

**ПРЕЗЕНТАЦИЯ НА ТЕМУ:  
ОСТРЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ  
РЕАКЦИИ.  
АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК.  
ОТЕК КВИНКЕ.**

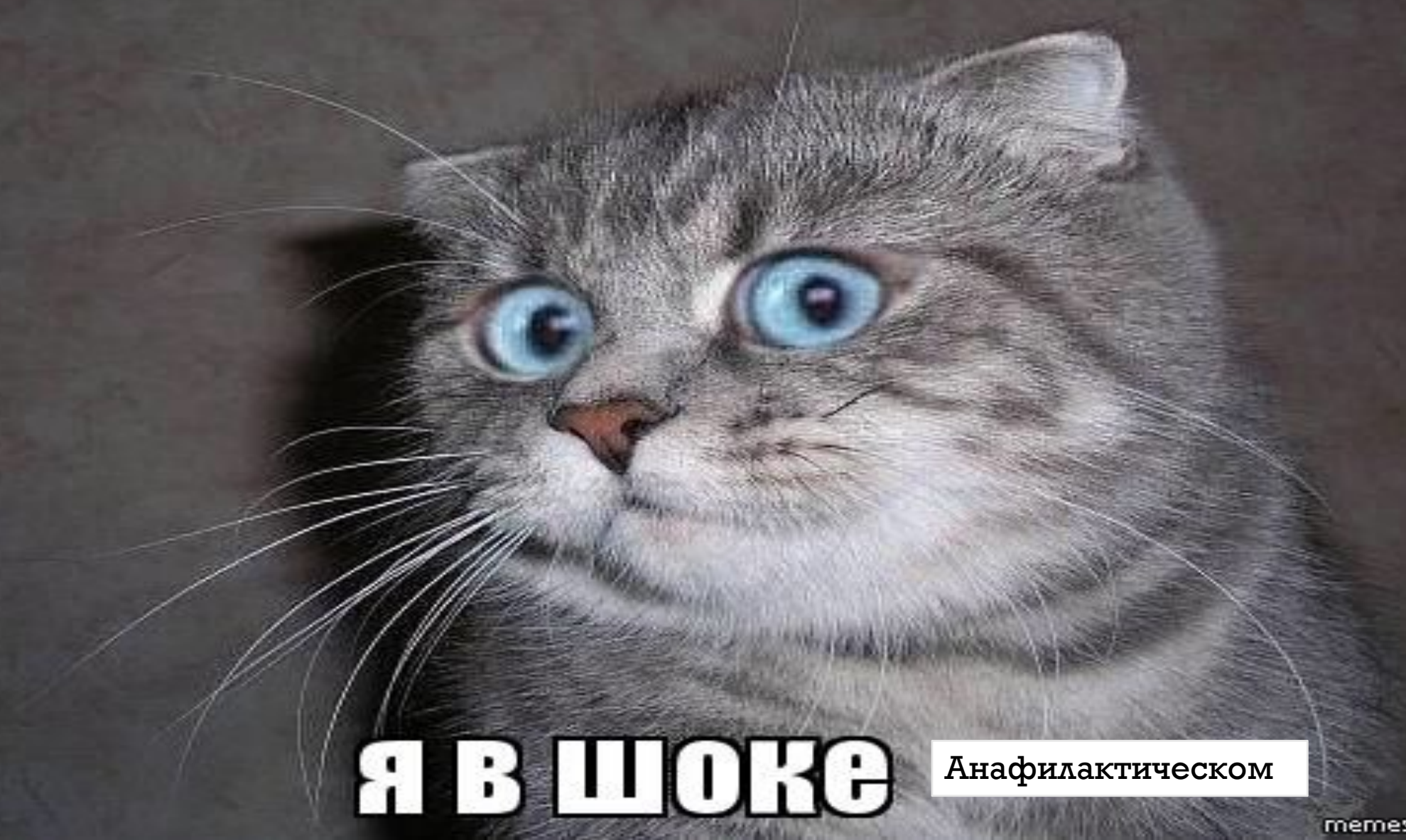
- **Выполнила:**  
студентка 636гр  
л/ф. Гаджиева  
Раиса



