Ивановский Медицинский Колледж

Острые аллергозы

к.м.н.Богомолов А.Н.

Острые аллергические заболевания

– обусловлены **повышенной чувствительностью иммунной системы к различным экзогенным антигенам** (аллергенам), в основе развития которых лежит **повреждение тканей, обусловленное иммунными реакциями,** вызванными аллергенами.

ингаляционные аллергены жилища (пыль, бытовая химия);

- пыльца растений;

- пищевые аллергены (рыба, орехи, мед, молоко, яйца, цитрусовые);

-лекарственные средства (лекарственная аллергия наиболее часто развивается при применении анальгетиков, сульфаниламидов, антибиотиков);

вещества, попадающие в организм при ужалениях насекомыми;

Аллергические реакции можно подразделить:

Легкие:

- - аллергический ринит;
- - аллергический конъюктивит;
- - крапивница;

Средней тяжести и тяжелые:

- - генерализованная крапивница;
- - отек Квинке;
- - острый стеноз гортани;
- - анафилактический шок.

ПАТОГЕНЕЗ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ I ТИПА

(син.: анафилактических, атопических, реагиновых)

3-я патофизиологическая или стадия клинических проявлений:

Гистамин , брадикинин

воздействуют на гладкую мускулатуру бронхов –

развивается бронхоспазм.

Серотонин, брадикинин –

вызывают расширение мелких сосудов и перераспределение крови с уменьшением ОЦК

развитие артериальной гипотензии.

Нарушение гемодинамики ведет

к вторичному поражению таких чувствительных к гипоксии органов

головной мозг, легкие, почки, желудочно-кишечный тракт.

Аллергический ринит

Клинические проявления характеризуются:

- затрудненным носовым дыханием,
- выделением обильного водянистого слизистого секрета,
- зудом в полости носа, чиханием.

Аллергический конъюнктив

- **Клинические проявления характеризуются:**
- гиперемией и отечностью конъюнктивы,
- отек век,
- сужением глазной щели,
- зуд, слезотечение,
- иногда светобоязнью.
- В значительном числе случаев отмечают сочетание аллергического ринита и конъюктивита (риноконъюктивит).

Крапивница

- Внезапным появлением на ограниченном участке кожных покровов уртикарных элементов (возвышающихся над поверхностью кожи) с четкими границами, как правило, красного цвета, диаметром от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, на фоне гиперемии, сопровождающихся кожным зудом.
- Аналогичные высыпания на слизистых оболочках могут вызывать нарушения функций соответствующих органов: появляется кашель, одышка, явления асфиксии, боли в животе и т.д.

Основные диагностические критерии:

- Неблагополучный аллергический анамнез.
- Контакт с аллергеном.
- Характерные кожные элементы(уртикарная сыпь).
- Высыпания появляются через 10-15 минут после контакта с аллергеном и длятся от одного до 5-6 дней.
- Кожный зуд.

оказания неотложной помощи при аллергическом рините, аллергическом конъюктивите, крапивнице

1. Прекратить контакт с аллергеном;

2. Остановить парентеральное введение лекарственных средств;

К месту инъекции лекарственного средства или к месту ужаления насекомого приложить лед либо грелку с холодной водой

Обколоть в 5-6 точках и инфильтрировать место инъекции или ужаления насекомого 0,5 мл. 0,1% р-ра эпинефрина (адреналина) с 5мл 0,9% р-ра натрия хлорид.

3. Монотерапия антигистаминными препаратами

Пероральными 2-3 поколения:– акривастин 8 мг. или цетиризин 10 мг.

парентеральные антигистаминные препараты 1 поколения: в/м 1-2 мл. 2% хлоропирамина (супрастин), 2,5% пипольфена, 1% димедрола.

При тяжелом течении крапивницы:

Глюкокортикоиды:

- парентерально преднизолон 60-90 мг в/в струйно.
- При рецидивирующем течении генерализованной крапивницы целесообразно использовать бетаметазон 7-14 мг. или 1-2 мл глубоко в/м.

При развитии бронхоспазма

- ингаляционное введение b2-адреномиметики (сальбутамол) через небулайзер по 2,5 -5 мг.

При наличии или подозрении на отек гортани

- немедленно ввести в/м 0,3-0,5 мл. 0,1% р-ра эпинефрина (адреналина).

