

# МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ

## «Доврачебная помощь при острых аллергических заболеваниях»

**Информационный модуль**



© Казанский медицинский колледж, 2012 г.

Составитель: Сушенцова М.М. , преподаватель КМК.

# Распространенность аллергических заболеваний



**Неуклонное распространение аллергических заболеваний, достигшее в XXI веке масштаба эпидемии (ВОЗ, 2003), стало серьезной медицинской проблемой, которая должна привлечь внимание не только аллергологов, клинических иммунологов, но и медицинских работников.**

# Распространенность аллергических заболеваний



**Аллергией в разных странах страдают от 10 до 30% населения, а в районах с неблагоприятной экологической обстановкой - более 50%. В России распространенность аллергических заболеваний в разных регионах колеблется от 5,0 до 20,5%.**

# Острые аллергические заболевания

Определение термина

**Острые аллергические заболевания-** заболевания, в основе развития которых лежит аллергия или анафилаксия.

Термин аллергия предложен австралийским патологом К. Пирке.

Он происходит от греч. **«аллос» – иной** и **«эрга» – действие**, и означает «иное», необычное действие.



# Этиология острых аллергических реакций



Аллергическую реакцию могут вызывать:

- пищевые аллергены;
- медикаменты;
- бактерии;
- белковые препараты вакцин и сывороток;
- укусы насекомых;
- косметические средства;
- стиральные порошки.

# Патогенез острых аллергических реакций

**АНТИГЕН**

**Факторы, способствующие  
возникновению**

**Сенсибилизация**

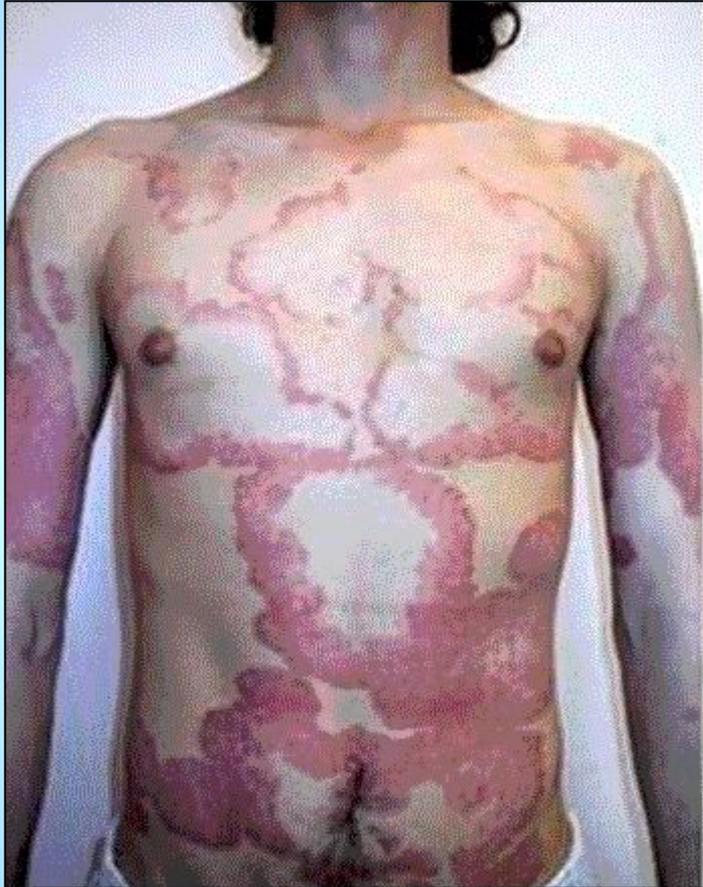
**АНТИГЕН**

**Факторы, поддерживающие  
аллергию**

**Биохимическая стадия  
аллергических реакций**

**Патофизиологическая стадия  
аллергических реакций**

# Патогенез острых аллергических реакций



В развитии острых  
аллергических реакций  
выделяют три стадии:

- иммунологическую;
- биохимическую;
- патофизиологическую.

