

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Жедел медициналық жәрдем беру кафедрасы

***Балалардағы поствакциналық
аллергиялық реакциялар. Лайелл
синдромы. Стивенс-Джонсон
синдромы.***

Орындағын: Амангельдиев С.Ж. Курс:5
Ғылыми жетекші : м.ғ.д. , профессор Мусаев А.Т.

Алматы,
2016 ж.

- Қазіргі уақытта аллергиялық аурулар кең таралған патология түрі болып табылады. Осы аурумен жер шарындағы халықтың 10% зардап шегуде.

Аллергиялық реакциялар — көбінесе дәрілік заттардың әсерінен дамиды (7-30 % науқастарда). Бұл заттарға антибиотиктер, қан плазмасының препараттары және оның белоктары, полипептидті заттар, антисептикалық, антитоксикалық сарысулар, новокаин, пероральды гипогликемиялық заттар, нейролептиктер, йод дәрілері жатады.

- **Аллергиялық реакциялар.**

Сонымен қатар аллергиялық реакциялар тағамдық аллергендер — балық, ет, жұмыртқа, сүт, шоколад, дәнді-дақылдар, томат, тағамдық қоспалар, антиқышқылдар, бояулар, иістендіргіштер және басқалардан болады. Өндірістік аллергендер, инфекциялардан дамыған аллергендер, өсімдік, тұрмыстық (шаң, жәндік бөлшектері) және т.б. бар. Улы жәндіктер шаққанда жергілікті және жалпы ауыр аллергиялық реакцияларды туғызады. Аллергиялық реакциялар үш сатыда жүреді —

- иммунологиялық,
- патохимиялық,
- патофизиологиялық (немесе клиникалық)

- Аллергиялық реакциялардың клиникалық сатысы әр — түрлі түрде көрінеді, «антиген — антидене» кешенінің мөлшеріне, аллергеннің таралу орнына, аллергеннің ағзаға ену жолына байланысты. Даму жылдамдығына қарай барлық аллергиялық реакциялар 2 түрге бөлінеді: баяу типті реакция 1- 2 тәулік бойында дамиды және жылдам типті реакция, аллерген қайта енгеннен кейін 10-20 минут ішінде дамиды.

- Шұғыл жағдайлар жиі аллергиялық реакцияның жылдам типі дамығанда негізінен күтпеген жағдайда туады және анафилактикалық шок түрінде (дәрілік АШ), жедел эпидермальды некролиз, Лайелл синдромы, алып есекжем, Квинке ісігі, бронх демікпесі және астматикалық статус түрінде көрінеді. Аллергиялық реакциялар сарысулық ауру түрінде (Артюс феномені), поллиноздар (шөптік лихорадка), ринит, есекжем, Стивенс -Джонс синдромы түрінде көрінеді.

Әртүрлі вакциналарға егуден кейінгі реакциялар.

- Егуден кейінгі (поствакциналық) реакциялар — бұл вакцинаға организмнің қалыпты реакциялары және олар салдар қалдырмайды. Вакцинадан кейінгі реакция ұзаққа созылмайды (бірнеше сақаттан бірнеше тәулікке дейін). Тірі емес вакцина енгізілгеннен кейін 3 күнге дейін, ал тірі вакцина қолданғанда- орташа 3-5 күнге созылады. Вакцинадан кейінгі жергілікті реакциялар вакцина енгізу орнында (жергілікті поствакциналық реакция) көрініс беруі мүмкін немесе жалпы ағзалық (жалпы поствакциналық реакция) көрініс беруі мүмкін.

- Вакцинадан кейінгі жергілікті реакциялар вакцина енгізу орнында қызарумен, тығыздалумен, ауырсынумен көрінуі мүмкін. Жергілікті реакциялардың қарқындылық дәрежесін бағалау үшін келесі критерийлер қолданылады: + Әлсіз реакция – вакцина енгізілген орында гиперемия немесе диаметрі 2, 5 см-ге дейінгі инфильтрат гиперемиямен. Орташа реакция – инфильтрат диаметрі 2,6 см — 5,0 см лимфангоитпен немесе лимфангоитсіз. Күшті реакция – инфильтрат диаметрі 5,0 см — 8,0 см; лимфангоит және лимфаденит болуымен.