# Острые аллергические реакции.

Острые аллергические реакции – это заболевания, обусловленные повышенной чувствительностью иммунной системы к различным экзогенным антигенам. К острым аллергическим реакциям относят: генерализованную крапивницу, отек Квинке, острый стеноз гортани, приступ бронхиальной астмы, анафилактический шок. Острые аллергические заболевания обусловлены аллергическими реакциями немедленного типа. Они характеризуются внезапным началом, острым течением, высоким риском развития тяжелых осложнений. Генерализованная крапивница – внезапно возникающее поражение кожи образованием резко очерченных округлых волдырей с приподнятыми эритематозными фестончатыми краями и бледным центром, сопровождающееся резким зудом. Отек Квинке – локальный отек кожи, подкожной клетчатки или слизистых оболочек. Чаще возникает в области губ, щек, лба, волосистой части головы, мошонки, кистей, дорсальной поверхности стоп. Одновременно с кожными проявлениями могут отмечаться отек суставов, слизистых оболочек, в том числе гортани (проявляется кашлем, осиплостью голоса, удушьем, стридорозным дыханием) и желудочно-кишечного тракта (сопровождается кишечной коликой, тошнотой, рвотой). Анафилактический шок – острая генерализованная аллергическая реакция, возникающая через несколько секунд или минут после повторного попадания в организм аллергена и характеризуется артериальной гипотонией и оглушенностью при нетяжелом течении и потерей сознания при нарушении дыхания вследствие отека гортани с развитием стридора или бронхоспазма, болью в животе крапивницей нарушением гемодинамики при тяжелом течении. Наиболее распространенные аллергены вызывающие острые аллергические реакции:  Ингаляционные аллергены жилищ  Пыльца растений  Пищевые аллергены  Лекарства (анальгетики, сульфониламиды, антибиотики и другие)  Латекс

**Честно сказать**



**Я в шоке**

Анафилактическом

# Анафилактический шок

(Plaga anaphylactica) - наиболее тяжёлая форма аллергической реакции немедленного типа, развивающаяся в результате повторного контакта с аллергеном и характеризующаяся острым расстройством центрального и периферического кровообращения с резким уменьшением кровоснабжения органов и тканей и выраженными метаболическими сдвигами, приводящими в конечном итоге к гибели клеток.

Код по МКБ-10    Нозологическая форма

T78.2 Анафилактический шок неуточненный

T78.0 Анафилактический шок, вызванный патологической реакцией на пищу

T80.5 Анафилактический шок, связанный с введением сыворотки

T88.6 Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство.







## ЭТИОЛОГИЯ

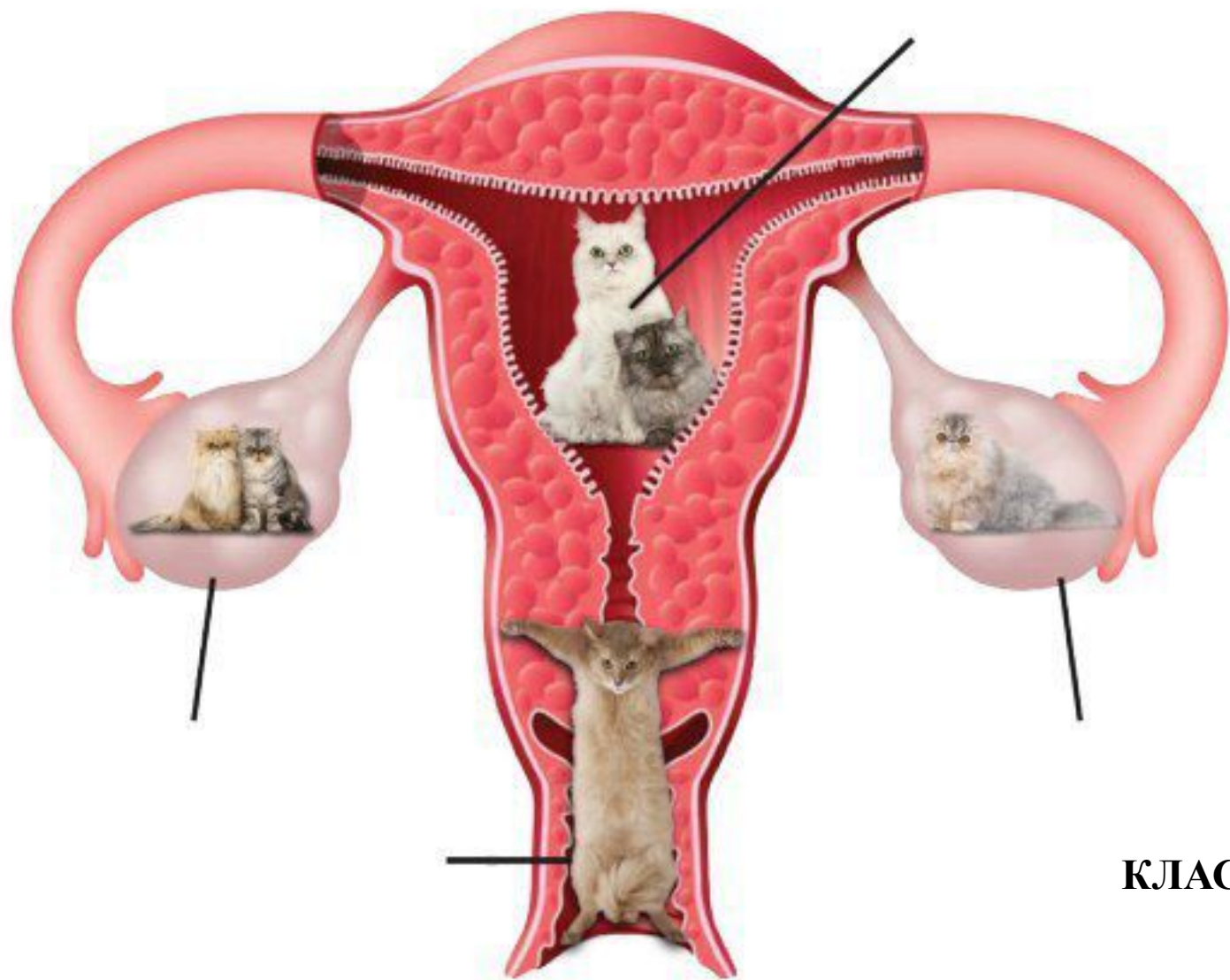
Наиболее частыми причинами анафилактического шока (далее – АШ) служат: 1. лекарственные средства: антибиотики, НПВС и др.; 2. пищевые аллергены: орехи, рыба, фрукты и др.; 3. вещества, попадающие в организм при укусах насекомых; 4. аллергены, используемые в быту (латекс, бытовые химикаты и т.д).