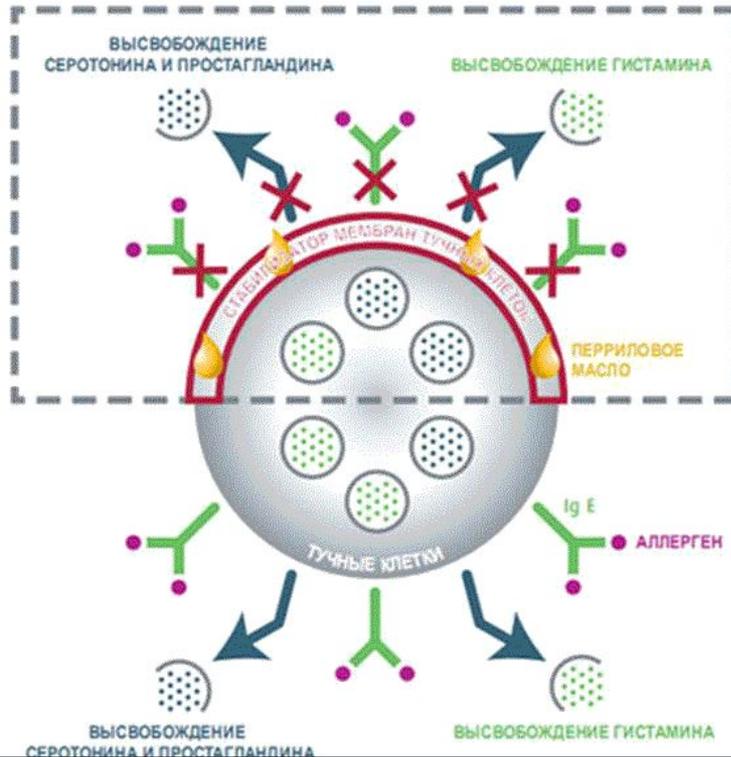
# Иммунологическая стадия острых аллергических реакций



- Сенсibilизация организма развивается особенно быстро при парентеральном введении лекарств.
  - Период сенсibilизации может продолжаться многие месяцы.
  - Контакт с аллергеном может пройти незамеченным.
  - Взаимодействие аллергена с антителами происходит в нервных клетках, клетках крови, соединительной ткани.
-

# Биохимическая стадия острых аллергических реакций

Противоаллергенное действие



Происходит активация и высвобождение биологически активных веществ - гистамина, серотонина, ацетилхолина и образование брадикинина.

# Патофизиологическая стадия острых аллергических реакций

Под действием биологически активных веществ происходит:

- нарушение проницаемости сосудистой стенки;
- аллергическое воспаление кожи, слизистых оболочек и внутренних органов;
- сокращение гладкой мускулатуры бронхов, кишечника и многих других органов.



# Клинические особенности острых аллергических заболеваний



**Характеризуются:**

- **внезапным началом;**
- **непредсказуемым течением;**
- **риском развития жизнеугрожающих осложнений;**
- **необходимостью оказания неотложной помощи.**

# Клинические формы острых аллергических заболеваний

Согласно накопленному международному опыту, адаптированному к поэтапной системе оказания медицинской помощи, по прогнозу течения и риску развития жизнеугрожающих состояний острые аллергические заболевания подразделяются на легкие и тяжелые.

## Легкие заболевания:

- аллергический ринит;
- аллергический конъюнктивит;
- локализованная крапивница.

## Тяжелые прогностически неблагоприятные заболевания:

- генерализованная крапивница;
- отек Квинке;
- анафилактический шок.

# Ангионевротический отек Квинке



Определение термина  
**Отек Квинке** – одна из форм крапивницы с распространением процесса на глубоко лежащие отделы кожи, подкожной клетчатки и слизистых оболочек. В основе развития отека лежит дефицит ингибитора C1 – первого компонента комплемента. Дефицит наследуется как доминантный аутосомный признак. Дефицит ингибитора ведет к повреждающим воздействиям на различные ткани.

