

Запорізький державний медичний університет
Кафедра загальної практики - сімейної медицини

ГОСТРІ АЛЕРГОЗИ. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА.

Лектор: зав. каф., д.
мед.н., професор
Михайловська Н.С.
2016 рік



ПЛАН

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ АЛЕРГІЯ
2. ТИПИ АЛЕРГІЧНИХ РЕАКЦІЙ
3. АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК
4. НАБРЯК КВІНКЕ
5. КРОПИВ'ЯНКА
6. ТОКСИКО-АЛЕРГІЧНІ ШКІРНІ РЕАКЦІЇ?
7. СИНДРОМ СТВЕНСА - ДЖОНСОНА (ЛІКАРСЬКИЙ ДЕРМАТОЗ)
8. СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА (ТОКСИЧНИЙ ЕПІДЕРМАЛЬНИЙ НЕКРОЛІЗ)
9. СИРОВАТКОВА ХВОРОБА

- **АЛЕРГІЯ** - це патологічно підвищена специфічна чутливість організму до речовин з антигенними властивостями, що виявляється комплексом порушень, що виникають при клітинних і гуморальних імунологічних реакціях (стан патологічно підвищеної реакції організму на будь-які речовини чужорідної природи, в основі якої лежать імунологічні механізми).
- Т. ч. алергія – це імунна реакція, що супроводжується пошкодженням власних тканин.



- **АЛЕРГЕНИ** - речовини, здатні викликати алергічну реакцію (антигени, що викликають специфічно підвищену чутливість організму).

екзоалергени



ендоалергени



Екзоалергени

(що потрапляють в організм ззовні):

- неінфекційного походження - пилок рослин, побутовий пил, шерсть тварин, лікарські речовини, харчові продукти, продукти хімічного виробництва;
- інфекційного походження - віруси, мікроорганізми, гриби, найпростіші, паразити.



Ендоалергени -

власні, але видозмінені білки організму
(аутоалергени):

- первинні (природні) - кришталік, тиреоглобулін.
- вторинні - утворюються в організмі при порушеннях обмінних процесів під впливом неінфекційних і інфекційних факторів (опіки, охолодження, іонізуюча радіація, мікроорганізми, віруси, гриби та ін.).

За джерелом походження неінфекційні алергени діляться:

- Побутові алергени (шерсть, пил, пір'я і т. д.)
- Природні алергени (пилок рослин)
- Промислові алергени (борошняна, вовняна пил)

Шляхи проникнення екзоалергенів в організм:

- перкутанний
- інгаляційний
- ентеральний
- парентеральний

Типи алергічних реакцій

(класифікація П. Желлі і Р. Кумбса з доп.)

- 1) **алергічні реакції негайного типу (або анафілактичні реакції)** – I тип. *На шкірі і слизових виникають гіперемія, набряк і свербіж.*
- 2) **цитотоксичний, званий також цитолітичним** – II тип. *На слизовій оболонці порожнини рота і всьому тілі спостерігається пурпура.*
- 3) **Імунокомплексний (або алергії за типом феномена Артюса)** – III тип. *На слизовій оболонці порожнини рота - багатоформна еритема, яку нерідко називають медикаментозною енантемою.*
- 4) **клітинно-опосередкований (або алергічні реакції уповільненого типу)** – IV тип. *На слизовій оболонці порожнини рота спостерігається хронічне потовщення епітелію.*



Анафілактичний шок або

анафілаксія — гостра генералізована алергічна реакція негайного типу, стан різко підвищеної чутливості організму, що розвивається при повторному введенні в організм алергену, що супроводжується пошкодженням власних тканин, зниженням артеріального тиску і порушенням кровопостачання життєво важливих органів.

- Одне з найбільш небезпечних ускладнень лікарської алергії, *закінчується в 10-20% випадків летально.*
- *Швидкість виникнення анафілактичного шоку — від декількох секунд або хвилин до 2 годин від початку контакту з алергеном.* У розвитку анафілактичної реакції у хворих з високим ступенем сенсibiliзації ні доза, ні спосіб введення алергену не грають вирішальної ролі. Однак велика доза препарату збільшує тяжкість і тривалість перебігу шоку.

