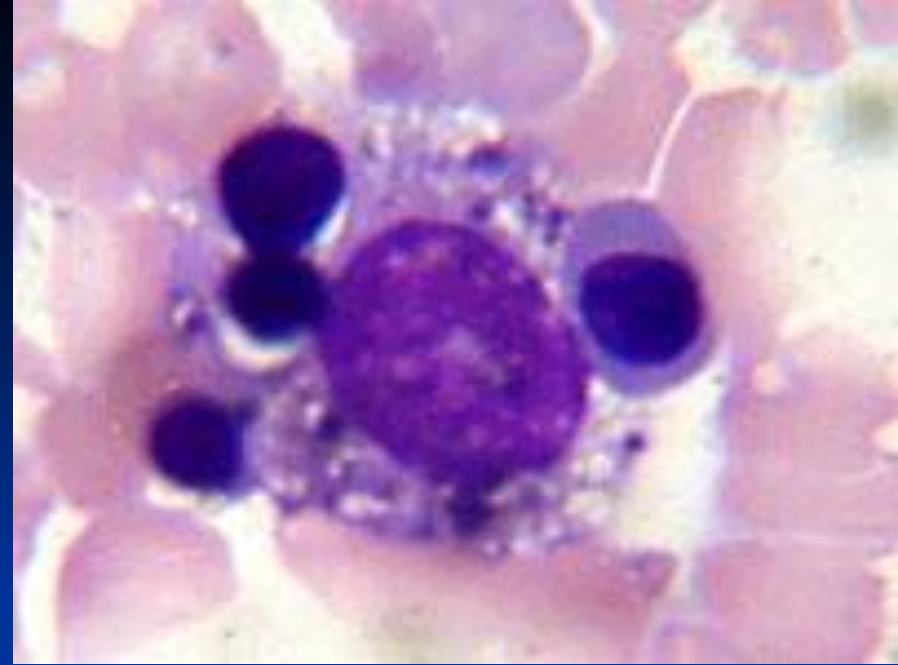




Аллергозы.



- **Острые аллергозы** – болезни, в основе развития которых лежит повреждение тканей, вызванное иммунными реакциями с экзогенными аллергенами.

Неинфекционные аллергены:

1. Бытовые аллергены.

Домашняя пыль - содержит:

- главный компонент домашней пыли - клещи (живые, мертвые, их линные шкурки и экскременты), относящиеся к виду *Dermatophogoides pteronyssinus* и членистоногие класса *Arachnoidea*.
- дополнительные компоненты: пылевые частички с одежды, постельного белья, матрацев, грибы (в сырых помещениях), частички домашних насекомых, бактерии (невредные стафилококки и др.), дафний (рачки которые широко используются для кормления рыб).

Аллергены домашней пыли вызывают чаще всего аллергические заболевания органов дыхания.

2. Инсектные аллергены:

- яд жалящих насекомых,
- слюна кусающих насекомых.

Инсектные аллергены вызывают как местные, так и общие аллергические реакции.

3. Эпидермальные (кожные) аллергены:

- перхоть животных (особенно лошади),
- шерсть животных,
- перья птиц,
- чешуя рыб.

Профессиональная сенсibilизация эпидермальными аллергенами проявляется:

- ринитом (насморком),
- бронхиальной астмой,
- крапивницей.

4. Лекарственные аллергены. Любой лекарственный препарат или его метаболит может быть аллергеном после соединения его с транспортным белком!

5. Пищевые аллергены

- рыба,
- мясо (особенно свинина),
- яйца,
- молоко,
- шоколад,
- пшеница,
- бобы,
- томаты.

6. Промышленные аллергены:

скипидар, масла, никель, хром, мышьяк, деготь, смолы, дубильные вещества, красители и т.д.

Инфекционные аллергены

Самые различные возбудители инфекционных и инвазионных болезней и продукты их жизнедеятельности вызывают:

1. Инфекционно-аллергические заболевания:

туберкулез, лепра, бруцеллез, сифилис, ревматизм, хронические кандидозы.

2. Условно-патогенная и сапрофитная флора:

- хр. воспаление придаточных пазух носа,
- хр. воспаление уха,
- кариозные зубы,
- хр. воспаление миндалин,
- хр. воспаление желчного пузыря.

