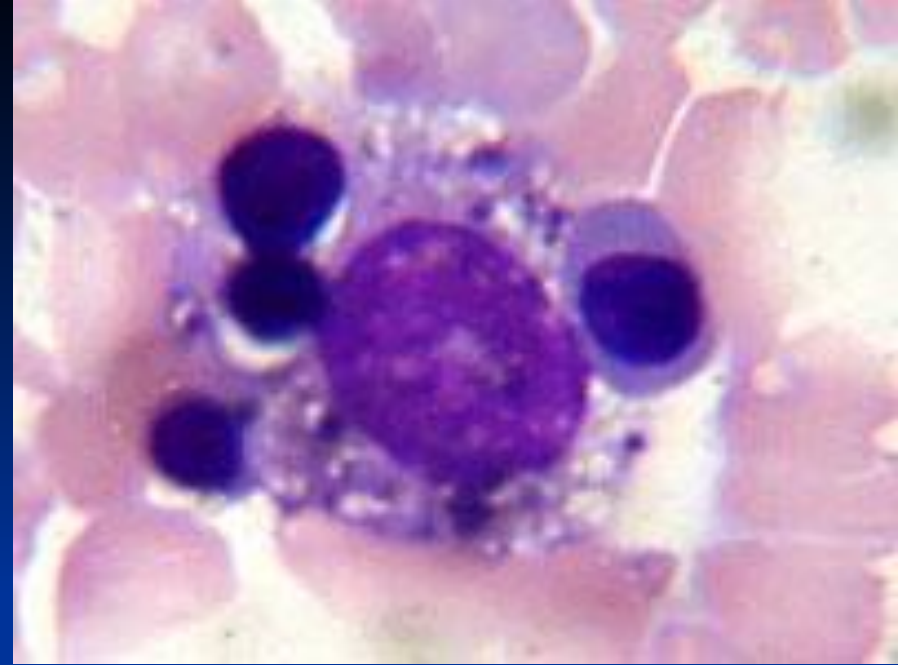


Аллергозы.



Zone
Camel



- Острые аллергозы – болезни, в основе развития которых лежит повреждение тканей, вызванное иммунными реакциями с экзогенными аллергенами.

■ ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

-
- Патогенез аллергических реакций изучен на сегодняшний день достаточно полно и подробно описан во многих отечественных и зарубежных монографиях по аллергологии и клинической иммунологии. В любом случае в ткани шокового органа или органа-«мишени», которым могут быть кожа, бронхи, желудочно-кишечный тракт и т.д., появляются признаки аллергического воспаления. Центральная роль в реализации этих иммунопатологических реакций принадлежит иммуноглобулинам класса E (IgE), связывание которых с антигеном приводит к выбросу из тучных клеток медиаторов аллергии (гистамина, серотонина, цитокинов и др.). Наиболее часто аллергические реакции развиваются при воздействии ингаляционных аллергенов жилищ, эпидермальных, пыльцевых, пищевых аллергенов, лекарственных средств, антигенов паразитов, а также при ужалении и укусах насекомых. Лекарственная аллергия наиболее часто развивается при применении анальгетиков, сульфаниламидов и антибиотиков из группы пенициллинов, реже цефалоспоринов (при этом следует учитывать риск перекрестной сенсибилизации к пенициллину и цефалоспорином, составляющий от 2 до 25%). Кроме того, высока в настоящее время частота развития латексной аллергии.



- **КЛИНИЧЕСКАЯ
КАРТИНА,
КЛАССИФИКАЦИЯ И
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
КРИТЕРИИ.**

С точки зрения определения объема необходимой лекарственной терапии и оценки прогноза аллергические реакции можно подразделить на:

- 1. Легкие - аллергический ринит (круглогодичный или сезонный), аллергический конъюнктивит (круглогодичный или сезонный), крапивница.
- 2. Средней тяжести и тяжелые - генерализованная крапивница, отек Квинке, острый стеноз гортани, средне-тяжелое обострение бронхиальной астмы, анафилактический шок.



Рис. 2. Эритематозно-отечные округлые элементы сыпи на туловище и конечностях. Пурпуры, пустулы, везикулы и поражения слизистых оболочек не обнаружены



- *Наибольшую настороженность при оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе должны вызывать прогностически неблагоприятные случаи развития у пациентов жизнеугрожающих состояний: тяжелый приступ астмы (status asthmaticus), анафилактический шок, отек Квинке в области гортани, острый стеноз гортани*



Рис. 4. Контактный дерматит век.

Аллергический ринит

- Затруднение носового дыхания или заложенность носа, отек слизистой оболочки носа, выделение обильного водянистого слизистого секрета, чихание, чувство жжения в глотке.



