

---

# 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  $\beta$  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  $\beta_2$ -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.