

# ՍՈՒՐ ԱԼԵՐԳԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՀԱՍԱԿՈՒՄ

Մեթոդական ձեռնարկ



ԵՐԵՎԱՆ

2015



Հավելված 2

«Առողջապահության նախարարի  
30. դեկտեմբեր 2015թ. թիվ 3848 – Ա հրամանի

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

“ԱՐԱԲԿԻՐ” ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼԻՐ –

ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ԵՎ ԴԵՌԱՀԱՍՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

# ՍՈՒՐ ԱԼԵՐԳԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՀԱՍԱԿՈՒՄ

Մեթոդական ձեռնարկ

ԵՐԵՎԱՆ

2015

**«Սուր ալերգիկ հիվանդությունները մանկական հասակում»:**

**Մեթոդական ձեռնարկ**

**Կազմել է՝** Աստղիկ Բաղդասարյան, բ.գ.թ., «Արաբկիր» բժշկական համալիր-Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտի ալերգաբանական դիսպանսերի ղեկավար, Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի Մանկաբուժության թիվ 2 ամբիոնի դասախոս

**Գրախոսներ՝**

Լ.Ա. Կծոյան, բ.գ.թ., Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի Կլինիկական ալերգոլոգիայի և իմունոլոգիայի ամբիոնի դոցենտ

Ա.Ա. Պետրոսյան, բ.գ.թ., Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի Մանկաբուժության թիվ 2 ամբիոնի դոցենտ

Մեթոդական ձեռնարկը նախատեսված է մանկաբույժների, ընտանեկան բժիշկների, թերապևտների, ալերգաբանների, այլ մասնագետների, ինչպես նաև կլինիկական օրդինատորների համար: Ներկայացված է ալերգոլոգիայում հաճախակի հանդիպող սուր վիճակների՝ անաֆիլաքսիայի և եղնջացանի վարումը: Ձեռնարկի հիմնական նպատակն է օգնել բժշկին կողմնորոշվել սուր դեպքերում:

Երաշխավորվել է տպագրության «Արաբկիր» Բժշկական համալիր- Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտի գիտական խորհրդի կողմից (02.12.2015թ. թիվ 8 արձանագրություն)

Մեթոդական ձեռնարկը հրատարակվում է ՀՀ առողջապահության նախարարության պատվերով:

Տպաքանակը՝ 500 օրինակ

## Նախաբան

Այս մեթոդական ձեռնարկը նախատեսված է ինչպես առողջության առաջնային պահպանման, այնպես էլ երկրորդային և երրորդային մակարդակի բուժհաստատություններում աշխատող բժիշկների համար: Ձեռնարկում ներառվել են ալերգոլոգիայի ոլորտի այն հիմնական սուր վիճակները, որոնց հետ առնչվում է բժիշկն իր ամենօրյա աշխատանքի ընթացքում՝ անաֆիլաքսիան և սուր եղնջացանը: Բժշկի իրազեկվածությունն այս վիճակներին շատ կարևոր է, քանի որ մինչև նեղ մասնագետի միջամտությունն անհրաժեշտ է ճիշտ գնահատել հիվանդի վիճակը, ժամանակին կողմնորոշվել և առաջին օգնություն ցուցաբերել: Որոշ դեպքերում օգնության ուշացումը կարող է անդառնալի հետևանքներ ունենալ հիվանդի համար: Այսպես օրինակ՝ անաֆիլաքսիայի դեպքում նեղ մասնագետի կարծիքին սպասելը և ադրենալինի միջմկանային ներարկման ուշացումը կարող է հանգեցնել մինչև անգամ հիվանդի մահվան:

Ձեռնարկը կարող է օգտակար լինել նաև նեղ մասնագետների՝ ալերգոլոգների համար, քանի որ ձեռնարկի՝ անաֆիլաքսիային վերաբերող հատվածը կազմվել է ԱԿԻԵԱ<sup>1</sup> կողմից մշակված անաֆիլաքսիայի վերջին ուղեցույցների հիման վրա<sup>2</sup>:

Քանի որ սույն ձեռնարկի հիմնական նպատակն է օգնել բժիշկներին կողմնորոշվել սուր դեպքերում, ձեռնարկում տեղ չեն գտել անաֆիլաքսիայի և եղնջացանի հետագա նեղ մասնագիտական վարման մանրամասների ցուցումները, այլ քննարկվել են միայն ընդհանուր մոտեցումները:

---

<sup>1</sup> Ալերգոլոգիայի և Կլինիկական Իմունոլոգիայի Եվրոպական Ակադեմիա. EAACI - European Academy of Allergy and Clinical Immunology

<sup>2</sup> Muraro A, Roberts G, Worm M, Bil\_o MB, Brockow K, Fern\_andez Rivas M, Santos AF, Zolkipli ZQ, Bellou A, Beyer K, Bindslev-Jensen C, Cardona V, Clark AT, Demoly P, Dubois AEJ, DunnGalvin A, Eigenmann P, Halcken S, Harada L, Lack G, Jutel M, Niggemann B, Ruëff F, Timmermans F, Vlieg-Boerstra BJ, Werfel T, Dhami S, Panesar S, Akdis CA, Sheikh A on behalf of the EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy 2014; 69: 1026–1045.

# Անաֆիլաքսիա

## Սահմանում

Անաֆիլաքսիան սահմանվում է որպես “ծանր, կյանքին վտանգ սպառնացող համակարգային գերզգայունության ռեակցիա” (1): Ըստ ՀՄԴ 10-ի դասվում է T78: Այն բնորոշվում է արագ սկզբով, շնչուղիների, շնչառության կամ արյան շրջանառության հետ կապված կյանքին պոտենցիալ վտանգ սպառնացող խնդիրներով: Անաֆիլաքսիան սովորաբար, բայց ոչ միշտ, զուգակցվում է մաշկի և լորձաթաղանթների փոփոխություններով (2):

## Համաճարակաբանություն

Եվրոպայում անաֆիլաքսիայի ճշգրիտ տարածվածությունը դժվար է հաստատել մի քանի գործոնների պատճառով: Անաֆիլաքսիայի ներկայիս սահմանումը բարդ է և դժվար է կիրառել համաճարակաբանական հետազոտություններում (3): Բացի այդ, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) հիվանդությունների միջազգային դասակարգման կոդերը (ICD/ ՀՄԴ-9 և ներկա ՀՄԴ-10) կենտրոնացած են անաֆիլակտիկ շոկի վրա և չեն ընդգրկում բոլոր տրիգերները, հետևաբար հնարավոր է, որ ավերգիայի ոչ բոլոր դեպքերն են ընդգրկվում ընթացիկ տվյալների համակարգում (4): Բացի այդ, անաֆիլաքսիան ունի սուր և անսպասելի սկիզբ, կարող է ընթանալ տարբեր ծանրության աստիճանի և կարող է անցնել հանկարծակի (5): Այս բոլոր պատճառներով թերախտորոշումը և թերի հաշվետվությունը կարող են հաճախ հանդիպել, և, որպես արդյունք, համաճարակաբանական հաշվարկները թերի կգնահատեն հիվանդության իրական տարածվածությունը: Համաձայն 10 եվրոպական հետազոտությունների արդյունքների՝ անաֆիլաքսիայի տարածվածությունը գնահատվել է 1.5-7.9 դեպք 100.000 անձի հաշվարկով տարեկան (6), իսկ Մեծ Բրիտանիայի հետազոտությունները ցույց են տվել անաֆիլաքսիայով դեպքերի աճ վերջին

երկու տասնամյակներում (6): Հիմնվելով 3 եվրոպական պոպուլյացիոն հետազոտությունների վրա՝ տարածվածությունը գնահատվել է 0.3% (95% CI<sup>3</sup>, 0.1–0.5): Ընդհանուր առմամբ անաֆիլաքսիայից մահացության դեպքերի մակարդակը ցածր է, 0.001%-ից քիչ (6):

**Հիմնական տրիգերներն<sup>4</sup> են սնունդը, դեղորայքը և խայթող միջատները, մինչև 20% դեպքերում պատճառը չի հայտնաբերվում:** Դրանց հարաբերական կարևորությունը տարբեր է՝ կախված տարիքից և աշխարհագրությունից: Համաձայն անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքի զեկույցների՝ դեղորայքը և սնունդը անաֆիլաքսիայի ամենահաճախ պատճառն են՝ որոշ տարիքային տարբերություններով (6, 7): Երեխաների շրջանում սնունդը անաֆիլաքսիայի զարգացման ամենահաճախ հանդիպող պատճառն է, փոշուց ալերգիան և ասթման կարևոր ռիսկի գործոններ են (6): Դեղորայքից և մեղվի թույնից անաֆիլաքսիան ավելի բնորոշ է մեծերին, քան երեխաներին: Տղամարդկանց համեմատ կանայք ընդհանուր առմամբ ավելի հաճախ են ունենում անաֆիլաքսիա (6), հատկապես բուսական սննդից և ոչ ստերոիդ հակաբորբոքային դեղերից (ՈՍՀԲԴ) (6): Հոսպիտալացված հիվանդների մոտ անաֆիլաքսիայի ամենահաճախ հանդիպող պատճառը դեղորայքն է (6): Շատ երկրներում անզգայացման ընթացքում մեծահասակների մոտ, ավելի հաճախ կանանց, անաֆիլաքսիայի զարգացման ամենահաճախ պատճառը միոտելաքսանտներն են (կարևոր է հատկապես անեսթեզիոլոգների համար) (6):

## **Կլինիկական ընթացքը և ախտորոշումը**

Անաֆիլաքսիայի կլինիկական դրսևորումները կախված են օրգան-համակարգերի ընդգրկվածությունից: Լայնորեն տարածված չափանիշները, որոնք օգնում են կլինիցիստներին տարբերակել հնարավոր անաֆիլաքսիան (8, 9) (Աղյուսակ 1), ընդգծում են բազմաթիվ ախտանիշների և նշանների արագ սկիզբը: Այս չափանիշները զգալիորեն

<sup>3</sup> CI - Confidence Interval՝ վստահելիության միջակայք

<sup>4</sup> Տրիգեր՝ հրահրող գործոն

հեշտացնում են անաֆիլաքսիայի տարբերակումը (10) և ցույց են տալիս գերազանց զգայունություն (96.7%) և լավ սպեցիֆիկություն (82.4%) անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքների ռետրոսպեկտիվ հետազոտություններում (11):

Անաֆիլաքսիայի ախտանիշներն ու նշանները սովորաբար ի հայտ են գալիս ալերգենի ներմուծումից հետո 2 ժամվա ընթացքում, սովորաբար սննդային ալերգիայի ժամանակ 30 րոպեի ընթացքում (12) և ավելի արագ պարենտերալ ներակումներից կամ միջատի խայթոցից հետո:

Մահվան ելքով անաֆիլաքսիաների շատ դեպքերի հիման վրա հաշվարկվել է միջին ժամանակը ախտանիշներից մինչև մահ՝ 30, 15 և 5 րոպե համապատասխանաբար սննդի, միջատների թույնի և պարենտերալ դեղորայքի ներմուծումից հետո (13): Անաֆիլաքսիայի ախտանիշների մեջ մաշկային դրսևորումները ամենահաճախ են հանդիպում (14, 15): 2012թ. մանկական և մեծահասակների անաֆիլաքսիայի դեպքերի հիման վրա կատարված հետազոտությունը ցույց տվեց, որ մաշկը ամենահաճախ ախտահարված օրգանն է (84%), որին հաջորդում են սիրտանոթային ախտանիշները (72%) և շնչառական ախտանիշները (68%) (16): Անաֆիլաքսիան, սակայն, կարող է զարգանալ նաև առանց մաշկային դրսևորումների: Վերջինիս դեպքում շնչառական և սիրտանոթային ախտանիշները կամ նշանները համարվում են պոտենցիալ կյանքին վտանգ սպառնացող (17): Շնչառական ախտանիշները ավելի հաճախ հանդիպում են երեխաների շրջանում, իսկ սիրտանոթային ախտանիշները՝ մեծահասակների: Սրտխառնոցը և փսխումը նույնպես կարող են անաֆիլաքսիայի հետ կապված լինել (13):

**Աղյուսակ 1. Անաֆիլաքսիայի ախտորոշման կլինիկական  
չափանիշները**

Անաֆիլաքսիայի հավանականությունը խիստ մեծ է, երբ ստորև թվարկվող չափանիշներից որևէ մեկն ամբողջությամբ առկա է.

- 1. հիվանդության սուր սկիզբ (րոպեններից մինչև մի քանի ժամ)՝ մաշկի, լորձաթաղանթների կամ երկուսի միաժամանակյա ընդգրկմամբ (օրինակ՝ տարածուն եղնջացան, քոր կամ հիպերեմիա, այտուցված շուրթեր-լեզու-ուվուլա) ԵՎ/ ԿԱՍ ՍՏՈՐԵՎ ԹՎԱՐԿՎԱԾՆԵՐԻՑ ԱՌՆՎԱԶՆ ՄԵԿԸ.*

Ա. Շնչառական խնդիրներ (օրինակ՝ դիսպնոե, սուլող շնչառություն-բրոնխոսպազմ, ստրիդոր, իջած ԱԱՀ\*, հիպօքսեմիա)

Բ. Ջարկերակային ճնշման իջեցում կամ թիրախ-օրգանի հետ կապված դիսֆունկցիա (օրինակ՝ հիպոտոնիա՝ կոլապս, սինկոպե, ինքնատիրապետման կորուստ):

- 2. Տվյալ հիվանդի համար ալերգեն հանդիսացող նյութի հետ շփումից կարճ ժամանակ անց ստորև թվարկված երկու կամ ավելի ախտանիշների առկայությունը.*

Ա. Մաշկի-լորձաթաղանթների ընդգրկում (օր.՝ տարածուն եղնջացան, քորով ուղեկցվող ցան, այտուցված շուրթեր-լեզու-ուվուլա)

Բ. Շնչառական խնդիրներ (օրինակ՝ դիսպնոե, սուլող շնչառություն-բրոնխոսպազմ, ստրիդոր, իջած ԱԱՀ, հիպօքսեմիա)

Գ. ԶՃ իջեցում կամ վերջինիս հետ կապված նշաններ (օրինակ՝ հիպոտոնիա՝ կոլապս, սինկոպե, ինքնատիրապետման կորուստ)

Դ. Կայուն ստամոքսաղիքային ախտանիշներ (օրինակ՝ կծկանքային որովայնացավ, փսխումներ)

- 3. Հայտնի ալերգենի հետ շփմանը հաջորդող զարկերակային ճնշման անկում (րոպեններից մինչև մի քանի ժամ)*



Ա. Կրծքի հասակի և ավելի մեծ երեխաներ. ցածր սիստոլիկ ՋՃ (կան տարիքային առանձնահատկություններ) կամ սիստոլիկ ՋՃ\*\* անկում >30%-ով:

Բ. Մեծահասակներ. սիստոլիկ ՋՃ<90մմ ս.ս. կամ անհատական բազայինի նվազում >30%-ով:

### ***Ծանոթագրություններ.***

\*ԱԱՀ՝ Արտաշնչման առավելագույն հոսք, ՋՃ՝ Ջարկերակային ճնշում.