## Клиническая картина отека Квинке

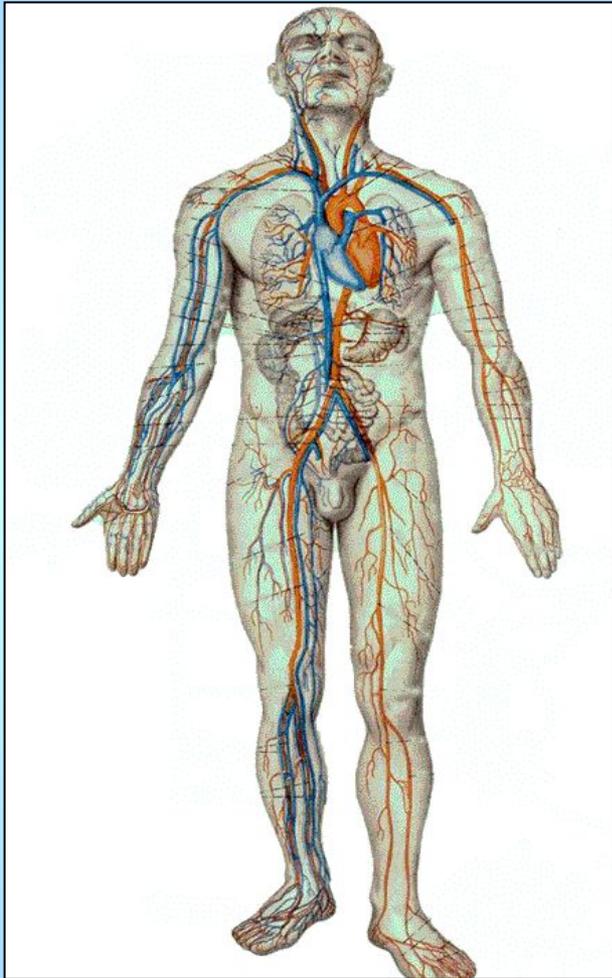


**Отек чаще развивается в области губ, щек, век, лба, волосистой части головы, мошонки, кистей, дорсальной поверхности стоп.**

**Одновременно с кожными проявлениями может отмечаться отек суставов, слизистых оболочек, в том числе гортани, желудочно-кишечного тракта.**

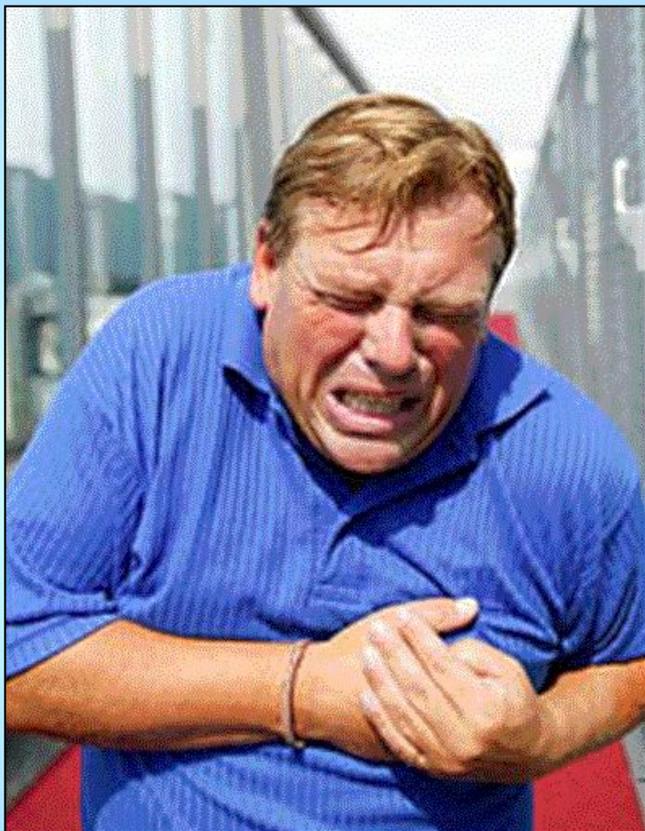
**Отек гортани проявляется кашлем, осиплостью голоса, удушьем, стридорозным дыханием. При поражении желудочно-кишечного тракта отмечается кишечная колика, тошнота, рвота.**

