збільшення лімфатичних вузлів. При середньоважкій формі навколо місця ін'єкції лікарських препаратів може утворюватися гіперемія, висипка, набрякання регіонарних лімфатичних вузлів, виникати головний біль, тахікардія, болі в суглобах. Такий стан може тривати до 3-4 тижнів. При **важкій формі** ці явища є більш вираженими і тривалими, може падати артеріальний тиск, виникати задишка, судоми, більше змін з боку крові (лейкопенія з лімфоцитозом, пришвидшення ШОЕ). Такий перебіг лікарської алергії може ускладнюватися міокардитом, поліневритом, гепатитом, енцефалітом.

Дещо особливим станом є синдроми Стівена - Джонсона та Лайєла. Останнім часом все більше фахівців вважає, що у виникненні цих синдромів мають місце як токсичні впливи лікарських препаратів, так і алергія до них. Все більше авторів висловлюють точку зору, що багатоформна ексудативна еритема при певних умовах може прогресувати, на слизових оболонках губ, язика, на піднебінні, кон'юнктиві, слизовій оболонці носа, поверхні статевих органів можуть виникати пухирі з геморагічним вмістом. Вони можуть розкриватися з утворенням виразок, можлива кровоточивість, ускладнення у вигляді пневмоній, нефритів, піодермій тощо.

**Синдром Лайєла** (базується переважно на 4 типі алергічних реакцій), або епідермальний некроліз, проявляється гектичною температурою тіла, вираженою інтоксикацією, болем у горлі, суглобах, тахікардією. Шкіра тулуба, кінцівок, інколи обличчя, стає різко гіперемованою з синюшним відтінком, великою кількістю різної величини пухирів. Шкіра легко відшаровується, знімається, утворюючи великі ерозовані поверхні з "лахміттям" шкіри, виразками на слизових оболонках. Можуть спостерігатися токсичні та інфекційні ураження багатьох внутрішніх органів. Смертність при синдромі Лайєла досягає 30-50%.

**Екзогенний алергічний альвеоліт** - це захворювання, що виникає внаслідок алергічної реакції легеневої тканини на вдихання антигенів (АГ), які містяться в органічному пилу. Серед АГ, що обумовлюють формування цієї патології, велику роль відіграють, особливо термофільні актиноміцети, білки тваринного походження (птахів, риб, ссавців) тощо. Залежно від характеру антигена, що спричиняє захворювання, виділяють різні його форми. АГ, які потрапляють в організм інгаляційним шляхом, спричиняють утворення преципітуючих АТ, що належать до IgG. При повторному контакті АТ, вступаючи у реакцію з АГ, утворюють циркулюючі імунні комплекси, які

відкладаються під ендотелієм альвеолярних капілярів. Імунні комплекси активують систему комплементу, хемотаксичні фактори. Циркуючи комплекси сприяють вивільненню лізосомних ферментів, які спричиняють ушкодження легеневої тканини. Внаслідок цих взаємодій утворюються епітеліоїдно-клітинні гранули, виникає інфільтрація між альвеолярних перегородок лімфоцитами та плазматичними клітинами, а у кінцевій стадії – фіброзування. Ушкодження легеневої тканини пов'язують з впливом сенсibiliзованих лімфоцитів, порушенням рівноваги між Т- і В-клітинними реакціями. Клінічна симптоматика захворювання визначається тривалістю й інтенсивністю антигенного впливу та його формою. Гостра форма розвивається через кілька годин після контакту з АГ. Проявляється задишкою, кашлем. Аускультативно визначається типова для альвеолі ту крепітація. Хронічна форма захворювання характеризується прогресуючою дихальною недостатністю, кашлем, крепітацією, виснаженням хворого. Рентренологічно виявляють осередкові тіні, підсилення судинного малюнку, при хронічних формах – фіброзні зміни. У діагностиці екзогенного альвеоліту велике значення надається імунологічним дослідженням, спрямованим на виявлення специфічних АТ або визначення клітинно-опосередкованих реакцій. Чутливим є метод флюоресценції АТ і радіоімунологічний тест, який використовується для їхнього кількісного визначення. Виявлення преципітуючих АТ у поєднанні з анамнестичними даними про наявність контакту з алергеном і відповідними симптомами звичайно є достатнім для визначення діагнозу.