\*\*Ցածր սիստոլիկ զարկերակային ճնշումը երեխաների համար սահմանվում է որպես <70մմ ս.ս. 1ամս.-1տար. համար, (70 մմ ս.ս. + [2 × տարիք]) ցածր՝ 1-10տար. համար, և <90 մմ.սս. 11- 17տար. համար:

Երկփուլ անաֆիլակտիկ ռեակցիա դիտվել է մինչև 20% դեպքերում (15), չնայած հավաստիության աստիճանը ցածր է: Այն սովորաբար առաջանում է առաջին ախտանիշներից կամ նշաններից 4-12 ժամերի ընթացքում և կարող է լինել ավելի ծանր: Ադրենալինի (էպինեֆրին) ուշ ներմուծումը, ադրենալինի անբավարար քանակը կամ գլյուկոկորտիկոիդների ներմուծման խափանումը կարող են մեծացնել երկփուլ ռեակցիայի առաջացման ռիսկը (27):

Անաֆիլաքսիան կլինիկական ախտորոշում է, որը հիմնվում է Աղյուսակ 1-ում ներկայացված չափանիշների վրա: Ռետրոսպեկտիվ ախտորոշմանը կարող է օգնել շիճուկային տրիպտազայի<sup>5</sup> մակարդակի բարձրացումը ռեակցիայից հետո մի քանի ժամվա ընթացքում, եթե համեմատենք պացիենտների նորմալ մակարդակի հետ: Երեխաների մոտ տրիպտազայի մակարդակը հաճախ նորմալ է լինում սննդով միջնորդված ռեակցիաների ժամանակ (28): IgE սենսիբիլիզացիայի փաստումը մաշկային պրիկ թեստի կամ in vitro փորձի ժամանակ նույնպես կարող է օգնել

<sup>5</sup> Տրիպտազան ֆերմենտ է, որն արտադրվում է հիստամինի և այլ քիմիական նյութերի հետ միասին պարարտ բջիջների կողմից, երբ վերջիններս ակտիվանում են որպես նորմալ իմուն պատասխանի մաս, ինչպես նաև ալերգիկ կամ գերզգայունության ռեակցիաների դեպքում:

ախտորոշմանը: Ցանկացած պոտենցիալ կոֆակտորով (համազոտ գործոն) արված պրովոկացիոն թեստի անհրաժեշտություն կարող է առաջանալ, եթե ախտորոշման մեջ կասկած է առաջանում (17): Երեխաները կարող են հաղթահարել իրենց սննդային ալերգիան, նույնիսկ եթե այն ծանր աստիճանի է (29):

Անաֆիլաքսիայի տարբերակիչ ախտորոշման մեջ ընդգրկված են այն հիվանդությունները, որոնք ախտահարում են անաֆիլաքսիայի ժամանակ ամենահաճախ ախտահարվող օրգան-համակարգերը (Աղյուսակ 2):

## Աղյուսակ 2. Անաֆիլաքսիայի տարբերակիչ ախտորոշումը

Մաշկ և լորձաթաղանթներ.

- Քրոնիկ ընդմիջվող կամ ֆիզիկական եղնջացան և Կվինկեյի այտուց
- Օռալ ալերգիկ սինդրոմ (պայմանավորված ծաղկեփոշիներով)

Շնչառական համակարգի հիվանդություններ.

- Սուր լարինգոտրախեիտ
- Շնչափողի կամ բրոնխների օբստրուկցիա (օր.՝ օտար մարմին, ձայնալարերի դիսֆունկցիա)
- Ասթմատիկ ստատուս (առանց այլ օրգանների ընդգրկման)

Միրտանոթային համակարգի հիվանդություններ.

- Վազովազալ սինկոպե
- Թոքային էմբոլիա
- Միոկարդի ինֆարկտ
- Սրտային առիթմիաներ
- Հիպերթենզիվ կրիզ
- Կարդիոգեն շոկ

Ֆարմակոլոգիական կամ տոքսիկ ռեակցիաներ.

- Էթանոլ
- Հիստամին, օր.՝ սկոմբրոիդ (scombroid) ձկնատեսակով թունավորում
- Օպիատներ

Նյարդահոգեկան հիվանդություններ.

- Հիպերվենտիլյացիայի համախտանիշ
- Անհանգստություն և խուճապ
- Սոմատոֆորմ խանգարումներ (օր.՝ փսիխոզեն դիսպնե, ձայնալարերի դիսֆունկցիա)
- Դիսոցիատիվ խանգարումներ կամ կոնվերսիա (օր.՝ հիսթերիկ նոպա)
- Էպիլեպսիա
- Ցերեբրովասկուլյար խանգարումներ
- Փսիխոզներ
- Կոմա, օր.՝ մետաբոլիկ, տրավմատիկ

Էնդոկրին հիվանդություններ.

- Հիպոգլիկեմիա
- Թիրեոտոքսիկ կրիզ
- Կարցինոիդ համախտանիշ
- Վազոինտեստինալ պոլիպեպտիդ ուռուցքներ
- Ֆեոքրոմոցիտոմա

## **Ծանր ալերգիկ ռեակցիայի առաջացման ռիսկը բարձրացնող գործոններ**

Անաֆիլաքսիայի ռիսկի գործոնները ներառում են պացիենտի հետ կապված անհատական գործոններ և հանգամանքներ (16, 17) (Աղյուսակ 3): Դրանցից յուրաքանչյուրի հետ կապված ռիսկի մեծությունը գնահատող հստակ տվյալները, սակայն, բացակայում են:

### *Ուղեկցող հիվանդություններ*

Ասթմայի առկայությունը ռիսկի գործոն է անաֆիլաքսիայի համար, նաև մահվան ելքով, հատկապես եթե այն ծանր է և չկառավարվող (30): Մասոցիտար խանգարումները և առկա սիրտանոթային խանգարումները, հավանաբար, նույնպես կապված են ծանր և մահվան ելքով անաֆիլաքսիայի ռիսկի բարձրացման հետ (15):

### *Սպեցիֆիկ ալերգեններ*

Գետնանուշից և ծառի պնդուկից ալերգիա ունեցող պացիենտները ծանր ռեակցիա առաջացնելու մեծ ռիսկ ունեն (31): Միջատի թույնից ալերգիա ունեցող պացիենտների մոտ ծանրության աստիճանը բարձր է եղել՝ կապված մեծ տարիքի, նախորդող սիրտանոթային հիվանդության, մաստոցիտների խանգարման՝ ներառյալ մաստոցիտոզի և մաստոցիտների ակտիվացման համախտանիշի, շիճուկային տրիպտազայի մակարդակի բարձրացման, բետա-ադրեներգիկ պաշարիչով և/կամ ԱՓՖ արգելակիչով բուժման և նախկինում ծանր ռեակցիայի առաջացման հետ (32, 33):

### **Աղյուսակ 3. Անաֆիլաքսիայի ռիսկի գործոնների և կոֆակտորների օրինակներ**

- Ապրելակերպի գործոններ՝
  - Ֆիզիկական վարժանք
  - Ալկոհոլ
- Դեղորայք՝
  - ՈՍՀԲԴ
  - ԱՓՖ արգելակիչներ
  - $\beta$ -պաշարիչներ
- Պացիենտին սպեցիֆիկ գործոններ՝
  - Դեռահասություն, մեծ տարիք և սեռ
  - Ինֆեկցիաներ
  - Հորմոնալ ստատուս
  - Փսիխոզեն սթրես
- Նախորդող գոյություն ունեցող վիճակներ՝
  - Ասթմա և այլ IgE-կախյալ հիվանդություններ
  - Սիրտանոթային հիվանդություններ
  - Մաստոցիտոզ և/կամ տրիպտազայի բազային բարձր մակարդակ

## Կոֆակտորներ

Կոֆակտորները մեծացնում են ալերգիկ ռեակցիա առաջացնելու ռիսկը կամ նրա ծանրության աստիճանը: Վերջիններս նկարագրված են մոտ 20% երիտասարդ պացիենտների շրջանում պրոսպեկտիվ մի հետազոտության մեջ (28) (Աղյուսակ 3) և ներառում են վարժություն, տենդ, սուր ինֆեկցիա, նախադաշտանային վիճակ և էմոցիոնալ սթրես: ՈՍՀԲԴ և ալկոհոլը նույնպես, հավանաբար, նպաստում են սննդային ալերգիկ ռեակցիայի առաջացմանը (34): Ֆիզիկական վարժանքից դրդված անաֆիլաքսիան և սնունդ-կախյալ ֆիզիկական վարժանքից դրդված անաֆիլաքսիան ավելի հաճախ հանդիպում են մեծահասակների շրջանում, քան երեխաների: Ախտանիշների և նշանների սկզբի համար շատ կարևոր է վարժանքների հետ կապը: Ֆիզիկական ակտիվության և ինտենսիվության տրիգեր հանդիսանալու սահմանները լայն են: Ֆիզիկական վարժանքից դրդված անաֆիլաքսիան ամբողջովին պարզաբանված չէ, այնպես որ նույն վարժանքը միշտ չէ, որ կառաջացնի անաֆիլաքսիա տվյալ պացիենտի մոտ:

## Անաֆիլաքսիայի ժամանակ անհետաձգելի միջոցառումներ

Անաֆիլաքսիայով պացիենտների վիճակը անհրաժեշտ է անհապաղ գնահատել՝ օգտագործելով ABCDE մոտեցումը<sup>6</sup>: Խնդիրները պետք է լուծվեն հայտնաբերվելուց հետո և պետք է կանչվի շտապ օգնություն: Մահերը վերին և ստորին շնչուղիների և/կամ սիրտանոթային խնդիրների հետևանք են, այնպես որ անհետաձգելի միջոցառումները պետք է կենտրոնացած լինեն այս դրսևորումների վրա: **Ադրենալինի միջմկանային ներարկումը երաշխավորվում է որպես առաջին ընտրության միջամտություն՝ մինչև որևէ այլ միջամտության ձեռնարկումը:** Ներկայումս ադրենալինի թերկիրառումը շարունակվում է ինչպես Հայաստանում,

<sup>6</sup> ABCDE - Airway, Breathing, Circulation, Disability and Exposure`

Շնչուղիներ, Շնչառություն, Արյան շրջանառություն, Անկարողություն, Ազդեցություն: Տրիաժ համակարգում օգտագործվող մեթոդ է՝ հիվանդի ծանրության աստիճանի արագ գնահատման համար:

այնպես էլ այլ երկրներում, չնայած այն փաստին, որ վերջինս պոտենցիալ կյանք փրկող նշանակություն ունի (35): Սիրտ-թոքային վերակենդանացում պետք է անմիջապես ձեռնարկվի, երբ առաջանում է սիրտ-թոքային կանգ: Ընդհանուր մոտեցումը ներկայացված է Նկար 1-ում և ստուգացուցակը՝ Աղյուսակ 4-ում:

#### **Աղյուսակ 4. Անաֆիլաքսիայի վարման ստուգացուցակ**

1. Մնալ հիվանդի հետ
2. Փնտրել անաֆիլաքսիայի նշաններ
3. Անաֆիլաքսիայի նշանների առկայության դեպքում ներմուծել ադրենալին
4. Կրկնել ադրենալինը, եթե անհրաժեշտ է
5. Այլ բուժումներ՝ ըստ ցուցման (օր.՝ թթվածին,  $\beta$ -2 ազոնիստ, հեղուկներ, հակահիստամինային, կորտիկոստերոիդ)
6. Փնտրել տրիգերներ (օր.՝ սնունդ, դեղորայք, թույն):

**Ադրենալինը արդյունավետ է բոլոր ախտանիշների համար:**

Նկար 1. Շնչուղիների, շնչառության և շրջանառության գնահատում



## Առաջին շարքի միջամտություններ

### *Ադրենալին*

Ադրենալինը պետք է ներմուծվի անաֆիլաքսիայով բոլոր հիվանդներին: Այն պետք է ներմուծվի նաև այն հիվանդներին, ովքեր ունեն անաֆիլաքսիա զարգացնելու հավանականություն ունեցող կլինիկական նշաններ (13): Ադրենալինը ազդում է  $\alpha$ -1 ընկալիչների վրա՝ բերելով պերիֆերիկ անոթասեղման, այսպիսով ազդելով հիպոտենզիայի և լորձաթաղանթի այտուցի վրա,  $\beta$ -1 ընկալիչների վրա՝ բարձրացնելով սրտի կծկումների հաճախականությունը և ուժգնությունը, այսպիսով ազդելով հիպոտենզիայի վրա,  $\beta$ -2 ընկալիչների վրա՝ ազդելով բրոնխոկոնստրիկցիայի վրա և կրճատելով բորբոքային միջնորդանյութերի բացթողումը (36): Չկան ադրենալինով բուժման բացարձակ հակացուցումներ անաֆիլաքսիայով հիվանդների մոտ, օգուտները գերակշռում են ռիսկերին ծեր և սիրտանոթային հիվանդություն ունեցող հիվանդների մոտ: **Ադրենալինը պետք է տրվի միջմկանային ուղիով, ազդրի դրսային մասում (37, 38):** Չնայած միջմկանային ադրենալինի ներմուծման անվտանգությունը գերազանց է, հիվանդները կարող են ունենալ անցողիկ գունատություն, սրտխփոց և գլխացավ: Միջմկանային ադրենալինը (1 մգ/մլ) պետք է տրվի 0.01 մլ/կգ հաշվարկով, առավելագույնը 0.5 մլ դեղաչափով (3): Ադրենալինի ինքնաներակիչներ օգտագործող հիվանդները 7.5–25 կգ քաշով պետք է ստանան 0.15 մգ դեղաչափ, 25–30 կգ հիվանդները՝ 0.3 մգ (39):

