

Аллергия 2

Анафилактический шок

Аллергия– иммунная реакция организма, сопровождающаяся повреждением собственных тканей

Термин *аллергия* (Греч. Allos, другой, иной + ergon, действие) ввел Climent von Pirquet (1906) для обозначения состояния «измененной реактивности к антигенному стимулу».

В современном понимании
аллергия
представляет собою
антиген/аллергенспецифическую
повышенную чувствительность
(гиперчувствительность) организма,
в основе которой лежит
**иммунологически опосредованная
реакция воспаления**

**Аллергические болезни –
группа заболеваний, в основе
развития которых, лежит
повреждение, вызываемое
иммунной реакцией
на экзогенные аллергены**

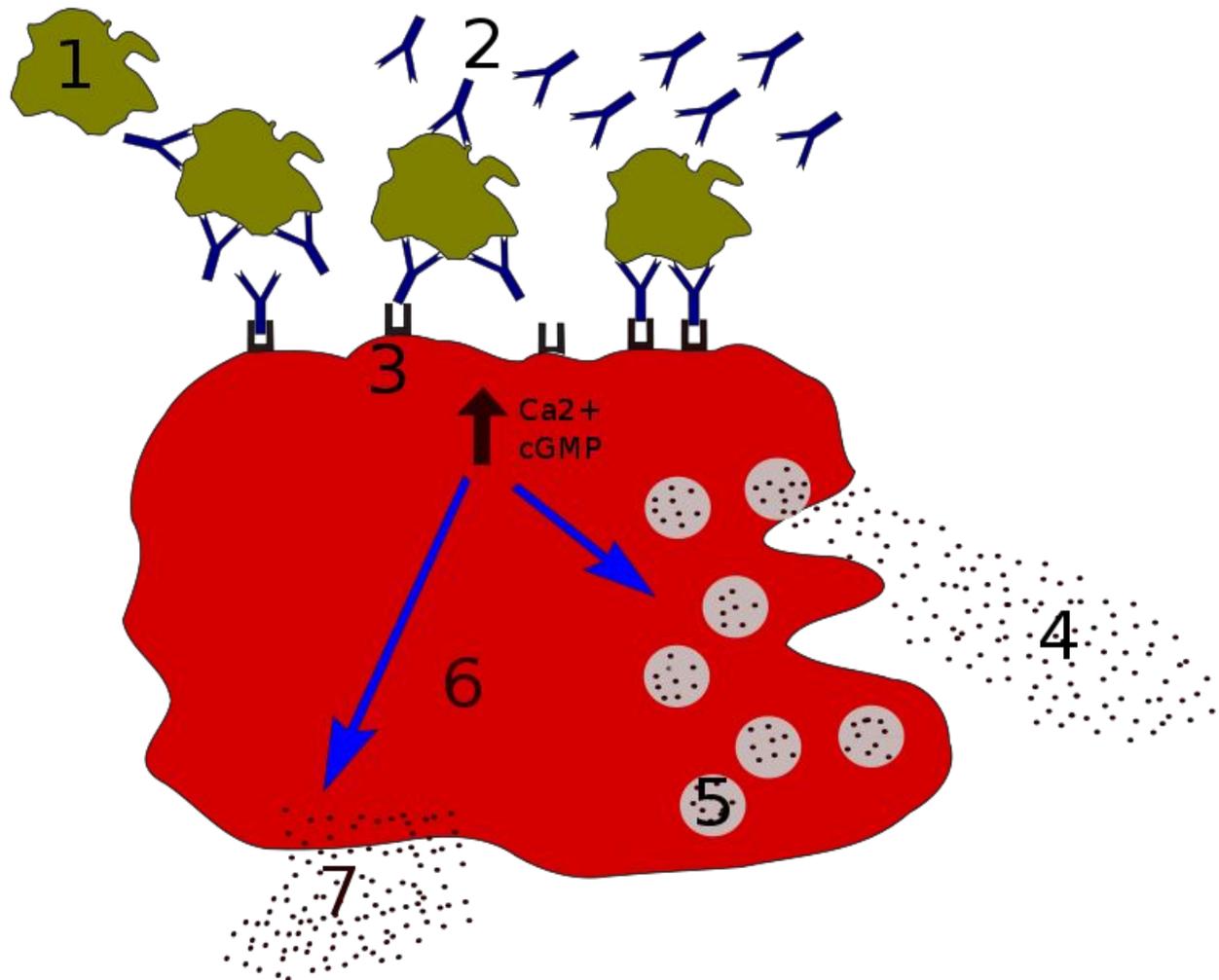
Классификации
аллергических реакций:

1. По Джеллу, Кумбсу
(Gell, Coombs, 1964)

2. По Куку
(R.A. Cooke, 1923)

Процесс дегрануляции при аллергии:

1 — Антиген; 2 — Антитело (IgE); 3 — FcεRI-рецептор; 4 — циркулирующие медиаторы (гистамин, протеазы, хемокины, гепарин); 5 — секреторные гранулы; 6 — тучная клетка; 7 — выделяемые медиаторы (простагландины, лейкотриены, тромбоксаны, PAF)



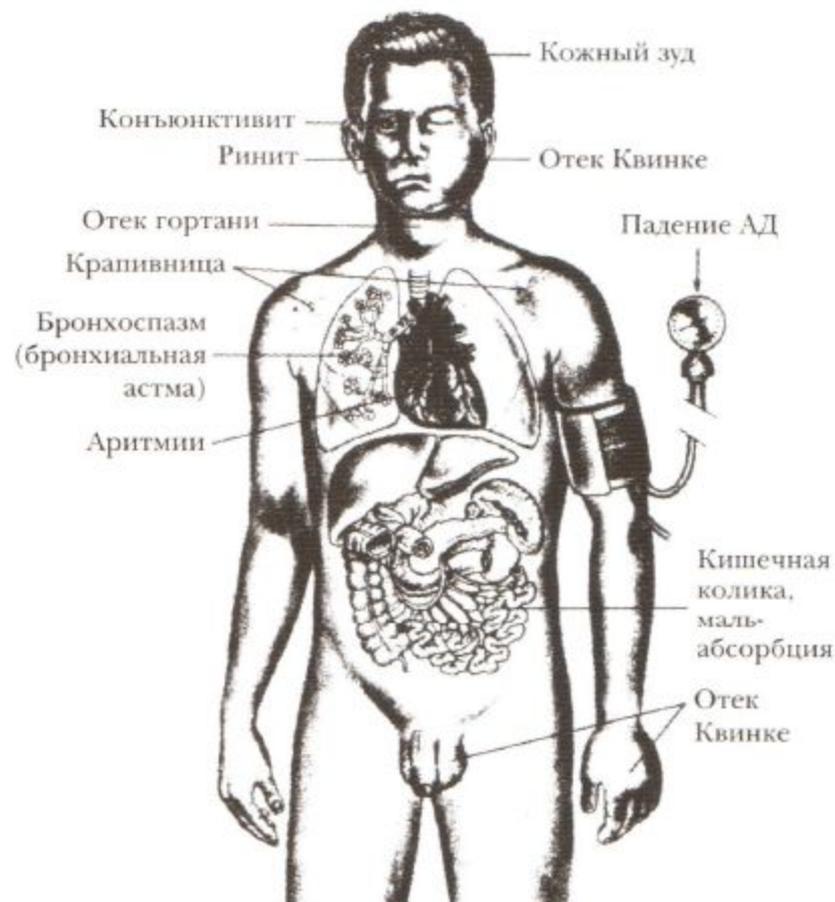


Рис. 4.2. Реакции гиперчувствительности I типа. К местным проявлениям аллергических реакций относятся кожный зуд, отек Квинке (экссудативный отек), отек гортани, крапивница и бронхоспазм (сужение дистальных отделов воздухоносных путей). Анафилактический шок проявляется падением артериального давления и аритмиями (нарушением ритма сердечных сокращений). Пищевая аллергия сопровождается расстройствами пищеварения (По McCance K. L., Huetter S. E. (eds.) *Pathophysiology: The Biologic Basis for Disease in Adults and Children*, 3rd ed. St. Louis, Mosby, 1998.)