При этом могут возникнуть:

- некоторые формы бронхиальной астмы,
- отек Квинке,

- крапивница,
- неспецифический язвенный колит,
- ревматизм и другие.

3. Грибы:

- аспергилез,
- актиномикоз,
- кокцидиозидоз,
- гистоплазмоз.

Они вызывают бронхиальную астму, так как содержатся в атмосферном воздухе, жилищах, домашней пыли, заплесневелых пищевых продуктах.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

- В ткани шокового органа или органа-«мишени», которым могут быть кожа, бронхи, желудочно-кишечный тракт и т. д., появляются признаки аллергического воспаления. Центральная роль в реализации этих иммунопатологических реакций принадлежит иммуноглобулинам класса Е (IgE), связывание которых с антигеном приводит к выбросу из тучных клеток медиаторов аллергии (гистамина, серотонина, цитокинов и др).

Различают
респираторные аллергозы,
дерматоаллергозы
алиментарные аллергозы
и смешанные формы аллергозов.

. Наиболее часто аллергические реакции развиваются при воздействии ингаляционных аллергенов жилищ, эпидермальных, пыльцевых, пищевых аллергенов, лекарственных средств, антигенов паразитов, а также при ужалении и укусах насекомых. Лекарственная аллергия наиболее часто развивается при применении анальгетиков, сульфаниламидов и антибиотиков из группы пенициллинов, реже цефалоспоринов (при этом следует учитывать риск перекрестной сенсибилизации к пенициллину и цефалоспорином, составляющий от 2 до 25%).



- **КЛИНИЧЕСКАЯ
КАРТИНА,
КЛАССИФИКАЦИЯ И
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
КРИТЕРИИ.**

С точки зрения определения объема необходимой лекарственной терапии и оценки прогноза аллергические реакции можно подразделить на:

- 1. Легкие - аллергический ринит (круглогодичный или сезонный), аллергический конъюнктивит (круглогодичный или сезонный), крапивница.
- 2. Средней тяжести и тяжелые - генерализованная крапивница, отек Квинке, острый стеноз гортани, средне-тяжелое обострение бронхиальной астмы, анафилактический шок.



Рис. 2. Эритематозно-отечные округлые элементы сыпи на туловище и конечностях. Пурпуры, пустулы, везикулы и поражения слизистых оболочек не обнаружены



- *Наибольшую настороженность при оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе должны вызывать прогностические неблагоприятные случаи развития у пациентов жизнеугрожающих состояний: **тяжелый приступ астмы (status asthmaticus), анафилактический шок, отек Квинке в области гортани, острый стеноз гортани***



Рис. 4. Контактный дерматит век.

Аллергический ринит

- Затруднение носового дыхания или заложенность носа, отек слизистой оболочки носа, выделение обильного водянистого слизистого секрета, чихание, чувство жжения в глотке.



Аллергический конъюнктивит

- Гиперемия, отек, инъецированность конъюнктивы, зуд, слезотечение, светобоязнь, отечность век, сужение глазной щели.



Крапивница

- Внезапно возникающее поражение части кожи с образованием резко очерченных округлых волдырей с приподнятыми эритематозными фестончатыми краями и бледным центром, сопровождающееся выраженным зудом. Сыпь может сохраняться в течение 1-3 суток, не оставляя пигментации.



Генерализованная крапивница

- Внезапно возникающее поражение всей кожи с образованием резко очерченных округлых волдырей с приподнятыми эритематозными фестончатыми краями и бледным центром, сопровождающееся резким зудом. Возможны «подсыпания» в течение последующих 2-3 суток.



Отек Квинке

- Локальный отек кожи, подкожной клетчатки или слизистых оболочек. Чаще развивается в области губ, щек, век, лба, волосистой части головы, мошонки, кистей, дорсальной поверхности стоп. Одновременно с кожными проявлениями может отмечаться отек суставов, слизистых оболочек, в т.ч. гортани и ЖКТ. Возможен отек гортани. Отек слизистой желудочно-кишечного тракта сопровождается кишечной коликой, тошнотой, рвотой (причина диагностических ошибок и необоснованных оперативных вмешательств).