# Клиническая картина анафилактического шока



В основе анафилактического шока лежит резкое расширение сосудов. Шок характеризуется стремительным развитием, бурным проявлением, тяжестью течения. Время появления симптомов шока от нескольких секунд до 2-х часов. Однако у 30% пациентов может быть отсроченная реакция на аллерген. Постепенно все проявления анафилактического шока уменьшаются, но через 2-24 часа могут усиливаться вновь - поздняя фаза.

## Типичный вариант анафилактического шока



1. Состояние дискомфорта с неопределенным тягостным ощущением - все тело словно обожжено крапивой, чувство страха смерти, состояние внутреннего беспокойства.
2. Тошнота, рвота, головокружение, головная боль, расстройства сознания.
3. Чувство тяжести за грудиной или сдавления грудной клетки, появление болей в сердце.

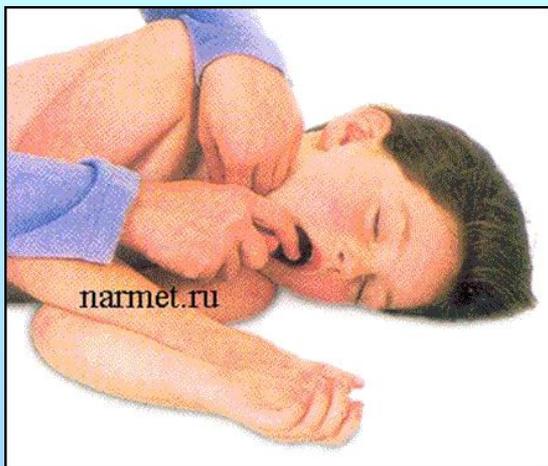
## Типичный вариант анафилактического шока



4. Резкий кашель, затруднения дыхания, невозможность сделать вдох.
5. Боли в брюшной полости.
6. Ощущение покалывания и зуда кожи лица, рук, головы, ощущение прилива крови к голове.

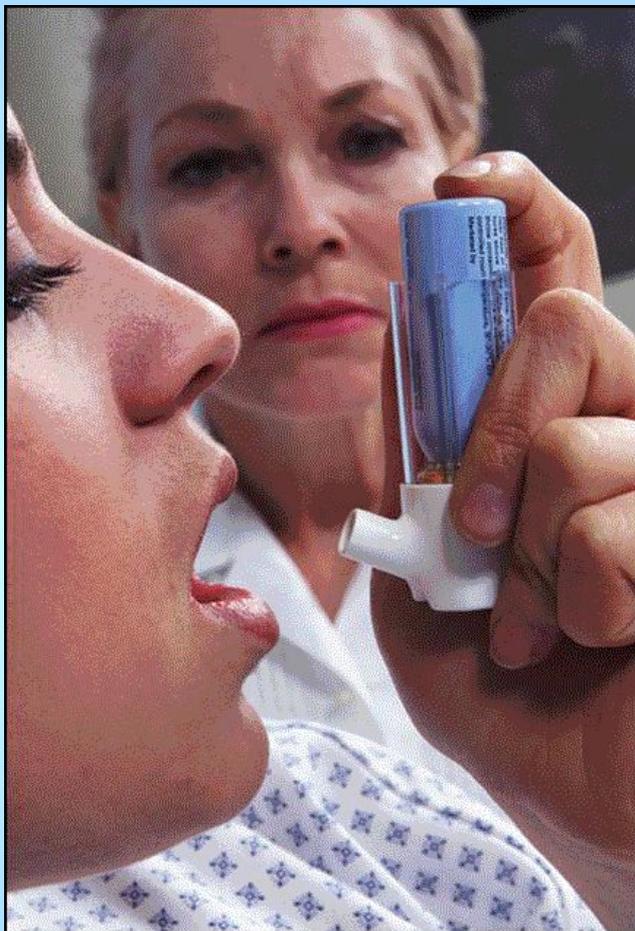
При молниеносном шоке пациенты не успевают предъявить какие-либо жалобы.