**У зв'язку з важливістю проблеми лікарської алергії для охорони здоров'я труднощами в її діагностиці доцільно притримуватися етапності у виявленні лікарської алергії та ідентифікації ліків-алергенів.** Згідно наказу МОЗ та АМН України за № 127/18 від 02/04.2002. вона має бути такою:

***I етап. Клініко-анамнестична діагностика.*** Повинна застосовуватися всюди, де проводиться призначення лікарських препаратів (від фельдшерсько-акушерського пункту до багатопрофільної лікарні).

На підставі збирання анамнезу виділяються наступні контингенти:

1) з підвищеною вірогідністю виникнення алергічних реакцій на лікарські препарати. До них відносяться:

– хворі з побічними реакціями на лікарські препарати в минулому, які проявлялися явищами лікарської алергії;

– хворі з алергічними захворюваннями немедикаментозного генезу (бронхіальна астма, алергічний риніт, кропив'янка, дерматити, інсектна алергія тощо);

2) категорії, що мають чималий постійний професійний контакт з ЛП: мед-, фармпрацівники, співробітники хімпідприємств тощо;

3) хворі з аутоіммунними захворюваннями, а також ті, хто часто й тривало приймає лікарські препарати.

**При виявленні позитивної реакції на розчин певного лікарського препарату вона фіксується у медичних документах хворого (амбулаторна, стаціонарна карта) і цей препарат (та його хімічні аналоги) забороняється для застосування!**

Вищенаведену технологію діагностики доцільно застосовувати лише при першому типі (реагіновому) алергічних реакцій. Для етіологічної діагностики при другому – третьому типах можуть застосовуватися лише лабораторні тести, при 4-му типі - пластирні проби і лабораторні тести.

Протипоказання до шкірного тестування з лікарськими препаратами:

1. Перенесений хворим у минулому анафілактичний шок на введення будь-якого лікарського засобу, а також синдрому Лайєла, Стівенса -Джонсона.

2. Ідентифікована алергічна реакція в минулому на препарат (чи його хімічний аналог), з яким має проводитися тестування;

3. Наявність загострень алергічних, шкірних захворювань, що роблять діагностику лікарської алергії небезпечною.

4. Наявність психічних захворювань, вагітності.

5. Дітям віком менше 5 років (дітям взагалі дозволяється проводити тестування не більше як двома лікарськими препаратами одночасно).

6. Стадія декомпенсації важких хронічних захворювань (серця, нирок, печінки), важка форма цукрового діабету.

При лікуванні антигістамінними препаратами тестування відкладається на 5 діб, при лікуванні системними глюкокортикостероїдами - на 10 діб.

### **3 етап. Провокаційні проби**

Давно відомим провокаційним методом діагностики лікарської алергії є поміщення під язик таблетки з лікарським препаратом і при появі неприємних відчуттів, оніміння язика тощо - реєстрація позитивної реакції. В цьому випадку таблетку слід видалити, прополоскати порожнину рота. Цей тест вельми сумнівний, неспецифічний і небезпечний. Незначну діагностичну цінність також має широко відомий тест природної еміграції лейкоцитів у порожнині рота.

### **4 етап. Лабораторні тести**

4 етапом діагностики лікарської алергії можуть бути лабораторні методи. Вони можуть застосовуватися при наявності протипоказань до шкірного та провокаційного тестування з лікарськими препаратами, але нагальній потребі у цьому, спірних, сумнівних чи складних випадках немає. Літературні дані та власний багаторічний досвід (зважаючи на реальні можливості наших медичних установ) свідчать, що у якості таких тестів можуть бути запропонованими реакція інгібіції міграції лейкоцитів (мікрометод у капілярах), реакція бластної трансформації лімфоцитів (мікрометод) та імунотермістометрія, ІФА, тест Шеллі, вивільнення гістаміну тощо).