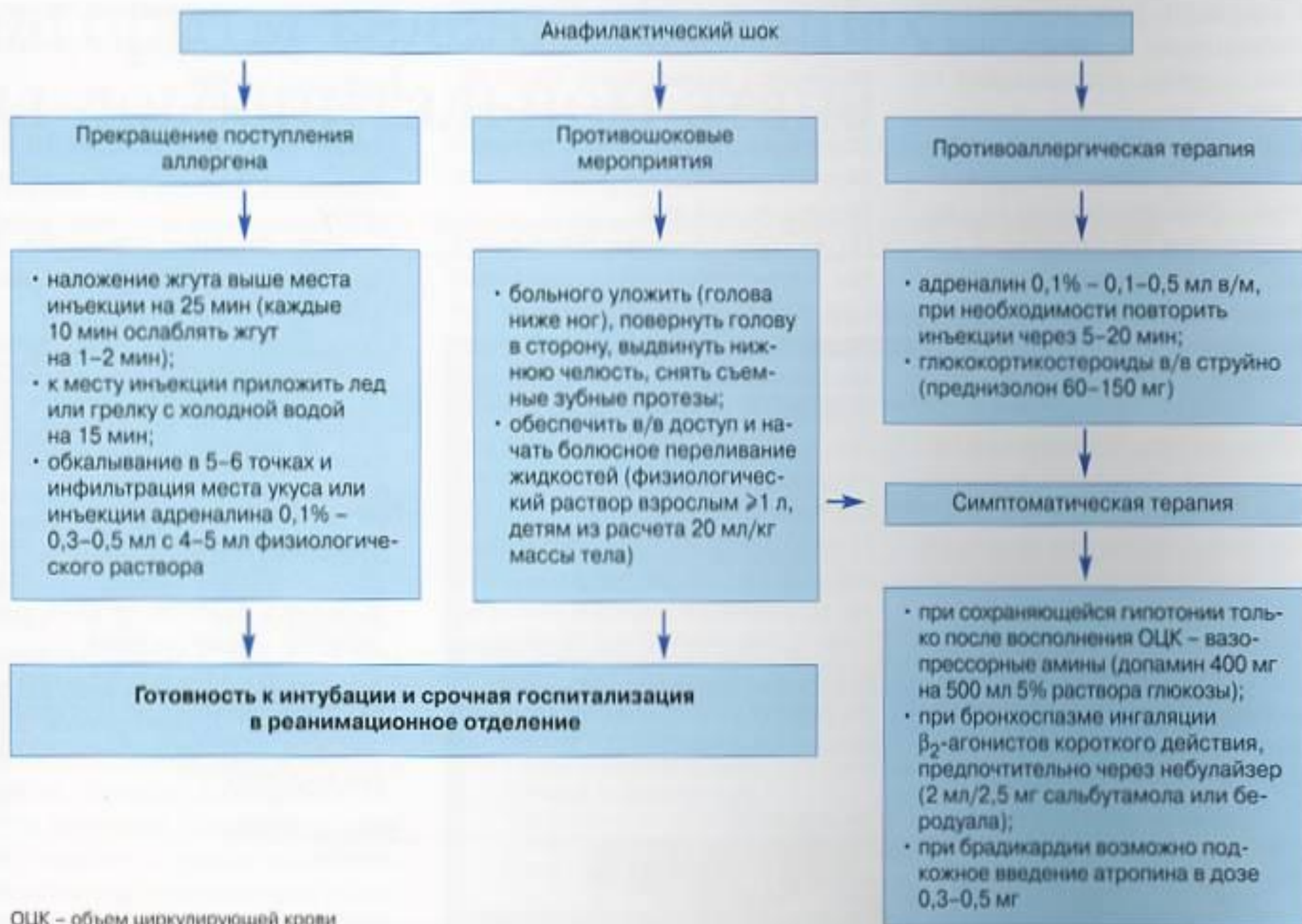
Острый стеноз гортани

- Стеноз гортани проявляется кашлем, осиплостью голоса, удушьем, стридорозным дыханием, возможна смерть от асфиксии.



Анафилактический шок

- Артериальная гипотензия и оглушенность при нетяжелом течении, коллапс и потеря сознания при тяжелом течении, нарушение дыхания вследствие отека гортани с развитием стридора или бронхоспазма, боль в животе, крапивница, кожный зуд. Клиника развивается в течение часа после контакта с аллергеном (*чаще, в течение первых 5 минут*).



