

Анафілаксія. Сучасні уявлення про діагностику та лікування

За матеріалами майстер-класу «Терапевтичні горизонти – 25»

Сучасним стратегіям діагностики та лікування поширених захворювань внутрішніх органів було присвячено майстер-клас «Терапевтичні горизонти – 25». Захід став платформою для обміну досвідом та отримання практичних знань про інновації у сфері терапії. Так, відповідальний секретар Асоціації алергологів України, професор кафедри фтизіатрії з курсом клінічної алергології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук Артемій Євгенійович Богомолів у своїй доповіді детально висвітлив основні етапи надання допомоги пацієнтам з анафілаксією і спростував пов'язані із цим міфи.



А.Є. Богомолів

Проблема анафілаксії є надзвичайно важливою для лікарів усіх спеціальностей. Для підвищення обізнаності з нею 21 листопада 2024 року Європейською академією алергії та клінічної імунології було вперше проведено День поінформованості про анафілаксію (Anaphylaxis Awareness Day). Його започаткували для того, щоб черговий раз нагадати про те, що така тяжка алергічна реакція можлива і вона є загрозою для життя.

Анафілаксія: нове визначення, частота, групи ризику

За старим визначенням, анафілаксія є тяжкою, загрозовою для життя формою генералізованої або системної реакції гіперчутливості, що характеризується швидким початком із небезпечним для життя порушенням дихання та кровообігу й зазвичай ураженням шкіри і слизових оболонок. З огляду на можливість анафілаксії, що виникає за відсутності ураження шкіри або серцево-судинного шоку, в 2019 році комітет із питань анафілаксії WAO запропонував нове визначення цього поняття:

Анафілаксія – це серйозна системна реакція гіперчутливості, що зазвичай буває швидкою і може спричинити смерть. Тяжка анафілаксія характеризується потенційно небезпечним для життя порушенням дихання та/або кровообігу, може відбуватися без наявності типових шкірних проявів або циркуляторного шоку [1].

Професор А.Є. Богомолів зауважив, що в Україні дані стосовно кількості випадків анафілаксії унаслідок прийому лікарських засобів наявні лише за 2011-2013 рік, її було діагностовано в 121 пацієнта.

У США ризик розвитку анафілаксії мають від 1 до 3% населення, а 150 людей щороку помирають через анафілаксію, спричинену харчовими продуктами. В Австралії анафілаксія є поширенішою, випадки в дітей зустрічаються частіше, ніж у дорослих: ≈ 1 на 1000, у 68% випадків можна виявити причину її розвитку [2-4].

До групи ризику щодо розвитку анафілаксії належать пацієнти із бронхіальною астмою, обтяженим сімейним алергічним анамнезом, легкими реакціями на арахіс, генералізацією симптомів після укусів комах, харчовою алергією та алергією на пилок, а також із перехресною чутливістю: харчові продукти і латекс, латекс та професійна бронхіальна астма, атопічний дерматит або астма й харчова алергія [5].

Причини та симптоми анафілаксії

Один із міфів стосовно анафілаксії полягає у тому, що вона виникає негайно після контакту з алергеном. Хоча розвиток доволі часто, дійсно, відбувається швидко, іноді від моменту контакту до симптомів можуть минати години [6].

Згідно з меморандумом Європейської академії алергії та клінічної імунології

(EAACIA), анафілаксія – це тяжка системна реакція гіперчутливості, що становить загрозу для життя. В такому випадку необхідне швидке надання допомоги для порятунку життя, адже зазвичай для анафілактичної реакції характерне швидке прогресування, середній час до настання зупинки дихання або серця становить у середньому 30 хв для харчових продуктів, 15 хв – для отрути комах, 5 хв – для ятрогенних реакцій [7-9].