Причини виникнення (етіологія)

- Прийом лікарських препаратів.
- Введення препаратів крові.
- Харчові продукти (курячі яйця, кава, какао, шоколад, полуниця, суниця, риба, молоко, алкогольні напої).
- Введення вакцин і сироваток.
- Укуси комах (оси, бджоли та ін.).
- Пилкові алергени.
- Хімічні засоби (косметика, миючі засоби).
- Вовна тварин.





Клінічні симптоми

- **період провісників** розвивається протягом 3-30 хв після дії алергену (прийому ліків, їжі, ужалення або укусу комахами та ін.).
- Різко виражена місцева реакція в місці попадання алергену в організм - незвично різкий біль, сильний набряк, припухлість і почервоніння в місці укусу комахи або ін'єкції лікарського препарату, сильний свербіж шкіри, швидко поширюється по всій шкірі (генералізований свербіж). При прийомі алергену всередину першим симптомом може бути різкий біль в животі, нудота і блювота, набряк порожнини рота і гортані.



Клінічні симптоми

період розпалу характеризується втратою свідомості, падінням артеріального тиску (менше 90/60 мм рт. ст.), тахікардією, блідістю шкірних покривів, ціанозом губ, холодним потом, задишкою, мимовільним сечовипусканням і дефекацією, зменшенням виділення сечі.



Клінічні симптоми

- **Період виходу з шоку** триває, як правило, 3-4 тижні. У хворих зберігаються слабкість, головний біль, погіршення пам'яті. У цей період можуть розвиватися гострий інфаркт міокарда, порушення мозкового кровообігу, алергічний міокардит, гломерулонефрит, гепатит, ураження нервової системи (менінгоенцефаліт, арахноїдит, поліневрити), гемолітична анемія і тромбоцитопенія.

Форми анафілактичного шоку

- При **гемодинамічній формі** в клінічній картині поряд з гіпотонією домінують біль в області серця, аритмії. Можливий розвиток гострого інфаркту міокарда та гострої лівошлуночкової недостатності.
- **Асфіктична форма** характеризується появою задишки (бронхоспазм, набряк легенів) або осиплості голосу і стридорозне дихання (набряк гортані).
- При **абдомінальній формі** у хворих домінують болі в епігастрії, симптоми подразнення очеревини, мимовільна дефекація, мелена.
- **Церебральна форма** характеризується виникненням психомоторного збудження, оглушенням, судомами і менінгеальними симптомами, які обумовлені набряком головного мозку і мозкових оболонок.



Діагностика

Діагностика анафілактичного шоку ґрунтується на характерній клінічній картині, головними в якій є:

- гіпотонія,
- втрата свідомості,
- периферичні симптоми шоку,
- симптоми розвиваються після введення лікарських препаратів, вживання харчових продуктів, ужалення і укусів комахами та ін.

Перша допомога

- Припиняють введення ліків-алергенів, що викликають анафілактичний шок.
- Укласти хворого на рівну, тверду поверхню з піднятим ножним кінцем.
- Повернути голову на бік, видалити протези і висунути нижню щелепу для попередження западання язика і асфіксії, фіксувати мову.
- Забезпечити доступ свіжого повітря.
- Розстебнути одяг, покласти холод на місце введення алергену і, якщо дозволяє локалізація, накласти джгут (на 25-30 хв) на кінцівку проксимальніше місця надходження антигену (ліки, отрути комах). Обколоти його розчином 0,1% адреналіну, розведеного в 10 разів фізіологічним розчином, видалити жало і покласти на це місце лід.

- Ввести 0,1% розчин адреналіну в обсязі 0,3-0,5 мл (у дітей 0,01 мг / кг маси тіла, максимально 0,3 мг) внутрішньом'язово. Його повторне введення здійснюють через 5 хв (максимальна сумарна доза 2,0 мл). При збереженні гіпотонії адреналін (0,1%), розведений в 10 разів фізіологічним розчином, вводять внутрішньовенно струменево.



