

Прогностически неблагоприятные аллергии

Классификация аллергозов

- По объему необходимой лекарственной терапии и оценки прогноза:
 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.

Аллергозы

Наибольшую настороженность при оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе должны вызывать прогностические неблагоприятные случаи развития у пациентов жизнеугрожающих состояний:

- тяжелый приступ астмы (status asthmaticus)
- анафилактический шок,
- отек Квинке в области гортани
- острый стеноз гортани

Общие принципы терапии

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

Общие принципы терапии

- Противоаллергическая терапия (антигистаминными препаратами или глюкокортикостероидами).
- Введение антигистаминных препаратов показано при аллергическом рините, аллергическом конъюнктивите, крапивнице.
- Терапию глюкокортикоидами проводят при анафилактическом шоке и при отеке Квинке
- 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.

Общие принципы терапии

- Симптоматическая терапия.
- При развитии бронхоспазма – показано ингаляционное введение β_2 -агонистов и других бронхолитических и противовоспалительных препаратов через небулайзер.
- Коррекцию артериальной гипотонии и восполнение ОЦК проводят с помощью введения солевых и коллоидных растворов (изотонического раствора хлорида натрия, 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.

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 β_2 -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.

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

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

- Развивается через 3-30 мин. после введения ЛС, при этом путь введения роли не играет.
- АШ может возникнуть после приема ЛС внутрь, в виде ингаляций, в/кожного, в т.ч. при проведении аллергологических проб, п/к, в/м и в/в введения.
- При парентеральном, и особенно в/в введении ЛС-аллергена, АШ развивается чаще и в более ранние сроки (иногда «на кончике иглы» - молниеносное развитие АШ).
- После ректального, перорального, наружного применения АШ развивается спустя 1-3 часа. Чем быстрее после контакта с ЛС-аллергеном развивается АШ, тем тяжелее он протекает.

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

характеризуется быстро наступающим падением сосудистого тонуса (снижением АД), повышением проницаемости сосудов с выходом жидкой части крови в ткани (с уменьшением ОЦК), развитием бронхоспазма и спазма гладкой мускулатуры внутренних органов.

Развивается:

- слабость, головокружение, головная боль, неприятные ощущения в области сердца, тяжесть в голове, шум в ушах, онемение языка, губ, чувство нехватки воздуха, тошнота и рвота, страх смерти.
- возможен зуд кожи, сыпь, отек Квинке, бронхоспазм, больные теряют сознание, АД резко снижается, пульс нитевидный, тонические и клонические судороги, цианоз губ, расширение зрачков.

Закономерности проявлений АШ:

!!! чем меньше времени прошло от момента поступления аллергена в организм до развития АШ, тем тяжелее клиническая картина шока.

Наибольший процент летальных исходов АШ дает при развитии его спустя 3-4 мин после попадания в организм аллергена.

Первая помощь при АШ:

- Прекращение контакта с аллергеном
- ЭКГ – мониторинг
- Придать положение с приподнятым ножным концом
- Эпинефрин 0,5 мг в/мышечно
- Пульсоксиметрия
- Ингаляция кислорода
- Катетеризация вены или внутрикостный доступ
- Преднизолон 120 мг или Дексаметазон 16 мг в/венно
- Натрия хлорид 0,9% - 500 мл в/венно капельно
- Эпинефрин 0,5 мг в/венно или в разведении Натрия хлорид 0,9% - 250 мл в/венно капельно 10-20 кап. в мин

Первая помощь при АШ:

- установить второй внутривенный катетер при САД < 80мм рт.ст.:
- – Натрия хлорид 0,9% - 500 мл в/венно капельно
- – Хлоропирамин 20-40 мг в/венно - при САД > 90 мм рт.ст.
- – Аминофиллин 240 мг в/вено медленно – при бронхоспазме
- Перед интубацией:- при нарушении дыхания (ДН III- IVст.)
- – Атропин 0,5-1 мг в/венно (по показаниям)

Первая помощь при АШ:

- Вводная анестезия комбинацией препаратов (производится при уровне сознания > 4 баллов по шкале комы ГЛАЗГО):
 - – Мидазолам 5 мг в/венно (для бригад АиР) и Кетамин 1-2 мг/кг в/венно
 - или – Диазепам 10 мг в/венно и Кетамин 1-2 мг/кг в/венно
 - или – Мидазолам 5 мг в/венно (для бригад АиР) и Фентанил 0,05-0,1 мг в/венно
 - или – Диазепам 10-20 мг в/венно и Фентанил 0,05-0,1 мг в/венно
- Санация верхних дыхательных путей
- Интубация трахеи или применение ларингеальной трубки
- ИВЛ/ВВЛ

