

ОСТРЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

(аллергическая реакция немедленного типа)

Это жизнеугрожающее состояние связанное с быстрым развитием нарушений гемодинамики, недостаточностью кровообращения и гипоксией всех жизненно важных органов.

Клинические проявления:

- резкое падение артериального давления,
- нитевидный пульс,

- судороги,
- непроизвольное мочеиспускание,

- Зуд и гиперемия кожи,
- Уртикарная сыпь,
- Обильные слизистые выделения из носа, ощущения жара,
- Страха смерти,

- Возбуждением или заторможенностью,
- Головной болью,
- Давящей болью за грудиной,
- Удушьем.

ПЯТЬ ВАРИАНТОВ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА

Типичная форма: артериальная гипотензия, нарушение сознания, дыхательная недостаточность, кожные вегетососудистые реакции, судороги.

Асфиктическая форма: дыхательная недостаточность, вызванная бронхоспазмом, отеком гортани, бронхиол или легкого.

Церебральная форма: возбуждение, потеря сознания, судороги, расстройства ритма дыхания, отек и набухание мозга, эпилептический статус с остановкой дыхания и сердца.

Гемодинамическая форма: расстройство сердечно-сосудистой деятельности- значительная боль в области сердца, нарушение сердечного ритма, глухость тонов сердца, слабый пульс, падение АД, возможен спазм (бледность кожи) или расширение (гиперемия, отеки) периферических сосудов.

Абдоминальная форма: симптом «острого» живота- боль в животе, рвота, позывы к дефекации и др.

Неотложная помощь на амбулаторном этапе

1. Немедленно прекратить поступление в организм аллергизирующих веществ:
 - прекратить введение лекарств,
 - наложить жгут проксимальнее места в/в инъекции или укуса насекомого на 30 мин, не сдавливая артерии, каждые 10 мин. Ослаблять жгут на 1-2 мин.,
 - больного положить, (голова должна быть ниже уровня ног), повернуть голову набок, выдвинуть нижнюю челюсть, зафиксировать язык. Проверить проходимость дыхательных путей и оценить АД.

- Место инъекции обколоть раствором 0,1% раствора адреналина гидрохлорида 0,1 мл на год жизни, но не более 0,5 мл, разведенного в 5 мл изотонического раствора натрия хлорида,
- К месту инъекции приложить лед или грелку с холодной водой на 15 минут.
- В случае попадания аллергенов на слизистые оболочки (нос или глаза) следует промыть их проточной водой, при употреблении аллергена через рот – промыть желудок, ввести сорбент.

2. Одновременно немедленно в/м ввести:

- 0,1%раствора адреналина гидрохлорида 0,1 мл/год жизни, но не более 0.5мл.
- При необходимости через 15-20 мин. ввести 0,1%раствора адреналина гидрохлорида 0,01 мл/кг под контролем АД, при этом общая максимальная доза не должна превышать 1 мг, затем при необходимости – 0,01 мл/кг каждые 4 часа;

- преднизолон 3%раствор 5мг/кг,
- димедрол 1% раствор 0,05 мл/кг, но не более 0,5мл детям до 1 года и 1,0 мл-старше 1 года,
- или 2% раствор супрастина
0,1- 0,15 мл на год жизни,
- контроль ЧСС, ЧД, АД!!!

3. Если АД не удается стабилизировать, необходимо ввести в/в:

- 0,1% раствор адреналина гидрохлорида 0,1мл/год жизни в/в струйно в 10мл изотонического раствора натрия хлорида,
- глюкокортикостероиды- преднизолон 3% раствор 2-4 мг/кг (в 1мл-30мг) или дексаметазон 0,4% раствор 0,3-0,6 мг/кг (в 1 мл-4мг)

- начать в/в инфузию 0,9% раствора натрия хлорида или раствора Рингера 20 мл/кг в течении 20-30 мин. Объем и скорость инфузионной терапии определяются уровнем АД и состоянием больного.
- контроль ЧСС, ЧД, АД!!!

4. Если АД остается низким, следует вводить в/в 0,1% раствор адреналина гидрохлорида **0,1мл/год жизни** каждые 10-15 мин., суммарная доза до **5 мг**.
5. С целью профилактики аспирации осуществить эвакуацию содержимого желудка с помощью зонда. Обеспечить проходимость дыхательных путей.
6. Больного необходимо согреть (грелки, плед...)

7. При бронхоспазме или других расстройствах дыхания:

- оксигенотерапия,
- ингаляции сальбутамола (ДАИ),
- Ингаляционные кортикостероиды.

