

Презентация «Аллергозы»

Выполнила: студентка группы 16-
сд-4
Татаренко Виолетта



Аллергозы.

Это группа заболеваний, в основе развития которых лежит аллергия, или анафилаксия. Анафилаксия – это результат опосредованной иммуноглобулинами острой аллергической реакции у сенсibilизированного человека, т.е. это – иммунопатологическая реакция. Различают гуморальный и тканевой иммунитет. В гуморальном действующим фактором является образование комплекса антиген – антитело (иммунный комплекс), который фагоцитами выводится из

В патогенезе выделяют три стадии:

1. Сенсibilизация – при первичной встрече с чужеродным агентом. Это иммунологическая стадия.
2. Биохимическая стадия. При повторных встречах с аллергеном происходит высвобождение биологически активных веществ (гистамин, ацетилхолин, серотонин) и образование брадикинина.
3. Патофизиологическая стадия. Выработка антител, образование иммунных комплексов, повышение проницаемости сосудистой стенки под влиянием брадикинина и клиническое развитие заболевания.



4 типа аллергических реакций.

1. Реакция гиперчувствительности немедленного типа.

(Анафилактический шок, острая крапивница). Развивается в течение 15-20 минут.

2. Цитотоксическая реакция. Протекает при участии иммуноглобулинов с активизацией системы комплемента, что ведет к повреждению клеточной мембраны. Развивается через 1-2 суток.

3. Иммунокомплексная реакция. Это болезни иммунных комплексов, которые оседают на стенках сосудов (васкулиты), вызывая геморрагический васкулит, сывороточную болезнь, аллергические дерматиты, пищевую аллергию.

4. Реакция гиперчувствительности замедленного типа. Это типичная аллергия тканевого характера, встречается при эндогенной бронхиальной астме, альвеолитах, местных реакциях (контактных

Острая крапивница.

Аллергическое заболевание, которое характеризуется быстрым распространением высыпаний на коже, представляющих собой отек ограниченного кожного участка, главным образом сосочкового слоя. Различают аллергический и псевдоаллергический варианты крапивницы

Этиология.

Аллергенами чаще всего бывают лекарственные препараты (антибиотики, рентген-контрастные вещества), сыворотки, гамма-глобулины, пищевые продукты (цитрусы, клубника, яйца).

Клиника.

Заболевание начинается внезапно с нестерпимого кожного зуда, вскоре присоединяется уртикарная сыпь – на местах зуда появляются гиперемизированные участки, выступающие над поверхностью кожи. Они располагаются отдельно или сливаются, образуя элементы разной формы с неровными четкими краями. Может сопровождаться лихорадкой, головной болью, слабостью. Продолжительность – от нескольких часов до нескольких суток. Если заболевание продолжается более 5-6 недель, оно переходит в хроническую форму, что характеризуется волнообразным течением и длится до 20-30 лет с периодами ремиссии.



Лечение.

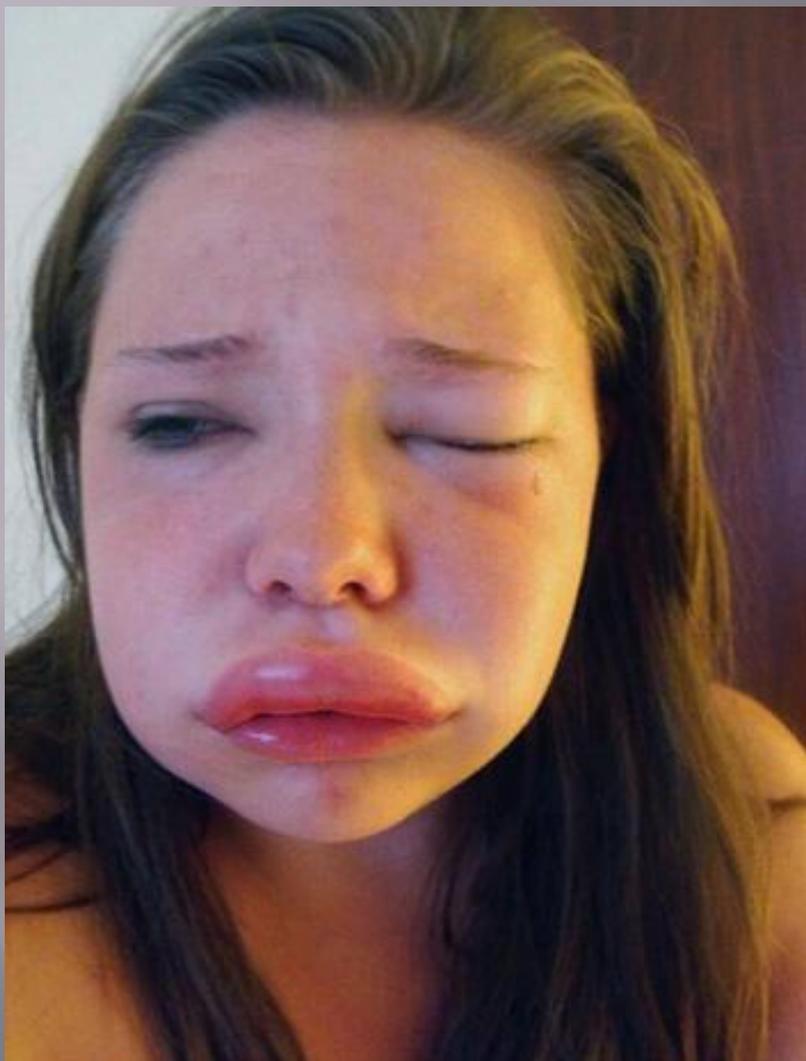
Отмена лекарственных препаратов, голодание, выведение аллергена путем повторных очистительных клизм или приемом активированного угля. В восстановительный период выявляется аллерген. Антигистаминные препараты. Глюкокортикоиды при тяжелом течении, при неэффективности антигистаминных. Лечение псевдоаллергической крапивницы и патологией органов пищеварения направлено на эти заболевания (диета, запрещение приема алкоголя, курения, контакта с гепетотропными ядами). Применяется заместительная терапия (фестал, мезим, панкреатин), гепатопротекторы.