- Вакцинадан кейінгі жалпы реакциялар дене температурасын жоғарылауымен, әлсіздікпен немесе жылай берумен көрінуі мүмкін. Жалпы реакциялардың қарқындылық дәрежесін бағалау үшін келесі критерийлер қолданылады: Әлсіз реакция – дене температурасы $37,5^{\circ}\text{C}$ дейін көтеріледі, интоксикация симптомдары болмайды; Орташа реакция – дене температурасы $37,6^{\circ}\text{C}$ — $38,5^{\circ}\text{C}$ дейін көтеріледі, интоксикация симптомдары шамалы; Күшті реакция – дене температурасы $38,5^{\circ}\text{C}$ жоғары, бірақ интоксикация симптомдары қысқа.

- Тірі вакциналарды екенде табиғи инфекция әлсіреген түрде толықтай дерлік көрініс беруі мүмкін. Мысалы: қызылшалық моновакцина балалардың 5-15%-да 4-14 күн аралығында арнайы реакция береді. Ол дене температурасының 37,5-38,50С жоғарылауымен, катаральді көріністермен (жөтел, аздаған конъюнктивит, ринит) және аз мөлшердегі бозғылт-қызғылт бөртпелер шығуымен сипатталады. Балалар бұл кезде қоршаған ортаға жұқпалы емес.+ Тірі паротит моновакцинасын енгізгенде, кейбір балаларда вакцинациядан кейінгі 4- 12 күн аралығында дене температурасының жоғарылауы және катаральды белгілер байқалады. Кей жағдайларда құлақ маңы безінің аздаған және қысқа уақытқа (1-2 күн) ұлғаюы байқалады.

- Көбінесе вакцинадан кейінгі реакциялар АКДС вакцинасын енгізгеннен кейін байқалады. Кейбір балаларда екпеден кейінгі алғашқы 1-2 тәулікте дене температурасының 37,5-390С көтерілуі, мазасыздық, ұйқы бұзылысы, тәбетінің төмендеуі, кейде құсу түріндегі жалпы реакциялар және вакцина енгізген орында гиперемия және ісіну түріндегі жергілікті реакция болуы мүмкін. Барлық балаларға АКДС вакцинасы енгізілгеннен 1 сағат өткен соң әр 6 сағат сайын, бірақ тәулігіне 4-тен көп емес, дене салмағына 10-15 мг/кг мөлшермен есептеп, 1-3 тәулік бойы парацетамол беру ұсынылады!!!

- **БЦЖ** енгізгеннен кейінгі поствакциналық реакция дамуы жеке және маңызды мәселелердің бірі болып саналады. Әдетте, БЦЖ вакцинациясы енгізілгеннен кейін бірден папула пайда болады, ол 15–20 минуттан кейін жоғалады. Сонымен қатар, аймақтық лимфа түйіндерінің 15-20 мм дейін ұлғаюмен жүретін жалпы қалыпты реакциясы болуы мүмкін. Ал лимфа түйіндерінің ұлғаюы 20 мм асса арнайы ем тағайындау қажет. Лимфадениттердің кері дамуы 6-9 ай бойы жүреді.
- **БЦЖ кейін жергілікті реакция** алғаш вакцинация жүргізілген балаларда тек 4-6 аптадан кейін дамиды. Бастапқыда вакцина енгізілген жерде қызарған дақ, одан кейін диаметрі 5-9 мм болатын папула пайда болады. Кейіннен папула везикулаға, пустулаға одан қабыршаққа айналып, тыртық қалыптасады. Сипатталған реакциялар қалыпты жағдай болып табылады және ешқандай дәрілік заттармен өңделуді қажет етпейді.

