

С.Ж Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина
Университеті

* СРИ

Тема: Редко встречающиеся аллергические
заболевания. Экзогенный аллергический альвеолит

Выполнила: Есмуратова А.А
704-1 группа – терапия

Алматы, 2018

**Экзогенный аллергический альвеолит
(ЭАА), или гиперчувствительный**

пневмонит представляет собой диффузный гранулематозный воспалительный процесс альвеол и интерстициальной ткани легких, развивающийся под влиянием интенсивной и продолжительной ингаляции преимущественно органических водонерастворимых АГ.



Экзогенный аллергический альвеолит

*История

- * Заболевание было впервые описано в 1932 г. J. Campbell у пяти фермеров, у которых наблюдалось развитие острых респираторных симптомов после работы с влажным заплесневелым сеном. Эта форма заболевания получила название «легкое фермера».
- * Затем были описаны и иные варианты. Вторая по значению ЭАА - «легкое любителей птиц» — была описана С. Reed и соавт. (1965 г.) у трех больных, занимавшихся разведением голубей

ЭТИОЛОГИЯ

Этиологические факторы экзогенного аллергического альвеолита могут быть распределены на несколько групп:

- 1) термофильные актиномицеты;
- 2) плесень (*Aspergillus*, *Pemellium*, *Al-ternaria*);
- 3) пыль растительного и животного происхождения (древесная и шерстяная);
- 4) белковые антигены (птичий помет и перья, домашняя пыль и др.);
- 5) пищевые антигены (сыр, грибы, солод, мука и др.);
- 6) медикаменты (пенициллин, нитрофураны, соли золота и др.).

Вид альвеолита	Источник аллергена	Аллергены, к которым имеются преципитины
Амбарная болезнь	Рассыпанная пшеница	Амбарный долгоносик (<i>Sitophilus granarius</i>)
Багассоз	Заплесневевший сахарный тростник	<i>Thermoactinomyces vulgaris</i>
Болезнь вдыхающих порошок гипофиза	Порошок высушенных гипофизов свиней и крупного рогатого скота	Антигены гипофиза
Болезнь молольщиков кофе	Зёрна кофе	Пыль кофейных бобов
Болезнь моющихся в сауне	Влажная древесина	<i>Pullularia</i>
Болезнь работников сыроварен	Некоторые сорта сыра	<i>Penicillium glaucum</i>
Кашель ткачей	Заплесневший хлопок	
Лёгкое жителей Новой Гвинеи	Заплесневелая тростниковая пыль	
Лёгкое дубильщиков	Заплесневелая кора клёна	<i>Cryptostroma corticale</i>

Лёгкое работающих с грибами	Грибные споры	Thermoactinomyces vulgaris Micropolyspora faeni
Лёгкое работающих с солодом	Прелый ячмень солодовая пыль	Aspergillus fumigatus Aspergillus clatus
Лёгкое фермера	Прелое сено	Micropolyspora faeni
Летний гиперчувствительный японский пневмонит	Влажный тёплый воздух помещений, содержащий споры грибов	Thermoactinomyces vulgaris Cryptococcus neoformans
Ликопердиноз	Споры гриба-дождевика	
Секвойоз	Опилки красного дерева	Aureobasidium pullulans
Субероз	Пробковая пыль	Плесень пыль пробкового дерева

* Патогенез

Для того чтобы развился ЭАА, необходимо глубокое – до альвеол – проникновение аллергенов. Поэтому величина аллергенов не должна превышать 5 мкм, они должны быть устойчивы к действию лизосомальных ферментов, экспозиция их (контакт с ними) должна быть длительной. Аллерген должен быть представлен в корпускулярном виде (клетки) или в виде агрегированного белка, в том числе в комплексе с низкомолекулярными гаптенами.

ЭАА считается иммунопатологическим заболеванием, в развитии которого ведущая роль принадлежит аллергическим реакциям 3-го и 4-го типов (по классификации Gell, Coombs).

Имеет значение и неиммунное воспаление.