8. При необходимости провести закрытый массаж сердца, начать искусственное дыхание /ИВЛ.

9. После восстановления гемодинамики в/м ввести антигистаминные препараты (2% раствор супрстина 0,1-0,15 мл/год жизни- не более 1 мл, 0,1% раствор тавегила 0,5-1,5мл)

***НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА
ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ***

1. При сохранении артериальной гипотензии назначить **ДОПАМИН** в дозе **8-10 мкг/(кг/мин)** под контролем АД и ЧСС. Для приготовления рабочего раствора 1 мл препарата (40мг) прибавить к 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% глюкозы, вводить в/в с помощью инфузионного насоса.

2. Для устранения бронхоспазма:

- ингаляции В₂-агонисты короткого действия- сальбутамол через небулайзер (0,15 мг/кг, но не более 5 мг на ингаляцию) каждые 20 мин.
- в/в ввести 2% раствор эуфиллина 0,5-1,0 на год жизни, но не более 10 мл в/в струйно в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида.
- Отсосать слизь из верхних дыхательных путей, провести оксигенотерапию

- при стридорозном дыхании- ингаляции будесонида(пульмикорт) через небулайзер по 500-1000 мкг каждые 4 часа.

3. В случае острого отека гортани и угрозы асфиксии показана интубация или трахеостома. При неэффективности дыхания-ИВЛ.

Показания перевода на ИВЛ:

- Отек гортани и трахеи,
 - Гипотония, которая не поддается терапии,
 - Нарушение сознания,
 - Стойкий бронхоспазм с развитием ДН,
 - Отек легких, кровотечение, связанное с коагулопатией.
4. Коррекция сопутствующих состояний.

КРАПИВНИЦА (КР)



КРАПИВНИЦА – это полиэтиологическое состояние, сопровождающееся появлением на коже пузырьков, зудящих пятен, папул размером от нескольких милли-метров до десяти и более сантиметров. Сыпь появляется быстро, элементы мо-гут сливаться и распространяться на всю поверхность тела, сопровождается чувст-вом жара, зудом кожи, иногда общими симптомами: повышением температуры тела, возбуждением, артралгией, коллапсом.

Острая крапивница- не более 6 недель.

Хроническая крапивница – более 6
недель.

По патогенетическим механизмам:

- Иммунологическая или аллергическая),
- Анафилактоидная или псевдоаллергическая,
- Физическая,
- Наследственная.

Особое место среди КР занимает КР, развившаяся вследствие воздействия физических факторов (17% удельного веса всех случаев хронической КР):

дермагрофическая, тепловая, холодовая, аквагенная, контактная, вызванная давлением, пигментная, вибрационная, наследственный вибрационный отек, солнечная, адренергическая, холинергическая.

Наследственные формы крапивницы:

- Наследственный АНО,
- Нарушение метаболизма протопорфирина,
- Синдром Шнитцлера (КР, амилоидоз, глухота),
- Наследственная холодовая крапивница,
- Дефицит С3в-инактиватора.

К другим видам КР относятся:

папулезная, инфекционная,
паранеопластическая, психогенная,
эндокринная, **идиопатическая**, васкулит.

Диагностика КР

- Сбор анамнеза жизни и заболевания
- физикальное обследование.

Обязательные лабораторные исследования

- общий анализ крови и мочи,
- анализ крови на RW, ВИЧ
- Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин общий и прямой, АЛТ, АСТ, глюкоза крови, ревмопробы- антинуклеарный фактор (АНФ), АТ к ДНК, СРБ, криопреципитины)

Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования:

- копрограмма, бактериологическое исследование фекалий, углубленное паразитологическое обследование.
- Бактериологическое обследование (посевы с поверхности слизистых оболочек рото-и носоглотки и др. очагов инфекции).
- Рентгенологические (органов грудной клетки, придаточных пазух носа).
- Инструментальные (УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуодено- и колоноскопия, дуоденальное зондирование с бактериальным исследованием порций желчи В и С).
- Функциональные (велоэргометрия) и др. по показаниям методы обследования.

Аллергологические методы обследования:

- анамнез,
- аллерготесты,

Иммунологические методы обследования:

- Система комплемента.