- Сонымен қатар, таңғыш таңуға және көпіршік құрамын қысып шығаруға болмайды. Түзілген қабыршақты алып тастауға немесе жуынған кезде жөкемен ысуға болмайды, себебі, бұл жергілікті инфекциялық үрдістің ағымын бұзуы мүмкін. 5-6 ай өткеннен кейін балалардың 95-97% нәзік беткей тыртық қалыптасып, өзінің соңғы түріне тек екпеден 1 жыл өткен соң енеді. Тыртықтың пайда болуы екпенің дұрыс қалыптасқанын (жергілікті тері туберкулезі орын алғанын) және ағзаның туберкулез микобактериясына қарсы арнайы қорғанысының түзілгенін куәландырады. Тыртықтың диаметрі 5-8 мм болуы ең оңтайлы болып саналады. БЦЖ ревакцинациясы жүргізілген балаларда жергілікті поствакцинациялық екпелік реакция 1 аптадан кейін дамиды (дақ-папула- көпіршік-пустула-қабыршақ-тыртық).

- Вакцинацияланған және ревакцинацияланған балаларды бақылау үлескелік дәрігерлермен жүргізіледі. Бұл кезде кезеңмен әрбір 1, 3, 6, 12 ай өткеннен соң жергілікті екпе реакциясы тексеріледі, оның сипаты мен өлшемі есепке алу — есеп беру медициналық құжаттардың 063/у, 112/у формаларына тіркеледі. Сонымен қатар, ағзаның вакцинацияға жалпы реакциясын және регионарлы лимфааденитті уақытында анықтау мақсатында перифериялық лимфа түйіндерінің реакциясы бақыланып отырылады.
- Вакцинация және ревакцинацияның қорытынды нәтижелері екпе жүргізілгеннен 1 жылдан кейін тыртық өлшеміне сәйкес бағаланады. Балалардың 95-97% тыртық қалыптасады, оның ең оңтайлы диаметрі 5-8мм. Кейбір жағдайларда БЦЖ вакцинациясын енгізген жерде пигментті дақ (түссіз) түзіледі (2-3% жағдайда).
- Егер жергілікті екпе реакциясы болмаса (тыртықтың болмаса), ондай балалар есепке алынып, 6 айдан кейін алдын ала Манту сынамасын жүргізбей және 1 жылдан кейін Манту сынамасының теріс нәтижесінде қайталап (тек бір рет) егілуі тиісті.

Егуден кейінгі (поствакциналды) асқынулар

Егуден кейінгі (поствакциналды) асқынулар – вакцинациямен байланысты патологиялық өзгерістер қатарындағы ағзадағы өзгерістер, сәйкес вакцинаның болашақта қарсы көрсеткіш болып табылады.

Вакцинадан кейінгі асқынулар сирек дамиды және оның пайда болу себебі:

- вакцинаның тасмалдауы мен сақталу шартының бұзылысы (ұзақ уақыт бойы шамадан тыс қызу, қатыруға болмайтын вакциналарды шамадан тыс суыту және қатыру);
- вакцинаның сапасының сай болмауы;
- енгізу техникасының бұзылуы (мысалы БЦЖ қатаң түрде тері ішіне енгіз тиіс);
- вакцина енгізу бойынша нұсқаманың бұзылысы;
- қарсы көрсеткіштерді сақтамау;
- ағзаның жеке ерекшеліктері (вакцинаны қайталап енгізгенде күтпеген күшті аллергиялық реакция);
- инъекция орнында іріңді қабынулар және инфекцияның қосылуы.

Поствакциналық асқынуларға жатады:

- 1) Күшті реакциялар: дене қызуының 40⁰С және одан да жоғары көтерілуі, дірілдер (қалыпты температура фонында да) әдеттегідей емес ұзақ жылау(3 сағаттан көп), естен тану.
- 2) Аллергиялық реакциялар:
 - анафилактикалық шок;
 - есекжем;
 - Квинке ісігі;
- 3) Энцефалит немесе менингиттің дамуы.

Барлық аллергиялық реакциялар вакцинаны енгізгеннен кейін бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін дамиды. Сондықтан, екпеден кейін 30 минут бойы баланы бақылау керек, бұл тез және мамандандырылған көмек көрсетуге мүмкіндік береді.