# ПАТОГЕНЕЗ

По механизму развития анафилактический шок является типичной IgE- опосредуемой аллергической реакцией. В патогенезе анафилактического шока выделяют следующие стадии:

1. Сенсibilизации- образуются антитела к антигену и только при повторном введении антигена происходит цитохимическая реакция дегрануляции тучной клетки (базофила) с выделением медиаторов (гистамин, серотонин).
2. Иммунокинетическая, которая характеризуется дестабилизацией тучных клеток и базофилов
3. Патохимическая - биологически активные вещества (катехоламины, гистамин, брадикинин, ацетилхолин, глюкокортикоиды и др.) модулируют процесс высвобождения медиаторов
4. Патофизиологическая - при которой происходит высвобождение медиаторов, которые воздействуют на сосудистую систему и гладкую мускулатуру внутренних органов. Нарушение гемодинамики с депонированием крови в венозном русле приводит к сосудистому коллапсу. Поражение гладких мышц в первую очередь стенок мелких бронхов и бронхиол выражается в их сокращении, что приводит к спазму дыхательных путей. В легких, сердце, печени, селезенке и других органах развивается циркуляторная гипоксия вплоть до некрозов. В результате тяжелой вазоплегии, увеличения объема сосудов развивается относительная гиповолемия, а в связи с интерстициальным отеком - и абсолютная гиповолемия, что сопровождается снижением сердечного выброса и АД.





**КЛАССИФИКАЦИЯ**







I. В зависимости от доминирующей клинической симптоматики выделяют следующие разновидности анафилактического шока:

- 1. Типичный вариант.
- 2. Гемодинамический (или коллаптоидный) вариант - больные, у которых на первый план выступают гемодинамические расстройства.
- 3. Асфиктический вариант - в клинике преобладают симптомы ОДН
- 4. Церебральный вариант - преобладают симптомы поражения ЦНС.
- 5. Абдоминальный вариант — на первый план выступают симптомы со стороны органов брюшной полости.
- 6. Молниеносная форма.



II. В зависимости от характера течения анафилактического шока: 1. Острое злокачественное  
.2. Доброкачественное  
.3. Зятяжное.  
4. Рецидивизирующее.  
5. Абортивное.





# Samwell

# Samnotwell

III. По тяжести течения выделяют следующие степени

анафилактического шока:

1. Легкую степень шока, при которой продромальный период составляет более 10 минут
2. .2. Среднюю степень тяжести, при которой продромальный период составляет не более 10 минут.
3. 3. Тяжелую и крайне тяжелую степень, при которых продромальный период не превышает 3 минут.