Консультации специалистов:

***Гастроэнтеролога, отоларинголога,
гинеколога, эндокринолога, ревматолога,
и др. по показаниям.***

Неотложная помощь КР на амбулаторном этапе

- Немедленно прекратить поступление в организм аллергизирующих веществ,
- При легком течении назначить H1 –антигистаминные препараты второго поколения: кларитин(лоратадин), эриус, зиртек, зодак, алерон, аллергодил и т.д.
- При среднетяжелом течении: ввести антигистаминные препараты первого поколения парентерально (супрастин 0,1-0,15 мл/год жизни или 2,5% пипольфен 0,1-0,15 мл/год жизни или тавегил 0,1% 25мкг/кг/сут) в течении 2-3 дней. Затем - H1 –антигистаминные препараты второго поколения.
- - при отсутствии эффекта- системные ГКС(преднизолон 1-5 мг/кг или дексаметазон 0,05-0,1 мг/кг/сут) в/м или в/в в комбинации с H1 –антигистаминными препаратами второго поколения.

ГКС можно сочетать с блокаторами лейкотриеновых рецепторов- монтелукаст (СИНГУЛЯР).

4. При **тяжелом** течении:

- Супрастин или пипольфен или тавегил 5-7 дней,
- При **отсутствии эффекта** –системные ГКС (преднизолон или дексаметазон в/м или в/в.
- По показаниям провести дезинтоксикационную терапию в течении 3-4 суток.

АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК **(отек квинке)**



Один из вариантов крапивницы, но патологический процесс распространяется глубже (на дерму или подкожную клетчатку). Отек локализуется в области головы, шеи, кистей рук, стоп, наружных половых органов. Кожа на месте отека не изменена, беспокоит зуд.

Неотложная помощь на амбулаторном этапе:

1. Немедленно прекратить поступление аллергена в организм,
2. ввести антигистаминные препараты первого поколения парентерально (супрастин 0,1-0,15 мл/год жизни или 2,5% пипольфен 0,1-0,15 мл/год жизни или тавегил 0,1% 25мкг/кг/сут).
3. При эффекта в/м или в/в – преднизолон 1-2 мг/кг 1-2 раза в сутки или дексаметазон 0,05-0,1 мг/кг/сут или гидрокортизон 2 мг/кг каждые 4 часа до достижения клинического эффекта.
4. Показаны диуретики (диакарб, фуросемид).
5. В случае отека в области ротоглотки и гортани-ингаляции сальбутамола и ИГКС(флютиказона пропионат, будесонид) через небулайзер.

При необходимости провести интубацию трахеи или трахеостомию (строгие показания).

**Синдром Стивенсона
Джонсона (злокачественная экссудатив-
ная эритема),
тяжелая форма многоформной
экссудативной эритемы.
Токсико-аллергическое заболевание.**

Крайне тяжёлая форма многоформной эритемы Крайне 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 Крайне 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.

Заболевание начинается внезапно, с высокой температуры и боли в суставах. На фоне тяжелого общего состояния

на губах, слизистой щек, языка, мягкого неба, задней стенки зева, дужках, гортани, на коже появляются пузыри, после вскрытия которых образуются кровоточащие эрозии. Сливаясь, они превращаются в







- Антибиотики, кортикостероиды (дозировка и длительность назначения последних определяется тяжестью процесса),
- антигистаминные средства,
- внутривенное капельное введение водно-электролитных растворов,
- сорбенты,
- ферменты,
- симптоматическая терапия.

Синдром Лайелла — токсико-аллергическое поражение кожи и слизистых оболочек, часто сопровождающееся изменениями внутренних органов и нервной системы. **Синонимы:**

- некролиз эпидермальный острый,
- некролиз эпидермальный токсический,
- токсический острый эпидермолиз,
- кожно-аллергический эпидермальный некролиз.





Четких определений синдромов **Лайелла** и **Стивенса-Джонсона** до сих пор нет. Оба синдрома относятся к самым тяжелым формам лекарственной токсидермии.

- эритематозные пятна на коже и слизистых оболочках (**эритематозная стадия**) в течение 2–3 дней превращающихся в дряблые тонкостенные пузыри неправильной формы (**буллёзная стадия**) со склонностью к слиянию, легко разрывающихся с эрозированием обширных поверхностей (**десквамационная стадия**). В разгар болезни поражённая поверхность напоминает ожог кипятком II–III степеней.

Положительные **симптомы Никольского** (отслойка эпидермиса) и **Асбо–Ганзена** (при надавливании на пузырь увеличивается его размер вследствие отслойки эпидермиса по периферии пузыря под действием повышенного давления его содержимого)

- Поражение половых органов (вагинит, баланопостит)
- Геморрагический (с переходом в язвенно-некротический) конъюнктивит — наиболее раннее проявление заболевания
- Выраженная общая интоксикация, вызванная потерей жидкости и белка через поражённые эрозированные поверхности, нарушением водно-солевого баланса, развитием инфекционных поражений (часто пневмоний, вторичного инфицирования кожи), кровотечением из ЖКТ вплоть до летального исхода.