**Ադրենալինի դեղաչափը կարելի է կրկնել, ամենաքիչը 5 րոպե անց:** Այն հիվանդները, ովքեր կարիք ունեն միջմկանային ադրենալինի կրկնակի դեղաչափի, հնարավոր է կարիք ունենան ադրենալինով ինֆուզիայի: Ադրենալինի ինֆուզիան պետք է տրվի անոթասեղմիչների հետ միասին փորձառու մասնագետների կողմից, օրինակ՝ անեսթեզիոլոգների, անհետաձգելի բուժօգնության բժիշկների կողմից:



Ներերակային ադրենալինը ադեկվատ շրջանառություն ունեցող հիվանդների մոտ կարող է առաջացնել կյանքին վտանգ սպառնացող հիպերթենզիա, սրտամկանի իշեմիա և առիթմիա: Ներերակային ադրենալին ստացող հիվանդները պետք է հսկվեն շարունակական ԷՍԳ-ով, պուլսօքսիմետրով և հաճախակի ճնշման չափումներով: Ենթամաշկային և ինհալացիոն ադրենալինի օգտագործումը խորհուրդ չի տրվում անաֆիլաքսիայի բուժման համար: Միայն կոկորդի այտուցի հետևանքով առաջացած ստրիդորի ժամանակ կարելի է օգտագործել շնչական ադրենալին (2–5 մլ, 1 մգ/մլ)՝ որպես լրացում միջմկանային ադրենալինի (40):

## **Երկրորդ շարքի միջամտություններ**

### *Տրիգերի հեռացում և օգնության կանչ*

Անաֆիլաքսիայի հավանական տրիգերը պետք է անհապաղ հեռացվի, եթե հնարավոր է: Օգնության պետք է կանչել անհետաձգելի բուժօգնության ծառայությանը հասարակական վայրերում և վերակենդանացման թիմին՝ հիվանդանոցում (41):

### *Ղիրքը*

Անաֆիլաքսիայով հիվանդները պետք է պահվեն այն դիրքով, որը համապատասխանում է առկա իրավիճակին՝ ամենահաճախ հանդիպող շնչական դիսթրեսի ժամանակ՝ նստած դիրք, շրջանառության անկայունության դեպքում՝ մեջքի վրա պառկած, ստորին վերջույթները բարձրացրած՝ շրջանառող ծավալը պահպանելու նպատակով, հղիության դեպքում՝ ձախ կողքի կիսանստած դիրք, ստորին վերջույթները բարձրացրած, անգիտակից վիճակում՝ տեղավորել վերականգնման դիրքում: Հիվանդները պետք է խուսափեն դիրքի հանկարծակի կտրուկ փոփոխություններից՝ ուղղահայաց դիրքի բերելուց:

## *Թթվածին*

Անաֆիլաքսիայով բոլոր հիվանդներին պետք է տրվի դիմակով բարձր հոսքով թթվածին:

## *Հեղուկների լրացում*

Ներերակային հեղուկները պետք է ներմուծվեն սիրտանոթային անկայունությանը (ցածր ՁՃ) հիվանդներին (42), քանի որ ադրենալինը կարող է լինել անարդյունավետ առանց վերականգնելու շրջանառող ծավալը: Կրիստալոիդները (օրինակ՝ ֆիզ.լուծույթ) համարվում են ընտրության հեղուկ և պետք է տրվեն բոլորսով 20 մլ/կգ:

## *Ինհալացիոն կարճատև ազդող բետա-2 ազոնիստներ*

Ինհալացիոն կարճատև ազդող բետա-2 ազոնիստները կարող են լրացուցիչ տրվել անաֆիլաքսիայով հիվանդներին՝ բրոնխոկոնստրիկցիայի ախտանիշները մեղմացնելու նպատակով (13): Չնայած որ միջմկանային ադրենալինը առաջին շարքի բուժում է անհետաձգելի վիճակներում, հիվանդանոցում վերահսկվող իրավիճակներում, որտեղ առկա է անաֆիլաքսիան վարելու փորձառու անձնակազմ (օր.՝ ակերգոլոգիական կլինիկայում՝ բերանային պրովոկացիոն թեստ<sup>7</sup>), թեթև խզզոցը կարող է բուժվել միայն ինհալացիոն կարճատև ազդող բետա-2 ազոնիստներով, միջմկանային ադրենալին պետք է տրվի, եթե 5 րոպեի ընթացքում պատասխան չի լինում:

## **Երրորդ շարքի միջամտություններ**

### *H1- և H2 հակահիստամինային դեղամիջոցներ*

Համակարգային հակահիստամինային դեղամիջոցները լայնորեն կիրառվում են անաֆիլաքսիայի ժամանակ, սակայն

---

<sup>7</sup> Oral food challenge

հետազոտություններում ցույց է տրվել միայն մաշկային ախտանիշների թեթևացում: Կան դեպքերի նկարագրություններ, երբ ներերակային հակահիստամինայինները կարող են առաջացնել հիպոտենզիա, ինչը կարող է կապված լինել ներմուծման արագության հետ: Բերանացի H1- (և H2) հակահիստամինայիններ խորհուրդ է տրվում միայն անաֆիլաքսիայի մաշկային ախտանիշների թեթևացման համար (43):

### *Գլյուկոկորտիկոստերոիդներ*

Բերանացի կամ ներերակային գլյուկոկորտիկոստերոիդները լայնորեն կիրառվում են անաֆիլաքսիայի ժամանակ և հավանաբար կանխում են ձգձգված անաֆիլաքսիայի ախտանիշները, հատկապես այն հիվանդների մոտ, ովքեր ունեն ուղեկցող ասթմա, և նաև երկփուլ ռեակցիաները, այնուամենայնիվ, սա ապացուցված չէ, և վերջիններս դանդաղ են ազդում: Բերանացի կամ պարենտերալ գլյուկոկորտիկոստերոիդները կարող են տրվել առաջին և երկրորդ շարքի միջամտությունները կատարելուց հետո: Ներուլայզերով բուդետանիդի մեծ դեղաչափերը կարող են արդյունավետ լինել շնչուղիների այտուցի ժամանակ, այդ է պատճառը, որ այն խորհուրդ է տրվում ստրիդորով պացիենտներին:

### **Այլ պոտենցիալ բուժումներ**

#### *Գլյուկագոն*

Գլյուկագոնի պարենտերալ ներմուծումը կարող է օգտակար լինել անաֆիլաքսիայով այն պացիենտներին, ովքեր պատասխան չեն տալիս ադրենալինին, մասնավորապես նրանց, ովքեր կիրառում են բետա-պաշարիչներ (44):

## **Հսկողություն և դուրս գրման հանձնարարականներ**

Պացիենտները, ովքեր ներկայացել են շնչական խանգարումներով, պետք է հսկվեն առնվազն 6-8 ժամ, հիպոտենզիայով ներկայացած հիվանդները պետք է հսկվեն առնվազն 12-24 ժամ: Դուրս գրումից առաջ ապագա ռեակցիաների ռիսկը պետք է գնահատվի և ադրենալինի ինքնաներարկիչներ նշանակվեն նրանց, ովքեր ունեն կրկնման ռիսկ: Պացիենտները պետք է ապահովված լինեն դուրս գրման խորհուրդների թերթիկով՝ ներառյալ ալերգենից խուսափելու միջոցներ (եթե հնարավոր է), ուսուցման ձև, թե երբ և ինչպես պետք է օգտագործել ադրենալինի ինքնաներարկիչը, ուղեգիր ալերգոլոգին դիմելու համար, որպեսզի բացահայտվեն հնարավոր տրիգերները, գնահատվեն, եթե հնարավոր է, կատարվի միջամտություն նվազեցնելու հետագա ռեակցիաների առաջացման ռիսկը, և համոզված լինելու համար, որ պացիենտները և խնամողներն ապահովված են օպտիմալ սարքավորումներով և ուսուցանված են՝ կառավարելու հետագա հնարավոր ռեակցիաները:

## **Անաֆիլաքսիայի երկարաժամկետ վարում**

Անաֆիլաքսիայով պացիենտների երկարաժամկետ վարումը սկսվում է տրիգերային ալերգենների հաստատմամբ *in vivo* և/կամ *in vitro* փորձերի միջոցով՝ մեկնաբանված երկարաձգված ալերգիկ պատմությամբ: Կրկնվելուց խուսափելու կանխարգելիչ ռազմավարությունները ներառում են ալերգենից խուսափում (40) և ալերգեն-սպեցիֆիկ իմունոթերապիան, որոնք պետք է իրականացվեն հնարավորության դեպքում: Ի վերջո, պետք է ապահովել կրթություն՝ ընդգրկելով անաֆիլաքսիայի կրկնման ինքնաբուժում և ուցեկցող հիվանդությունների վարում: Ալերգոլոգ-դիետոլոգը կարող է օգնել ճանաչելու սննդային տրիգերները և տալ դրանցից խուսափելու խորհուրդներ: Պացիենտները պետք է տեղեկացված լինեն թաքնված ալերգենների, ալերգենների խաչաձև ռեակցիաների և այն

իրավիճակների մասին, որոնք կազմում են հատուկ վտանգ, ինչպիսին է դրսում սնվելը:

### **Ադրենալինի ինքնաներարկիչի ցուցումներ**

Ադրենալինի ինքնաներարկիչի (նկար 2) կիրառման համար գոյություն ունեն վեց բացարձակ ցուցումներ.

- նախորդող անաֆիլաքսիա սննդից, լատեքսից, ալերգալերգեններից, ինչպիսիք են կենդանիները և այլ անխուսափելի տրիգերներ,
- ֆիզիկական վարժանքից անաֆիլաքսիա,
- նախորդող իդիոպաթիկ անաֆիլաքսիա,
- ուղեկցող անկայուն կամ միջինից մինչև ծանր, պերսիստող ասթմա սննդային ալերգիայի հետ,
- միջատի թույնից ալերգիա մեծերի մոտ՝ նախորդող համակարգային ռեակցիայով (քանի դեռ ստանում է միջատի թույնի դեմ հիմնական իմունոթերապիա)
- համակարգային մաշկային ռեակցիաներից ավելի շատ նշաններ ունեցող երեխաները
- ուղեկցող մաստոցիտների խանգարում կամ ցանկացած համակարգային ռեակցիա:

Կան մեծ թվով հարաբերական ցուցումներ՝ հիմնված դեպքերի շարքի կամ փորձագիտական կոնսենսուսի վրա: Որպես ուղեկույց, դրանցից որևէ մեկի ներկայությունը պետք է հանգեցնի ադրենալինի ինքնաներարկիչի նշանակմանը, երկու կամ ավելի ներկայությունը խիստ հանձնարարական է տրվում նշանակման համար:

## Նկար 2. Ադրենալինի ինքնաներարկիչ



### Կանխարգելում

*Ադրենալինի հավելանյութ օձի խայթոցի դեմ կիրառվող հակաթույնի հետ*

Ենթամաշկային ադրենալինի օգտագործումը միայն որպես պրեմեդիկացիա օձի խայթոցի դեմ հակաթույնի հետ կրճատում է անաֆիլաքսիայի զարգացման ռիսկը օձի հակաթույնի նկատմամբ: Միայն համակարգային ստերոիդների օգտագործումը չի կրճատում օձի հակաթույնի կողմնակի էֆեկտների ծանրությունը:

*Յոդացված կոնտրաստից առաջացած անաֆիլաքսիայի կանխարգելման համար դեղորայքային միջամտություններ*

Կանխարգելիչ համակարգային պրեմեդիկացիայի ռուտին կիրառումը (H1- և/կամ H2-հակահիստամինայիններ կամ գլյուկոկորտիկոստերոիդներ) խորհուրդ չի տրվում չընտրված մարդկանց համար, ովքեր պետք է անցնեն ռադիոկոնտրաստով հետազոտություններ, քանի որ վերջիններս չեն կանխում կյանքին վտանգ սպառնացող ռեակցիաները: Չկա հասանելի տեղեկություն, որը կաջակցի կիրառել պրեմեդիկացիա այն հիվանդների մոտ, ովքեր նախկինում ունեցել են ռեակցիա այլ ալերգենից (45):

## Ամփոփում և ապագա հեռանկարներ

Անաֆիլաքսիան կարևոր կլինիկական անհետաձգելի վիճակ է, որը բուրբ բուժաշխատողները պետք է կարողանան ճանաչել և վարել: Անաֆիլաքսիան կլինիկական ախտորոշում է՝ հիմնված ներկայացվող չափանիշների համադրության վրա: Ալերգիկ թեստերը սովորաբար օգտակար են տրիգերը ճշգրիտ ճանաչելու համար:

Առաջին շարքի բուժումը միջականային ադրենալինն է, ինչը կարելի է կրկնել անհրաժեշտության դեպքում: Երկրորդ շարքի միջամտություններն են տրիգերի հեռացումը, օգնության կանչելը, պացիենտի ճիշտ դիրքը, բարձր հոսքի թթվածինը, ներերակային հեղուկները, ինհալացիոն կարճատև ազդեցության բրոնխալայնիչները և նեբուլայզերով ադրենալինը: Այս և այլ պոտենցիալ միջամտությունների համար ապացուցողական հիմքը բավարար չէ:

Պացիենտները պետք է հսկվեն ապաքինումից հետո հնարավոր երկփուլ ռեակցիաները գնահատելու համար: Դուրս գրումից առաջ պետք է գնահատել հետագա ռեակցիաների առաջացման ռիսկը, եթե հնարավոր է, պացիենտը պետք է ունենա ադրենալինի ինքնաներարկիչ: Ադրենալինի ինքնաներարկիչի բացարձակ ցուցումներն են՝ նախորդող անաֆիլաքսիա սննդից, լատեքսից, ալերոալերգեններից, ինչպիսիք են կենդանիները և այլ անխուսափելի տրիգերներ, ֆիզիկական վարժանքից անաֆիլաքսիա, նախորդող իդիոպաթիկ անաֆիլաքսիա, ուղեկցող անկայուն կամ միջինից մինչև ծանր, կայուն ասթմա սննդային ալերգիայի հետ, միջատի թույնից ալերգիա մեծերի մոտ՝ նախորդող համակարգային ռեակցիայով (քանի դեռ ստանում է միջատի թույնի դեմ հիմնական իմունոթերապիա), համակարգային մաշկային ռեակցիաներից ավելի շատ նշաններ ունեցող երեխաները ինչպես նաև ուղեկցող մաստոցիտների խանգարում և ցանկացած համակարգային ռեակցիա:

Ալերգոլոգի հսկողությունը անհրաժեշտ է՝ հայտնաբերելու համար հնարավոր տրիգերները, ինչպես նաև պոտենցիալ կոֆակտորները, որպեսզի գնահատվի ռիսկը, կանխվեն հետագա էպիզոդները՝ մշակելով ռիսկի կրճատման անձնական ռազմավարություն, ներառելով ալերգենի իմունոթերապիա, եթե ցուցված է, ինչպես նաև հետագա ալերգիկ ռեակցիաների համար անձնական անհետաձգելի պատասխանի պլան: Մննդային ալերգիայով պացիենտներին պետք է տրվեն խորհուրդներ սննդակարգի վերաբերյալ: Պացիենտների և խնամակալների ուսուցումը պարտադիր է և պետք է ներառի խուսափելու ռազմավարություն, ախտանիշների և նախազգուշացնող ահազանգերի ճանաչում, դեղորայքի օգտագործման ժամկետը և ներմուծման ձևը՝ ներառյալ ադրենալինի ինքնաներարկիչը: Այլ մասնագետները, ովքեր կապված են առողջության պահպանման, կրթության և երեխաների խնամքի հետ, նույնպես պետք է ուսուցանվեն, որպեսզի ճանաչեն և համապատասխանաբար վարեն անաֆիլաքսիան:



# Եղնջացան

## Մահմանում

Եղնջացանը (լատ. urticaria) տարածված հիվանդություն է, որն ախտահարում է ընդհանուր պոպուլյացիայի մոտավորապես 20%-ին: Տիպիկ ուրտիկար ախտահարումը ինտենսիվ հիպերեմիկ, էրիթեմատոզ մակերես է: Եղնջացանը երբեմն ուղեկցվում է այտուցով, որը մաշկի ավելի խորը շերտերի ընդգրկման արդյունք է: Ենթադրվող տրիգերները<sup>8</sup>, ինչպիսիք են դեղորայքը, սնունդը, միջատի խայթոցը կամ ինֆեկցիան, կարող են նույնը լինել նաև եղնջացանի նոր գրոհների դեպքում, չնայած շատ դեպքերում սպեցիֆիկ պատճառը մնում է անհայտ, հատկապես, եթե եղնջացանը ձգվում է շաբաթներից մինչև ամիսներ: Ըստ ՀՄԴ 10-ի դասվում է L50:

## Եղնջացանի դասակարգումը

Եղնջացանը (այտուցով կամ առանց) դասակարգվում է հիմնականում ըստ ժամանակային ընթացքի.

- *Սուր եղնջացան.* եղնջացանը կոչվում է սուր, երբ նշաններն առկա են ավելի քիչ, քան 6 շաբաթների ընթացքում:
- *Քրոնիկ եղնջացան.* երբ եղնջացանն ունի պարբերական ընթացք, ախտանիշներն առկա են շաբաթվա օրերի մեծ մասում, ավելի քան 6 շաբաթների ընթացքում:

6 շաբաթ ժամանակը որոշ չափով պայմանական է և իրենից ներկայացնում է այն ժամանակահատվածը, որի ընթացքում եղնջացանի երևույթները սովորաբար անցնում են: Եղնջացանի նոր գրոհների ավելի քան 2/3-ը ինքնավավացող են (սուր): Սուր և քրոնիկ եղնջացաների դեպքում մաշկի ախտահարումն ունի նույն արտաքին տեսքը, ուստի

---

<sup>8</sup> Տրիգեր` հրահրող գործոն

առաջին անգամ ի հայտ գալու դեպքում անհնար է դրանք տարբերակել սուրի և քրոնիկի:

## **Համաճարակաբանություն**

Եղնջացանն ախտահարում է ընդհանուր պոպուլյացիայի ավելի քան 20%-ին կյանքի որոշակի հատվածում և կարող է հանդիպել տարբեր տարիքային խմբերում:

## **Կլինիկական դրսևորումներ**

Ուրտիկար ախտահարումը սահմանագծված, մաշկից բարձր, երիթեմատոզ մակերես է, հաճախ կենտրոնում առկա է գունատություն: Այն կարող է լինել շրջանաձև, օվալ և շատ տարբեր չափսերի՝ 1 սմ-ից փոքր-ից մինչև մի քանի սմ տրամագծով: Ցանը շատ ինտենսիվ քոր է առաջացնում: Քորը կարող է խանգարել աշխատանքին, սովորելուն, ինչպես նաև քնելիս: Ախտանիշները հաճախ դառնում են ավելի ծանր գիշերային ժամերին:

Առանձին ախտահարումներն անցողիկ են, սովորաբար առաջանում և մեծանում են բուսանքներից մինչև ժամերի ընթացքում, ապա՝ անհետանում 24 ժամերի ընթացքում առանց մաշկի վրա մնացորդային էկզիմոզ նշաններ թողնելու՝ բացառությամբ քորելուց առաջացած վնասվածքների: Եղնջացանը նորմալում ցավոտ չէ: Եթե ցանը ցավոտ է կամ անհետանալուց թողնում է մնացորդային հետքեր, ապա պետք է մտածել “ուրտիկար վասկուլիտ” ախտորոշման մասին:

Կարող է ախտահարվել մարմնի ցանկացած հատվածը, չնայած հագուստի շփման հատվածներում ցանը սովորաբար ավելի արտահայտված է լինում, օր.՝ մեջքին:

Երբ եղնջացանն ուղեկցվում է այտուցներով, ավելի հաճախ ախտահարվում են դեմքը, շրթունքները, վերջույթները և/կամ արտաքին

սեռական օրգանները: Անգիոտենման առանց եղնջացանի պետք է հուշի այլ հիվանդությունների, ինչպես օրինակ՝ դեղորայք-հարուցված անգիոտենմայի (օր. ԱՓՖ-ինհիբիտորներով), իդիոպաթիկ անգիոտենմայի, ժառանգական և ձեռքբերովի C1-ինհիբիտորի դեֆիցիտի մասին:

## **Պարոնֆիզիոլոգիա**

Եղնջացանը միջնորդավորված է մաշկի մակերեսային շերտում գտնվող պարարտ բջիջներով: Ախտահարված հատվածների բիոպտատներում հայտնաբերված են նաև բազոֆիլ բջիջներ: Պարարտ բջիջների և բազոֆիլների ակտիվացումից արտազատվում են տարբեր միջնորդանյութեր, այդ թվում հիստամին (ինչը քորի պատճառն է) և անոթալայնիչ միջնորդանյութեր, որոնք առաջացնում են մաշկի ամենաբարձր շերտերի տեղային այտուց: Անգիոտենման (այտուցը) նույն պրոցեսն է, որը ներառում է մաշկի ավելի խորը շերտերի և ենթամաշկային հյուսվածքների պարարտ բջիջները:

## **Էթիոլոգիա**

Եղնջացանի գրոհի համար կան բազմաթիվ պոտենցիալ պատճառներ, չնայած դրան, շատ հիվանդների մոտ սպեցիֆիկ պատճառը մնում է անհայտ: Սուր եղնջացանի դեպքում ավելի մեծ է որևէ պատճառ հայտնաբերելու հավանականությունը՝ ի տարբերություն քրոնիկի: Տարբեր պատճառներ ակտիվացնում են պարարտ բջիջներին տարբեր մեխանիզմներով:

**Հիմնական պատճառներ:** Եղնջացանի հիմնական պատճառները ներառում են ինֆեկցիաները, դեղորայքի նկատմամբ ակերզիկ ռեակցիաները, սնունդը, միջատի կծածը կամ խայթոցը, դեղորայքի նկատմամբ ռեակցիաները, որոնք բերում են պարարտ բջիջների ոչ

ալերգիկ ակտիվացմանը (օր.՝ թմրանյութերը), և ոչ ստերոիդ հակաբորբոքային դեղորայքի (ՈՍՀԲԴ) ներմուծումը:

**Ինֆեկցիաներ.** վիրուսային, բակտերիալ և պարազիտար ինֆեկցիաները կարող են ասոցացվել եղնջացանի գրոհի հետ:

- **Վիրուսային և բակտերիալ.** սուր եղնջացանը կարող է զարգանալ վիրուսային կամ բակտերիալ ինֆեկցիայի ընթացքում կամ հետևանքով, հատկապես երեխաների շրջանում: Մանկական դեպքերի մոտավորապես 80%-ը կապված է ինֆեկցիաների հետ: Ենթադրվող մեխանիզմը իմուն ակտիվացումն է, որը ներառում է իմուն կոմպլեքսների ձևավորում և/կամ կոմպլեմենտի ակտիվացում, մինչդեռ վերջնական պաթոգենները մնում է անհայտ:
- **Պարազիտար ինֆեկցիաներ.** պարազիտար ինֆեկցիաները հիմնականում պատճառ են սուր, ինքնալավացող եղնջացանի դեպքում, երբ առկա է նշանակալի էոզինոֆիլիա:
  - Ինֆեկցիաները, որոնք հարուցված են *Ancylostoma*, *Strongyloides*, *Fillaria*, *Echinococcus*, *Trichinella*, *Toxocara*, *Fasciola*, *Schistosoma mansoni*, *Blastocystis hominis* հարուցիչներով, կարող են ասոցացվել եղնջացանի հետ: Կղանքի քննությունը թերևս ցուցված է միայն էնդեմիկ օջախներ ճամփորդողներին և պերիֆերիկ արյան մեջ էոզինոֆիլիա ունեցող պացիենտներին:
  - *Anisakis simplex*-ով կոնտամինացված ձկան ներմուծումը ևս կարող է պատճառ դառնալ եղնջացանի զարգացման: Այն կարող է փոխանցվել մարդուն սուշիի միջոցով:

**IgE- միջնորդավորված ալերգիկ ռեակցիաներ.** IgE միջնորդավորված առաջին տիպի ալերգիկ ռեակցիաները հաճախ ներառում են եղնջացանը: Ալերգիկ ռեակցիայի հետևանքով եղնջացանը սովորաբար առաջանում է ալերգենի ազդեցությունից մի քանի րոպեից մինչև 2 ժամ անց: Պատճառներն են դեղորայքը, սնունդը կամ սննդային

հավելումները, միջատի խայթոցը կամ կծածը, լատեքսը և արյան բաղադրիչները:

Ալերգիկ ռեակցիան կարող է սահմանափակվել միայն մաշկով կամ դառնալ համակարգային ալերգիկ ռեակցիայի՝ անաֆիլաքսիայի մի մասը: Պոտենցիալ ալերգենի ազդեցությունից հետո զարգացած եղնջացանը կամ անգիոտենան պետք է գնահատվեն որպես օրգանիզմի համակարգային ռեակցիա՝ ալերգենի ազդեցության շարունակման դեպքում անաֆիլաքսիայի զարգացման ռիսկով: Նման դեպքերում հիվանդներին խորհուրդ է տրվում խուսափել պոտենցիալ ալերգենի ազդեցությունից մինչև հետագա հետազոտումը:

**Դեղորայք.** IgE- միջնորդավորված եղնջացանի հետ ամենահաճախակի ասոցացվում են հակաբիոտիկները, այդ թվում բետա-լակտամները (պենիցիլիններ և ցեֆալոսպորիններ), թեև եղնջացանի առանձին դեպքեր նկարագրված են հակաբիոտիկների բոլոր խմբերից:

**Միջատների կծած և խայթոց.** միջատների խայթոցներից, որոնք կարող են առաջացնել իրական եղնջացան որպես ալերգիկ ռեակցիայի բաղադրիչ մաս, ներառում են Hymenoptera (մեղու, իշամեղու, բոռ, որոշ մրջյուններ) և Triatoma (“համբուրվող” միջատները): Փայտոջիլները, լվերը, տզերը կարող են լինել պապուլյար եղնջացանի պատճառ՝ հիմնականում ստորին վերջույթներին: Պապուլյար եղնջացանի լավացումը տևում է մոտ շաբաթներ:

**Լատեքս.** լատեքսի մասնագիտական, ռեկրեացիոն, ատամնաբուժական և վիրաբուժական կիրառումը նախատրամադրված անձանց մոտ կարող է պատճառ դառնալ եղնջացանի, Կվինկեի այտուցի, ասթմայի կամ անաֆիլաքսիայի զարգացման (46): Առօրյայում հանդիպող դեպքերը, երբ պացիենտները կարող են ենթարկվել մեծ քանակության լատեքսի ազդեցությանը, ներառում են փուչիկների փչելը և ձեռնոցների կիրառումը: Առնանդամի և վուլվայի/ հեշտոցի եղնջացան և Կվինկեի այտուց կարող են զարգանալ լատեքսից պահպանակների

օգտագործումից: Այն կարող է ներառել վուլվոլագինար ախտանիշներ՝ հիշեցնելով սուր վագինիտ:

**Մնունդ և սննդային որոշ հավելումներ.** տիպիկ դեպքերում սննդի նկատմամբ ալերգիկ ռեակցիաները կարող են դրսևորվել եղնջացանով ընդունումից մոտ 30 րոպեների ընթացքում: Կաթը, ձուն, գետնանուշը, ընկույզը, սոյան, ցորենը այն հիմնական սննդատեսակներն են, որոնց նկատմամբ առաջանում է տարածուն եղնջացան երեխաների շրջանում: Մեծահասակների մոտ ավելի հաճախ դրանք են ձուկը, խեցգետնակերպերը, ընկույզը և գետնանուշը (47):

Գտնում են, որ կոմերցիոն նպատակներով պատրաստված սինթետիկ սննդային հավելումները ավելի հազվադեպ են առաջացնում եղնջացան: Դրան ի հակադրություն, սննդային ներկանյութ համարվող որոշ բնական միացություններ, ինչպիսիք են սննդի դեղին երանգը պայմանավորող “annatto”-ն և կարմիր երանգը պայմանավորող “carmine”-ը, կարող են դառնալ եղնջացանի և անաֆիլաքսիայի պատճառ:

**Ալերգենների հետ կոնտակտ.** մի շարք ազենտների հետ ֆիզիկական կոնտակտը կարող է հանգեցնել եղնջացանի առաջացման, դրանք են՝ բուսական մթերքները և խեժը, հում մրգերը և բանջարեղենը կամ հում ծովամթերքը: Սննդի վերամշակմամբ զբաղվող մարդկանց մոտ կարող է զարգանալ կոնտակտային եղնջացան տարբեր ազդեցությունների հետևանքով (48): Երեխաները երբեմն կարող են զարգացնել եղնջացան կենդանիների թթի հետ շփումից, եթե այդ ալերգենների նկատմամբ ունեն գերզգայունություն: Դրան հակառակ, տարբեր ախտահանող միջոցների, օձառների և լոսյոնների ազդեցությունից ավելի հաճախ առաջանում է կոնտակտային դերմատիտ, քան եղնջացան:

**Փոխներարկման ռեակցիաների եղնջացան.** փոխներարկումների արդյունքում եղնջացանը առաջանում է տարբեր մեխանիզմներով, այդ

թվում ԼԳԷ-միջնորդավորված, կոմպլեմենտ-միջնորդավորված և այլ իմունոլոգիական ռեակցիաներով:

**Պարարտ բջիջների ուղղակի ակտիվացում.** որոշ դեղեր, սննդատեսակներ և բույսեր կարող են առաջացնել եղնջացան ոչ թե ԼԳԷ-միջնորդավորված մեխանիզմով, այլ պարարտ բջիջների դեգրանուլյացիայի արդյունքում: Առավել հաճախ դրանք թմրադեղերն են, միոռելաքսանտները, վանկոմիցինը և ռադիոակտիվ նյութերը: Բուսական մթերքներից պարարտ բջիջների ուղղակի ակտիվացում առաջացնում են որոշ հատապտուղներ և եղինջը:

- **Թմրադեղեր.** օպիատային ցավազրկողներից մորֆինը և կոդեինը առաջացնում են պարարտ բջիջների ակտիվացում: Հակահազային օշարակների օպիատային բաղադրիչ դեքստրոմեթորֆանի հետևանքով ևս կարող է առաջանալ եղնջակացան (47):
- **Միոռելաքսանտներ.** անեսթետիկ միոռելաքսանտները, որոնք պարունակում են ատրակուրիում, վեկուրոնիում, սուկցինիլխոլին, ևս կարող են առաջացնել եղնջացան: Միոռելաքսանտները կարող են նաև պատճառ լինել ԼԳԷ-միջնորդավորված անաֆիլաքսիայի զարգացման:
- **Վանկոմիցին.** «կարմիր մարդու» համախտանիշը կարող է դիտվել վանկոմիցինի արագ ներարկումից հետո և դրսևորվում է դիֆուզ էրիթեմայով, հիպերեմիայով՝ երբեմն ուղեկցելով եղնջացանին: Օպիատների և վանկոմիցինի միաժամանակյա կիրառումը կարող է մեծացնել վերոնշյալ ռեակցիայի հավանականությունը:
- **Ռադիոկոնտրաստ նյութեր.** կարող են ասոցացվել եղնջացանի և Կվինկեի այտուցի հետ:
- **Որոշ սննդատեսակներ.** լոլիկը, էլակը, շոկոլադը, ցիտրուսները և փոքրաթիվ այլ սննդատեսակներ կարող են առաջացնել տարածուն կամ կոնտակտային եղնջացան ոչ իմունոլոգիական մեխանիզմներով, հիմնականում վաղ հասակի երեխաների շրջանում: Դրանք երբեմն

կոչվում են «պսևդոալերգեններ»: Նշված սննդից IgE-միջնորդավորված ռեակցիաներ ևս հնարավոր են:

- **Եղինջի ծակոց.** եղինջը (*Urtica dioica*), որի անունից եղնջացանն ստացել է իր անվանումը, տարածված խոտաբույս է Եվրոպայում, Հարավային և Հյուսիսային Ամերիկայում և Աֆրիկայի որոշ հատվածներում, մաշկի հետ շփումից անմիջապես հետո կարող է առաջացնել ցան և այրոցի զգացողություն: Այս ախտանիշները կարող են լինել ինչպես եղինջում պարունակվող հիստամինի, այնպես էլ՝ այն միջնորդանյութերի հետևանքով, որոնք պատասխանատու են ցավի համար (48):

Ոչ ստերոիդ հակաբորբոքային դեղեր (ՈՍՀԲԴ). ՈՍՀԲԴ-երը, ինչպիսիք են ասպիրինը, իբուպրոֆենը, նապրոքսենը և այլն, կարող են առաջացնել եղնջացան և Կվինկեյի այտուց 2 տարբեր մեխանիզմներով.

- **Պսևդոալերգիկ/ դեղորայքային.** ՈՍՀԲԴ-երը որոշ անհատների մոտ կարող են առաջացնել եղնջացան, որի հիմքում հավանաբար ընկած են արախնոիդաթթվի նյութափոխանակությունում առկա անկանոնությունները: ՈՍՀԲԴ ռեակցիաների այս տեսակը կոչվում է պսևդոալերգիկ, քանի որ հիմքում ընկած մեխանիզմը ոչ իմունոլոգիական է: Այս ռեակցիաները կարող են առաջանալ ցիկլոօքսիգենազա-1 (ՑՕԳ-1) ֆերմենտը պաշարող ցանկացած ազենտի դեպքում և հազվադեպ են առաջանում ՑՕԳ-1-ի թույլ ինհիբիտորների ազդեցության դեպքում: Պսևդոալերգիայով պացիենտները սովորաբար հանդուրժում են ացետամինոֆենը և ընտրովի ՑՕԳ-2 պաշարիչները:
- **Ալերգիկ.** սպեցիֆիկ ՈՍՀԲԴ-եր կարող են առաջացնել սուր եղնջացան այն անհատների մոտ, ովքեր դրա որևէ բաղադրիչի նկատմամբ ունեն գերզգայունություն: Այդ ռեակցիաները ենթադրում են իրական, իմունոլոգիական մեխանիզմներով հարուցված ալերգիա:



**Հազվադեպ պատճառներ.** հազվադեպ պատճառները, որոնք կարող են առաջացնել եղնջացան, ներառում են ֆիզիկական գործոնները, շիճուկային հիվանդությունը և հորմոն ասոցացված խանգարումները:

- **Ֆիզիկական գործոններ.** ֆիզիկական ուրտիկար համախտանիշները քրոնիկ եղնջացանի ձևեր են, որոնք խթանվում են կոնկրետ ֆիզիկական գործոններից, ինչպիսիք են ցուրտը, մարմնի ջերմաստիճանի կտրուկ փոփոխությունները, մաշկի նկատմամբ ճնշումը և վիբրացիան, ֆիզիկական վարժանքը, արևի լույսը և այլ գործոնները:
- **Շիճուկային հիվանդություն.** շիճուկային հիվանդությունը կամ դրա նման ռեակցիաները էկզոգեն սպիտակուցների և որոշ դեղերի նկատմամբ, կարող է արտահայտվել եղնջացանով և ուղեկցվել տենդով, պոլիարթրալգիաներով, պոլիարթրիտներով և/կամ լիմֆադենոպաթիայով: Այն սովորաբար զարգանում է ենթադրվող ազենտի ազդեցությունից հետո 1-3 շաբաթների ընթացքում: Կարող են լինել նաև պրոտեինուրիա, այտուցներ և որովայնացավ:
- **Պրոգեստերոն-ասոցացված եղնջացան.** նկարագրված են հազվադեպ հրապարակումներ պրոգեստերոն պարունակող օրալ հակաբեղմնավորիչների կամ էնդոգեն պրոգեստերոնի հետ ասոցացված ցիկլիկ եղնջացանի մասին (49, 50): Այս խանգարումը երբեմն անվանում են աուտոիմուն պրոգեստերոնային դերմատիտ: Այն սովորաբար զարգանում է դաշտանային ցիկլի երկրորդ կեսում և անցնում մենստրուացիայի հետ:

### **Համակարգային հիվանդություններ, որոնք ներառում են եղնջացանը**

Հազվադեպ եղնջացանը և եղնջացանին նման ախտահարումները կարող են լինել որևէ համակարգային հիվանդության վաղ դրսևորում: Դրանք են.

- **Ուրտիկար վասկուլիտ.** ուրտիկար վասկուլիտ պետք է ենթադրել այն դեպքերում, երբ առանձին ցանային էլեմենտները ցավոտ են,

երկարատև (24-36 ժամ և ավելի), հայտնվում են պուրպուրաների և էկիսիմոզների ձևով կամ անցնելուց հետո թողնում են մնացորդային թեփոսման կամ հիպերպիգմենտացիայի հետքեր (եթե բացառվում են քորելուց առաջացած վնասվածքները): Վասկուլիտ պետք է կասկածել նաև այն դեպքերում, երբ եղնջացանն ուղեկցվում է տենդով, արթրալգիաներով, արթրիտներով, քաշի փոփոխություններով, ոսկրային ցավերով կամ լիմֆադենոպաթիայով: Ուրտիկար վասկուլիտը կարող է լինել մաշկային կամ համակարգային հիվանդություն, կամ այլ ռևմատոլոգիական հիվանդության մի մաս, կամ շատ հազվադեպ՝ չարորակ հիվանդություն:

- **Մաստոցիտոզ.** մաստոցիտոզը և պարարտ բջջային հիվանդությունները վիճակներ են, երբ պացիենտները կարող են ունենալ ակնհայտ ալերգիկ ռեակցիաներ և անաֆիլաքսիա տարբեր տրիգերների ազդեցությունից: Մաշկային բնորոշ նշանները կարող են օգնել ախտորոշմանը:
- **Համակարգային կարմիր գայլախտ, ռևմատոիդ արթրիտ, Շյոգրենի սինդրոմ, ցելիակիա, աուտոիմուն թիրեոիդիտ և այլ աուտոիմուն հիվանդություններ.** աուտոիմուն հիվանդությունների դեպքում եղնջացանը կարող է լինել ինչպես հիվանդության դրսևորում, այնպես էլ պարբերաբար ի հայտ գալ ընթացքում: Թեև այս երևույթների պատճառն անհայտ է, բայց հնարավոր է այն զարգանում է պատասխանատու ընկալիչների միջոցով պարարտ բջիջների ուղղակի ակտիվացման կամ անաֆիլակտոիդ ռեակցիաներ առաջացնելու ունակ աուտոհակամարմինների ձևավորման արդյունքում: Սուր եղնջացանի ժամանակ այս հիվանդությունների սկրինինգը ցուցված չէ, քանի դեռ չկան այլ ախտանիշներ, որոնք կվկայեն տվյալ հիվանդության առկայության մասին:
- **Մաշկի փոքր անոթների վասկուլիտ.** մաշկի փոքր անոթների վասկուլիտի որոշ տեսակներ վաղ փուլերում կարող են արտահայտվել եղնջացանով: Ցանր, որը նույն տեղում առկա է ավելի

քան 24 ժամ, ցավոտ է, ունի կապտուկների տեղամասեր կամ ուղեկցվում է որևէ համակարգային նշանով (օր.՝ տենդով), պետք է մտահոգի վասկուլիտի առումով:

- Ուրտիկար վասկուլիտը հիվանդություն է, որը բնութագրվում է մաշկի բիոպտատում առկա վասկուլիտին բնորոշ նշաններով: Այն կարող է լինել համակարգային կամ սահմանափակվել միայն մաշկով:
  - Շենլեյն- Հենոխի պուրպուրան համակարգային վասկուլիտ է (IgA վասկուլիտ), որի մաշկային բաղադրիչը պուրպուրաների տիպի ախտահարումն է հիմնականում ստորին վերջույթների ընդգրկվածությամբ: Ի սկզբանե կարող է լինել մաշկի եղնջացանի տիպի ախտահարումը, բայց արթրալգիաների, որովայնացավերի և պրոցեսում երիկամների ընդգրկվածության դեպքում պարտադիր պետք է ենթադրել այս հիվանդության մասին:
  - Գայլախտով հիվանդները ևս կարող են ունենալ եղնջացան, որը կայուն պահպանվում է և դառնում վասկուլիտիկ: Մաշկի բիոպսիան կարող է ապացուցել վասկուլիտի առկայությունը:
- **Չարորակ հիվանդություններ.** եղնջացանը կարող է դիտվել նաև չարորակ հիվանդությունների ժամանակ, հատկապես IgM և երբեմն IgG պարապրոտեինեմիաների ժամանակ: Պատճառը կրկին անհայտ է, բայց հնարավոր է կոմպլեմենտ-միջնորդավորված պաթոմեխանիզմներով: Այս դեպքերում եղնջացանը կայուն է և կարող է դառնալ քրոնիկ:

Համակարգային հիվանդությունների ժամանակ եղնջացանը կրկնվող է, կայուն պահպանվում է և լավ չի արձագանքում բուժմանը, և այսպիսի հիվանդները հիմնականում ներկայանում են քրոնիկ եղնջացանով:

## ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ ԵՎ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

Եղնջացանը ախտորոշվում է կլինիկորեն՝ հիմնվելով մանրամասն անամնեզի և մաշկի բնորոշ փոփոխությունները հաստատող ֆիզիկալ քննության տվյալների վրա (51):