Ангионевротический отек Квинке. Одна из форм крапивницы с распространением процесса на глубоко лежащие отделы кожи и подкожной клетчатки, а также слизистые оболочки различных органов и систем. Как правило, возникает в связи с дефицитом ингибитора C1 – первого компонента комплемента. Дефицит этот либо наследственного характера, либо приобретенного при лимфопролиферативных заболеваниях.

Этиология.

Разнообразные аллергены и их сочетания (лекарства, пищевые продукты, косметические средства, стиральные порошки).

Клиника. Внезапно возникают уплотнения кожи и подкожной клетчатки на губах, щеках, веках, половых органах. Отек имеет вид большого, бледного, плотного инфильтрата без зуда. Наибольшую опасность представляет локализация отека на гортани. В этом случае вначале появляется «лающий» кашель, осиплость голоса, затем нарастает одышка вначале инспираторного, затем смешанного характера. Дыхание становится шумным, стридорозным. Лицо бледное, цианотичное, нарастает ДН. 3 Отек может локализоваться на слизистой оболочке ж-к-т и симулировать клинику острого живота. При локализации на лице может распространиться на серозные мозговые оболочки с возникновением менингеальных



Лечение.

Госпитализация. Адреналина гидрохлорид 0,1% р-р 0,3-0,5 п\к.

□ Антигистаминные.

Глюкокортикоиды. Лазикс в\в 2-4 мл. Ингаляции сальбутамола, алупента при удушье. Также применяются контрикал, андрогены, повышающие уровень С1-компонента комплемента в печени, метилтестостерон. В последующем пациента направляют к аллергологу для выявления аллергена и последующего наблюдения.

Сывороточная болезнь.

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.

Использование концентрированных и очищенных сывороток снизило количество сывороточных реакций в несколько раз, до 10%. Применение некоторых лекарственных препаратов, содержащих животный белок, также может стать причиной возникновения сывороточной болезни, механизм возникновения которой состоит в неблагоприятном воздействии ЦИК.