Клинические проявления

- **Нос:** отёк слизистой носа (аллергический ринит)
- **Глаза:** покраснение и боли в области конъюнктивы (аллергический конъюнктивит)
- **Верхние дыхательные пути:** бронхоспазм, свистящее дыхание, и одышка, иногда возникают истинные приступы астмы.
- **Уши:** Чувство полноты, возможно боль и снижение слуха из-за снижения дренажа евстахиевой трубы.
- **Кожа:** различные высыпания. Возможно: экзема, крапивница и контактный дерматит. Типичные места локализации при пищевом пути проникновения аллергена: локтевые сгибы (симметрично), живот, пах.
- **Голова:** Иногда головная боль, которая встречается при некоторых типах аллергии.
- Системная аллергическая реакция – анафилаксия: кожные реакции, бронхоспазм, отёк, гипотония, кома, смерть

Анафилактический шок

Термин был введён французским физиологом Ш. Рише, который в 1913 году за исследование анафилаксии получил Нобелевскую премию по физиологии и медицине.

Одно из наиболее опасных осложнений лекарственной аллергии, заканчивающееся примерно в 10—20 % случаев летально.

Распространённость случаев анафилактического шока: 5 случаев на 100 000 человек в год. Рост количества случаев анафилаксии увеличился с 20:100 000 в 1980 годах и до 50:100 000 в 1990 годах.

Такой рост объясняется увеличением числа случаев пищевой аллергии. Анафилаксии больше подвержены молодые люди и женщины.

Скорость возникновения анафилактического шока — от нескольких секунд или минут до 5 часов от начала контакта с аллергеном. В развитии анафилактической реакции у больных с высокой степенью сенсибилизации ни доза, ни способ введения аллергена не играют решающей роли. Однако большая доза препарата увеличивает тяжесть и длительность течения шока.

Причины анафилактического шока

Анафилактический шок стал часто наблюдаться при терапевтическом и диагностическом вмешательствах — применении лекарств (пенициллина и его аналогов, стрептомицина, витамина В1, амидопирин, анальгина, новокаина), иммунных сывороток, йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ, при кожном тестировании и проведении гипосенсибилизирующей терапии с помощью аллергенов, при ошибках переливания крови, кровезаменителей и др

Лечение анафилактического шока

Первым мероприятием при анафилактическом шоке должно быть срочное введение адреналина — 0,2–0,5 мл 0,1% раствора подкожно или, лучше, внутривенно. Введения адреналина можно повторять до суммарной общей дозы 1–2 мл 0,1% раствора за короткий промежуток времени (несколько минут), но в любом случае вводить следует дробными порциями.

Лечение анафилактического шока

2

Следом за адреналином должны вводиться глюкокортикоиды. Дозы глюкокортикоидов, необходимые для купирования анафилактического шока, в десятки раз превышают «физиологические» дозировки и во много раз — дозы, применяемые для лечения хронических воспалительных заболеваний типа артритов. Типичные дозы глюкокортикоидов, необходимые при анафилактическом шоке — это 1 ампула метилпреднизолона 500 мг или 5 ампул дексаметазона по 4 мг (20 мг), или 5 ампул преднизолона по 30 мг (150 мг).

Показано введение антигистаминных препаратов из числа не снижающих артериальное давление и не обладающих высоким собственным аллергенным потенциалом: 1–2 мл 1% димедрола или супрастина, тавегила

Лечение анафилактического шока

3

Больного с анафилактическим шоком следует уложить в горизонтальное положение с опущенным или плоским (не поднятым!) головным концом для лучшего кровоснабжения мозга (учитывая низкое АД и низкую перфузию мозга).
Наладить ингаляцию кислорода, внутривенное капельное введение физраствора или другого водно-солевого раствора для восстановления показателей гемодинамики и АД.