**Профілактика лікарської алергії** поділяється на заходи загального порядку і індивідуальні.

Заходи загального порядку включають боротьбу з поліпрагмазією, зміну порядку роботи аптечних установ, підвищення якості лікарських препаратів, що випускаються чи продаються, налагодження в установах охорони здоров'я методів раннього виявлення і профілактики лікарської алергії, їх ретельний облік, заборону використання лікарських препаратів у якості консервантів, проведення роз'яснювальної роботи серед населення. До них також можна віднести покращення підготовки лікарів з питань лікарської алергії, зміна порядку призначення лікарських препаратів в амбулаторних і стаціонарних закладах, ретельне обстеження хворих перед проведенням фармакотерапії тощо.

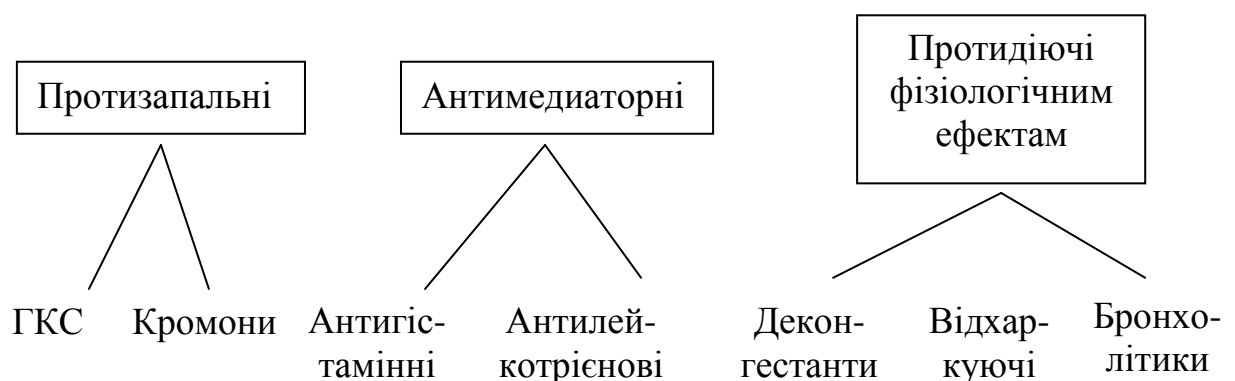
**Індивідуальні заходи профілактики лікарської алергії** повинні здійснюватися безпосередньо особами, що приймають лікарські препарати. Хворі повинні уявляти собі всю небезпеку лікарських препаратів і притримуватися певних заходів щодо попередження ускладнень фармакотерапії. В цьому їм повинні допомагати медпрацівники.

### **Фармакотерапія алергічних захворювань**

Можна вважати, що умовно основні фармакотерапевтичні засоби для лікування алергічних захворювань органів дихання поділяються на такі групи:

- засоби, що діють на алергічне запалення.
- антимедіаторні засоби.
- симптоматичні препарати.

Це можна навести у вигляді схеми:



## **Матеріали для самоконтролю**

### **А. Тести для самоконтролю:**

#### **1). Найкращим засобом діагностики IgE-залежних реакцій є:**

- а) імуноферментний метод визначення специфічного IgE;+
- б) реакція специфічного лейкоцитолізу;
- в) шкірні проби з алергенами;+
- г) метод RAST.

#### **2). Назвіть основні механізми розвитку кропив'янки (по Gell-Coombs)**

- 1. I тип+
- 2. II тип+
- 3. III тип+
- 4. IV тип

#### **3). Які харчові алергени найчастіше можуть бути причиною розвитку atopічного дерматиту?**

- 1. злаки, сливи
- 2. яйця, шоколад+
- 3. абрикоси, банани
- 4. цитрусові, молоко+

#### **4). Найчастішою причиною виникнення atopічного дерматиту у дітей перших років життя є?**

- 1. побутові алергени
- 2. харчові алергени+
- 3. емоційні фактори
- 4. фізичні зусилля