- Слідом за адреналіном повинні **вводитися глюкокортикоїди**. При цьому слід знати, що дози глюкокортикоїдів, необхідні для купірування анафілактичного шоку, в десятки разів перевищують «фізіологічні» дозування:
- **1 «велика» ампула метилпреднізолону (як для пульс-терапії) (500 мг), або 5 ампул дексаметазону по 4 мг (20 мг), або 5 ампул преднізолону по 30 мг (150 мг). Менші дози малоефективні.** Необхідна доза визначається тяжкістю стану хворого з анафілактичним шоком. Ефект глюкокортикоїдів, на відміну від адреналіну, настає не відразу, а через десятки хвилин або кілька годин, але триває довше. Повторне їх введення здійснюють через 4-6 год. Ці препарати попереджають розвиток рецидиву анафілаксії і її затяжного перебігу.

- Показано введення антигістамінних препаратів з цифри не знижуючих артеріальний тиск і не володіють високим власним алергенним потенціалом: 1-2 мл 1% димедролу і супрастину, тавегіл. Не можна вводити дипразин - він, як і інші похідні фенотіазину, має значний власний алергенний потенціал і, крім того, знижує і без того низький артеріальний тиск у хворого з анафілаксією.
- *Відповідно до сучасних уявлень введення хлориду або глюконату кальцію, яке широко практикувалося раніше, не тільки не показано, але і здатне негативно позначитися на стані пацієнта.*

- При **бронхоспазмі**, резистентном до адреналіну, призначають інгаляційні β_2 -агоністи короткої дії (сальбутамол 2,5-5 мг через небулайзер і ін.). При відсутності свідомості внутрішньовенно повільно вводять еуфілін (2,4% - 10 мл), розведений фізіологічним розчином або розчином глюкози.
- **Оксигенотерапія** (швидкість 6-8 л / хв) показана у хворих з важким шоком, при необхідності частих ін'єкцій адреналіну і при супутніх захворюваннях легенів і серця, що супроводжуються гіпоксемією.
- При відсутності ефекту терапії при набряку гортані показана **трахеостомія** або **конікотомія**.
- У разі клінічної смерті здійснюють **штучне дихання і непрямий масаж серця**.

Набряк Квінке

синонім: ангіоневротичний набряк, гігантська кропив'янка, кропив'янка Мілтона

гострий, раптово розвинутий, обмежений набряк шкіри та підшкірної клітковини і (або) слизових оболонок, в основі якого лежить алергічна реакція негайного типу.

Вперше захворювання було описано в 1882 році, німецьким лікарем і дослідником

Генріхом Квінке.

Етіологія

- харчові продукти (арахіс, шоколад, молоко, екзотичні фрукти і ін.),
- вдихувані пилкові або пилові алергени,
- лікарські препарати (частіше у літніх людей на інгібітори АПФ),
- вплив різних фізичних факторів, таких як холод, яскраве сонячне світло і ін.

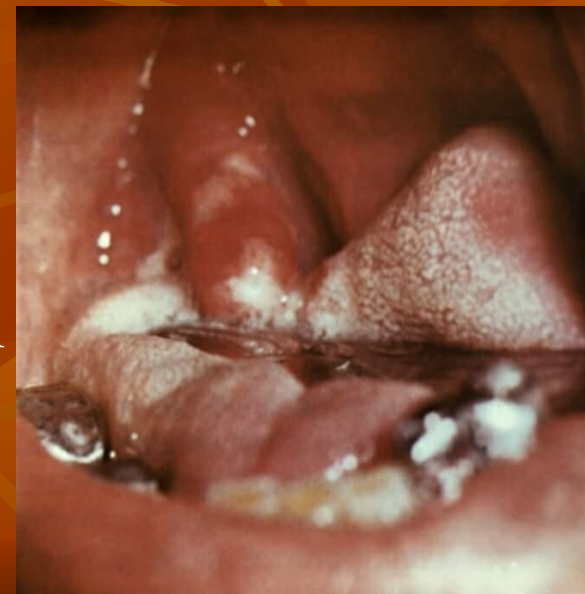
Клінічна картина

- гостро виникає і спонтанно проходить, локальний набряк шкіри, підшкірної клітковини і (або) слизових оболонок. Найчастіше область обличчя та шиї (губи, повіки, щоки), нижні і верхні кінцівки, статеві органи. набряк може виникнути в будь-якій частині тела. набряк щільний, не утворює ямки після натискання. набряк блідий або злегка червоний. У більшості випадків супроводжується кропив'янкою, зудять висипаннями.