Аллергический конъюнктивит

- Гиперемия, отек, инъектированность конъюнктивы, зуд, слезотечение, светобоязнь, отечность век, сужение глазной щели.



Крапивница

- Внезапно возникающее поражение части кожи с образованием резко очерченных округлых волдырей с приподнятыми эритематозными фестончатыми краями и бледным центром, сопровождающееся выраженным зудом. Сыпь может сохраняться в течение 1-3 суток, не оставляя пигментации.



Генерализованная крапивница

- Внезапно возникающее поражение всей кожи с образованием резко очерченных округлых волдырей с приподнятыми эритематозными фестончатыми краями и бледным центром, сопровождающееся резким зудом. Возможны «подсыпания» в течение последующих 2-3 суток.



Отек Квинке

- Локальный отек кожи, подкожной клетчатки или слизистых оболочек. 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 т.ч. гортани и ЖКТ. Возможен отек гортани. Отек слизистой желудочно-кишечного тракта сопровождается кишечной коликой, тошнотой, рвотой (причина диагностических ошибок и необоснованных оперативных вмешательств).

FireAiD - все по
медицине.



FireAiD - все по
медицине.

Острый стеноз гортани

- Стеноз гортани проявляется кашлем, осиплостью голоса, удушьем, стридорозным дыханием, возможна смерть от асфиксии.



Анафилактический шок

- Артериальная гипотензия и оглушенность при нетяжелом течении, коллапс и потеря сознания при тяжелом течении, нарушение дыхания вследствие отека гортани с развитием стридора или бронхоспазма, боль в животе, крапивница, кожный зуд. Клиника развивается в течение часа после контакта с аллергеном (*чаще, в течение первых 5 минут*).

Анафилактический шок

Прекращение поступления аллергена

- наложение жгута выше места инъекции на 25 мин (каждые 10 мин ослаблять жгут на 1–2 мин);
- к месту инъекции приложить лед или грелку с холодной водой на 15 мин;
- обкалывание в 5–6 точках и инфильтрация места укуса или инъекции адреналина 0,1% – 0,3–0,5 мл с 4–5 мл физиологического раствора

Противошоковые мероприятия

- больного уложить (голова ниже ног), повернуть голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть, снять съемные зубные протезы;
- обеспечить в/в доступ и начать болюсное переливание жидкостей (физиологический раствор взрослым ≥ 1 л, детям из расчета 20 мл/кг массы тела)

Противоаллергическая терапия

- адреналин 0,1% – 0,1–0,5 мл в/м, при необходимости повторить инъекции через 5–20 мин;
- глюкокортикостероиды в/в струйно (преднизолон 60–150 мг)

Готовность к интубации и срочная госпитализация в реанимационное отделение

Симптоматическая терапия

- при сохраняющейся гипотонии только после восполнения ОЦК – вазопрессорные амины (допамин 400 мг на 500 мл 5% раствора глюкозы);
- при бронхоспазме ингаляции β_2 -агонистов короткого действия, предпочтительно через небулайзер (2 мл/2,5 мг сальбутамола или беродуала);
- при брадикардии возможно подкожное введение атропина в дозе 0,3–0,5 мг

При анализе клинической картины аллергической реакции мы должны получить ответы на следующие вопросы:

- 1) *Были ли в анамнезе аллергические реакции.*
- *Сбор аллергологического анамнеза всегда необходим перед проведением любой лекарственной терапии (в т. ч. глюкокортикоидами и антигистаминными средствами).*
- 2) *Что их вызывало.*
- *Возможна перекрестная аллергия (например, на пенициллины и цефалоспорины)*
- 3) *Чем они проявлялись*
- *Анамнестические данные сравниваются с данными, полученными при осмотре.*
- 4) *Что предшествовало возникновению реакции в этот раз (продукты питания, лекарственные средства, укусы насекомых и т.п.).*
- *Необходимо выявить возможный аллерген и путь его попадания в организм.*

Лечение острых аллергических заболеваний



При острых аллергических заболеваниях на догоспитальном этапе неотложная терапия строится по следующим направлениям:

- 1. *Прекращение дальнейшего поступления в организм предполагаемого аллергена.*
- 2. *Противоаллергическая терапия (антигистаминными препаратами или глюкокортикостероидами).*
- 3. *Симптоматическая терапия.*
- 4. *Противошоковые мероприятия*

Прекращение дальнейшего поступления в организм предполагаемого аллергена.