#### **5). При переважній активності Th2-хелперів переважно продукуються інтерлейкіни:**

- а) 4,5,13;+
- б) 1,2,7;
- в) альфа-інтерферони, колонієстимулюючий фактор

#### **6). Медикаментозне ураження нирок частіше має генез:**

- а) токсичний;+      б) алергічний;      в) інфекційний;      д) аутоімунний

#### **7). До антагоністів лекотрієнів відносяться:**

- а) ацетат;
- б) сингуляр;
- в) задитен;
- г) нічого з перерахованого

#### **8). Які основні механізми не характерні для розвитку кропив'янки (по Gell-Coombs)?**

- 1. I тип
- 2. II тип
- 3. III тип

4. IV тип+

**9). Найчастішою причиною виникнення кропив'янки у дітей перших років життя є?**

1. побутові алергени
2. харчові алергени+
3. емоційні фактори
4. фізичні зусилля

**10. Скільки патофізіологічних стадій розвитку, зазвичай, мають алергічні реакції по А.Д.Адо?**

1. дві
2. три+
3. чотири
4. п'ять

**Б. Задачі для контролю::**

**1.** У хворого, який переніс операцію з приводу гострого апендициту, під час третьої перев'язки хірурги знайшли сильне запалення шкіри навколо операційної рани, наявність у вогнищі пухирів та ерозій. Вогнищеве ураження чітко обмежене. Поставте клінічний діагноз.

- а) контактний дерматит;+
- б) гостра екзема;
- г) атопічний дерматит.

**2.** У чоловіка 37 років при проведенні пієлографії за допомогою верографіну виник свербіж шкіри, набряк обличчя, запаморочення, страх смерті. АТ - 70/40 мм рт ст., РБ - 130 уд у хв. Дихання шумне, хрипи чути на відстані, при аускультатії дихання ослаблене, поодинокі сухі хрипи. Який препарат необхідно ввести хворому у першу чергу?

- а) адреналін+;
- б) преднізолон;
- в) сальбутамол;
- г) супрастин;
- д) еуфілін.

**3.** У дитини після вживання тарілки полуниць виник висип на шкірі, свербіння. Раніше, коли дитина вживала незначну кількість полуниць, цих явищ не було. Лікар призначив кларитин і заборонив вживати полуниці. Чи вірно зробив лікар? Чи є в даному випадку алергія на полуниці?

- а) найбільш вірогідним є виникнення псевдоалергічної реакції у зв'язку з тим, що полуниці вивільняють гістамін і самі його містять у значних кількостях. Тому слід рекомендувати не вживати велику кількість полуниць;+
- б) харчова алергія на полуниці. Лікар все зробив вірно;
- в) у дитини дефект травлення їжі. Слід дообстежити;
- г) у дитини харчова алергія на полуниці. Слід провести специфічну імунотерапію;
- д) можливо, полуниці не були добре промитими і має місце харчова токсикоінфекція.

**4.** Хвора А., 48 років. Захворіла раптово, вранці 18 березня, коли відчула свербіж шкіри спочатку стегон, сідниць та повік, через 15 хвилин на перелічених ділянках з'явилися висипи у вигляді пухирів (нагадували ужалення кропивою). Ще через 30 хвилин висипи з'явилися на всьому тілі, а у місцях перелічених вище, злилися, набули вигляду "географічної карти". З анамнезу відомо: 11 березня відчула дизуричні розлади (часті

позиви, різі). Звернулась до лікаря, було призначено бісептол 480 по 2 табл. двічі на добу та фуразолідон по 0,1 4 рази на добу. Приймала ліки 7 днів (від 12-17 березня). Об'єктивно: на шкірі всього туловища поодинокі та зливні пухирі з просвітлінням у центрі та вінцям гіперемії по периферії, набряки повік, периорбітальна гіперемія. Температура тіла 36,9<sup>0</sup>C. ЧСС 72 за 1<sup>1</sup>. АТ 120/80 мм рт. ст. Язик вологий, обложений світло-сірим нальотом. Живіт м'який, печінка виступає з-під реберної дуги на 1,5 см, селезінка не збільшена.

1. Який попередній діагноз у хворі А.?
2. Тактика лікаря (призначити план обстеження та лікування).
3. Диф. діагностика?