**Կլինիկական անամնեզ.** պետք է պատասխանի հետևյալ հարցերին.

- Եղե՞լ են արդյոք համակարգային ալերգիկ ռեակցիայի կամ անաֆիլաքսիայի այլ նշաններ: Հնարավոր է պացիենտներն իրենք չնշեն ավելի նուրբ նշանները մինչև հատուկ հարցնելը: Բժիշկը պետք է հարցնի կրծքավանդակի ճնշվածության կամ դժվարաշնչության, խոպոտ ձայնի կամ կոկորդի ճնշվածության, սրտխառնոցի, փսխման, տանջող որովայնացավի, գլխապտույտի և անաֆիլաքսիայի այլ ախտանիշների մասին:
- Նախկինում ունեցե՞լ է ցան, թե՞ ոչ: Հիվանդն ունի՞ այլ ալերգիկ խանգարումներ, թե՞ ոչ: Որոշ երեխաներ զարգացնում են եղնջացան հաճախակի ինֆեկցիաների արդյունքում: Մեծահասակների մոտ եղնջացանը կարող է զարգանալ ՈՍՀԲԴ-երի ընդունումից հետո, սակայն հիվանդները կապ չեն տեսնում, քանի դեռ դա տեղի չի ունեցել մի քանի անգամ:
- Առկա՞ են արդյոք այլ ախտանիշներ, որոնք վկայում են համակարգային հիվանդության մասին: Մասնավորապես, հիվանդն ունեցել է վերջերս անբացատրելի ջերմություն, քաշի կորուստ, արթրալգիաներ, արթրիտներ կամ ոսկրացավեր:
- Հնարավո՞ր է արդյոք անամնեզից հասկանալ պատճառը.
  - Ցանը ի հայտ գալու պահին հիվանդն արդյո՞ք գտնվել է պրակտիկ առողջ վիճակում կամ վերջերս տարել է վիրուսային կամ բակտերիալ ինֆեկցիա: Արդյո՞ք պացիենտը վերջերս ունեցել է առողջական խնդիրներ (օր.՝ սալջարդ), երբ պահանջվել է ՈՍՀԲԴ-

երով միջամտություն կամ օգտագործել է անհայտ դեղորայք կամ բուժում:

- Հիվանդին պետք է խնդրել հիշել ցանին նախորդող իրադարձությունները: Ի՞նչ է հիվանդն ընդունել (սնունդ, խմիչք կամ քաղցրավենիք): Արդյո՞ք հիվանդն ունեցել է որևէ ֆիզիկական ակտիվություն կամ վարժանք: Ենթարկվե՞լ է, արդյոք, ջերմաստիճանային ծայրահեղ փոփոխությունների կամ միջատների ազդեցությանը: Պատասխանները կարող են բացահայտել եղնջացանի՝ ալերգիկ կամ ֆիզիկական գործոն հանդիսացող պատճառները:
- Պետք է իմանալ նախորդող օրերի կամ շաբաթների ընթացքում որևէ նոր դեղորայքի կամ հավելումների ընդունման մասին (52): Եղնջացանից ժամեր առաջ ընդունե՞լ է դեղորայք, թե՞ ոչ:
- Հարցումներ պետք է անցկացնել վերջին շրջանի ճանապարհորդությունների (նաև պարազիտային ինֆեկցիայի ախտանիշների) և սեռական կյանքի մասին:
- Եղնջացանով հիվանդի մոտ կարևոր է բոլոր համակարգերի լիարժեք գնահատումը:

**Ֆիզիկական գնում:** Ախտահարված մասերը պետք է վիզուալիզացվեն ուղղակիորեն, քանի որ պացիենտների կողմից օգտագործվող «եղնջացան» տերմինը սպեցիֆիկ չէ: Եթե գնահատման պահին հիվանդը չունի ցանավորում, կարող է օգնել եղնջացան պատկերող լուսանկարների ցուցադրումը հիվանդներին և հարցումը, թե արդյո՞ք դրանք նման են իր սեփական ցանավորմանը, մինչդեռ ախտորոշումը կարիք ունի հետազայում հաստատման:

Առանձին ուրտիկար ցաները սովորաբար ի հայտ են գալիս և ամբողջությամբ անցնում են 24 ժամերի ընթացքում: Եթե պացիենտը վստահ չէ ախտորոշման տևողության մասին, կարելի է ախտահարման տեղը նշագծել գրիչով և անցնելու ժամանակը ֆիքսել:

**Լաբորատոր հետազոտություններ:** Լաբորատոր քննությունները որպես կանոն նորմալ են այն պացիենտների մոտ, ովքեր չունեն որևէ պատմություն, կամ ֆիզիկական գնման արդյունքները չեն վկայում հիմքում ընկած այլ հիվանդության մասին (53):

- Եղնջացանով հիվանդների համար (Կվինկեի այտուցով կամ առանց այտուցի), որոնց կլինիկական անամնեզը և ֆիզիկալ քննության արդյունքները չեն վկայում հիմքում ընկած համակարգային հիվանդության կամ ուրտիկար վասկուլիտի մասին, միջազգային, եվրոպական և բրիտանական պրակտիկ չափորոշիչները չեն հանձնարարում լաբորատոր քննությունների անցկացում (54-56): Ամերիկյան հանձնարարականները գտնում են, որ սահմանափակ գնահատում կարելի է մտածել առաջին հերթին նպատակ հետապնդելով բացառել հիմքում ընկած այլ հիվանդությունները եղնջացանով հիվանդների 1/3-ի մոտ, երբ եղնջացանն ունի կայուն ընթացք (օր.՝ քրոնիկ եղնջացանի վաղ դրսևորում) (57): Այս առումով, **ցուցված է արյան ընդհանուր քննություն, մեզի ընդհանուր քննություն, ԷՆԱ-ի որոշում և լյարդի ֆունկցիայի գնահատում:**
- Այն պացիենտներին, ում մոտ ենթադրվում է սպեցիֆիկ պատճառի առկայությունը, լաբորատոր քննություններն ու հետագա հետազոտությունները պետք է անցկացվեն մինչև հաստատվի կամ ժխտվի այդ պատճառը:

**Ալերգիկ պատճառների որոշման թեստեր.** Ալերգիկ պատճառը հնարավոր է, երբ անամնեզը բացահայտում է որևէ սպեցիֆիկ տրիգերի ազդեցությունը եղնջացանի ախտանիշներից կարճ ժամանակ առաջ (սովորաբար 1-2 ժամ առաջ): Եթե անամնեզը չի ենթադրում կոնկրետ պատճառի ազդեցություն, ապա ֆինանսական առումով հասանելի լինելու դեպքում, տեղին կլինի շիճուկում ալերգեն-սպեցիֆիկ IgE –ի որոշումը: Օրինակ, եթե պացիենտը սովորաբար չի ուտում ծովամթերք, բայց մի առիթով ծովախեցգետնով ուտեստ ընդունելուց 10 րոպե անց

զարգացնում է եղնջացան, ապա ողջամիտ կլինի սպեցիֆիկ IgE-ի որոշումն այդ պացիենտի մոտ, հատկապես եթե չկա նոր ներմուծված սննդատեսակ, և պացիենտը վախենում է ծովամթերքի հետագա ընդունումից նույն ռեակցիաների կրկնման առումով: Մինչդեռ, ալերգիկ թեստերի մեկնաբանությունը պահանջում է որոշակի փորձ: Դրական արդյունքը կարող է ակնարկել հիվանդության մասին, բայց ախտորոշիչ չէ, իսկ բացասական արդյունքը չի բացառում ալերգիան: Դրա պատճառով, այն հիվանդներին, ովքեր ունեն կամ ենթադրվում է ալերգիա, խորհուրդ է տրվում ալերգոլոգի կամ իմունոլոգի կոնսուլտացիա հետագա հսկողության նպատակով:

## **ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ**

Այս բաժնում կքննարկվեն այն վիճակները, որոնք կարող են նման լինել եղնջացանին, սակայն եղնջացան չեն: Քորի առկայությունը կամ բացակայությունը օգտակար կլինիկական առանձնահատկություն է, կարող է օգտագործվել՝ նեղացնելու տարբերակումը:

### **Առանց քորի վիճակներ**

- **Վիրուսային էկզանթեմաներ.** Վիրուսային էկզանթեմաները տարածված են երեխաների շրջանում և կարող են հանդիպել տարբեր ինֆեկցիաների ժամանակ, այդ թվում՝ Erythema infectiosum (հինգերորդ հիվանդություն), Էբշտեյն-Բար վիրուս, Էնտերովիրուսներ, կարմրուկ: Այնուամենայնիվ, վիրուսային էկզանթեմաները հիմնականում քոր չեն առաջացնում և սովորաբար բաղկացած են երիթեմատոզ մակուլոպապուլյար բլիթներից, որոնք պահպանվում են մի քանի օր: Ջերմություն հաճախ է լինում: Մակուլաները համեմատաբար ֆիքսված են լինում եղնջացանի հետ համեմատած,

վերջինս շարունակաբար փոխվում է, հին ախտահարումներն անցնում են, նորերն են առաջանում:

- **Ականջաքունքային (աուրիկուլոտենպորալ) համախտանիշ.** Ականջաքունքային համախտանիշը առանց քորի հիպերեմիա և/կամ այտերի կամ ծնոտի մաշկի վրա քրտինքի առաջացումն է (այս տարածքը նյարդավորվում է ականջաքունքային նյարդով), որը լինում է անցողիկ, ուտելուց հետո և կարող է սխալ կերպով համարվել որպես եղնջացան՝ կապված սննդային ալերգիայի հետ (58): Այն կարող է լինել մեծերի կամ երեխաների մոտ՝ որպես նյարդի երկրորդային վնասման հետևանք աքցաններով ծննդաբերությունից, վիրուսային ինֆեկցիայից, վիրահատությունից կամ այլ տեղային տրավմայից հետո: Տիպիկ է միակողմանի դրսևորումը՝ չնայած երկկողմանի դեպքեր նույնպես նկարագրված են:

### **Քորով ուղեկցվող վիճակներ**

Քորով ուղեկցվող այն վիճակները, որոնց ավելի շատ են շփոթում եղնջացանի հետ, հետևյալն են:

- **Ատոպիկ դերմատիտ.** Ատոպիկ դերմատիտը տարածված խանգարում է, որն արտահայտվում է սկզբում որպես ինտենսիվ քորվող էրիթեմատոզ հետքեր պապուլաներով, երբեմն տարածվելու հակումով: Երեխաների մոտ դեմքը, գլխի մազածածկ հատվածը, վերջույթները, որովայնի և կրծքավանդակի շրջանը հիմնականում ընդգրկված են պրոցեսում, մինչդեռ տակաշորի հատվածը մնում է ինտակտ: Մեծ երեխաների և մեծահասակների մոտ հիմնականում վնասվում են ծալքի շրջանները (պարանոց, արմնկափոսեր, ծնկափոսեր): Այլ ընդգրկված հատվածներն են դեմքը, դաստակները, նախաբազուկները: Էրիթեմատոզ տեղամասերը տևում են մի քանի օր կամ շաբաթ և ունեն ոչ հստակ սահմանագծեր (նկար 3): Մաշկի չորությունն ու թեփոտումը զարգանում են ժամանակի ընթացքում:



Նկար 3



- **Կոնտակտային դերմատիտ.** Կոնտակտային դերմատիտը կոնկրետ նյութի ուղղակի ազդեցությունից առաջացած ցանկացած դերմատիտն է: Դերմատիտը կարող է լինել ակերզիկ կամ գրգռիչով հարուցված: Վերջինս ավելի տարածված է: Կոնտակտային դերմատիտը էրիթեմատոզ, պապուլյար բորբոքում է, հաճախ բշտիկների տեղամասերով (նկար 4): Այն զարգանում է ազդակի ուղղակի ազդեցության տեղերում:

Նկար 4



- **Դեղորայքային ախտահարում.** Դեղորայքային ախտահարում, որը կոչվում է նաև morbilliform կամ էկզանթեմատոզ դեղորայքային ախտահարում, իրենից ներկայացնում է դեղորայքային մաշկային ռեակցիա, որը նման է վիրուսային էկզանթեմային, սակայն զարգանում է դեղորայքի հետ ասոցացվելու դեպքում: Մաշկի ախտահարումները կարող են լինել կամ չլինել քորվող և սկսվում են փոքր մակուլաներից և/կամ պապուլաներից, ապա դառնում են ավելի մեծ և ժամանակի ընթացքում միաձուլվում են: Ի տարբերություն եղնջացանի՝ դրանք կայուն են:
- **Միջատի կծած.** Միջատի կծածները առաջացնում են առանձին ախտահարումներ, որոնք մեծամասամբ պահպանվում է օրերի ընթացքում: Այնուամենայնիվ, որոշ միջատների խայթոցից կարող է զարգանալ իրական եղնջացան, որպես համակարգային ակերգիկ ռեակցիայի մի մաս:
- **Բուլյոզ պեմֆիգոիդ.** Մեծ երեխաների մոտ բուլյոզ պեմֆիգոիդը կարող է սկսվել քորով, եղնջացանով կամ առանց դրա: Բշտիկները կարող են ի հայտ գալ վերջնական փուլում:
- **Մուլտիֆորմ էրիթեմա.** Բազմաձև փոքր էրիթեման սինդրոմ է, որը բնորոշվում է էրիթեմատոզ, ծիածանաթաղանթ հիշեցնող մակուլաներով և վեզիկուլոբուլյոզ ախտահարումներով բնորոշ արտաքին տեսքով (նկար 5): Դրանք կարող են լինել ցավոտ կամ քորվող և զարգանում են սիմետրիկ, վերջույթների ծալիչ մակերեսներին (հիմնականում ափերին և ներքաններին): Առանձին ախտահարումները տևում են մի քանի օր, ինչը նման չէ եղնջացանին: Կարող է ուղեկցվել ջերմության բարձրացմամբ և ընդհանուր թուլությամբ:



- **Բույսերով հարուցված ռեակցիաներ.** Բաղեղի և կաղնու թույներից ալերգիան ի սկզբանե կարող է դրսևորվել եղնջացանով, որն այնուհետև վերածվում է վեզիկուլաների:

### ԲՈՒԺՈՒՄ

Նոր սկսվող եղնջացանի (Կվինկեի այտուցով կամ առանց) սկզբնական շրջանում պետք է ուղղված լինի կարճ ժամանակում քորի և այտուցի վերացմանը, եթե այն կա: Եղնջացանի նոր դեպքերի գրեթե 2/3-ը ինքնալավացող են և վերանում են սպոնտան: Սուր եղնջացանի վարման վերաբերյալ գրականությունը շատ աղքատ է, հավանաբար ինքնալավացման հետ կապված (59): Բուժման մեջ օգտագործվող դեղորայքի մասին հետազոտությունները վերաբերում են քրոնիկ եղնջացանին, և սուր եղնջացանի դեպքում վերջիններիս կիրառումն էքստրապոլյացիայի է ենթարկվել վերոհիշյալ հետազոտություններից:

## **H1 հակահիստամինային դեղամիջոցներ**

H1 հակահիստամինայինները կարող են բաժանվել հին կամ առաջին սերնդի (օր.՝ դիֆենհիդրամին, քլորֆենիրամին, հիդրոքսիզին) և նոր՝ երկրորդ սերնդի (օր.՝ ցետիրիզին, լորատադին, ֆեքսոֆենադին) ազնետների: Երկրորդ սերնդի պրեպարատները նախընտրելի են և՛ փոքրիկների, և՛ մեծերի դեպքում:

**Երկրորդ սերնդի հակահիստամինայիններ:** Նոր կամ երկրորդ սերնդի հակահիստամինայինները խորհուրդ է տրվում որպես առաջին զճի բուժում մաշկաբանների և ալերգոլոգների կողմից հրապարակված չափորոշիչներում: Այս դեղերն ունեն նվազագույն քնաբեր ազդեցություն, հիմնականում զուրկ են հակախոլիներգիկ էֆեկտից, ինչը կարող է բարդացնել առաջին սերնդի դեղերի օգտագործումը, ունեն քիչ նշանակալի դեղ-դեղ փոխազդեցություն և պահանջում են ավելի քիչ դոզաներ առաջին սերնդի համեմատ: Չկան տվյալներ սուր եղնջացանի ժամանակ որևէ սպեցիֆիկ դեղի վերաբերյալ արդյունավետության մասին, մինչդեռ քրոնիկ եղնջացանի ժամանակ կան հետազոտություններ, որոնք հաստատում են ցետիրիզինի և լնոցետիրիզինի առավել արդյունավետությունը մյուսների համեմատ:

Որոշ հիվանդներ պահանջում են ստանդարտ դեղաչափերից ավելի բարձր դեղաչափեր եղնջացանի նշանների կառավարման համար և կարող են ունենալ քնկոտության այդ դոզաներից: Այսպիսով, պետք է զգույշ լինել մինչև անհատական դոզաների հասկանալը: Մեծ դեղաչափերը կարող են ունենալ ավելի շատ արդյունավետություն մեծահասակների մոտ, մինչդեռ դա վերջնական հաստատված չէ:

H1 հակահիստամինայիններով բուժումը կայանում է որոշ հիվանդների մոտ ախտահարումների լրիվ մաքրման մեջ, բայց այլ դեպքերում այն կարող է միայն նպաստել ցանի նստեցմանը և քորի թեթևացմանը, երիթեմատոզ մակուլաների առկայության պարագայում:

Վերջին խմբի հիվանդները կարող են նվազեցնել դեղի դոզան էրիթեմատոզ ցանի վերացումից հետո:

Երկրորդ սերնդի H1 հակահիստամինայինները հասանելի են միայն բերանացի օգտագործման համար և ներառում են հետևյալները.

- **Ցետիրիզին.** ցետիրիզինը դրսևորում է հակառակ ազդեցություն ալերգիկ պրոցեսի և որոշ չափով պարարտ բջիջների ակտիվության վրա: Այն կարող է լինել չափավոր սեդատիվ, դեղաչափ-կախյալ էֆեկտ, սակայն ավելի քիչ, քան առաջին սերնդի դեղերը: Ստանդարտ դեղաչափը մեծահասակների և 6 տարեկանից բարձր երեխաների համար օրական 10 մգ-ն է միանվագ ընդունմամբ (մեծահասակների մոտ անհրաժեշտության դեպքում այն կարող է բարձրացվել մինչև 10 մգ, օրական 2 անգամ): Սովորական դոզան 2-5 տ. երեխաների համար 5 մգ-ն է, օրը 1 անգամ: 6 ամսականից 2 տարեկան երեխաների համար՝ 2,5 մգ, օրական 1 անգամ (1 տարեկան և բարձր երեխաների համար անհրաժեշտության դեպքում կարող է բարձրացվել մինչև 2,5 մգ, օրը 2 անգամ): Երիկամային և/կամ լյարդային անբավարարություն ունեցող հիվանդների համար պահպանողական դեղաչափը պետք է կրճատվի կիսով չափ:
- **Լևոցետիրիզին.** լևոցետիրիզինը ցետիրիզինի ակտիվ էնանթիոմերն է, որը դրսևորում է ցետիրիզինին համարժեք արդյունք կես դեղաչափի դեպքում: Մեծահասակների և 12 տարեկանից բարձր երեխաների համար ստանդարտ դեղաչափը կազմում է 5 մգ միանվագ, երեկոյան (մեծահասակների մոտ անհրաժեշտության դեպքում 5 մգ, օրական 2 անգամ) կամ 2,5 մգ միանվագ, երեկոյան՝ 6-11 տարեկան երեխաների համար: Ցետիրիզինի նկատմամբ երկրորդային տոլերանսություն ունեցող անհատների մոտ որպես ալտերնատիվ բուժում լևոցետիրիզինի կիրառումը քիչ հավանական է: Երիկամային անբավարարության դեպքում անհրաժեշտ է դեղաչափի զգալի փոփոխություն:

- **Լորատադին.** լորատադինը երկարատև ազդեցության, քիմիական եղանակով ցետիրիզինից ստացված սելեկտիվ H1 հակահիստամինային է, որի դեղաչափն է 10 մգ միանվագ 6 տարեկանից բարձր երեխաների համար (մեծահասակների մոտ անհրաժեշտության դեպքում 10 մգ, օրական 2 անգամ): Լորատադինը ստանդարտ 10 մգ օրական դեղաչափով ունի նվազագույն սեղատիվ ազդեցություն: 2-5 տարեկան երեխաների համար՝ 5 մգ/օրը միանվագ: Երիկամային և/կամ լյարդային անբավարարություն ունեցող հիվանդների համար հիմնական դեղաչափը տրվում է օրումեջ:
- **Դեզլորատադին.** դեզլորատադինը լորատադինի ակտիվ մետաբոլիտն է և դրսևորում է դրան համարժեք ազդեցություն կես դեղաչափի դեպքում: Մեծահասակների և 12 տարեկանից բարձր երեխաների համար ստանդարտ դեղաչափը 5 մգ-ն է միանվագ օրական (մեծահասակների մոտ անհրաժեշտության դեպքում 5 մգ, օրական 2 անգամ): 6-11 տարեկան երեխաների համար՝ 2,5 մգ օրական, միանվագ, 1-5 տարեկան երեխաների համար՝ 1,25 մգ օրական, միանվագ: 1 մգ-ից փոքր դեղաչափերը ընդունված են ԱՄՆ-ում 6-12 ամսական երեխաների համար: Երիկամային և/կամ լյարդային անբավարարություն ունեցող հիվանդների համար հիմնական դեղաչափը տրվում է օրումեջ:

**Առաջին սերնդի հակահիստամինայիններ:** Դրանք ներառում են դիֆենհիդրամինը, քլորֆենիրամինը, հիդրոքսիզինը և այլն: Այս դեղամիջոցները լիպոֆիլ են և հեշտությամբ անցնում են հեմատոենցեֆալիկ պատնեշը և դրանով իսկ առաջացնում սեղատիվ և հակախոլիներգիկ էֆեկտներ, որոնք որոշ հիվանդների մոտ կարող են լինել դոզա-կախյալ: Նշանակալից սեղացիա և գործողությունների դժվարացում (օր.՝ մանր մոտորիկայի, վարելու հմտության և ռեակցիաների արագության) առաջանում է պացիենտների մոտ 20%-ի մոտ: Հակախոլիներգիկ կողմնակի ազդեցություններն են բերանի

չորություն, երկտեսություն, տեսողության մթազնում, միզարձակման խանգարում և հեշտոցի չորություն: Հիվանդները պետք է զգուշացված լինեն հատկապես այս կողմնակի ազդեցությունների մասին: Չնայած այս կողմնակի ազդեցություններին՝ բարդություններ առաջացնելու նվազագույն ռիսկի դեպքում (օր.՝ առողջ երիտասարդներ) այս խմբի դեղերը կարող են օգտագործվել որպես սեդատիվներ քնից առաջ, հատկապես, եթե ցերեկային ժամերին համակցվում են ոչ քնաբեր հակահիստամինայինների հետ:

Առաջին սերնդի որոշ հակահիստամինայիններ հասանելի են նաև պարենտերալ ընդունման համար, այն հիվանդներին, ում ցանկալի է ազդեցության արագ սկիզբ, օր.՝ անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունք դիմած հիվանդներին:

- **Դիֆենհիդրամին.** մեծահասակների դոզան դանդաղ ներերակային կամ միջմկանային ներարկման համար կազմում է 25-50 մգ ամեն 4-6 ժամը մեկ: Երեխաներն անհրաժեշտության դեպքում պետք է ստանան 0,5- 1.25 մգ/կգ (մինչև 50 մգ միանվագ ընդունման համար) ն/ե կամ մ/մ 6 ժամը մեկ:
- **Հիդրոքսիզին.** մեծահասակների դոզան 25-50 մգ խորը մ/մ ներարկման համար, 4-6 ժամը մեկ: Չի կարելի ն/ե ներմուծումը: Երեխաները անհրաժեշտության դեպքում կարող են ստանալ 0,5- 1 մգ/կգ մ/մ 6 ժամ ընդմիջումներով (մինչև 50 մգ միանվագ ընդունման համար):

**H2 հակահիստամինայիններ:** H1 և H2 հակահիստամինայինների կոմբինացիան սուր եղնջացանի դեպքում կարող է լինել առավել արդյունավետ, քան H1 մոնոթերապիան, թեև տվյալներն այդ մասին սահմանափակ են (60): H2 հակահիստամինայիններն են ռանիտիդինը, նիզատիդինը, ֆամոտիդինը և ցիմետիդինը, սակայն վերջինս պետք է կիրառել զգուշությամբ, քանի որ կարող է բարձրացնել այլ դեղերի մակարդակը:

**Գլուկոկորտիկոստերոիդներ:** Գլուկոկորտիկոստերոիդների (ԳԿ) կարճատև (սովորաբար 1 շաբաթ կամ ավելի քիչ) կուրսը կարող է զուգակցվել հակահիստամինայիններով բուժման հետ կայուն և ծանր ախտանիշների կառավարման նպատակով: ԳԿ-ները չեն առաջացնում պարարտ բջիջների դեգրանուլյացիայի արգելակում, բայց հավանաբար ազդում են, ճնշելով, տարբեր մեխանիզմներով բորբոքման առաջացումը:

Փոքրաթիվ հետազոտություններ ցույց են տվել սուր եղնջացանի ժամանակ ԳԿ-ների արդյունավետությունը (61, 62):

H1 և H2 հակահիստամինայիններին ի լրումն օրալ ԳԿ-ների ընդունումը ցուցված է սուր եղնջացանով այն հիվանդներին, ովքեր ի սկզբանե ունեն ծանրագույն ախտանիշներ կամ ուղեկցող Կվինկեի այտուց: ԳԿ-ներով բուժման կուրսը ցուցված է նաև հակահիստամինայիններին կայուն եղնջացանի ախտանիշների պահպանման դեպքում:

Սուր եղնջացանի համար չկա ԳԿ-ների հստակ սահմանված օպտիմալ դեղաչափ, բայց հիմնականում տրվում է հետևյալ կերպ.

- Մեծահասակներ. Պրեդնիզոն 30-60 մգ օրական, դեղաչափի հետագա նվազեցմամբ 5-7 օրերի ընթացքում:
- Երեխաներ. Պրեդնիզոն 0,5-1 մգ/կգ/օրը (առավելագույնը 60 մգ օրը) դեղաչափի հետագա նվազեցմամբ 5-7 օրերի ընթացքում:

Հակահիստամինային թերապիան պետք է շարունակել ԳԿ-ներով բուժման ընթացքում և հետո, քանի որ ԳԿ-ների դոզայի նվազեցման կամ լրիվ ընդհատման դեպքում հնարավոր է ախտանիշների սրացում: Եթե ԳԿ-ների ընդհատումից հետո ախտանիշները մի քանի օրերի ընթացքում չեն կրկնվում, ապա հակահիստամինայինները ևս կարելի է դադարեցնել: Այն հիվանդները, ում մոտ ախտանիշները կրկնվում են դեղորայքը դադարեցնելուց հետո, հակահիստամինայինները պետք է վերսկսել նվազագույն էֆեկտիվ դեղաչափով: ԳԿ-ների կուրսի կրկնումից ցանկալի



է խուսափել, քանի որ շատ դեպքերում կողմնակի էֆեկտների զարգացման ռիսկը գերազանցում է բուժականին:

**Այլ դեղորայք:** Հակալեյկոտրիենային պրեպարատներն ուսումնասիրված չեն որպես սուր եղնջացանի բուժում: Այս և այլ դեղեր գնահատվել են քրոնիկ եղնջացանի բուժման ժամանակ:

## Ուղեգրում

Այն հիվանդները, ում մոտ ենթադրվում է սուր եղնջացանի ալերգիկ էթիոլոգիան, ինչպիսիք են սննդային կամ դեղորայքային ալերգիան, պետք է ուղղորդվեն ալերգոլոգի կոնսուլտացիայի և հնարավոր է անհրաժեշտ լինի նշանակել ադրենալին ինքնաներարկման համար:

Պետք է բացատրել հիվանդներին, որ սուր եղնջացանի դեպքերի 1/3-ը դառնում է կայուն, և եթե այն շարունակվում է մի քանի շաբաթների ընթացքում, անհրաժեշտ է դիմել բժշկին վիճակի վերագնահատման նպատակով: Հիվանդները, ում մոտ ախտանիշները դժվար են կառավարվում, կրկին կարիք ունեն մաշկաբանի կամ ալերգոլոգի կոնսուլտացիայի:

## ԱՄՓՈՓՈՒՄ ԵՎ ՀԱՆՁՆԱՐԱՐԱԿԱՆՆԵՐ

- Եղնջացանը տարածված խնդիր է, ախտահարում է բնակչության մինչև 20%: Եղնջացանով ախտահարումը արտահայտված քոր առաջացնող, կլոր, մաշկից բարձր էրիթեմատոզ վահանիկ է, հաճախ կենտրոնում՝ գունատ: Մորֆոլոգիան և չափերը կարող են տարբեր լինել: Չբարդացած եղնջացանը քորով մաշկային վահանիկներ են, որոնք զարգանում են բուժման ժամերի ընթացքում և անհետանում են ժամերի ընթացքում առանց հետքերի:

- Եղնջացանը դասակարգվում է որպես սուր և քրոնիկ: Սուր եղնջացանը սահմանվում է որպես պարբերաբար առաջացող ուրտիկար ախտահարումներ, որոնք անհետանում են վեց շաբաթվա ընթացքում, և եղնջացանի 2/3 պատկանում է այս խմբին:
- Հավանական տրիգերները, ինչպիսիք են տարածված վիրուսային և բակտերիալ ինֆեկցիաները, դեղորայքը, սնունդը կամ միջատի խայթոցը, կարող են երբեմն պատճառ հանդիսանալ եղնջացանի նոր սկզբի համար:
- Երբեմն եղնջացանը կարող է հանդիսանալ այլ համակարգային խանգարման ներկայացվող առանձնահատկություն, ինչպիսիք են ուրտիկար վասկուլիտը, մաստոցիտոզը կամ համակարգային կարմիր գայլախտը: Կան սպեցիֆիկ կլինիկական առանձնահատկություններ, որոնք պետք է հուշեն այս վիճակները գնահատելու համար:
- Եղնջացանի ախտորոշումը դրվում է կլինիկորեն: Մանրամասն անամնեզ պետք է հավաքել, որպեսզի բացառել հնարավոր անաֆիլաքսիան, ճանաչել հավանական տրիգերը և որոշել՝ արդյոք մտածել ուրտիկար վասկուլիտի կամ առկա համակարգային խանգարման մասին: Եթե պատմությամբ հնարավոր չէ գտնել սպեցիֆիկ տրիգեր կամ համակարգային հիվանդություն, ապա լաբորատոր թեստերը սովորաբար նորմալ են լինում և օգտակար չեն: Որոշ ուղեցույցներ կողմնակից են կատարելու արյան ընդհանուր քննություն, մեզի քննություն, ԷՆԱ և լյարդի ֆունկցիոնալ թեստեր եղնջացանի առաջին էպիզոդի ժամանակ, իսկ մյուսները առաջարկում են դրանք կատարել, եթե ախտանիշները պահպանվում են:
- Եղնջացանի նոր սկզբով պացիենտներին, ովքեր ունեն մեղմ ախտանիշներ, առաջարկվում է բուժել առանց սեդացիայի միայն H1 հակահիստամինայիններով: Հակախուլիներգիկ կողմնակի ազդեցությունների տեսանկյունից ցածր ռիսկ ունեցող պացիենտների կողմից (օր.՝ երիտասարդ, առողջ պացիենտները) սեդացիայով H1 հակահիստամինայինների օգտագործումը քնից առաջ և առանց

սեղացիայի H1 հակահիստամինայիններ՝ օրվա ընթացքում, համարվում են խելամիտ այլընտրանք:

- Միջինից ծանր աստիճանի ախտանիշներ ունեցող պացիենտներին, H1 հակահիստամինայիններով բուժմանը որպես լրացում, առաջարկվում է օգտագործել H2 հակահիստամինային դեղամիջոց:
- Ծանր ախտանիշներով, ակնհայտ Կվինկեի այտուցով կամ պահպանվող ախտանիշներով պացիենտներին, H1 և H2 հակահիստամինային դեղամիջոց ընդունելուց բացի, առաջարկվում է լրացուցիչ բուժում բերանացի գլյուկոկորտիկոիդների կարճ կուրսով: Առաջարկվող դեղաչափերն են՝ պրեդնիզոն (20 - 40 մգ օրը) մեծերին կամ պրեդնիզոլոն (0.5 - 1 մգ/կգ/օրը) երեխաներին՝ բաժանած 5-7 օրվա մեջ:
- Մի քանի շաբաթներ պահպանվող եղնջացանը կարող է համարվել որպես քրոնիկ եղնջացանի սկիզբ:

## Գրականության ցանկ

1. Johansson SGO, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:832–836.
2. Soar J, Pumphrey R, Cant A, Clarke S, Corbett A, Dawson P et al. Emergency treatment of anaphylactic reactions – guidelines for healthcare providers. *Resuscitation* 2008;77:157–169.
3. Simons FER, Arduso LRF, Bil\_o MB, El- Gamal YM, Ledford DK, Ring J et al. World allergy organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J* 2011;4:13–37.
4. Tanno LK, Ganem F, Demoly P, Toscano CM, Bierrenbach AL. Undernotification of anaphylaxis deaths in Brazil due to difficult coding under the ICD-10. *Allergy* 2012;67:783–789.
5. Simons FER, Clark S, Camargo CA Jr. Anaphylaxis in the community: learning from the survivors. *J Allergy Clin Immunol* 2009;124:301–306.
6. Panesar SS, Javad S, De Silva D, Nwaru BI, Hickstein L, Muraro A et al. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. *Allergy* 2013;68:1353–1361.
7. Moro Moro M, Tejedor Alonso MA, Esteban Hernandez J, Mugica Garcia MVM, Rosado Ingelmo A, Vila Albelda C. Incidence of anaphylaxis and subtypes of anaphylaxis in a general hospital emergency department. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2011;21:142–149.
8. Sampson HA, Munoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson NF Jr, Bock SA, Branum A et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report – Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network Symposium. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117:391–397.
9. Sampson HA, Munoz-Furlong A, Bock SA, Schmitt C, Bass R, Chowdhury BA et al. Symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report. *J Allergy Clin Immunol* 2005;115:584–591.
10. Panesar SS, Nwaru B, Hickstein L, Rader T, Hamadah H, Ali D et al. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: protocol for a systematic review. *Clin Transl Allergy* 2013;3:9.
11. Campbell RL, Hagan JB, Manivannan V, Decker WW, Kanthala AR, Bellolio MF et al. Evaluation of national institute of allergy and infectious diseases/food allergy and anaphylaxis network criteria for the diagnosis of anaphylaxis in emergency department patients. *J Allergy Clin Immunol* 2012;129:748–752.
12. de Silva IL, Mehr SS, Tey D, Tang MLK. Paediatric anaphylaxis: a 5 year retrospective review. *Allergy* 2008;63:1071–1076.
13. Pumphrey RSH. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. *Clin Exp Allergy* 2000;30: 1144–1150.
14. Bohlke K, Davis RL, DeStefano F, Marcy SM, Braun MM, Thompson RS. Epidemiology of anaphylaxis among children and adolescents enrolled in a health maintenance organization. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:536–542.
15. Brown SGA. Clinical features and severity grading of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:371–376.
16. Worm M, Edenharter G, Rueff F, Scherer K, Pfohler C, Mahler V et al. Symptom profile and risk factors of anaphylaxis in Central Europe. *Allergy* 2012;67:691–698.

17. Simons FER, Arduzzo LR, Bilo MB, Dimov V, Ebisawa M, El-Gamal YM et al. 2012 Update: World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2012;12:389–399.
18. Steele R, Camacho-Halili M, Rosenthal B, Davis-Lorton M, Aquino M, Fonacier L. Anaphylaxis in the community setting: determining risk factors for admission. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2012;109: 133–136.
19. Hompes S, Kohli A, Nemat K, Scherer K, Lange L, Rueff F et al. Provoking allergens and treatment of anaphylaxis in children and adolescents – data from the anaphylaxis registry of German-speaking countries. *Pediatr Allergy Immunol* 2011;22:568–574.
20. Braganza SC, Acworth JP, McKinnon DRL, Peake JE, Brown AFT. Paediatric emergency department anaphylaxis: different patterns from adults. *Arch Dis Child* 2006;91:159–163.
21. Vetander M, Helander D, Flodstrom C, Ostblom E, Alfven T, Ly DH et al. Anaphylaxis and reactions to foods in children – a population-based case study of emergency department visits. *Clin Exp Allergy* 2012;42:568–577.
22. Beyer K, Eckermann O, Hompes S, Grabenhenrich L, Worm M. Anaphylaxis in an emergency setting – elicitors, therapy and incidence of severe allergic reactions. *Allergy* 2012;67:1451–1456.
23. Ellis AK, Day JH. Incidence and characteristics of biphasic anaphylaxis: a prospective evaluation of 103 patients. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007;98:64–69.
24. Lee JM, Greenes DS. Biphasic anaphylactic reactions in pediatrics. *Pediatrics* 2000;106:762–766.
25. Sampson HA. Fatal food-induced anaphylaxis. *Allergy* 1998;53:125–130.
26. Lieberman P. Biphasic anaphylactic reactions. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005;95:217.
27. Mehr S, Liew WK, Tey D, Tang MLK. Clinical predictors for biphasic reactions in children presenting with anaphylaxis. *Clin Exp Allergy* 2009;39:1390–1396.
28. Sala-Cunill A, Cardona V, Labrador-Horrillo M, Luengo O, Estes O, Garriga T et al. Usefulness and limitations of sequential serum tryptase for the diagnosis of anaphylaxis in 102 patients. *Int Arch Allergy Immunol* 2013;160:192–199.
29. Vlieg-Boerstra BJ, Duiverman EJ, Van Der Heide S, Bijleveld CMA, Kukler J, Dubois AEJ. Should children with a history of anaphylaxis to foods undergo challenge testing? *Clin Exp Allergy* 2008;38:1935–1942
30. Calvani M, Cardinale F, Martelli A, Muraro A, Pucci N, Savino F et al. Risk factors for severe pediatric food anaphylaxis in Italy. *Pediatr Allergy Immunol* 2011;22:813–819.
31. Vander Leek TK, Liu AH, Stefanski K, Blacker B, Bock SA. The natural history of peanut allergy in young children and its association with serum peanut-specific IgE. *J Pediatr* 2000;137:749–755.
32. Rueff F, Przybilla B, Bilo MB, Muller U, Scheipl F, Aberer W et al. Predictors of severe systemic anaphylactic reactions in patients with Hymenoptera venom allergy: importance of baseline serum tryptase-a study of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology Interest Group on Insect Venom Hypersensitivity. *J Allergy Clin Immunol* 2009;124: 1047–1054.
33. Hamilton MJ, Hornick JL, Akin C, Castells MC, Greenberger NJ. Mast cell activation syndrome: a newly recognized disorder with systemic clinical manifestations. *J Allergy Clin Immunol* 2011;128:147–152.
34. Cardona V, Luengo O, Garriga T, Labrador- Horrillo M, Sala-Cunill A, Izquierdo A et al. Co-factor-enhanced food allergy. *Allergy* 2012;67:1316–1318.
35. Noimark L, Wales J, Du Toit G, Pastacaldi C, Haddad D, Gardner J et al. The use of adrenaline autoinjectors by children and teenagers. *Clin Exp Allergy* 2012;42:284–292.

36. Westfall TC. Adrenergic agonists and antagonists. In: Chabner BA, Brunton LL, Knollmann BC, editors. Goodman and Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics. New York: Mc Graw-Hill, 2006: 215–268.
37. Simons FER, Roberts JR, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 1998;101:33–37.
38. Simons FER, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in adults: intramuscular versus subcutaneous injection. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:871–873.
39. Simons FER, Gu X, Silver NA, Simons KJ. EpiPen Jr versus EpiPen in young children weighing 15 to 30 kg at risk for anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 2002;109:171–175.
40. Muraro A, Roberts G, Clark A, Eigenmann PA, Halken S, Lack G et al. The management of anaphylaxis in childhood: position paper of the European academy of allergology and clinical immunology. *Allergy* 2007;62:857–871.
41. Simons FER, Sheikh A. Anaphylaxis: the acute episode and beyond. *BMJ* 2013;346:602.
42. Perel P, Roberts I. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;6:CD000567.
43. Ellis BC, Brown SG. Parenteral antihistamines cause hypotension in anaphylaxis. *Emerg Med Australas* 2013;25:92–93.
44. Thomas M. Best evidence topic report. Glucagon infusion in refractory anaphylactic shock in patients on beta-blockers. *Emerg Med J* 2005;22:272–273.
45. Brockow K, Ring J. Anaphylaxis to radiographic contrast media. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2011;11:326–331.
46. Sussman GL, Beezhold DH. Allergy to latex rubber. *Ann Intern Med* 1995; 122:43.
47. Robledo T, Cimarra M, Agustin P, Martinez-Cocera C. Adverse reaction to dextromethorphan. *Allergy* 2004; 59:890.
48. Oliver F, Amon EU, Breathnach A, et al. Contact urticaria due to the common stinging nettle (*Urtica dioica*)--histological, ultrastructural and pharmacological studies. *Clin Exp Dermatol* 1991; 16:1
49. Poole JA, Rosenwasser LJ. Chronic idiopathic urticaria exacerbated with progesterone therapy treated with novel desensitization protocol. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 114:456.
50. Shank JJ, Olney SC, Lin FL, McNamara MF. Recurrent postpartum anaphylaxis with breast-feeding. *Obstet Gynecol* 2009; 114:415.
51. Beltrani VS. Urticaria: reassessed. *Allergy Asthma Proc* 2004; 25:143.
52. Namazy JA, Simon RA. Sensitivity to nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; 89:542.
53. Kaplan AP. Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. *N Engl J Med* 2002; 346:175.
54. Grattan CE, Humphreys F, British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *Br J Dermatol* 2007; 157:1116.
55. Zuberbier T. A Summary of the New International EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO Guidelines in Urticaria. *World Allergy Organ J* 2012; 5:S1.
56. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2009; 64:1417.

57. Joint Task Force on Practice Parameters. The diagnosis and management of urticaria: a practice parameter part I: acute urticaria/angioedema; part II: chronic urticaria/angioedema. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000; 85 Suppl (6 pt 2):525.
58. Sicherer SH, Sampson HA. Auriculotemporal syndrome: a masquerader of food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1996; 97:851
59. Beno SM, Nadel FM, Alessandrini EA. A survey of emergency department management of acute urticaria in children. *Pediatr Emerg Care* 2007; 23:862.
60. Fedorowicz Z, van Zuuren EJ, Hu N. Histamine H2-receptor antagonists for urticaria. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 3:CD008596.
61. Pollack CV Jr, Romano TJ. Outpatient management of acute urticaria: the role of prednisone. *Ann Emerg Med* 1995; 26:547.
62. Zuberbier T, Iffländer J, Semmler C, Henz BM. Acute urticaria: clinical aspects and therapeutic responsiveness. *Acta Derm Venereol* 1996; 76:295.