- Например, в случае реакции на лекарственный препарат, введенный парентерально или при укусе/ужалении насекомых - наложение жгута выше места инъекции или укуса на 25 мин (каждые 10 минут необходимо ослаблять жгут на 1-2 минуты); к месту инъекции или укуса - 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% раствора адреналина с 4,5 мл изотонического раствора хлорида натрия.



Противоаллергическая терапия (антигистаминными препаратами или глюкокортикоидами).

- Введение антигистаминных препаратов показано при аллергическом рините, аллергическом конъюнктивите, крапивнице. Терапию глюкокортикоидами проводят при анафилактическом шоке и при отеке Квинке (в последнем случае – препарат выбора): внутривенно вводят 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) 1-2 мл внутримышечно. При отеке Квинке для предупреждения влияния на ткани гистамина необходимо комбинировать антигистаминные препараты нового поколения (семпрекс, кларитин, клоратадин) с глюкокортикоидами.



Симптоматическая терапия.

- При развитии бронхоспазма – показано ингаляционное введение β_2 -агонистов и других бронхолитических и противовоспалительных препаратов через небулайзер. Коррекцию артериальной гипотонии и восполнение объема циркулирующей крови проводят с помощью введения солевых и коллоидных растворов (изотонического раствора хлорида натрия 500-1000 мл, стабизола 500 мл, полиглюкина 400 мл). Применение вазопрессорных аминов (допамин 400 мг на 500 мл 5% глюкозы, норадреналина 0,2 - 2 мл на 500 мл 5% раствора глюкозы, доза титруется до достижения уровня систолического давления 90 мм рт.ст.) возможно только после восполнения ОЦК. При брадикардии возможно введение атропина в дозе 0,3-0,5 мг подкожно (при необходимости, введение повторяют каждые 10 минут). При наличии цианоза, диспноэ, сухих хрипов показана также кислородотерапия.

Противошоковые мероприятия.

- При анафилактическом шоке больного следует уложить (голова ниже ног), повернуть голову в сторону (во избежание аспирации рвотных масс), выдвинуть нижнюю челюсть, при наличии съемных зубных протезов - удалить. Подкожно вводят адреналин в дозе 0,1 - 0,5 мл 0,1% раствора (препарат выбора), при необходимости инъекции повторяют каждые 20 минут в течение часа под контролем уровня АД. При нестабильной гемодинамике с развитием непосредственной угрозы для жизни возможно внутривенное введение адреналина. При этом 1 мл 0,1% раствора адреналина разводится в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия и вводится с начальной скоростью 1 мкг/мин (1 мл в мин). При необходимости скорость может быть увеличена до 2-10 мкг/мин. Внутривенное введение адреналина проводится под контролем частоты сердечных сокращений, дыхания, уровня артериального давления (систолическое артериальное давление необходимо поддерживать на уровне более 100 мм рт.ст. у взрослых и более 50 мм рт.ст. у детей).
-

Анафилактический шок

```
graph TD; A[Анафилактический шок] --> B[Прекращение поступления аллергена]; A --> C[Противошоковые мероприятия]; A --> D[Прекращение поступления аллергена]; B --> E[Наложение жгута, обкалывание адреналином места инъекции или укуса]; C --> F[Адреналин, переливание жидкостей]; D --> G[Глюкокортикоиды];
```

Прекращение поступления аллергена

Наложение жгута, обкалывание адреналином места инъекции или укуса

Противошоковые мероприятия

Адреналин, переливание жидкостей

Прекращение поступления аллергена

Глюкокортикоиды

■ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ ТЕРАПИИ.

- · Изолированное назначение H₁-гистаминовых блокаторов при тяжелых аллергических реакциях, равно как и при бронхообструктивном синдроме, не имеет самостоятельного значения и на догоспитальном этапе лишь приводит к неоправданной потере времени.
- · Использование дипразина (пипольфена) еще и опасно усугублением гипотонии.
- · Позднее назначение ГКС; необоснованное применение малых доз ГКС.
- · Использование отдельных препаратов, не показанных для лечения аллергических заболеваний (глюконата кальция, хлористого кальция и пр.).
- · Наличие в таблице оснащения бригад скорой помощи препаратов однонаправленного действия (супрастин-димедрол-тавегил-диазолин и т.д.) экономически неоправданно.
- · Неиспользование топических ГКС и b₂-агонистов при аллергическом стенозе гортани и бронхоспазме.

■ ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.

После оказания неотложной помощи больные со среднетяжелыми и тяжелыми аллергическими реакциями (анафилактический шок, отек Квинке) должны быть госпитализированы в стационар для дальнейшего наблюдения. При легких аллергических реакциях вопрос о госпитализации решается индивидуально в каждом случае.

- Работы выполнил:

- студент 4 курса

- 41 группы

- Климов Роман