Основні 3 групи причин алергічних реакцій є і причинами анафілаксії: харчові продукти, лікарські засоби й отрута перетинчастокрилих комах, тобто харчова, медикаментозна, інсектна гіперчутливість. У 20% випадків чинник виникнення анафілаксії з'ясувати не вдається. Можливі рідкісні випадки анафілаксії, зумовленої фізичними вправами; споживання деяких медикаментів або харчових продуктів перед фізичними навантаженнями пов'язують з розвитком цього виду алергії. Найчастіші симптоми анафілаксії: слабкість, відчуття жару, свербіж шкіри, почервоніння шкіри, висип [10-12].

Незалежно від основного механізму анафілаксія є серйозною, потенційно небезпечною для життя реакцією, яку потрібно негайно лікувати введенням епінефрину. Клінічні прояви залежать від того, які системи органів задіяні та який саме алерген її спричинив. Симптоми й ознаки анафілаксії зазвичай проявляються від хвилин до декількох годин після контакту з алергеном [13].

Професор зауважив, що є т. зв. двофазна реакція, за якої симптоми повертаються після видимого стихання початкової реакції. Двофазні реакції спостерігають у 1-20% випадків анафілаксії, вони зазвичай розвиваються через ≈ 8 год після первинної реакції, хоча існують повідомлення і про їхню появу через 72 год [14].

Критерії установлення діагнозу анафілаксії та ступені тяжкості

Анафілаксія найбільш імовірна, якщо наявний будь-який 1 з 3 наведених у таблиці 1 критеріїв [7, 15].

Таблиця 1. Критерії анафілаксії		
	Випадок	Клінічні критерії
Критерій 1	Контакт із невідомим алергеном	Ураження шкіри та/або слизових оболонок, а також: • респіраторні розлади або • зниження тиску крові
Критерій 2	Контакт з імовірним алергеном	≥ 2 з нижчезазначених: • ураження шкіри та слизових; • респіраторні розлади; • зниження тиску крові; • стійкі шлунково-кишкові симптоми
Критерій 3	Контакт із відомим алергеном	Зниження тиску крові

З урахуванням клінічних проявів і залучення різних органів та систем розрізняють 3 ступені тяжкості анафілаксії (табл. 2).

Таблиця 2. Ступені тяжкості анафілаксії [16]

Тяжкість реакції	Залучені органи та системи	Клінічні прояви
Легка	Уражаються тільки шкіра та підшкірні тканини	Генералізована еритема, свербіж, періорбітальний та/або ангіоневротичний набряк
Помірна	Залучення до процесу респіраторної, кардіоваскулярної системи та/або шлунково-кишкового тракту	Задишка, стридор, свистяче дихання, нудота, блювання, запаморочення (переднепритомний стан), рясний піт, відчуття здавлення в грудях або горлі та/або болі в животі
Тяжка	Гіпоксія, гіпотензія та/або неврологічна симптоматика	Гіпотензія (сistolічний артеріальний тиск < 90 мм рт. ст. у дорослих), гіпоксемія, сплутаність свідомості, непритомність та/або нетримання сечі

Ще один міф полягає у тому, що легкі реакції не можуть розвинути в тяжкі, тобто якщо в пацієнта з'явився лише незначний висип у вигляді кропив'янки, це не може бути початком розвитку анафілактичної реакції. Але насправді легкі реакції можуть розвинути в тяжку анафілаксію, якщо їх не лікувати, а лікарям у таких випадках слід бути наготові [6].

Тяжкість анафілаксії залежить від низки чинників: індивідуальної чутливості, кількості алергену, порогу імунної толерантності. Що скоріше проявляються симптоми, то тяжче перебігає реакція [17].

Дослідження триптази сироватки крові слід використовувати для діагностики анафілаксії. Відповідно до настанов Британського товариства алергологів і клінічних імунологів, дослідження рівня триптази крові належить до негайних досліджень у діагностиці гострих анафілаксій при медикаментозній алергії. Вивільнення триптази є специфічним для дегрануляції мастоцитів, але визначення рівня цього медіатора не дозволяє розрізнити IgE-опосередковану та не IgE-опосередковану (пряму) дегрануляцію мастоцитів. Водночас визначення рівня триптази дозволяє підтвердити реакцію I типу, тобто анафілактичну.