# Препод: насколько быстро может снизиться давление при анафилаксии?

1:



## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина анафилактического шока развивается, как правило, быстро. В зависимости от степени выраженности клинических проявлений различают три степени тяжести анафилактического шока: легкую, среднетяжелую и тяжелую.







При молниеносной форме в клинике преобладает симптоматика коллаптоидного варианта анафилактического шока: больной почти сразу после введения лекарственного препарата утрачивает сознание, развивается резкая бледность или цианоз, артериальная гипотензия, пульс на периферических артериях не определяется, дыхание носит агональный характер, зрачки расширяются, и их реакция на свет зачастую отсутствует, тонические и клонические судороги, свистящее дыхание с удлинненным выдохом. В течение нескольких минут наступает остановка сердечной деятельности.







## Как Правильно Держать Планку. Это Важно Знать!

154 888 просмотров



4,3 тыс.



57



Поделит...



Сохранить Сохр



Тяжелая форма анафилактического шока проявляется беспокойством, тошнотой, рвотой, потемнением в глазах, затем развивается картина, характерная для молниеносной формы шока.

При шоке средней тяжести вначале, как правило, появляются предвестники: общая слабость, беспокойство, страх, головокружение, боли в животе, рвота, боли в сердце, сердцебиение, удушье, крапивница, отек Квинке, холодный липкий пот, нередко - судороги, и затем наступает потеря сознания.

Отмечается бледность кожных покровов, цианоз губ. Зрачки расширены. Тоны сердца глухие, пульс нитевидный, неправильного ритма, с тенденцией к тахикардии, реже - к брадикардии, АД не определяется. Как правило, происходит непроизвольное мочеиспускание и дефекация, судороги, в редких случаях - кровотечения (носовое, маточное, желудочно-кишечное).

При легком течении анафилактического шока нередко наблюдается короткий (в течение 5-10 минут) продромальный период-предвестник: зуд кожи, высыпания типа крапивницы, эритемы, чувство жжения или жара, отеки Квинке различной локализации. При развитии отека в гортани появляется осиплость голоса, вплоть до афонии. Отмечается бледность кожных покровов лица, иногда цианотичность. У части больных возникает бронхоспазм с затрудненным выдохом и дистанционными хрипами. Почти у всех больных наблюдаются рвота, схваткообразные боли в животе, иногда жидкий стул, непроизвольный акт дефекации и мочеиспускания. Как правило, даже при легком течении больные теряют сознание. АД резко снижено (до 60/30 и ниже мм. рт. ст.), тоны сердца глухие, пульс нитевидный, тахикардия до 150 уд/мин, нередко развиваются нарушения ритма.

A photograph of a woman with short brown hair, wearing a white button-down shirt, sitting on a boat. She is looking towards the camera. A large, dark, curved pipe or hose is visible in the foreground, extending from the right side towards the center. The background shows a vast blue body of water under a clear sky. The text 'я не договорила' is overlaid in a white, cursive font across the middle of the image.

*я не договорила*

Зачастую после анафилактического шока развиваются поздние осложнения (аллергический миокардит, гепатит, гломерулонефрит, неврит, диффузное поражение нервной системы, вестибулопатии), которые могут стать причиной смерти больного. Через 1-2 недели после шока могут развиваться бронхиальная астма, рецидивирующая крапивница, отек Квинке, а при частых повторных контактах с аллергенными лекарственными препаратами — «коллагеновые болезни» (системная красная волчанка, узелковый периартериит).





**ДИАГНОСТИКА** Диагноз анафилактического шока в большей части случаев не представляет затруднений: непосредственная связь бурной реакции с инъекцией лекарственного препарата или укусом насекомым, характерные клинические проявления без труда позволяют поставить диагноз анафилактического шока. Первичный диагноз анафилактического шока основывается на клинических проявлениях и аллергологическом анамнезе, уточнение которого возможно только после купирования острых симптомов. Однако, в некоторых ситуациях бывает известно о воздействиях, предшествовавших развитию анафилактического шока. В остром периоде анафилактического шока возможно проведение минимального аллергологического обследования

**Анамнез** Сбор аллергологического анамнеза (у пациента, членов его семьи, очевидцев произошедшего): 1. Были ли в анамнезе аллергические реакции? 2. Что их вызывало? Бытовые, пыльцевые, пищевые аллергены, лекарственные средства, укусы насекомых и др. 3. Как проявлялись аллергические реакции? В виде высыпаний на коже, с зудом или без, приступов затрудненного дыхания или удушья, отечности губ, век, лба, щек, стоп, мошонки и т. д., осиплости голоса, падения АД или похолодевших конечностей. 4. Что предшествовало аллергической реакции на этот раз (продукты питания, не входящие в обычный рацион, лекарственные средства, укусы насекомых, введение рентгеноконтрастных препаратов, вакцин, контакт с латексом и т. п.)? 5. Эффективность предшествующей терапии (в том числе антигистаминных препаратов, глюкокортикоидов, эпинефрина). 6.