Клінічна картина

- Найбільш небезпечним є набряк гортані, язика : порушення ковтання, першіння, утруднене дихання, кашель, іноді кровохаркання, дихальна недостатність.
- При огляді порожнини рота виявляється набряк м'якого піднебіння, язичка і піднебінних мигдалин, при ларингоскопії відзначається набряк надгортанника і слизової оболонки гортані.



Клінічна картина

- **Набряк слизової оболонки шлунково-кишкового тракту** супроводжується появою різких болів в животі, блювотою і подальшим проносом.
- **Випіт рідини плевральну порожнину:** кашель, біль у грудях
- **Набряк мозкових оболонок:** головний біль, можливі судоми, порушення свідомості.



Принципи лікування

- усунення виявлених причинних факторів,
- симптоматична терапія,
- базисна терапія
- профілактика загострень (рецидивів набряків).

Лікарські засоби

- **антагоністи H₁-рецепторів гістаміну:**
фексофенадин (60 до 240 мг 1-2 рази на добу);
дезлоратадин (5 мг / добу); лоратадин (10 мг / добу); цетиризин (10-20 мг / добу); ебастин (10 мг / добу); акривастин (8 мг 3 рази на добу) та інші.
- У важких випадках, при неефективності лікування антигістамінними засобами проводиться короткий курс лікування глюкокортикостероїдами: преднізолон (40-60 мг / добу), дексаметазон (8-20 мг / добу).



Кропив'янка

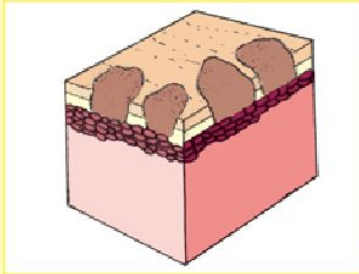


- Кропив'янка - алергічне захворювання, що характеризується утворенням на шкірі і слизових оболонках пухирів.
- Розрізняють: імунологічну (в т.ч. харчова, лікарська та ін.) і неімунологічну (сюди відносяться холодова, теплова, від тиску, вібраційна) кропив'янки.

RECOGNIZING COMMON SKIN LESIONS

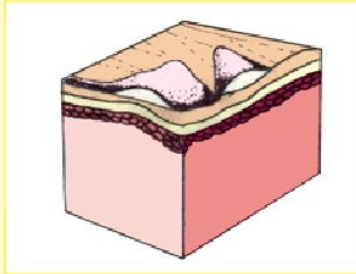
Correct identification of skin lesions is important in documenting skin assessment findings.

Macule



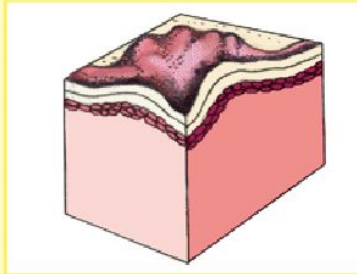
A small (usually less than 1 cm in diameter), flat blemish or discoloration that can be brown, tan, red, or white and has the same texture as surrounding skin

Vesicle



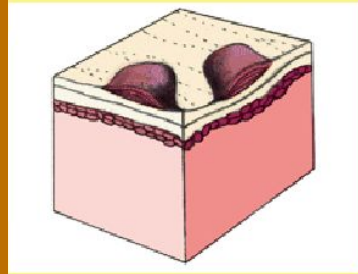
A small (less than 0.5 cm in diameter), thin-walled, raised blister containing clear, serous, purulent, or bloody fluid

Wheal



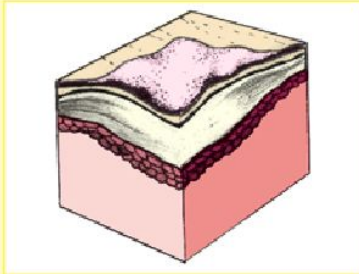
A slightly raised, firm lesion of variable size and shape, surrounded by edema; skin may be red or pale