Көбінесе АҚДС енгізгеннен кейін поствакциналық асқыну жиі дамиды:

- гипертермия (400С және жоғары);
- енгізу орнындағы жұмсақ тіндердің ісінуі мен гиперемиясы түріндегі ауыр жергілікті реакция;
- анафилактикалық шок;
- Квинке ісігі;
- ұзақ ащы айғай;
- естен танумен жүретін фибрилді діріл;
- энцефалиттің дамуы (дірілдер мен ұзақ естен танумен гипертермиямен, құсумен, гиперкинездермен, аяқ-қол шаласалданумен (парез), жергілікті симптомдармен көрініс береді). Энцефалит 1:250000-300000 мөлшер жиілігінде дамиды.

- **ОПВ енгізгеннен кейін** вакцинамен ассоциирленген полиомиелит дамуы мүмкін. Ол екпеден кейінгі 4-30 тәулік аралығында және егілгендермен қатынаста болғандарда 60 тәулікте дамиды. Оның даму жиілігі 1:1,5 млн. дозаға қатынасындай. Бұл асқыну иммундықтапшылық балаларда байқалады. Тірі паротитті моновакцинациясына немесе ҚҚП-ға қатерсіз түрде өтетін серозды менингитке асқынуы мүмкін.

БЦЖ енгізгендегі поствакциналық асқынуларға ерекше назар аудару қажет, оған жергілікті сипаттама тәні

- регионарлы лимфааденит (екпеден 2-3 ай өткен соң мойын, қолтықасты лимфа түйіндері ұлғаяды);
- теріасты суық абцесс (вакцинаны тері астына енгізу техникасы бұзылғанда немесе жоғары дозаны енгізгенде — асептикалық инфильтрат дамиды);
- беткей жара;
- келоидты тыртық (тері бетінен көтеріліп тұратын дәнекер тіндік түзіліс);
- лимфа түйініндегі диаметрі 10мм-ден жоғары кальцинат; сүйек жүйесінің зақымдалуы (түтікті сүектердің зақымдануы басым оститтер).
- Клиникалық көрінісі сүйек туберкулезі сияқты;
- терінің жүйелі қызыл жегі түріндегі зақымдалуы (өте сирек болады);
- жалпы ауыр ауру түрінде әртүрлі органдар мен жүйелердің зақымдануымен өтетін жайылған БЦЖ-инфекциясы.

Өте сирек иммундықтапшылығы бар балаларға вакцинация жүргізгенде байқалады.

Вакцинациядан кейінгі асқынуларға күдік туғанда немесе диагноз нақты қойылғанда дәрігер міндеті:

- науқасқа жедел медициналық көмек көрсетуге, қажет болса стационарға жатқызуға;
- алғашқы анықталған күні мемлекеттік эпидемиологиялық бақылаудың аймақтық мекемесіне жедел хабарландыру жіберу (форма 058/у). Кейіннен стационарда ол диагноз нақтыланады немесе жоққа шығарылады;
- вакцинациядан кейінгі асқынулар балалар мекемесіне бармайтын балаларға- баланың даму тарихына (форма 112/у), профилактикалық екпе картасына (форма 063/у), ал балалар мекемесіне баратын балаларға - баланың медициналық картасына (форма 026/у), профилактикалық екпе картасына (форма 063/у) тіркеледі).

Вакциналардың барлық түрлеріне тұрақты және уақытша қарсы көрсеткіштер

4 желтоқсан 2008 жылы ҚР-да Денсаулық сақтау Министрлігінің № 636 «Иммунизацияға қарсы көрсеткіштер, егуден кейінгі асқынуларды тексеру және есепке алу туралы» бұйрығы шыққан, оған кіреді:

- №1 Қосымша – профилактикалық егулер жүргізуге уақытша және тұрақты медициналық қарсы көрсеткіштер;
- № 2 Қосымша — егуден кейінгі асқынуларды тексеру және есепке алу;
- №4 Қосымша — егуден кейінгі асқынуларды тексерудің эпидемиологиялық акті.

Вакциналардың барлық түрлеріне жалпы қарсы көрсеткіштер бар, олар: тұрақты және уақытша болып бөлінеді.