# Объективные симптомы анафилактического шока



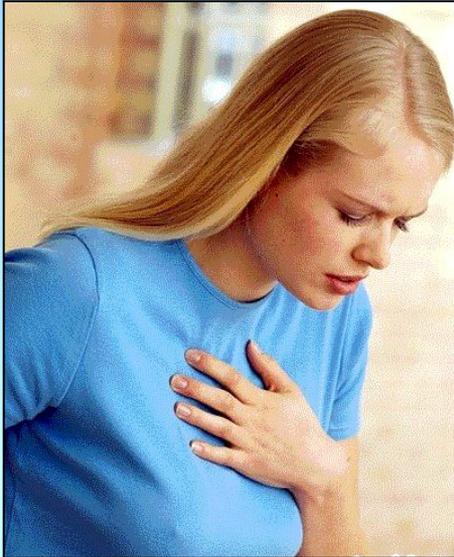
1. Гиперемия кожных покровов или бледность и цианоз.
2. Отек век и лица.
3. Обильная потливость.
4. Двигательное возбуждение, судороги.
5. Непроизвольные выделения мочи, кала, газов.
6. Расширение зрачков.
7. Тахикардия или брадикардия; АД часто не определяется.

## Объективные симптомы анафилактического шока



8. Одышка, затрудненное дыхание с хрипами и пеной изо рта; в начале шока – при аускультации крупнопузырчатые хрипы, иногда «немое легкое» из-за тотального бронхоспазма. В последующем симптоматика отека легкого.

# Разновидности клинических проявлений аллергического шока



## **Гемодинамический вариант**

На первое место в клинике выступают симптомы нарушения сердечно-сосудистой системы:

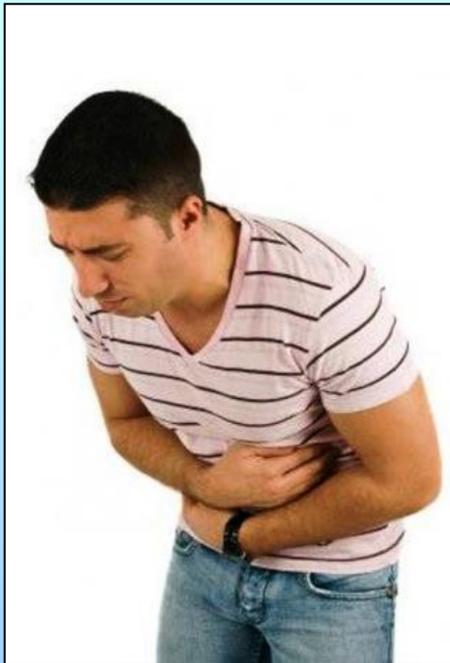
- интенсивные боли в области сердца;
- нарушение ритма сердца;
- нитевидный пульс или его исчезновение;
- бледность или генерализованная гиперемия, мраморность кожных покровов.



## **Асфиксический вариант**

Острая дыхательная недостаточность возникает за счет отека слизистой оболочки гортани с закрытием её просвета, бронхоспазм, отек легких.