Papule



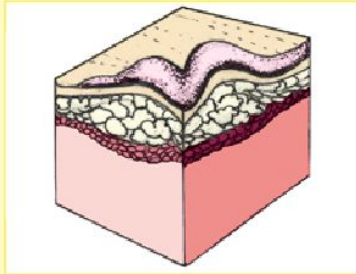
A small, solid, raised lesion less than 1 cm in diameter; with red to purple skin discoloration

Bulla



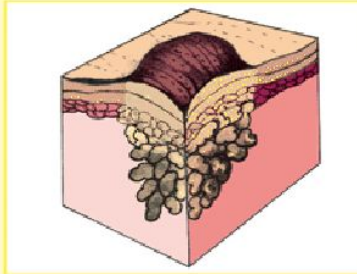
A raised, thin-walled blister greater than 0.5 cm in diameter; containing clear or serous fluid

Pustule



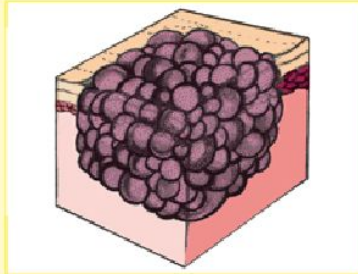
A circumscribed, pus- or lymph-filled, elevated lesion that varies in diameter and may be firm or soft, and white or yellow

Nodule



A small, firm, circumscribed, elevated lesion 1 to 2 cm in diameter with possible skin discoloration