Лечение острых аллергических заболеваний



Синдром Лайелла (острый или токсический эпидермальный некролиз) — тяжелое полиэтиологическое заболевание аллергической природы, характеризующееся острым нарушением общего состояния пациента, буллезным поражением всего кожного покрова и слизистых. Быстрое развитие обезвоживания, токсическое поражение почек и других внутренних органов, присоединение инфекционного процесса часто приводят к летальному исходу заболевания.

Симптомы синдрома Лайелла

Синдром Лайелла начинается с внезапного и беспричинного повышения температуры тела до 39-40°C. За несколько часов на коже туловища, конечностей, лица, слизистой ротовой полости и гениталий появляются слегка отечные и болезненные эритематозные пятна различного размера. Они могут частично сливаться.

Через некоторое время (в среднем 12 часов) на участках внешне здоровой кожи начинает происходить отслаивание эпидермиса. При этом образуются тонкостенные вялые пузыри неправильной формы, величина которых варьирует от размеров лесного ореха до 10-15 см в диаметре. После вскрытия пузырей остаются большие эрозии, по периферии они покрыты обрывками покрышек пузырей. Эрозии окружены отечной и гиперемизированной кожей. Они выделяют обильный серозно-кровянистый экссудат, что является причиной быстрого обезвоживания пациента.

При синдроме Лайелла отмечается характерный для пузырчатки симптом Никольского — отслаивание эпидермиса в ответ на незначительное поверхностное воздействие на кожу. В связи с отслойкой эпидермиса, на тех участках кожного покрова, которые подверглись сдавлению, трению или мацерации, эрозии формируются сразу, без образования пузырей.

Довольно быстро вся кожа пациента с синдромом Лайелла становится красной и резко болезненной при дотрагивании, ее внешний вид напоминает ожог кипятком II-III степени.



47



48

Синдром Стивенса - Джонсона
(злокачественная экссудативная эритема) очень тяжёлая форма многоформной эритемы, при которой возникают пузыри на слизистой оболочке полости рта, горла, глаз, половых органов, других участках кожи и слизистых оболочек.

Повреждение слизистой оболочки рта мешает есть, закрывание рта вызывает сильную боль, что ведёт к слюнотечению. Глаза становятся очень болезненными, опухают и заполняются гноем так, что иногда слипаются веки. Роговицы подвергаются фиброзу. Мочеиспускание становится затруднённым и болезненным.

Основной причиной возникновения синдрома Стивенса-Джонсона является развитие аллергической реакции в ответ на прием антибиотиков и других антибактериальных препаратов.

Данная патология всегда развивается у больного очень быстро, стремительно, так как по сути является аллергической реакцией немедленного типа. Вначале появляются сильнейшая лихорадка, боли в суставах и мышцах. В дальнейшем, спустя всего лишь несколько часов или сутки, выявляется поражение слизистой оболочки полости рта. Здесь появляются пузыри достаточно больших размеров, дефекты кожи, покрытые пленками серо-белого цвета, корки, состоящие из сгустков запекшейся крови, трещины.



Сывороточная болезнь - это аллергическое заболевание, появляющееся при парентеральном введении сывороток или их препаратов, которые содержат большое количество белка. Заболевание вызывает боли в суставах, лихорадку, увеличение лимфатических узлов и эритему. Раньше применение сывороток приводило к развитию сывороточной болезни в 30—50% случаев.

Симптомы сывороточной болезни

У пациентов наблюдаются такие симптомы, как: зуд кожи, головная боль, потливость, озноб, тошнота, рвота, боль в животе, боль в суставах. Кроме того, отек Квинке, редкие или распространенные уртикарные высыпания, повышение температуры тела $37,2 - 40^{\circ} \text{C}$, увеличение лимфатических узлов, боль при движении и опухшие суставы, гипотония, тахикардия. Из-за отека слизистой оболочки возможен отек гортани, угрожающий асфиксией.