Имеется ли у больного профессиональный контакт с потенциальными аллергенами и какими?

**Осмотр и физикальное и инструментальное обследование** При начальном осмотре на догоспитальном этапе следует осуществить: 1. Оценку уровня сознания. 2. Оценку проходимости дыхательных путей по наличию стридора, диспноэ, свистящего дыхания, одышки или апноэ. 3. Оценку кровообращения (измерение АД, ЧСС, пульса). Снижение АД на 30-50 мм рт.ст. от исходного (при известном исходном АД) расценивают как признак анафилактического шока. При тяжёлом течении АД не определяется. 4. Осмотр кожных покровов и слизистых оболочек (бледные, синюшные, наличия эритемы, сыпи, отёка, симптомов ринита и конъюнктивита), SatO<sub>2</sub>. 5. Осмотр ротоглотки (отёк языка, мягкого нёба), оценка глотания. 6. При малейшей возможности снятие ЭКГ.





**ЛЕЧЕНИЕ** на догоспитальном этапе I. Основная терапия (D,4)  
Если до приезда бригады скорой медицинской помощи не были выполнены, ниже представленные манипуляции, то необходимо:  
1. Прекратить введение аллергена. В зависимости от пути попадания необходимо:  
а) Прекратить парентеральное введение ЛС, наложить жгут выше места инъекции на 25 мин (каждые 10 мин ослабляют жгут на 1—2 мин)  
б) Удалить жало насекомого с помощью инъекционной иглы. Удаление пинцетом или вручную нежелательно, так как при таком способе возможно выдавливание яда из оставшегося на жале резервуара ядовитой железы насекомого.  
в) При введении аллергического препарата в нос или в глаза, промыть их водой и закапать 0,1% раствор адреналина 1 - 2 капли.  
г) При подкожном введении препарата, вызвавшего шок обколоть крестообразно место инъекции 0,3 - 0,5 мл раствора адреналина (1 мл 0,1% раствора адреналина развести в 3 - 5 мл физиологического раствора).  
2. Положить холод на место инъекции или укуса.  
3. Отметить время попадания аллергена в организм, появления жалоб и первых клинических проявлений аллергической реакции.  
4. Уложить больного в горизонтальное положение с приподнятым ножным концом. Тепло укрыть. Положить голову на бок, выдвинуть челюсть вперед при западении языка.







Если выше перечисленные меры выполнены приступить к выполнению дальнейших мероприятий:

1. Оценить состояние пациента, жалобы. Измерить пульс, артериальное давление (АД), температуру (поставить термометр). Оценить характер одышки, распространенность цианоза. Провести осмотр кожных покровов и слизистых. При снижении АД на 20% от возрастной нормы - заподозрить развитие анафилактической реакции.
2. Обеспечить ингаляцию кислорода. При нарушении дыхания решить вопрос об искусственной вентиляции легких (ИВЛ).
3. Показания к ИВЛ при анафилактическом шоке следующие: -отек гортани и трахеи с нарушением проходимости дыхательных путей; -некупируемая артериальная гипотензия; -нарушения сознания; -стойкий бронхоспазм; -отек легких; -развитие коагулопатического кровотечения.