Кожный зуд

Для уменьшения зуда ввести в/в 10,0-30% р-ра тиосульфата натрия.

Госпитализация
при угрозе развития более тяжелых форм АРНТ.

Отек Квинке

Отек Квинке (ангионевротический отек)- ограниченный с четкими краями отек, распространяющийся на кожу, подкожную клетчатку, слизистые оболочки с преимущественной локализацией в области лица, конечностей, половых органов, с возможным распространением на слизистые гортани и желудочно-кишечного тракта.

Особую опасность представляет отек слизистой рта, языка, гортани, что приводит к затрудненному дыханию, асфиксии:
появляется «лающий» кашель, осиплость голоса, затруднение вдоха и выдоха, одышка, вслед за эти присоединяется стридорозное дыхание.
Лицо становится цианотичным, позднее бледным.
Смерть может наступить от асфиксии.

Сыпь поражает слизистую пищевода, желудка и кишечника, обуславливает возникновение абдоминального синдрома: сильные боли в животе, рвота с примесью желчи, усиленная перистальтика, метеоризм.
При вовлечении мозговых оболочек появляются менингиальные симптомы: заторможенность, ригидность затылочных мышц, головная боль, рвота, судороги.

Основные диагностические критерии.

- 1.Неблагополучный аллергологический анамнез.
- 2. Контакт с аллергеном.
- 3. Быстрое развитие ангионевротического отека с характерной локализацией (губы, щеки, лоб, тыл стопы, мошонки и др.).
- 4. Наличие стридорозного дыхания при отеке слизистой рта, языка, гортани.
- 5. Признаки нарушения функции желудочно-кишечного тракта.

Неотложная помощь при отеке Квинке

1. Прекратить контакт с аллергеном;

2. Остановить парентеральное введение лекарственных средств;

К месту инъекции лекарственного средства или к месту ужаления насекомого приложить лед либо грелку с холодной водой	Обколоть в 5-6 точках и инфильтрировать место инъекции или ужаления насекомого 0,5 мл. 0,1% р-ра эпинефрина (адреналина) с 5мл 0,9% р-ра натрия хлорид.

3. Монотерапия антигистаминными препаратами

Пероральными 2-3 поколения:– акривастин 8 мг. или цетиризин 10 мг.	парентеральные антигистаминные препараты 1 поколения: в/м 1-2 мл. 2% хлоропирамина (супрастин), 2,5% пипольфена, 1% димедрола.

Алгоритм оказания неотложной помощи при отеке Квинке

При локализации отека в области гортани:	• парентерально преднизолон 60-90 мг в/в струйно. • Или бетаметазон 7-14 мг. или 1-2 мл глубоко в/м.
При развитии бронхоспазма	• ингаляционное введение b2-адреномиметики (сальбутамол) через небулайзер по 2,5 -5 мг.
При наличии или подозрении на анафилактический шок	• немедленно ввести в/м 0,3-0,5 мл 0,1% р-ра эпинефрина (адреналин

Часто встречающиеся ошибки:

- Изолированное назначение антигистаминных препаратов при тяжелых аллергических заболеваниях и бронхообструктивных состояниях не эффективно и приводит к потере времени.
- Позднее назначение гормональных препаратов и применение необоснованно малых доз этих препаратов при тяжелых острых аллергических состояниях.
- Отказ от применения b2-адреномиметиков.
- Применение кальция глюконата и кальция хлорида не показано в связи с их неэффективностью и непредсказуемым влиянием на дальнейшее течение аллергической реакции.

Анафилактический шок –

- это острый аллергический процесс, наступающий в результате реакции антиген-антитело в сенсибилизированном организме и проявляющийся острой периферической сосудистой недостаточностью и гипоксии жизненно важных органов.

Схема развития анафилактического шока

В зависимости от скорости развития реакции на аллерген выделяют следующие формы анафилактического шока.

1. Молниеносная – шок развивается в течение 10 минут.

2. Немедленная – дошоковый период длится 30-40 минут.

3. Замедленная – шок проявляется через несколько часов.

Различают клинических форм анафилактического шока:

- 1. Типичная (анафилактическая)
- 2. Асфиксическая (тромбоэмболическая)
- 3. Гемодинамическая (кардиогенная)
- 4.Абдоминальная
- 5. Церебральная

Типичная форма.