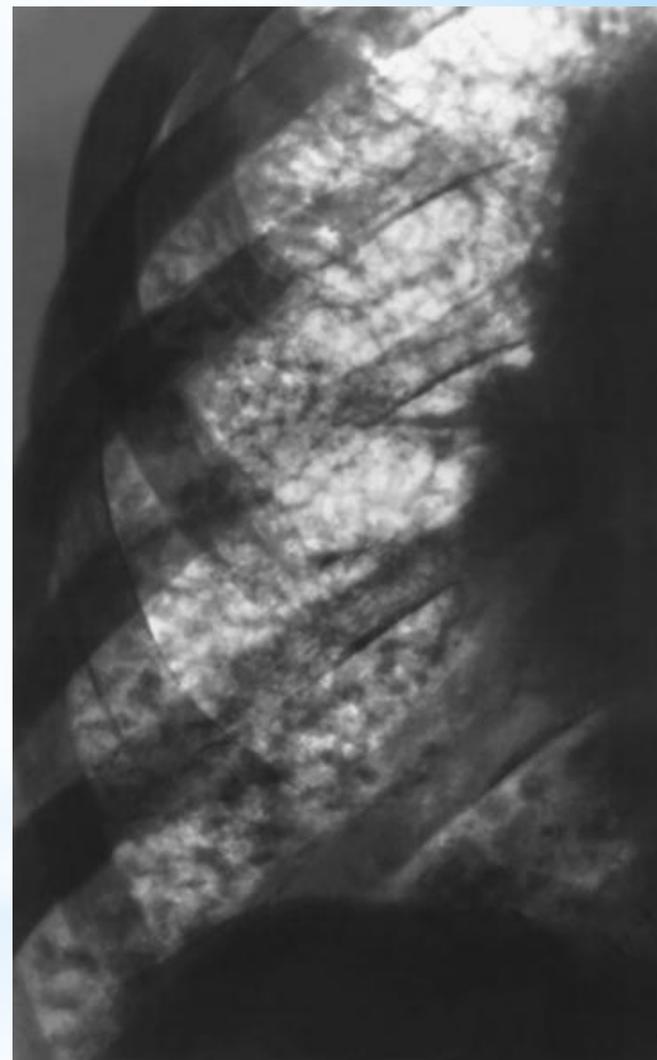
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина экзогенного аллергического альвеолита зависит от характера течения заболевания: **острого, подострого или хронического.**

Острый ЭАА обычно развивается после массивной экспозиции антигена. Симптомы появляются через 4 - 12 ч и включают в себя лихорадку, озноб, слабость, тяжесть в грудной клетке, кашель, одышку, боли в мышцах и суставах. Мокрота у пациентов бывает редко, а если присутствует, то скудная, слизистая. Частым симптомом также являются фронтальные головные боли. При осмотре пациента часто выявляют цианоз, при аускультации легких - крепитацию, более выраженную в базальных отделах, иногда могут присутствовать и свистящие хрипы. Перечисленные симптомы обычно разрешаются в течение 24 - 72 ч, однако часто повторяются вновь после нового контакта с "виновным" антигеном. Одышка при физической нагрузке, слабость и общая вялость могут сохраняться в течение нескольких недель.

*Подострая форма развивается при менее интенсивной хронической экспозиции "виновных" антигенов, что чаще происходит в домашних условиях. Характерным примером является ЭАА, связанный с контактом с домашними птицами. Основными симптомами являются одышка при физической нагрузке, быстрая утомляемость, кашель со слизистой мокротой, иногда лихорадка в дебюте заболевания. В легких, обычно в базальных отделах, выслушивается мягкая крепитация.

Хроническая форма ЭАА. В клинической картине преобладают признаки дыхательной и сердечной (преимущественно правожелудочковой) недостаточности, одышка и кашель становятся постоянными, часто наблюдается изменение концевых фаланг пальцев рук в виде "часовых стекол" и "барабанных палочек". а рентгенологически этот процесс сопровождается появлением более выраженного пневмосклероза и прогрессированием диссеминированных очаговых изменений в легких. Иногда появляется рентгенологическая картина, описываемая как «сотовое легкое».