- Обязательная госпитализации в реанимационное отделение или блок интенсивной терапии
- Больных ведут как ожоговых (желательна «ожоговая палатка») в максимально стерильных условиях, чтобы не допустить экзогенного инфицирования.

- **Экстракорпоральная гемосорбция (через сорбенты).**
- **Плазмаферез:** 1. он способствует выведению из организма токсических продуктов, которыми являются собственные и бактериальные токсины, аллергены, циркулирующие в крови иммунные комплексы, активные иммунные клетки.
2. - нормализация нарушенной иммунной защиты организма.

- нормализация водно-электролитного баланса в организме,
- Гормоны,
- Препараты, поддерживающие функции печени (карсил) и почек (канефрон и т.д.).
- Антибиотики.
- Минеральные вещества, мочегонные.
- Гипербарическая оксигенация.

Лабораторные данные при синдроме Лайелла

Лабораторные данные	Патология
Общий анализ крови	Лейкоцитоз со снижением значительного количества лимфоцитов, анэозинофелия, повышение СОЭ
Лейкоцитарный индекс интоксикации	Резко увеличен
Фибринолитическая активность плазмы	Высокое содержание плазмина, активаторов плазминогена, снижение ингибиторов плазминогена
Протеинограмма	Снижение общего белка. Особенно альбуминов, резкое повышение среднемолекулярных белков
Биохимический анализ	Увеличение билирубина, мочевины, азота, повышение активности аланинаминотрансферазы
Общий анализ мочи	Микроальбуминурия, протеинурия, гематурия

эритематозные
очаги яркого цвета,
уртикарные и

<p>буллёзные высыпания, обширные, эрозии</p> <p>Критерий оценки</p>	<p>Булезная форма МЭЭ (многоформная экссудативная эритема)</p>	<p>ССД (Синдром Стивенса - Джонсона)</p>	<p>СЛ (Синдром Лайелла)</p>
<p>Этиология</p>	<p>Инфекционные агенты, лекарственные препараты</p>	<p>Инфекционные агенты, лекарственные препараты</p>	<p>лекарственные препараты</p>
<p>Сезонность возникновения</p>	<p>Характерно</p>	<p>Характерно</p>	<p>Нет</p>
<p>Склонность к рецидивам</p>	<p>Характерно</p>	<p>Характерно</p>	<p>Нет</p>
<p>Наличие продромального периода</p>	<p>Характерно</p>	<p>Характерно</p>	<p>Начало внезапное</p>
<p>Типичная локализация кожных высыпаний</p>	<p>Разгибательные поверхности конечностей, лицо</p>	<p>Туловище</p>	<p>Генерализованное поражение</p>
<p>Характер кожных высыпаний</p>	<p>Красного цвета папулы с резкими границами, округлой формы, до 1-2 см. в диаметре. Центральная часть имеет синюшную окраску, западает. Ограниченное число буллёзных высыпаний. Нет склонности к слиянию.</p>	<p>Высыпание носит типичный для МЭЭ характер, имеются многочисленные буллёзные элементы. Нет склонности к слиянию.</p>	<p>Обширные и склонные к слиянию эритематозные очаги яркого цвета, уртикарные и буллёзные высыпания, обширные эрозии.</p>

Микроальбуминория,
протеинурия,
гематурия

Критерий оценки	Булезная форма МЭЭ (многоформная экссудативная эритема)	ССД (Синдром Стивенса - Джонсона)	СЛ (Синдром Лайелла)
Вовлечение в процесс слизистых	Не более одной локализации. Обычно вовлекается слизистая ротовой полости.	Две и более локализации. Чаще слизистая полости рта и слизистая уретры	Генерализованное поражение
Симптом Никольского	-	-	+
Продолжительность течения процесса	10-15 дней, иногда до 4 недель	5-6 недель	10-12 недель
Общий анализ крови	Изменений нет, или незначительный лейкоцитоз, незначительное повышение СОЭ	Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение СОЭ, эозинопения	Лейкоцитоз со Снижением Относительного Количества лимфоцитов, Отсутствие эозинофилов, резкое повышение СОЭ
Общий анализ мочи	Изменений обычно нет	Изменений может не быть или Незначительная гематурия или протеинурия	Микроальбуминория, протеинурия, гематурия



Рисунок 1. Токсикодермия.



Рисунок 2. Многоформная эксудативная эритема.



Рисунки 3–4. Синдром Стивенса–Джонсона.



Рисунок 5. Синдром Лайелла.