# Разновидности клинических проявлений анафилактического шока



## **Церебральный вариант**

- Психомоторное возбуждение.
- Чувство страха.
- Нарушение сознания.
- Дыхательная аритмия.
- Судороги, эпилептический статус.
- Остановка дыхания и сердечной деятельности за счет отека головного мозга.

## **Абдоминальный вариант**

- Резкие боли в эпигастральной области.
- Признаки раздражения брюшины- «острый живот».

Симптомы возникают через 20-30 минут после первых признаков шока.

# Основные типы течения анафилактического шока



## 1. Острое злокачественное течение

Начало острое. Резистентность к проводимой терапии. Течение тяжелое и опасное.

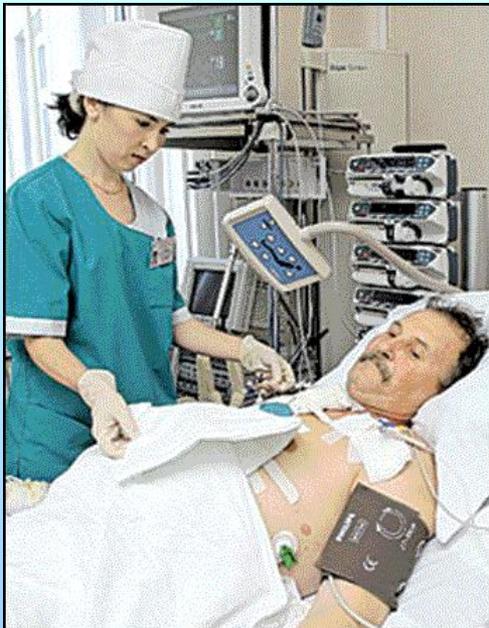
## 2. Острое доброкачественное течение.

Симптомы не резко выражены, поддающиеся противошоковой терапии.

## 3. Затяжное течение

Начало острое, с выраженными острыми симптомами.

Положительный эффект временный, затем длительная умеренная симптоматика, резистентная к противошоковой терапии.



# Основные типы течения анафилактического шока

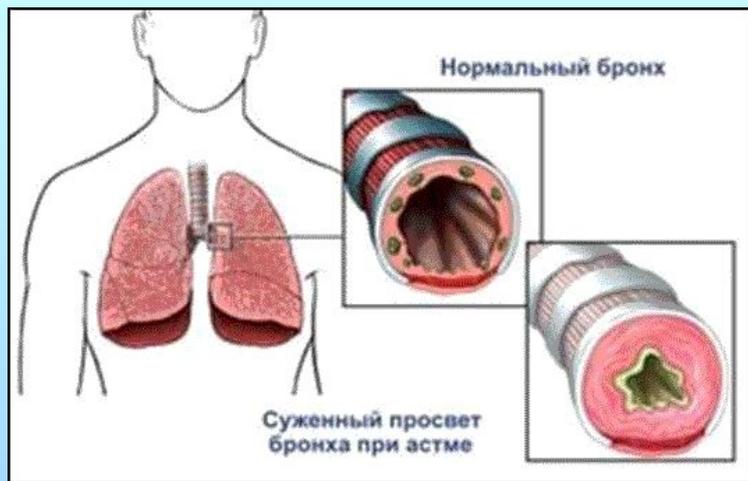


## 4. Рецидивирующее течение

Повторное шоковое состояние возникает после первоначального купирования его симптомов. Чаще развивается на введение бициллина.

## 5. Abortивное течение

Течение наиболее благоприятное. Симптомы быстро проходят и легко купируются, часто даже без применения лекарственных средств. Чаще наблюдается при асфиксическом варианте шока.