«Сотовое легкое».

ДИАГНОСТИКА

Анамнеза: указания на наличие профессионального или домашнего АГ, его определенной экспозиции, установление связи между действием АГ и клинической симптоматикой.

Объективных данных: аускультативных данных, признаков дыхательной недостаточности при хроническом течении.

Кожного тестирования с некоторыми АГ: прик-тест – при эпидермальной аллергии; внутрикожная проба – при грибковой аллергии; патч-тест – при аллергии к некоторым химическим веществам (моющие средства и пр.).

ДИАГНОСТИКА

Исследования функции внешнего дыхания: для всех форм экзогенного аллергического альвеолита характерны **рестриктивный тип** дыхательных нарушений со снижением легочных объемов, диффузионной способности и податливости легких, а также гипоксемия после физической нагрузки, а затем и в покое.

.

Рентгенографии грудной клетки: при острых и подострых формах ЭАА наиболее частыми находками являются снижение прозрачности легочных полей по типу «матового стекла», распространенные узелково-сетчатые затемнения (до 3 мм во всех участках легких).

ДИАГНОСТИКА

Лабораторного исследования:

- в крови выявляется умеренный лейкоцитоз.
- Часто отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
- Эозинофилия выявляется редко и часто является незначительной.
- У большинства пациентов отмечаются нормальные значения СОЭ, однако в 31% случаев этот показатель достигает 20-40 мм/ч, в 8% – превышает 40 мм/ч.
- Часто выявляют повышенные уровни общих IgG и IgM, иногда также увеличено содержание общего IgA.
- У некоторых больных обнаруживают умеренное повышение активности ревматоидного фактора.

ДИАГНОСТИКА

Исследования лаважной жидкости. Можно выявить увеличенное в 5 раз содержание Т-лимфоцитов (преимущественно CD8 Т-лимфоцитов). Соотношение CD4 Т-лимфоцитов к CD8 Т-лимфоцитам превышает 1:2.

Биопсии легкого

При ЭАА биопсия легкого позволяет выявить три основных признака: лимфоцитарный бронхиолит, интерстициальную инфильтрацию из плазматических клеток и лимфоцитов (в поздней стадии – интерстициальный фиброз) и единичные, беспорядочно расположенные гранулемы без некроза.

ЛЕЧЕНИЕ

При остром, тяжелом и прогрессирующем течении заболевания назначают **глюкокортикостероиды по 1-1,5 мг преднизолона на 1 кг массы больного в сутки**. Кортикостероидные препараты применяют несколько недель с постепенным уменьшением дозы до полной отмены. Длительность лечения кортикостероидными препаратами сугубо индивидуальна и зависит от клинического эффекта и того, как больной переносит эти препараты.

При легком течении заболевания какой-либо медикаментозной терапии не требуется и симптомы болезни исчезают после прекращения контакта с аллергеном.

- * При неэффективности или непереносимости кортикостероидов назначают циклофосфамид, 2 мг/кг/сут внутрь (не более 200 мг/кг/сут), в сочетании с преднизоном, 0,25 мг/кг/сут внутрь. Лечение проводят под контролем числа нейтрофилов, которое не должно быть ниже 1500 мкл⁻¹. Продолжительность лечения не менее 3 мес.
- * Об эффективности лечения обычно судят по улучшению клинической и рентгенологической картины, улучшению или стабилизации функции внешнего дыхания. ЖЕЛ возрастает в среднем на 25%, диффузионная способность — на 40%, повышается насыщение крови кислородом при физической нагрузке. Оценку эффективности лечения проводят не ранее чем через 3 мес после его начала.

ПРОФИЛАКТИКА

Первичная профилактика

Необходимость соблюдения гигиенических норм касается производственных и прочих помещений, в которых содержатся животные и птицы. Требуется тщательный уход за кондиционерами и увлажнителями воздуха.

Вторичная профилактика экзогенного аллергического альвеолита заключается в прекращении контакта с аллергенами лиц, прошедших лечение по поводу аллергического альвеолита. В тех случаях, когда болезнь связана с условиями работы, необходима смена профессии.