5. Хворий М., 18 років Доставлений у приймальне відділення "швидкою допомогою". 35 хвилин тому пив газову солодку воду у районі центрального ринку. Відчув пронизливий пекучий біль у роті, після чого виплюнув комаху - осу. Через 5 хвилин відчув ускладнення дихання, слабкість, запаморочення і втратив свідомість. Із запису лікаря "швидкої допомоги": хворий блідий, вкритий холодним потом, дихання стридорозне, язик збільшений (не вміщається у роті). Рефлекси з роговиці збереженні, зіниці реагують на світло. АТ 60/0 мм рт. ст. Введено Sol. Adrenalini: 0,1 % - 0,5 мл у корінь язика. Вену пунктувати не вдалось, введено Prednisoloni 120 мг внутрішньом'язово. Через 50 хвилин дихання. На момент огляду у приймальному відділенні: шкіра бліда, свідомість збережена, контактує, дихає важко, з присвистом, АТ 90/50 мм рт. ст. Черговий ЛОР лікар діагностував набряк гортані 1 ст.

**Запитання:**

1. Діагноз?
2. Прокоментуйте дії лікаря "швидкої допомоги".
3. Тактика лікаря приймального відділення?

6. Хвора Я., 60 років. Непокоїть слабкість, запаморочення, набряки всього тіла, особливо обличчя та суглобів, сип на тілі у вигляді кропив'янки. Анамнез: 10 днів тому хвору вкусило бездомне кошеня. Через день звернулась до лікаря, було призначено введення антирабічної сироватки. На 7 день з'явився сип, спочатку у ділянці введення, потім – по всьому тілу, наступного дня з'явилися перераховані симптоми.

**Запитання:**

1. Діагноз?
2. Тактика лікаря.

**ВІДПОВІДІ ДО СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ:**

**Задача № 4.**

- 1) Алергія від ліків у вигляді генералізованої гострої кропив'янки.
- 2) План обстеження: загальний аналіз крові, сечі, функціональні печінкові проби, визначення алергензалежної дегрануляції базофілів з фуразолідонем та бісептолом, посів сечі на мікрофлору та гриби, кал на дизбактеріоз.

План лікування: відмінити бісептол та фуразолідон; антигістамінні ЛЗ; дімедрол 1% - 1,0 мл в/м через 8 годин; преднізолон 30 мг в/в на фізіологічному розчині або глюкози 5% - 400,0 мл ентеросорбенти; сечогінні (фуросемід 40 мг).

- 3) Гострі інфекції: кір, краснуха, інфекційний мононуклеоз.

**Задача № 5.**

1. Алергія на отруту перепончатокрилих: Анафілактичний шок. Гострий набряк гортані і язика від укусу оси.
2. Необхідно ввести антигістамінні ЛЗ.
3. Дивись матеріали до практичного заняття: негайна допомога при АШ.

**Задача № 6.**

1. Сироваткова хвороба.
2. Госпіталізація. Відмінити введення антирабічної сироватки; димедрол 1,0 – 1% №3; преднізолон 30 мг в/м; адреналіну гідрохлорид 0,1% - 0,5 п/ш під контролем АТ; сечогінні у малих дозах.

**Рекомендована література:****Основна:**

1. Клінічна імунологія та алергології. Підручник / За ред. проф. Г.М. Дранніка. - К.: Здоров'я, 2006. - 888 с.
2. Бобирьов В.М., Ляховський В.І. Клінічна імунологія та алергологія. Учебний посібник. – Полтава, 2011. – 128 с.
3. Казмірчук В.Є., Ковальчук Л.В. Клінічна імунологія та алергологія. - Вінниця: Нова Книга, 2010. - 528 с.
4. Пухлик Б.М. Алергологія . - Вінниця: Нова Книга, 2006. - 228 с.

**Додаткова:**

1. Бажора Ю.І. та співав. Клінічна імунологія. – Одеса: Одеський державний медичний університет, 2000. - 384 с.
2. Кишкун А.А. Иммунологические исследования и методы диагностики инфекционных заболеваний в клинической практике. – М., 2009. – 710 с.
3. Основы клинической иммунологии (учебное пособие для медицинских вузов) / Пер. с англ. Э. Чепель, М. Хайни, С. Мисбах, Н. Сновден. - М: Гэотар-Медиа, 2008. – 416 с.
4. Рабсон А. Основы медицинской иммунологии: пер. с англ. – М.: Мир, 2006. – 319 с.
5. Хаитов Р.М. Иммунология. Учебник для медицинских вузов. - М.: Изд. Гэотар Медиа, 2006. – 526 с.

**Методична розробка складена**

**ас. Ляховською Н.В.**