## **Доврачебная помощь острых аллергических заболеваний на догоспитальном этапе**



- 1. Прекратить дальнейшее поступление в организм пациента предполагаемого аллергена.**
- 2. Оценить тяжесть заболевания.**
- 3. Оказать неотложную помощь.**
- 4. Выбрать дальнейшую тактику ведения пациента.**

# Доврачебная помощь при легких острых аллергических заболеваниях

## Рекомендуется:

Монотерапия новыми антигистаминными препаратами II и III поколения, отличающимися от блокаторов H<sub>1</sub>-рецепторов I поколения улучшенной фармакокинетикой – пероральный прием, быстрое начало действия, длительный терапевтический эффект, хорошая переносимость.

Применяются антигистаминные препараты: цетиризин - 10 мг; фексофенадин - 120 мг; акривастин — 8 мг; лоратадин - 10 мг.



# Антигистаминные препараты II, III поколения



# Доврачебная помощь при генерализованной крапивнице, отеке Квинке



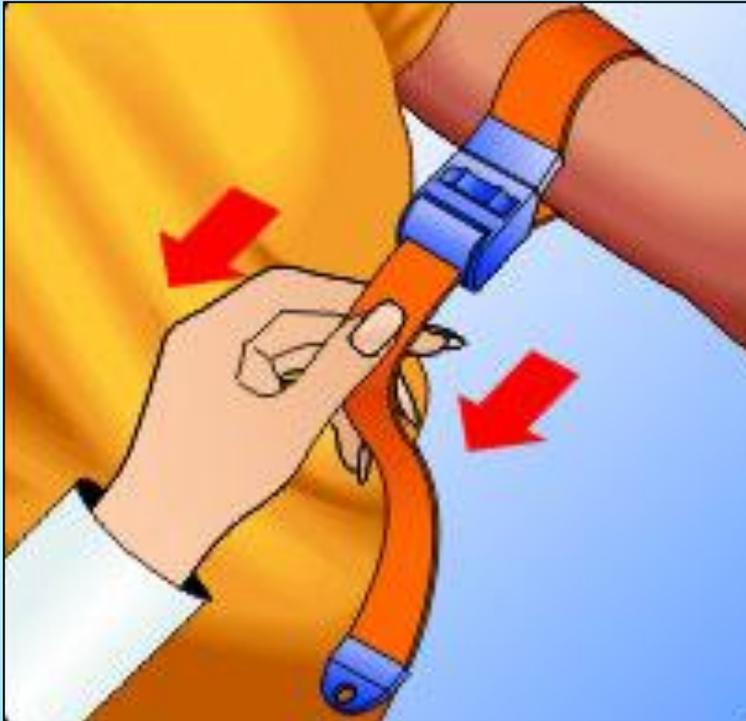
## Показано:

- внутривенное струйное введение глюкокортикостероидов - взрослым - 30-60 мг преднизолона, детям - из расчета 2 мг на 1 кг массы тела;
- назначение антигистаминных препаратов II и III поколения.

Антигистаминные препараты II и III поколения неконкурентно и длительно блокируют гистаминовые рецепторы 1-го типа.



## Доврачебная помощь при анафилактическом шоке на догоспитальном этапе



1. Прекратить поступление аллергена. Венозный доступ сохранить.
2. Наложить жгут выше места инъекции на 25 минут; каждые 10 минут необходимо ослаблять жгут на 1-2 мин.
3. Приложить к месту инъекции лед или грелку с холодной водой на 15 минут.
4. Обколоть в 5-6 точках и провести инфильтрацию места укуса или инъекции адреналином – 0,3-0,5 мг адреналина с 4-5 мл физиологического раствора.

# Доврачебная помощь при анафилактическом шоке



## 5. Начать противоаллергическую терапию:

- ввести п/к, в/м 0,5-1,0 мг адреналина; при необходимости повторить инъекции через 5-10 минут в дозе 0,5 мг;
- ввести глюкокортикостероиды в/в струйно - преднизолон 90-120 мг.