Для виявлення тимчасового підвищення рівня триптази, тобто пікового значення, забір крові та визначення проводять від 15 хв до 3 год після реакції. Після цього дворазово визначають базовий рівень триптази – через 24 та 48 год після реакції, коли зникли всі клінічні симптоми, хоча допускається й одноразове дослідження. При базальному рівні триптази > 10 мкг/л існує висока ймовірність ризику гіперчутливих реакцій (рівень рекомендацій B) [18, 19].

Найпоширеніші міфи про анафілаксію

Доповідач звернув увагу на те, що деякі лікарі досі мають хибні уявлення про певні аспекти анафілаксії, а це перешкоджає наданню ефективної та вчасної допомоги пацієнтам (табл. 3).

Таблиця 3. Розповсюджені міфи про анафілаксію та реальність [20, 21, 22]

Міф	Реальність
Анафілаксія завжди супроводжується висипом	У $\geq 20\%$ випадків спостерігають гіпотензію без висипу, такий варіант доволі тяжко розпізнати
Анафілаксія завжди виникає унаслідок видимої причини	Причина не завжди зрозуміла; до 20% випадків анафілаксії визначити тригерний чинник не вдається, можлива комбінація факторів
Анафілаксія зустрічається рідко	Анафілаксія уражає $> 10\%$ населення США
Анафілаксії легко уникнути, якщо відомі причини її виникнення	Більшість реакцій зі смертельним результатом виникають унаслідок непередбачуваного контакту
Анафілаксія стихає протягом 1-2 год	Повідомляють, що двофазні реакції виникають у 1-20% усіх випадків анафілаксії

Лікування пацієнтів з анафілаксією

Насамперед пацієнту з підозрою на анафілаксію або з діагностованою анафілаксією слід ввести адреналін (епінефрин) – це єдиний препарат першої лінії для терапії анафілактичного шоку, тобто анафілаксії [7-9, 23-25]. Усі інші засоби є терапією другої та третьої ліній.

Якщо існують сумніви щодо діагнозу анафілаксії, адреналін краще призначити, ніж не призначати взагалі [23]. Не існує відомих протипоказань щодо внутрішньом'язових ін'єкцій адреналіну при алергічних реакціях, що є загрозовими для життя [25]. Неможливість швидкого введення адреналіну зумовлює смертельний результат [9]. Існує доволі значна кількість досліджень останніх років, результати яких чітко показують, що в абсолютній більшості випадків причиною смертельного результату внаслідок анафілаксії була недоступність епінефрину для надання невідкладної медичної допомоги.

Настанова з анафілаксії EAACIA

Настанова EAACIA відносно нова, де чітко визначена клінічна картина, коли автоін'єктор адреналіну 1 – необхідно застосовувати і 2 – слід застосовувати [23, 24, 26].

Необхідно рекомендувати, щоб пацієнт мав автоін'єктор із собою в кишені завжди у випадках:

- ✓ анафілаксії в анамнезі;
- ✓ анафілаксії унаслідок фізичного навантаження;
- ✓ ідіопатичної анафілаксії;
- ✓ коморбідної нестабільної середньотяжкої / тяжкої астми та харчової алергії;
- ✓ інсектної алергії з системними реакціями;
- ✓ порушень функції мастоцитів.

Пацієнти, яким необхідно призначити 2 автоматичні шприци з адреналіном, тобто ті, кому потрібно повторно вводити адреналін через щонайменше 10 хв після попереднього введення [17]:

- хворі з анафілаксією в анамнезі;
- особи з харчовою алергією та астмою;
- пацієнти зі встановленою алергією