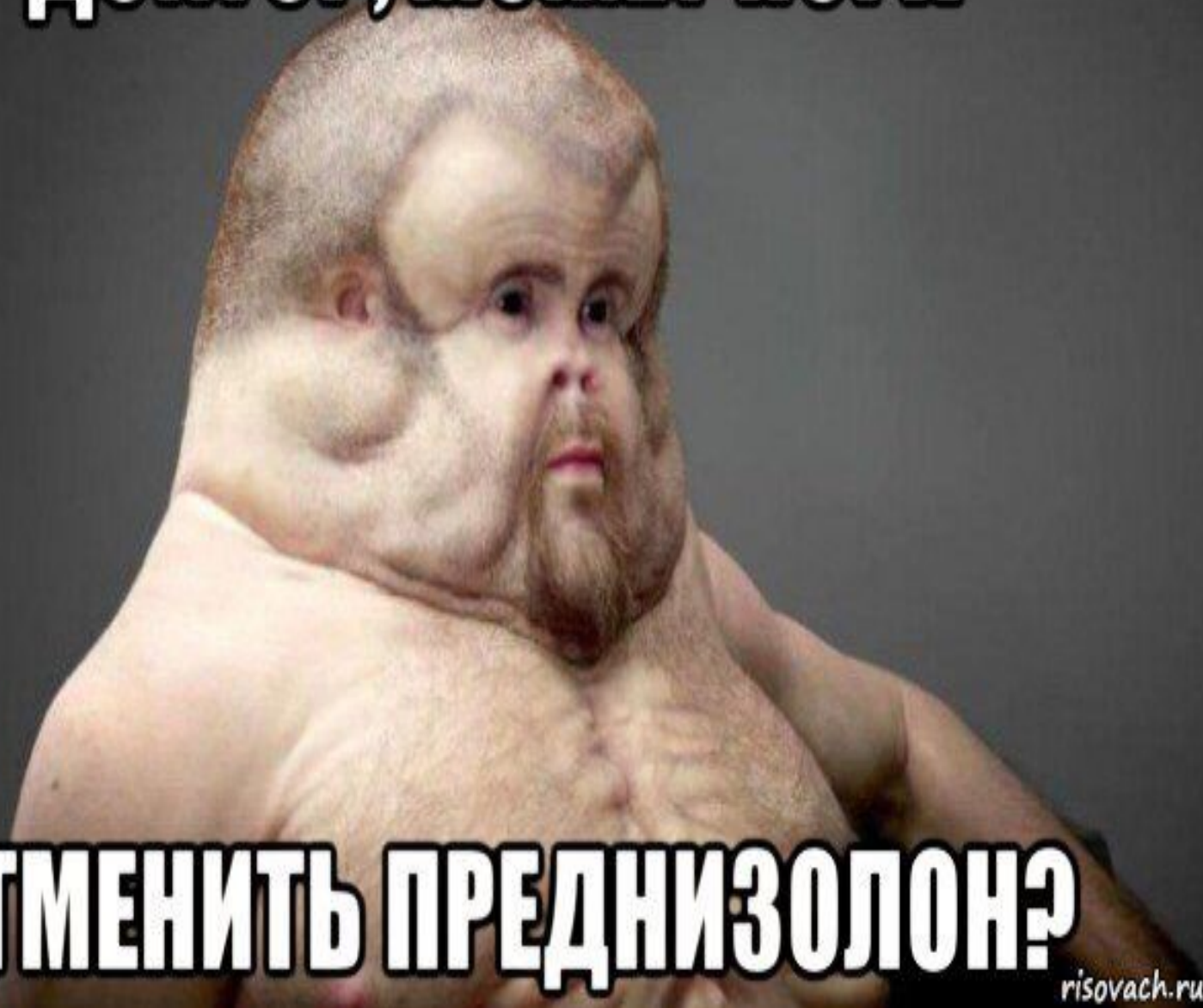


3. Немедленно ввести 0,3-0,5 мл 0,1% раствор адреналина на в/м, п/к, в мышцы дна полости рта - под язык, в/в (для специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи). При сохраняющейся гипотонии повторное введение адреналина в прежней дозе через 20 минут до 3 раз в час. Обкалывают в 5-6 точках и инфильтрируют место инъекции или ужаления 0,5 мл 0,1% р-ра адреналина с 5 мл изотонического раствора натрия хлорида. 4. Обеспечивают доступ для внутривенного введения, после чего начинают коррекцию артериальной гипотонии и восполнение объема циркулирующей крови с помощью введения солевых и коллоидных растворов (изотонического раствора хлорида натрия - 500-1000 мл, стабизола - 500 мл, полиглюкина - 400 мл). При невозможности обеспечить введение данного объема через одну вену, рекомендовано проводить инфузии в 2 - 3 вены одновременно.