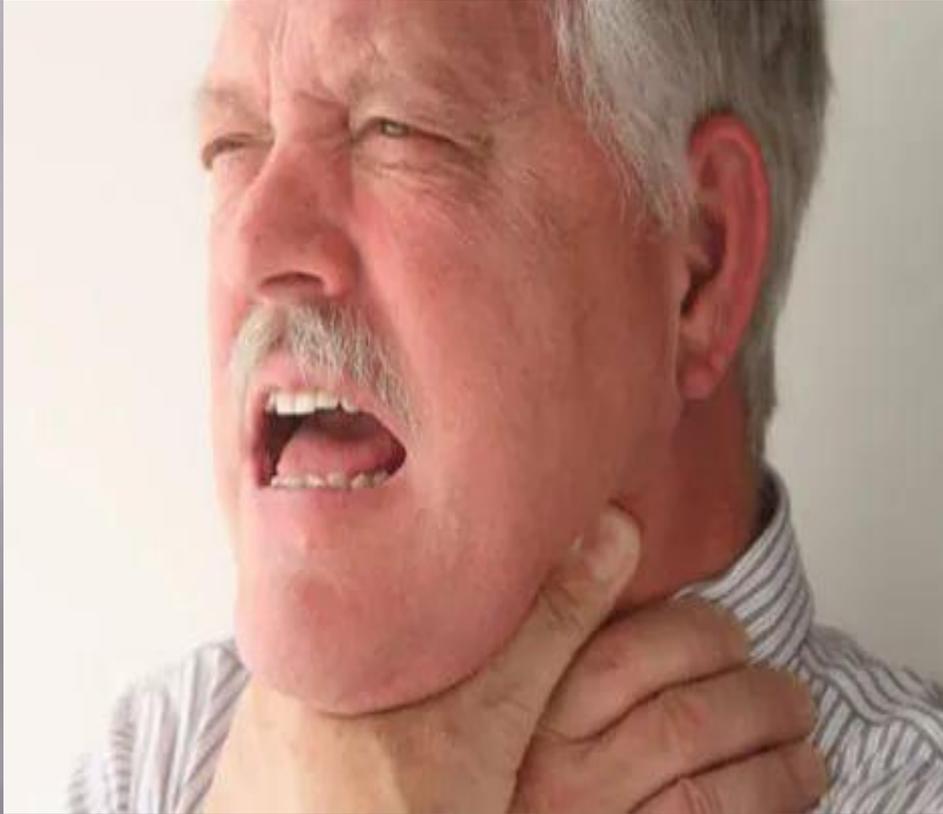
При достаточной величине ЦИК и малом излишке антигена, они откладываются в стенках сосудов, увеличивая тем самым их проницаемость, что повреждает ткани и сосуды посредством иммуноглобулинов класса G, т.е. типичная аллергическая реакция 3 типа. Кроме того, при сывороточной болезни появляются антитела класса IgE, участие которых в патологическом процессе приводит к освобождению серотонина, гистамина и тромбоцитоактивирующего фактора, что приводит к усилению повреждающего воздействия на соединительную ткань.

Клиника. При сывороточной болезни возникают проявления экссудативной гиперергии в слизистых оболочках, коже, внутренних органах. Происходит застой крови в небольших сосудах, кровоизлияния, тромбозы, дистрофия паренхиматозных органов, отек. Характерна гиперплазия и макрофагально-плазмоцитарная трансформация лимфоидной ткани лимфатических узлов, селезенки. По тяжести течения сывороточная болезнь подразделяется на легкую, среднетяжелую и тяжелую формы. 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. Изза отека слизистой оболочки возможен отек гортани, угрожающий асфиксией. Анализ крови: нейтропения, лейкопения с лимфоцитозом, увеличенная скорость оседания эритроцитов. Анализ мочи: гиалиновые цилиндры, альбуминурия, свежие и выщелоченные эритроциты. Продолжительность сывороточной болезни от нескольких дней до 2-3 недель. Постановка диагноза ставится на основе информации о применении сыворотки или других препаратов, содержащих белок, и характерных симптомов.



Лечение.

При сложных случаях заболевания, которым сопутствуют поражения суставов, сердца, нервной системы, применяются кортикостероиды кратковременным курсом. Нестероидные противовоспалительные средства используются при сильных поражениях суставов, мочегонные препараты применяются при отеках. При легких формах болезни широко применяются адреналин, антигистаминные препараты и препараты кальция. Для ослабления кожного зуда применяют обтирания слабоспиртовым раствором ментола и принимают теплые ванны. Пациенты со среднетяжелой и тяжелой формами сывороточной болезни или анафилактическим шоком подлежат госпитализации.



Анафилактический шок.

Это вид аллергической реакции немедленного типа, который возникает при повторном введении в организм аллергена и является наиболее опасным аллергическим заболеванием. Этиология. 1. Лекарственные препараты. 2. Укусы насекомых (пчел, ос). 3. Введение белковых препаратов (вакцин, сывороток). 4. Пищевые аллергены. Чаще развивается у лиц, страдающих аллергическими заболеваниями (бронхиальная астма, контактные дерматиты, поллиноз), а также при повторном лечении одним и тем же препаратом.

Патогенез.

Выделяют три стадии:

1. Иммунологическую. Развивается сенсбилизация организма, этот период может продолжаться многие месяцы, контакт с аллергеном может пройти незамеченным.

2. Биохимическую. При повторных встречах с аллергеном происходит высвобождение биологически активных веществ (гистамин, ацетилхолин, серотонин) и образование брадикинина.

3. Патофизиологическую. Под влиянием брадикинина происходит нарушение проницаемости сосудистой стенки, сокращение гладкой мускулатуры бронхов, кишечника и других органов, аллергическое воспаление кожи, слизистых и внутренних органов. Доза и способ введения не имеют решающего значения.



