

ніко-анамнестичних, фізикальних, лабораторних, специфічних алергологічних методів дослідження, небажані реакції на лікарські препарати у хворих на різні форми БА становили 24 %. Серед небажаних реакцій ті, що ми класифікували як медикаментозна алергія (реакції гіперчутливості), становили 24 %. За нашими спостереженнями, найчастіше справжні алергічні реакції виникали на антибіотики: пеніциліни — 12 %, цефалоспорины — 23 %, фторхінолони — 11 %. Структура клінічних проявів мала такий вигляд: шкірні прояви — 41 %, вісцеральні ураження — 17 %, респіраторні реакції — 18 %, зафіксовані гематологічні прояви — 5 %. Небажані реакції на нестероїдні протизапальні засоби спостерігались у 12 % хворих.

Переважаю найбільш небажаних реакцій на лікарські засоби можливо було передбачити та уникнути за умови більш ретельного обстеження хворих перед проведенням фармакотерапії, дотримання етапності у виявленні медикаментозної алергії. Антибактеріальна терапія повинна призначатись з урахуванням імунологічного та фармакологічного анамнезів, результатів бактеріологічного дослідження. Обов'язково необхідно пам'ятати, що найбільш безпечними щодо можливих алергічних реакцій є пероральні форми препаратів.

УДК 615.065:547.458.6+616.379-008.64-085-056.3

Каспрук Н.М.¹, Прилуцька О.В.², Юхимчук В.В.²

¹ Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

² ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня», м. Чернівці

АЛЕРГІЧНІ ТА ПСЕВДОАЛЕРГІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ІНСУЛІН

Проблема виникнення побічних реакцій, зокрема алергічних, при застосуванні лікувальних засобів є вельми актуальною. За даними літератури, вони зустрічаються у 10–25 % населення, у 3 % випадків є причиною для звернення до лікарів, у 5 % — причиною госпіталізації, у 3 % — приводом до інтенсивної терапії, у 12 % — є причиною більш тривалого перебування у стаціонарі, у 1 % закінчуються летально. Частіше за все алергічні реакції при цукровому діабеті (ЦД) пов'язані з прийомом аналогових препаратів інсуліну, а точніше — препаратів з деякими домішками, що в них містяться. Встановлено, що алергію в хворих на цукровий діабет часто викликають безпосередньо молекули препаратів тваринного походження, що використовуються для уповільнення дії інсуліну (цинк). Основна причина алергій — високий ступінь антигенності білкових домішок свинячого інсуліну та інсуліну великої рогатої худоби. Людський та синтетичний інсуліни мають набагато меншу антигенну активність, тому є менш алергенними.

Метою дослідження був аналіз випадків алергічних реакцій на інсулін у хворих на цукровий діабет та оцінка їх клінічних варіантів.

Матеріал і методи дослідження. Нами було проаналізовано 30 випадків реакцій на інсуліни в хворих на ЦД, що були класифіковані як справжні алергічні. 75 пацієнтів із епізодами алергічних реакцій обстежувались протягом 2011–2013 років на базі обласної клінічної лікарні м. Чернівці. Псевдоалергічні реакції (в яких відсутня імунологічна стадія розвитку) ми спостерігали в 60 % всіх обстежених хворих. Розвиток справжніх алергічних реакцій є більш характерним для осіб молодого віку (58 %) та жінок (71 %). У 65 % випадків реакції з'являлись у перший місяць лікування інсуліном або зміни препарату. При виникненні системної реакції в місці введення препарату зазвичай спостерігаються ознаки алергічного запалення.

Характерним проявом початкової алергії при ЦД є місцева реакція: формується папула або інфільтрат різного ступеня вираженості. Спостерігалось декілька варіантів механізмів, за якими розвивається таке явище:

1. Реакція негайного типу спостерігалась у 10 % хворих на ЦД. Можливий місцевий прояв реакції, а також загальний (запаморочення, гіпотензія, нудота).
2. Феномен Артюса (7 % хворих). Спостерігається інфільтрат, свербіж, болючість, підвищення температури в місці ін'єкції.

3. Гіперчутливість сповільненого типу (70 %). Реакція виникає через 24–48 годин і більше після введення препарату. Більш характерним було виникнення різних видів алергодерматозів (контактний дерматит, кропив'янка тощо).

При тривалому вживанні тваринного інсуліну типовими є скарги на болі в суглобах та м'язах (7 хворих). Крайній прояв алергії — анафілактичний шок — ми не спостерігали, хоча такий вихід також можливий.

Клінічно спостерігали такі варіанти алергічних проявів: 1) місцева алергічна реакція з запальними змінами в місці ін'єкції — 16 % хворих; 2) системна реакція (набряк Квінке, бронхоспазм, спастичні болі в череві, підвищення температури) — у 78 % пацієнтів; 3) поєднання типів — у 10 % хворих на ЦД.

Отже, як і загальна тенденція до збільшення частоти алергій, спостерігається зростання частоти випадків алергічних реакцій на інсулін. Якщо виникає алергічна реакція на лікарський препарат, його необхідно відмінити. Якщо життєво необхідну замісну терапію інсуліном не можливо припинити, перше, що потрібно зробити, — перевести хворого на препарат з найменшою імуногенною (алергенною) дією. Зазвичай це людський інсулін простої дії з нейтральним рН. У деяких випадках цього виявляється достатньо. Інколи змінюється торгова марка лікарського засобу. Паралельно призначаються антигістамінні препарати. Якщо із заміною препарату виникають складності, рекомендується вводити інсуліни разом із мікродозами гідрокортизону. При значних проявах алергії та варіантах полівалентної сенсibilізації у хворих на цукровий діабет необхідний нагляд алерголога та вирішення питання щодо проведення гіпосенсibilізації.