# ДОКТОР, МОЖЕТ ПОРА



# ОТМЕНИТЬ ПРЕДНИЗОЛОН?

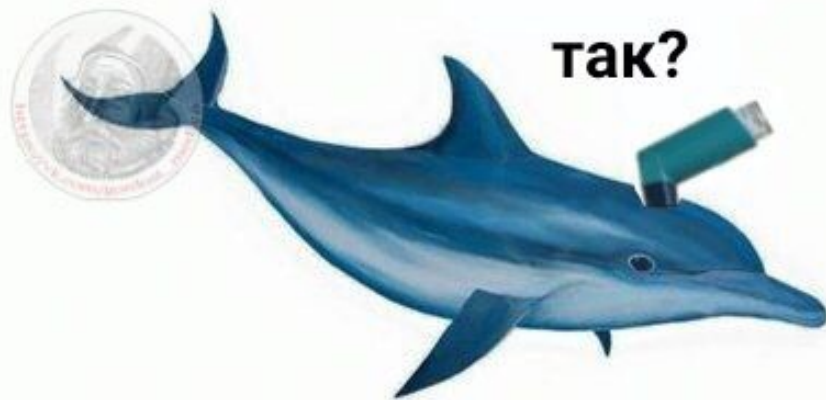
risovach.ru

При сохраняющейся артериальной гипотензии, после восполнения ОЦК применяют вазопрессорные амины до достижения систолического АД > 90 мм рт.ст: допамин в/в капельно со скоростью 4-10 мкг/кг/мин, но не более 15-20 мкг/кг/мин. Раствор готовят из расчёта 200 мг допамина на 400 мл 0,9% р-ра натрия хлорида или 5% р-ра глюкозы, инфузию проводят со скоростью 2-11 капель в минуту или через дозатор лекарственных средств.б.

Глюкокортикоиды: преднизолон в дозе 90-150 мг (для взрослых) в/в струйно или эквивалентные дозы его аналогов.



## Если бы дельфин-астматик использовал сальбутамол, как бы он это делал?



II. Вторичная терапия (D,4)1. При развитии брадикардии вводят атропин в дозе 0,5 мг подкожно, при необходимости вводят ту же дозу повторно через 5-10 мин.2. Антигистаминные средства (димедрол 1% раствор). Данные препараты (димедрол или супрастин) целесообразно вводить больному только после стабилизации артериального давления, так как их действие может усугубить гипотензию.3. При бронхоспазме 1-2 дозы сальбутамола (беротека) (предпочтительно через небулайзер) с интервалом 20 мин., не более 8 доз, или в/в эуфиллин 2,4% 5-10 мл.4. При судорогах в/в медленно под контролем АД и пульса диазепам (или седуксен, реланиум, сибазон) 0,5% раствор 10 мг (при необходимости введение можно повторить).





**водитель скорой: \*сбивает какого-то сторожа, который мешает проехать автомобилю на вызов\***

**врачи в этой же машине, ещё не выехав из гаража:**



**Часто встречающиеся ошибки**

1. Гиподиагностика анафилактического шока (недооценка состояния больного)
2. Неназначение адреналина при снижении АД на фоне сохранённого сознания
3. Недопустимо внутривенное введение адреналина на СМП (за исключением специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи) при невозможности постоянного мониторинга АД и ЭКГ в связи с риском развития различных аритмий, в том числе желудочковых. Кроме того, адреналин должен вводиться незамедлительно, еще до обеспечения венозного доступа.
4. Использование необоснованно малых доз глюкокортикоидов
5. Назначение антигистаминных средств (пипольфен) при значительном снижении АД.
6. Применение кальция глюконата и кальция хлорида не показано в связи с их неэффективностью и непредсказуемым влиянием на дальнейшее течение заболевания.
7. Назначение диуретиков патогенетически необоснованно, поскольку при анафилактическом шоке развивается дефицит ОЦК, гиповолемия и артериальная гипотензия.
8. После купирования симптомов анафилактического шока нельзя оставлять пациента дома, так как необходимо его дальнейшее наблюдение в связи с риском развития (в 30% случаев) отсроченной фазы аллергической реакции.

**о май гад водила ты что крэйзи**



## Маршрутизация пациентов

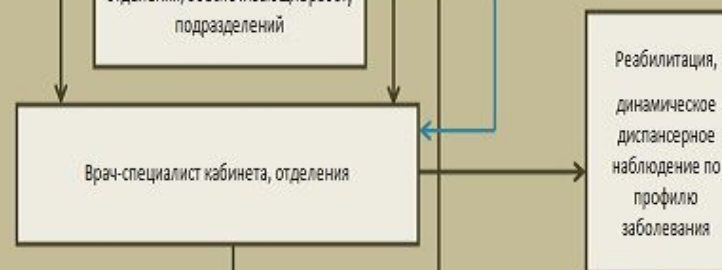
### Первый уровень

Первичная { медико-санитарная  
врачебная } помощь  
специализированная  
Поликлиническое отделение



### Второй уровень

Специализированная медицинская помощь  
Стационарное отделение  
Дневной стационар



### Третий уровень

Высокотехнологичная медицинская помощь с применением новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения  
Лечебно-диагностические центры областного / федерального значения

Лечебно-диагностические специализированные подразделения стационарных учреждений, на базе которых осуществляется консультативно-диагностические приёмы, оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь





## Отёк Квинке

Отёк Квинке (по имени описавшего его немецкого врача Н.І. Quincke, синонимы: ангионевротический отек, гигантская крапивница) – острое аллергическое заболевание характеризующееся возникновением массивного отека кожи, подкожной жировой клетчатки и слизистых оболочек.