# Доврачебная помощь при анафилактическом шоке



## 6. Провести противошоковые мероприятия:

- пациента уложить с опущенным головным концом;
- при отсутствии сознания придать пациенту устойчивое боковое положение;
- обеспечить проходимость дыхательных путей;
- обеспечить внутривенный доступ и начать болюсное переливание жидкостей – полиглюкин 400 мл, физиологический раствор взрослым  $\geq 1$  л, детям из расчета 20 мл/кг.

# Доврачебная помощь при анафилактическом шоке

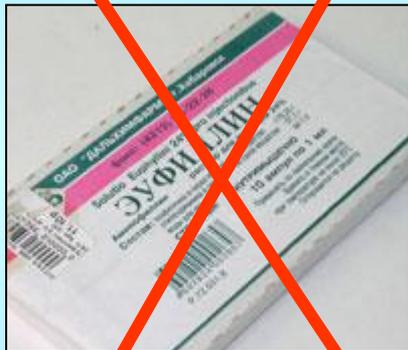
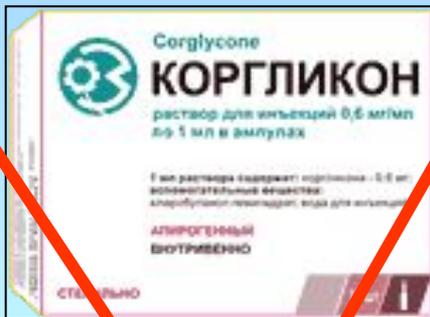


## 7. Провести симптоматическую терапию по показаниям:

- при сохраняющейся гипотензии только после восполнения ОЦК - вазопрессорные амины - допамин 400 мг на 500 мл в 5 % растворе глюкозы;
- при брадикардии подкожное введение атропина в дозе 0,3-0,5 мг;
- при бронхоспазме ингаляции  $\beta_2$ -агонистов короткого действия, предпочтительно через небулайзер- 2 мл / 2,5 мг сальбутамола или беродуала.



# Доврачебная помощь при анафилактическом шоке



До тех пор пока не удалось нормализовать АД не вводят:

- сердечные гликозиды при сохраняющейся тахикардии;
- эуфиллин при сохраняющемся бронхоспазме.

На догоспитальном этапе противопоказано назначение антигистаминных препаратов.

# Часто встречающиеся ошибки терапии острых аллергических заболеваний



- Изолированные назначения  $H_1$ -гистаминовых блокаторов при тяжелых аллергических реакциях и при бронхообструктивном синдроме не имеет самостоятельного значения и на догоспитальном этапе приводит лишь к неоправданным потерям.
- Использование дипрадина (пипольфена) опасно усугублением гипотензии.
- Поздние назначения глюкокортикоидов, применение необоснованных малых доз препаратов.

## Часто встречающиеся ошибки терапии острых аллергических заболеваний

- Использование отдельных препаратов, не показанных для лечения аллергических заболеваний - хлорида кальция.
- Неиспользование топических глюкокортикоидов и  $\beta_2$ -агонистов при аллергическом стенозе гортани и бронхоспазме.
- Наличие в таблице оснащения бригад скорой медицинской помощи препаратов однонаправленного действия экономически неоправданно - супрастина, димедрола, тавегила, диазолина.



## Показания к госпитализации



После оказания неотложной помощи пациенты с тяжелыми аллергическими реакциями должны быть госпитализированы для дальнейшего наблюдения в реанимационное отделение. При легких аллергических реакциях вопрос о госпитализации решается индивидуально.

# Профилактика острых аллергических заболеваний



1. Сбор аллергологического анамнеза.
2. Отказ от назначения медикаментозных средств без достаточного основания.
3. Борьба с полипрогмазией.

# Профилактика острых аллергических заболеваний



4. Борьба с самолечением.
5. Соблюдение при аллергозах гипоаллергенной диеты.
6. Премедикация антигистаминными препаратами при назначении гипераллергенного препарата.

**Для своевременного и адекватного лечения в фельдшерских пунктах, процедурных кабинетах необходимо иметь специальные «противошоковые» аптечки.**