
Острые аллергические реакции

Выполнила Олесова В.М.

-
- В большинстве высокоразвитых стран сохраняется тенденция к росту аллергических реакций на лекарственные препараты, соединения бытовой химии и ужаление перепончатокрылых насекомых (пчелы, осы, шмели и шершни).
 - В настоящее время аллергическая патология входит в шестерку наиболее частых заболеваний человека. По статистике, аллергией страдает каждый пятый житель нашей планеты
-

Острый аллергоз – это клиническое выражение иммунной реакции немедленного типа (опосредованной IgE) на воздействие различных экзогенных аллергенов при котором повреждаются собственные ткани.

- Необходимо отметить, что для развития аллергоза обязательна **предшествующая сенсibilизация организма веществом**, способным вызывать образование специфических антител, которые при последующем контакте с антигеном приводят к высвобождению биологически активных субстанций, формирующих клиническую симптоматику аллергии, в том числе и шока.
-

Этиология

- Острую аллергическую реакцию вызывают сами по себе неопасные вещества (аллергены):
- ингаляционные аллергены жилищ
- пыльца растений
- пищевые аллергены
- лекарственные средства
- латекс
- химические вещества
- антигены паразитов а также при
- ~~ужаление и укусы насекомых~~

-
- Лекарственная аллергия наиболее часто развивается при применении анальгетиков, сульфаниламидов и антибиотиков из группы пенициллинов, реже цефалоспоринов (при этом следует учитывать риск перекрестной сенсibilизации к пенициллину и цефалоспоринам, составляющий от 2 до 25%).
-

Провоцирующие факторы и факторы риска развития аллергических реакций

- резкое ухудшение экологии
- острый и хронический стресс
- вредные привычки
- интенсивное развитие всех видов промышленности без достаточного соблюдения природоохранительных мер
- бесконтрольное применение медикаментов
- широкое использование косметики и синтетических изделий,

-
- прочное внедрение в быт средств дезинфекции и дезинсекции
 - изменение характера питания
 - появление новых аллергенов
 - широкая обязательная вакцинация населения против многих инфекционных заболеваний и проч.
-

Патогенез

Попавшие на кожу и слизистые аллергены поглощаются макрофагами, которые их перерабатывают и представляют Т-хелперам. Т-хелперы начинают вырабатывать цитокины, которые стимулируют:

- 1) пролиферацию В-лимфоцитов, связавших аллерген,
 - 2) дифференцировку В-лимфоцитов в плазматические клетки,
 - 3) продукцию IgE -антител.
-

-
- Специфичные к антигену IgE-антитела фиксируются на мембранах тучных клеток, базофилов и др. (**первичный иммунный ответ**). Повторно поступивший в организм аллерген перекрестно связывает (стягивает) между собою фиксированные на клетке IgE-антитела и клеточные рецепторы этого иммуноглобулина.
-

Перекрестное связывание двух поверхностных молекул IgE активирует тучные клетки (вторичный иммунный ответ), в результате чего из них секретируются медиаторы, которые действуют на другие клетки и ткани и вызывают тем самым быстро развивающиеся внешние проявления реакции (**ранняя фаза, возникает в пределах минут после действия аллергена**): сокращение гладкой мускулатуры, изменение местной микроциркуляции, повышение сосудистой проницаемости, отек ткани, раздражение периферических нервных окончаний, гиперсекреция слизи слизистыми железами.

- Отдельные медиаторы вызывают миграцию и хемотаксис других клеток-участников реакции: эозинофилов, Т-клеток (Th2-клеток), базофилов, моноцитов, нейтрофилов, которые, будучи активированными накапливающимися медиаторами и, возможно, IgE-опосредованным механизмом, также секретируют медиаторы, дополняющие своим действием внешние проявления тканевой реакции. Поскольку на привлечение этих клеток затрачивается относительно продолжительное время, то вызываемая ими реакция отсрочена по отношению к моменту действия аллергена (**поздняя или отсроченная фаза, возникает через 6-8 часов и более после действия аллергена**).