Тірі вакциналарды (БЦЖ, КҚП және ОПВ) енгізуге тұрақты қарсы көрсеткіштер):

- тұрақты иммундық жетіспеушілік;
- АИВ-инфекциясының клиникалық көріністері;
- қатерлі қан аурулары мен қатерлі ісіктер;
- жүктілік.

Стивенс-Джонсон синдромы

Стивенс-Джонсон синдромы – көптүрлі жалқықты қызарманың ең ауыр түрі. Алғаш рет аурудың белгілерін 1922 ж. америкалық педиатрлар А.М.Stevens және F.C.Johnson сипаттап жазған. Кейінірек бұл ауру «жедел дамыған кілегейлі қабық-тері-көз синдромы» («острый слизисто-кожно-глазной синдром»), «қатерлі жалқықты қызарма»(злокачественная экссудативная эритема) деген атаулармен сипатталған.

- Ауру дене қызуының шұғыл ($38-40^{\circ}\text{C}$) көтеріліуімен, буындардың сыздап, тамақтың қатты жұтқызбай ауруымен және сілекейдің көп бөлінуімен басталады. Бірнеше күннен кейін дене қызуы төмендеп, 2-4 апта субфебрильді күйінде сақталады.



Сурет-4 . Стивенс-Джонсон синдромы

- Науқастың осындай ауыр жағдайында кеуде, иық, тізе және алақан терісінде домалақ немесе сопақ пішінді қою-қызыл түсті, ортасында пурпуралы қан құйылу ошағы бар дақты бөрпелер пайда болады. Соңынан папулалар, везикулалар, күлбірек бөрткендер қоса шыға. Олардың орнында бір-үш жетіден кейін қабықшалар пайда болып, бір аптадан кейін түсе бастайды және орындарында пигменттелген дақтар қалады. Осы кезде дене қызуы да қалыпқа келе бастайды (сурет-4).
- Науқастардың үштен бір бөлігінің ауыз, жұтқыншақ, көмей және кеңірдек кілегей қабығы жарақаттанады. Қатты қызарып, домбыққан кілегей қабық бетіне күлбірек және көпіршік бөрткендер шығып, аз уақыттан кейін жарылып, үлкен көлемді, қанағыш эрозия ошақтарына айналады. Ауыз ішіндегі эрозия беттері ақшыл-сұр түсті өліетті қақпен немесе ақшыл-сары түсті фибринді қақпен, ал еріндер жиегіндегі эрозиялар қанды-сарысулы қабықшалармен жабылады. Бұл кезде кез-келген тағамды қабылдау және сөйлеу қиынға соғады, аймақтық лимфа түйіндері ұлғайып, ауыратын болады. Осымен қатар басқа ағзалардың да (көздің, мұрынның, жыныс мүшелерінің) кілегей қабығы жарақаттанып, әртүрлі қабыну үрдістері (катаральды, буллезді, эрозиялы) дамиды.
- Науқастардың қанында лейкоцитоз (10.109-16.109), таяқшайдролы ауытқу, кейде эозинофилия (12% дейін), лимфопения, анемия анықталады. Аурудың өте ауыр түрлері өліммен аяқталуы да мүмкін.

- **Аурудың сараптамалы диагностикасы.** Көптүрлі жалқықты эритеманың екі түрін бір-бірінен, акантолиздеуші және акантолиздемеуші күлбіреуікшеден, ауыздың жедел герпестік қабынуынан, екіншілік мерезден ажырата білу керек.
- **Емі.** Аурудың жедел дамуы кезеңінде науқас организмнің уыттануын азайтатын, десенсибилизациялайтын, жалпы жағдайын жақсартатын, ауыздағы жарақат ошағының жазылуын тездететін симптоматикалық ем жүргізеді.
- Аурудың жеңіл дәрежесі кезінде жалпылай емдеу үшін натрий салицилатын (0,5-1,0 г тәулігіне 4 рет), антигистаминдік дәрілерден супрастин немесе фенкарол (0,025 г тәулігіне 3 рет), тавегил (0,001 г 2 рет) және басқаларын, В тобындағы витаминдер жиынтығын, аскорутин, аскорбин қышқылын тағайындайды. Аурудың бетін этакридин лактаты (0,05 г тәулігіне 3 рет, 10-20 күндей) мен левамизол (тәулігіне 150 г, бір аптада екі күн қатарынан, 5 күндік үзіліспен 2 ай қабылдайды) оңай қайтарады.
- Аурудың орта дәрежесінде жоғарыда аталған дәрілермен қатар көктамырға натрий тиосульфатының 30% ертіндісінің 10 мл күніне бір рет, (барлығы 8-10 инъекция), гемодез 200 мл күніне бір рет құйған тиімді.