Сывороточная болезнь



При острых аллергических заболеваниях на догоспитальном этапе неотложная терапия строится по следующим направлениям:

- 1. *Прекращение дальнейшего поступления в организм предполагаемого аллергена.*
- 2. *Противоаллергическая терапия (антигистаминными препаратами или глюкокортикостероидами).*
- 3. *Симптоматическая терапия.*
- 4. *Противошоковые мероприятия*

Прекращение дальнейшего поступления в организм предполагаемого аллергена.

- Например, в случае реакции на лекарственный препарат, введенный парентерально или при укусе/ужалении насекомых - наложение жгута выше места инъекции или укуса на 25 мин (каждые 10 минут необходимо ослаблять жгут на 1-2 минуты); к месту инъекции или укуса - лед или грелка с холодной водой на 15 мин; обкалывание в 5-6 точках и инфильтрация места инъекции или укуса 0,3 - 0,5 мл 0,1% раствора адреналина с 4,5 мл изотонического раствора хлорида натрия.



Противоаллергическая терапия (антигистаминными препаратами или глюкокортикоидами).

- Введение антигистаминных препаратов показано при аллергическом рините, аллергическом конъюнктивите, крапивнице. Терапию **глюкокортикоидами проводят при анафилактическом шоке и при отеке Квинке** (в последнем случае – препарат выбора): внутривенно вводят преднизолон (взрослым - 60-150 мг, детям – из расчета 3-5 мг на 1 кг массы тела). При генерализованной крапивнице или при сочетании крапивницы с отеком Квинке высокоэффективен бетаметазон (дипроспан) 1-2 мл внутримышечно. При отеке Квинке для предупреждения влияния на ткани гистамина необходимо комбинировать антигистаминные препараты нового поколения (семпрекс, кларитин, клоратадин) с глюкокортикоидами.



Симптоматическая терапия.

- При развитии бронхоспазма – показано ингаляционное введение β_2 -агонистов и других бронхолитических и противовоспалительных препаратов через небулайзер. Коррекцию артериальной гипотонии и восполнение объема циркулирующей крови проводят с помощью введения солевых и коллоидных растворов (изотонического раствора хлорида натрия 500-1000 мл, стабизола 500 мл, полиглюкина 400 мл). Применение вазопрессорных аминов (допамин 400 мг на 500 мл 5% глюкозы, норадреналина 0,2 - 2 мл на 500 мл 5% раствора глюкозы, доза титруется до достижения уровня систолического давления 90 мм рт.ст.) возможно только после восполнения ОЦК. При брадикардии возможно введение атропина в дозе 0,3-0,5 мг подкожно (при необходимости, введение повторяют каждые 10 минут). При наличии цианоза, диспноэ, сухих хрипов показана также кислородотерапия.

Противошоковые мероприятия.

- При анафилактическом шоке больного следует уложить (голова ниже ног), повернуть голову в сторону (во избежание аспирации рвотных масс), выдвинуть нижнюю челюсть, при наличии съемных зубных протезов - удалить. Подкожно вводят **адреналин** детям в дозе 0,1мл/год жизни(до 10 лет) 0,1% раствора (препарат выбора)взрослым 0,5-1мл, при необходимости инъекции повторяют каждые 20 минут в течение часа под контролем уровня АД.
Глюкокортикоиды-преднизалон-детям4-5мг/кг. Проводятинфузионную терапию. Взрослым 90-120мг. Внутривенное введение адреналина проводится под контролем частоты сердечных сокращений, дыхания, уровня артериального давления (систолическое артериальное давление необходимо поддерживать на уровне более 100 мм рт.ст. у взрослых и более 50 мм рт. ст. у детей).

■ ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.

После оказания неотложной помощи больные со среднетяжелыми и тяжелыми аллергическими реакциями (анафилактический шок, отек Квинке) должны быть госпитализированы в стационар для дальнейшего наблюдения. При легких аллергических реакциях вопрос о госпитализации решается индивидуально в каждом случае.

Аллергическая настороженность!!!

1) Были ли в анамнезе аллергические реакции.

Сбор аллергологического анамнеза всегда необходим перед проведением любой лекарственной терапии (в т.ч. глюкокортикоидами и антигистаминными средствами).

2) Что их вызывало.

Возможна перекрестная аллергия (например, на пенициллины и цефалоспорины)

3) Чем они проявлялись



Спасибо за внимание!

*tracy*graver
Photography