Клиническая классификация. 1. Типичная форма. 2. Гемодинамический вариант. 3. Асфиктический вариант. 4. Церебральный вариант. 5. Абдоминальный вариант. Время появления клинических симптомов колеблется от нескольких секунд до 2 часов.

Остро возникает состояние дискомфорта, некоторые пациенты говорят, что их «обдало жаром», возникает чувство внутреннего беспокойства, страха смерти. Наблюдается резкий кашель, тошнота, иногда рвота. Резкая слабость, ощущение покалывания и зуда кожи 7 лица, рук, головы, ощущение прилива крови к голове, лицу, чувство тяжести за грудиной. Затем наступают расстройства сознания, при «молниеносной» форме больные не успевают предъявить какие-либо жалобы. Объективно: гиперемия кожных покровов или бледность и цианоз, отек век, лица, обильная потливость, возможны судороги, непроизвольное выделение мочи и кала. Зрачки расширяются, на свет не реагируют. Пульс частый, нитевидный, тоны сердца глухие, возможны аритмии. А\Д часто не определяется. Появляется одышка, затрудненное дыхание с хрипами и пеной изо рта. Аускультативно в начальном периоде шока – крупнопузырчатые хрипы, затем из-за выраженного отека слизистой бронхов и тотального бронхоспазма картина «немного легкого». В последующем развивается симптоматика отека легкого.

Гемодинамический вариант.

На первое место выступают нарушения со стороны с-с-с: интенсивные боли за грудиной, слабость или исчезновение пульса, резкое падение АД, мраморность кожных покровов. Нарушения дыхания и ЦНС менее выражены.

Асфиктический вариант.

Преобладает острая дыхательная недостаточность, тотальный бронхоспазм с последующим отеком легких. Признаки декомпенсации гемодинамики и нарушений ЦНС присоединяются позже при затяжном течении шока. Церебральный вариант.

Преимущественно клиника нарушений со стороны ЦНС: психомоторное возбуждение, страх, нарушения сознания, судорог, дыхательной аритмии. Возможен псевдоэпилептический статус с последующей остановкой дыхания и сердечной деятельности.

Абдоминальный вариант. Преобладание симптомов «острого живота» с признаками раздражения брюшины, что нередко ведет к ошибочной диагностике.

По течению:

1. Острое злокачественное течение. Наиболее тяжелое и опасное. Характерно острое начало, быстрое падение А\Д, нарушение сознания и нарастание ДН, бронхоспазма, резистентность к проводимой терапии.
2. Острое доброкачественное течение. Симптомы не так резко выражены, хорошо поддается терапии.
3. Затяжное течение. Острое начало с выраженными симптомами, которые поддаются лечению, но остается длительная умеренная симптоматика, резистентная к терапии. Часто на введение бициллина, т.к. препарат медленно выводится из организма.
4. Рецидивирующее течение. Развитие повторного шокового состояния после первоначального купирования его симптомов.
5. Абортивное течение. Оно наиболее благоприятное. Клинические симптомы быстро проходят и легко купируются, иногда проходит даже без введения лекарственных средств.



Неотложная помощь.

Неотложная доврачебная помощь при в/м введении: Немедленно прекратить введение лекарственного препарата .

Вызвать врача через третье лицо.

Оценить состояние пациента.

Потянуть поршень шприца «на себя» с целью уменьшить количество уже введенного лекарства.

Уложить, успокоить пациента.

Расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха.

Обколоть место инъекции 0,5 мл 0,1% раствором адреналина гидрохлорида.

На место инъекции положить кусочек льда.

Обеспечить доступ к вене.

Осуществлять контроль за состоянием пациента,

показателями гемодинамики, не

По прибытии врача
приготовить и по назначению
врача ввести:

0,5 – 1 мл 0,1% р-ра адреналина
гидрохлорида п/к.

60-90 мг преднизолона в\в
струйно и продолжать вводить
глюкокортикоиды в/в
капельно.

1-2 мл антигистаминных
(тавегил, супрастин) в\в.

При развитии бронхоспазма
ввести эуфиллин 2,4% -- 10 мл
на физ. растворе.

Продолжать осуществлять
контроль за состоянием
пациента и гемодинамикой.

Госпитализация пациента.

При в/в введении:

Немедленно прекратить введение
лек. препарата, не выходя из вены!!!

Вызвать врача через третье лицо.

Оценить состояние пациента.

Уложить, успокоить пациента.

Расстегнуть стесняющую одежду,
обеспечить доступ свежего воздуха.

Осуществлять контроль за
состоянием пациента, показателями
гемодинамики, не снимая манжетки

Далее все так же, как при в/м
введении.

При необходимости провести СЛР.

На всех этапах оказания неотложной
помощи ингаляция кислорода.

Экстренная госпитализация в
реанимационное отделение.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!