ОТЕК КВИНКЕ

- четко локализованный отек участка дермы и подкожной клетчатки (одна из форм крапивницы).
- наблюдается в местах с рыхлой клетчаткой (губы, веки) и на слизистых оболочках: язык, мягкое небо, миндалины, гортань.
- при распространении отека на гортань появляются охриплость голоса, «лающий» кашель, шумное стридорозное дыхание, нарастает цианоз, может присоединиться бронхоспазм,
- Одновременно с кожными проявлениями может отмечаться отек суставов, гортани и ЖКТ. Возможен отек гортани. Отек слизистой ЖКТ сопровождается кишечной коликой, тошнотой, рвотой (причина диагностических ошибок).

Неотложная помощь

- Прекращение контакта с аллергеном
- ЭКГ – мониторинг
 - – Эпинефрин 0,5 мг в/мышечно
- Пульсоксиметрия
- Ингаляция кислорода
- Катетеризация вены или внутрикостный доступ
 - – Преднизолон 120 мг или Дексаметазон 16 мг в/венно
 - – Натрия хлорид 0,9% - 250мл в/венно капельно

Неотложная помощь

• При сохранении признаков обструкции верхних дыхательных путей:

•- Эпинефрин 0,5 мг в/венно

• При сохранении признаков обструкции верхних дыхательных путей:

• Интубация трахеи

• Применение ларингеальной трубки
противопоказано

• Далее – см. АШ

Стеноз гортани

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

Стеноз гортани

Тяжесть заболевания

острый ларинготрахеит без явлений стеноза гортани (лающий кашель, инспираторная одышка в горизонтальном положении)

острый ларинготрахеит + I степень острого стеноза гортани (инспираторная одышка в покое, втяжение податливых мест грудной клетки во время дыхания)

Лечение

Амбулаторное лечение Ингаляции увлажненного воздуха Симптоматическое лечение Активное наблюдение

Стационарное лечение Увлажненный кислород

Рефлекторная (отвлекающая) терапия (горячие ножные ванны, горчичники на грудную клетку и икроножные мышцы)

Антигистаминные ЛС

Бронхолитики

Муколитики

Ингаляции ГКС (по показаниям)

Стеноз гортани

острый ларинготрахеит + Стационарное лечение

II степень острого стеноза Перечисленные выше мероприятия +

гортани (выраженная

Инфузионная терапия

инспираторная одышка,

Ингаляции эпинефрина

признаки гипоксии)

ГКС в/в, в/м, в ингаляциях

Седативные препараты (при необходимости)

Внутривенная дезинтоксикационная терапия, коррекция нарушений кислотно-щелочного равновесия

острый ларинготрахеит +

Срочная госпитализация в реанимационное отделение

III—IV степень острого

Интубация или трахеостомия

стеноза гортани

Катетеризация подключичной вены для проведения

инфузионной терапии, включающей назначение ГКС и

седативных препаратов, сердечных гликозидов, коррекцию

гипокалиемии и т.д. В случае присоединения бактериальной инфекции применяют антибиотики широкого спектра

действия в/в или эндотрахеально

Стеноз гортани

Показания к интубации:

- прогрессирующая обструкция дыхательных путей, острый стеноз гортани III—IV стадии;
- нарастающее истощение физической активности, угнетение дыхательных движений;
- гипоксемия, увеличение потребности в кислороде, ацидоз;
- неэффективность интенсивной комплексной терапии в течение 3—4 часов;
- отсутствие реакции на повторные ингаляции эпинефрина.

Стеноз гортани

- Подготовка к интубации должна быть начата еще до появления критических симптомов асфиксии, потери сознания и развития тяжелой дыхательной недостаточности.
- По возможности интубации должно предшествовать эндоскопическое исследование верхних дыхательных путей, во время которого можно оценить выраженность отека подскладочного отдела гортани.
- Методом выбора является назотрахеальная интубация (быстрее и легче выполняема). Длительность нахождения интубационной трубки у детей до 2 лет не должна превышать 2—3 суток, у детей более старшего возраста — 7 суток. В отсутствие перспективы экстубации на 5—7 сутки производится трахеостомия.