Чаще всего отек Квинке развивается на лице, шее и верхней части туловища, тыльной стороне кистей и стоп.







Различают два типа отека Квинке: аллергический и псевдоаллергический

**Аллергический** отек Квинке, как и другие аллергические заболевания, возникает в результате сильной аллергической реакции организма, которая развивается в ответ на проникновение в организм специфического аллергена. Аллергический отек Квинке часто сочетается с пищевой аллергией, бронхиальной астмой, крапивницей, поллинозами.

**Псевдоаллергический** отек Квинке (т.е. не аллергический) развивается у людей с врожденной патологией системы комплемента. Система комплемента это группа белков крови, участвующих в развитии первичных иммунных и аллергических реакций. В крови человека эти белки находятся в неактивном состоянии и активируются только в момент и в месте проникновения в организм чужеродного антигена. У больных с псевдоаллергическим отеком Квинке система комплемента способна активироваться спонтанно или в ответ на тепловые или химические раздражения (тепло, холод), приводя к развитию массивной аллергической реакции.





Типичные симптомы отека Квинке это остро возникающий отек тканей лица, тыльной стороны ладоней, шеи, тыльной стороны стоп. В области отека кожа бледная. Отек Квинке, как правило, не сопровождается зудом. Развившийся отек бесследно исчезает в течение нескольких часов или дней. Наиболее опасной формой отека Квинке является отек глотки, гортани, трахеи который наблюдается у каждого четвертого больного с отеком Квинке. У таких больных внезапно появляется беспокойство, затруднение дыхания, возможна потеря сознания. Осмотр слизистой горла у таких больных выявляет отечность мягкого неба и небных дужек, сужение просвета зева. В случае распространения отека на гортань и трахею больной может погибнуть от удушья









**Анатомические особенности:-** **Отек гортани:** может развиваться быстро (в течение минут) или более медленно в течение нескольких часов. Ранние симптомы включают в себя хриплый голос, першение в горле, затрудненное глотание, затрудненное дыхание, удушье.- **Отек кожи и слизистых:** локальный отек, гиперемия, гипертермия, умеренно выраженная, зуд, боль- **Отек стенки кишки:** клинически выглядит как боли в животе, иногда сопровождающиеся тошнотой, рвотой и диареей. Отеком стенки кишки может быть визуализирован в помощью МРТ, УЗИ. Ангионевротический отек стенки кишки наблюдается у пациентов принимающих ингибиторы АПФ и у больных с наследственной или приобретенной недостаточностью ингибитора С1





**Лечение (D,4)** прекратить введение аллергена; при пищевой аллергии принять внутрь солевое слабительное, энтеросорбенты [лигнин гидролизный, активированный уголь в дозе 1 г/кг], выполнить очистительную клизму, промывание желудка; внутривенно или внутримышечно ввести антигистаминные препараты (димедрол 1%-1мл; тавегил 2%-2 мл) внутривенно или внутримышечно ввести преднизолон 1 мг на кг; при нарастающем отёке гортани с обтурационной дыхательной недостаточностью провести интубацию или коникотомию. **Прекращение дальнейшего поступления в организм предполагаемого аллергена.** Например, в случае реакции на лекарственный препарат, введенный парентерально, или при укусах насекомых — наложение жгута выше места инъекции (или укуса) на 25 мин (каждые 10 мин необходимо ослаблять жгут на 1-2 мин) к месту инъекции или укуса прикладывается 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%-ного раствора адреналина с 4,5 мл изотонического раствора хлорида натрия. **Противоаллергическая терапия (антигистаминными препаратами или глюкокортикостероидами).** При отеке Квинке внутривенно вводится преднизолон (взрослым — 60-150 мг, детям — из расчета 2 мг на 1 кг массы тела). При генерализованной крапивнице или при сочетании крапивницы с отеком Квинке высокоэффективен бетаметазон (дипроспан в дозе 1-2 мл внутримышечно), состоящий из динатрия фосфата (обеспечивает быстрое достижение эффекта) и дипропионата бетаметазона (обуславливает пролонгированное действие. При отеке Квинке для предупреждения влияния на ткани гистамина необходимо комбинировать антигистаминные препараты нового поколения (семпрекс, кларитин, кларотадин) с глюкокортикостероидами (ГКС).







спасибо за внимание