- Ауыр дәрежесі кезінде (инфекциялы-аллергиялық түрінде) кең спектрлі антибиотиктер, преднизолон (күніне 20-30 мг) тағайындайды және 5-7 күннен кейін 2-3 күнде бір 5мг-ға азайтып отырады. Сонымен қатар антигистаминдік дәрілер, натрий тиосульфатының 30% ертіндісін, гемодез, витаминдер, саңырауқұлақтарға қарсы дәрілер тағайындайды.
- Стивенс-Джонсон синдромы кезінде науқасты аурухана жағдайында емделу қажет. Преднизолонның үлкен мөлшерін (60-80 мг) уытсыздандырушы дәрілермен бірге (реополиглюкин, гемодез, физиологиялық ерітінді, глюкозаның 5% ертіндісі) көк тамырға қалыптасқан жүйемен құяды.
- Жарақат ошағын тітіркендірмейтін, сұйық, жоғары қуатты емдәм тағайындайды. Ауру қайталанбаған кезеңде (ремиссия кезең) организмдегі созылмалы инфекция көзін, оның ішінде одонтогендік ошақты жойып, иммундық жүйенің қызметін қалпына келтіру шараларын (иммунологтың қатысуымен) жүргізеді, организмнің қорғаныс қасиетін көтеріп, гипосенсибилизациялау мәселелерін (гистаглобинмен, гамма-глобулинмен, бактериялық аллергендермен, стафилококтық анатоксинмен) қарастырады. Гистаглобинді тері астына 1-2 мл аптасына 2-3 рет құяды, емдеу курсы 8-10 инъекциядан тұрады. Қылшаға және стафилококқа қарсы гамма-глобулинді де үш күнде бір рет 2 мл тері астына жібереді, емдеу курсы 5-7 инъекциядан тұрады. Міндетті түрде ауыз ішін сауықтырады.

Лайелл синдромы

- Кең жайылған токсикодермия – бұл терідегі бөртпелердің уыттану (интоксикация) кұбылысымен жүретін ауыр дерт. Науқастарда қызба, қалтырап-дірілдеу, буындардағы ауыру, жүрек айну, іш өтуі болады. Терідегі бөртпелер кең тараған полиморфты сипат иеленеді: дақтар, күлдіреулер, кейде геморрагиялық заты бар везикулалар. Токсикодермияның ауыр формасы Лайелл синдромы немесе жедел эпидермалды некролиз болып табылады. Мұнда терімен қатар ауыздың, көздің, жыныс ағзаларының шырышты қабықтары зақымданады, трахеяның, бронхтардың шырышты қабықтарының сыпырылып түсуі өтеді. Дерттің толық клиникалық суреті 12-36 сағаттан соң дамиды, кейде ол бірнеше тәулікке ұзарады. Сырттай қарағанда мұндай науқастар ІІ дәрежедегі күйі бар сырқаттарды еске түсіреді. Шарт бойынша үдеріске ішкі ағзалар: бауыр, өкпе, ми мен жұлын, бүйрек үсті бездері тартылады; сусыздану симптомдары қосылады. Науқастың өлімі дерттің 4-ші-26-шы тәуліктері кезеңінде туындауы мүмкін.



- Ақпарат көзі: <http://kazmedic.kz/archives/3286>
KazMedic.kz сайтына сілтеме міндетті

Пайдаланған әдебиеттер.