- Симптомы анафилактического шока развиваются через несколько минут после приема, инъекции ЛС или в течение 2 часов после приема пищи.
- - ЧСС – тахикардия, возможно брадикардия, нарушение ритма, отсутствие сердечных сокращений;
- пульс слабого наполнения и напряжения;
- АД- гипотония (снижение АД сист.не менее, чем на 30-50мм рт.ст. от исходного уровня);
- чувство страха, беспокойство;
- головокружение;
- шум в ушах;
- ощущение жара;
- чувство нехватки воздуха;
- липкий холодный пот;
- резкая бледность или гиперемия кожных покровов, возможно появление сыпи;
- угнетение сознания.

Клинические признаки асфиксической (тромбоэмболической) формы

- 1.Жалобы на сильную боль за грудиной
- 2.Отмечается выраженная одышка, которая переходит в удушье
- 3.Цвет кожи багрово-синюшного цвета
- 4.Отмечается кашель, осиплость голоса и афония
- 5.Выделяется пенистая обильная мокрота
- 6.Влажные хрипы слышны на расстоянии (дистанционные)
- 7.Страх смерти
- 8.Анафилактическая кома

Клинические признаки гемодинамической (кардиогенная) формы

- Боли в сердце,
- Падение АД. до – 60\20 мм.рт.ст. и ниже,
- выраженная тахикардия – 140-160 уд в минуту, может быть брадикардия
- аритмия

Клинические признаки абдоминальной формы

- 1. Жалобы на сильные спастические боли в животе
- 2. Тошнота и рвота
- 3. Сильная изжога
- 4. Метеоризм
- 5. Диарея
- 6. Перитониальные признаки

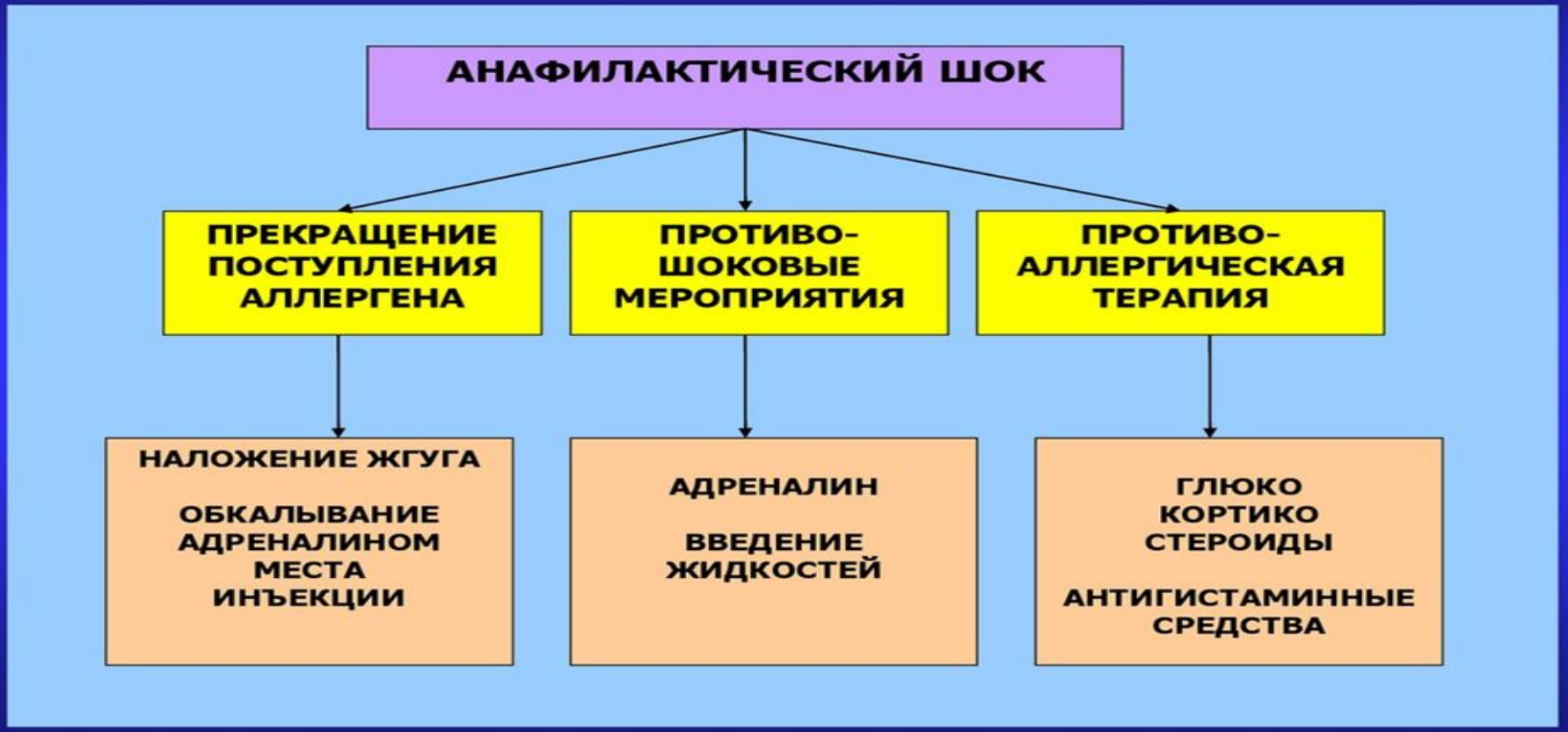
Клинические признаки церебральной формы:

- 1.Жалобы на: сильную головную боль, головокружение, звон в ушах и мелькание «мушек» перед глазами
- 2.Эйфория и возбуждение, страх смерти
- 3.Может сразу развиться коматозное состояние (отмечаются тонико-клонические судороги)
- 4.Кожные покровы бледные, отмечается гипергидроз кожи

Основные диагностические критерии.

- Аллергический анамнез (бронхиальная астма, полинозы, нейродермит, крапивница и др.).
- Контакт с аллергеном.
- Быстрое развитие и тяжесть симптомов аллергической реакции.
- Клиника сосудистого коллапса и циркуляторной недостаточности, отека мозга, гортани, легких.

ЛЕЧЕНИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА



1.Прекратить контакт с аллергеном

2.Противошоковые мероприятия:

2.1.обеспечить проходимость дыхательных путей.

2.2. немедленно инъекции 0,5 мл. 0,1% р-ра эпинефрина (адреналина) в/м в латеральную поверхность бедра. При необходимости повторять данную инъекцию через каждые 15-20 минут по состоянию.

2.3 Инфузионная терапия: внутривенно струйно 0,9% раствора натрия хлорида до 1 л.

3.Противоаллергическая терапия

Ввести 90-150 мг преднизолона или 8-16 мг дексаметазона, предварительно растворив в 10,0 мл изотонического раствора хлорида натрия

4. Симптоматическая терапия:

4.1.Если после проведенных мероприятий АД не повышается, необходимо повторить введение адреналина (1 мл. развести в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида, вводить по 2 мл. внутривенно медленно), или дофамин (допамин) 5 мл. 4% раствора (200 мг.) развести в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно со скоростью 2-11 капель в мин.

4.1. При выраженной бронхообструкции применить небулайзер b2-адреномиметики (сальбутамол) по 2,5 -5 мг.

При анафилактическом шоке с нарастающим отеком верхних дыхательных путей, несмотря на проводимую терапию, показана интубация трахеи.

4.2. При брадикардии показано введение 0,1% раствора атропина 0,5мл. на 10 мл. физ. р-ра внутривенно медленно.

4.3.Оксигенотерапия.

4.4. При судорожном синдроме и эпилептиформном припадке – седуксен 0,5% -1-2 мл. в/м или в/в.

5. В случае развития клинической смерти – немедленно начинать сердечно-легочную реанимацию

Показания к госпитализации:

- Анафилактический шок – абсолютное показание для госпитализации в отделение реанимации.

Часто встречающиеся ошибки

- 1.Гиподиагностика анафилактического шока.
- 2.Неназначение эпинефрина (адреналина) на фоне сниженного АД при сохраненном сознании.
- 3.Назначение антигистаминных средств при сниженном АД.
- 4.Использование малых доз глюкокортикостероидов.
- 5.Используют соли кальция (нельзя из-за возникновения многих осложнений со стороны почек и сердца)
- 6.Поздно начинают оксигенотерапию, что усугубляет сердечно-сосудистую и дыхательную недостаточность