-
- В зависимости от того, в каком органе или ткани произойдет встреча аллергена с фиксированными на клетках воспаления IgE антителами, возникают характерные проявления, создающие **клиническую картину аллергического заболевания:**
-

-
- **на конъюнктиве глаз** - аллергического конъюнктивита с характерными симптомами зуда, слезотечения, светобоязни
 - **на слизистой носа** - аллергического ринита с симптомами обильного выделения слизи, зуда, чихания, заложенности носа
 - **в бронхо-легочном аппарате** - бронхиальной астмы с признаками обратимого нарушения проходимости бронхов вследствие сокращения гладкой мускулатуры бронхов, отека слизистой, гиперсекреции слизи и закупорки ею просвета мелких бронхов
-

-
- **в поверхностных слоях кожи -**
аллергической крапивницы
 - **в глубоких слоях дермы -** отека Квинке.
 - Если в реакцию одновременно включается значительное число эффекторных клеток аллергии, распределенных в разных тканях, то возникает общая системная реакция - **анафилактический шок.**
-

Классификация

По прогнозу течения и риску развития жизнеугрожающих состояний острые аллергические заболевания подразделяются на:

- 1) **легкие**, к которым относят аллергический ринит, аллергический конъюнктивит, локализованную крапивницу;
- 2) **тяжелые** (прогностически неблагоприятные) - генерализованная крапивница, отек Квинке, анафилактический шок.

Клиническая картина

Аллергические заболевания	Клинические проявления
Аллергический ринит	Затрудненность носового дыхания или заложенность носа, отек слизистой оболочки носа, выделение обильного водянистого слизистого секрета, чихание, чувство жжения в глотке
Аллергический КОНЪЮНКТИВИТ	Гиперемия, отек, инъецированность 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. Возможно появление новых высыпаний 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 могут отмечаться отеки суставов, слизистых оболочек, в том числе гортани и ЖКТ. Отек гортани проявляется кашлем, осиплостью

голоса, удушьем, стридорозным дыханием, возможна смерть от асфиксии. Отек слизистой желудочно-кишечного тракта сопровождается кишечной коликой, тошнотой, рвотой (причина диагностических ошибок и необоснованных оперативных вмешательств)

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)

-
- **Диагностика.**
 - Начальный осмотр должен включать оценку:
 - - уровня сознания;
 - - проходимости дыхательных путей (наличие стридора, диспноэ, свистящего дыхания, одышки или апноэ);
 - - сердечно-сосудистой системы (гипотензия или снижение АД);
 - - состояния кожных покровов и видимых слизистых (сыпь, отек, гиперемия, следы расчесов), отмечают распространенность, локализацию, размер и цвет указанных изменений;
 - - гастроинтестинальных проявлений (тошнота, боли в животе, диарея).
-

-
- **При сборе анамнеза нужно задать следующие обязательные вопросы:**
 - - Были ли раньше аллергические реакции? Что их вызывало? Бытовые, эпидермальные, пыльцевые, пищевые аллергены, лекарственные средства, укусы насекомых и др.- Чем они проявлялись?
 - **Сбор аллергологического анамнеза необходимо проводить перед началом любой лекарственной терапии**
-

-
- Какие препараты применялись для лечения (антигистаминные, глюкокортикостероиды, адреналин и др.)?
 - - Что предшествовало развитию аллергической реакции на этот раз (продукт питания, не входящий в обычный рацион, укус насекомого, прием лекарства и т.д.)?
 - Необходимо выявить возможный аллерген и путь его попадания в организм
 - Какие меры принимались больным самостоятельно и их эффективность?
-

-
- **Объективное обследование:**
 - измерение АД, ЧДД, ЧСС, температуры, аускультация легких и сердца, пальпаторное исследование лимфатических узлов и брюшной полости, при отеке лица и шеи проводится осмотр гортани (консультация ЛОР-врача).
-

-
- **Лабораторно-инструментальная диагностика:**
 - **общеклинические лабораторные анализы, ЭКГ. В КАК м.б эозинофилия**
 - **Специфическое аллергологическое обследование:**
 - **проводит врач-аллерголог в специализированном аллергологическом учреждении.**
-

-
- **Дифференциальная диагностика**
 - Дифференциальная диагностика проводится с токсическими и псевдоаллергическими реакциями. Для истинных аллергических реакций характерны типичные проявления аллергии (крапивница, отек Квинке, риноконъюнктивит и др), а при других реакциях ведущими являются нейровегетативные симптомы (головокружение, тошнота, рвота, понос, сердцебиение, парестезии, затрудненное дыхание, зуд, тревога и т.д.).
-

Лечение

Комплекс лечебных мероприятий должен быть абсолютно неотложным!

- **1.** прежде всего необходимо уложить больного, повернуть его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Если у больного есть зубные протезы, их необходимо удалить.