Tumor

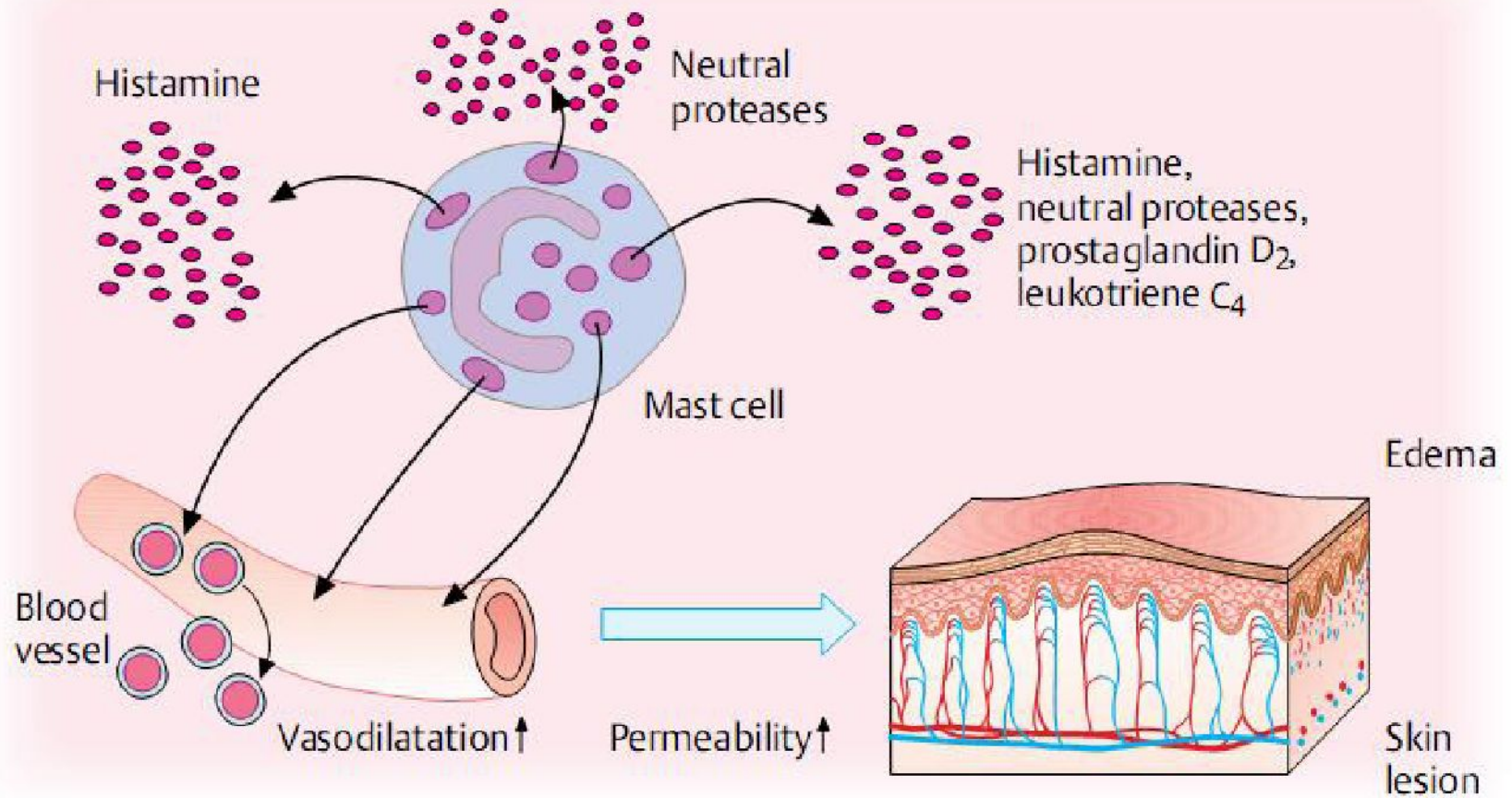


A solid, raised mass usually larger than 2 cm in diameter with possible skin discoloration

Етіологія і патогенез

- Екзогенні фактори (фізичні - температурні, механічні, хімічні та ін.) І ендогенні фактори (патологічні процеси у внутрішніх органах, порушення нервової системи).
- Роль алергенів можуть грати неповністю розщеплені білкові продукти, токсини, токсичні речовини, що утворюються при колітах, недостатній функції нирок.
- Можлива бактеріальна алергія.
- Важливу роль в патогенезі кропив'янки грають функціональні порушення нервової системи, особливо вегетативної.

Патогенез



Клінічна картина

- Гостра кропив'янка характеризується утворенням на шкірі (рідше слизових оболонках) ексудативних безполостних ефемерних елементів - пухирів, набряклих, щільних, яскраво-рожевого кольору, піднімають над рівнем шкіри, різних розмірів (діаметром від 0,5 до 10-15 см) і обрисів (округлих, крупнофестончате та ін.), нерідко з зоною збліднення в центрі.



Клінічна картина

- Хронічна рецидивуюча кропив'янка розвивається на тлі тривалої сенсibiliзації, обумовленої вогнищами хронічної інфекції, порушенням діяльності шлунково-кишкового тракту, печінки та ін. Характеризується появою пухирів на різних ділянках шкірного покриву. Під час нападу можливі головний біль, слабкість, підвищення температури тіла, артралгії.

Уповільнена кропив'янка від ТИСКУ



Холінергічна кропив'янка



Теплова контактна кропив'янка



Холодовая крапивница



Дермографическая кропив'янка



Алергічна кропив'янка



Алергічна кропив'янка



Алергічна кропив'янка



Алергічна кропив'янка



Лікування:

- Підбір адекватної терапії для досягнення медикаментозної ремісії хронічної кропив'янки
- **Немедикаментозне лікування:**
- Виняток етіологічно значущих алергенів і тригерів
- Гіпоалергенна дієта з виключенням передбачуваних або облігатних алергенів.

Лікування

- При гострій кропивниці, викликаній прийомом всередину лікарських і харчових речовин, показані проносні засоби, антигістамінні препарати.
- У важких випадках напад можна купірувати введенням п / к 1 мл адреналіну, кортикостероїдних препаратів (при загрозовому набряку гортані краще вводити в / в). Засоби проти сверблячки шкіри: 1% спиртовий розчин ментолу, саліцилової кислоти, календули.
- При хронічній кропив'янці необхідно виявити етіологічний фактор. У разі виявлення алергену показана специфічна гіпосенсибілізація, санація вогнищ хронічної інфекції, лікування хвороб шлунково-кишкового тракту, дегельмінтизація. При порушеннях нервової системи - седативна терапія.