- немедленно ввести внутримышечно 0,1 % раствор адреналина в начальной дозе 0,3—0,5 мл. Нельзя вводить в одно место более 1 мл адреналина, так как, обладая большим сосудосуживающим действием, он тормозит и собственное всасывание. Препарат вводят дробно по 0,3—0,5 мл в разные участки тела каждые 10—15 мин до выведения больного из коллаптоидного состояния. Обязательными контрольными показателями при введении адреналина должны быть показатели пульса, дыхания и АД.

- необходимо прекратить дальнейшее поступление аллергена в организм — прекратить введение лекарственного препарата, осторожно удалить жало с ядовитым мешочком, если ужалила пчела. Ни в коем случае нельзя выдавливать жало или массировать место укуса, так как это усиливает всасывание яда.
- Выше места инъекции (ужаления) наложить жгут, если позволяет локализация (каждые 15 минут ослаблять). Место введения лекарства (ужаления)
- Обколоть в 5-6 точках 0,1 % раствором адреналина в количестве 0,3—1 мл и приложить к нему лед для предотвращения дальнейшего всасывания аллергена.
- При закапывании аллергенного медикамента в носовые ходы или конъюнктивальный мешок необходимо промыть проточной водой.
- При пероральном приеме аллергена промывают больному желудок, если позволяет его состояние;

- обеспечить внутривенный доступ и начать болюсное введение жидкости коллоидные и кристаллоидные растворы (физиологический раствор взрослым - 1 л, детям из расчета 20 мл/кг)
- стероидные гормоны: 90—120 мг преднизолона или 8—20 мг дексаметазона внутривенно;
- при нестабильной гемодинамике и ухудшении состояния больного: адреналин 0,1% - 1 мл развести в 100 мл физиологического раствора (1:10 000 или 1:100 000) и вводить внутривенно как можно медленно под контролем ЧСС и уровня АД (систолическое АД необходимо поддерживать на уровне выше 100 мм рт. ст.);

- 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 АД 90 мм рт. ст.) возможно только после восполнения ОЦК ;
- при развитии бронхоспазма для его купирования показаны ингаляции β 2 -агонистов короткого действия (сальбутамола или беродуала) и топические ингаляционные глюкокортикостероиды (предпочтительно через небулайзер);
- при наличии цианоза, диспноэ, сухих хрипов показана также кислородотерапия.

-
- необходимо обеспечить адекватную легочную вентиляцию: обязательно отсасывать накопившийся секрет из трахеи и ротовой полости, а также вплоть до купирования тяжелого состояния проводить кислородную терапию; при необходимости — ИВЛ или ВИВЛ;
 - при появлении стридорозного дыхания и отсутствии эффекта от комплексной терапии (см. выше) необходимо немедленно произвести интубацию.
-

-
- **При легких острых аллергических заболеваниях** проводится монотерапия антигистаминными препаратами (предпочтительно II и III поколения: акривастин, лоратадин, фексофенадин, цетиризин и др.).
 - Применение пероральных антигистаминов II и III поколения (акривастин, лоратадин, фексофенадин, цетиризин) более эффективно и безопасно, чем внутримышечные введение антигистаминов I поколения (хлоропирамин).
-

-
- **Показания к госпитализации.**
 - Госпитализации подлежат все больные тяжелыми острыми аллергиями. При легких острых аллергиях вопрос о госпитализации решается индивидуально в каждом конкретном случае.
-

- **Типичные ошибки.**
- - Изолированное назначение антигистаминных препаратов при тяжелых острых аллергозах и бронхообструктивном синдроме приводит к неоправданной потере времени.
- - Позднее назначение или необоснованное применение малых доз глюкокортикостероидов ухудшает прогноз и увеличивает сроки купирования тяжелых острых аллергических заболеваний.
- - Применение таких препаратов, как глюконат кальция, хлористый кальций, тиосульфат натрия, гемодез, не показано, в связи с их неэффективностью и непредсказуемым влиянием на течение острого аллергоза.
- - Использование дипразина (пипольфена) опасно усугублением гипотонии.
- - Отказ от использования топических ингаляционных глюкокортикостероидов и β_2 -агонистов при аллергическом стенозе гортани и бронхоспазме снижает эффективность проводимой терапии.
- - Серьезной ошибкой является назначение петлевых диуретиков при аллергических отеках, так как приводит к ухудшению состояния больного.