

Острые аллергические заболевания

Екатерина Иосифовна Тарловская

Доктор медицинских наук

Профессор

Кафедра внутренних болезней НижГМА

Аллергией страдает каждый 5-й житель нашей планеты



Аллергические реакции опасны

- В практической деятельности с острыми аллергическими заболеваниями сталкиваются **врачи разных специальностей**
- Острые алергозы характеризуются непредсказуемым течением и риском развития **жизнеугрожающих** состояний



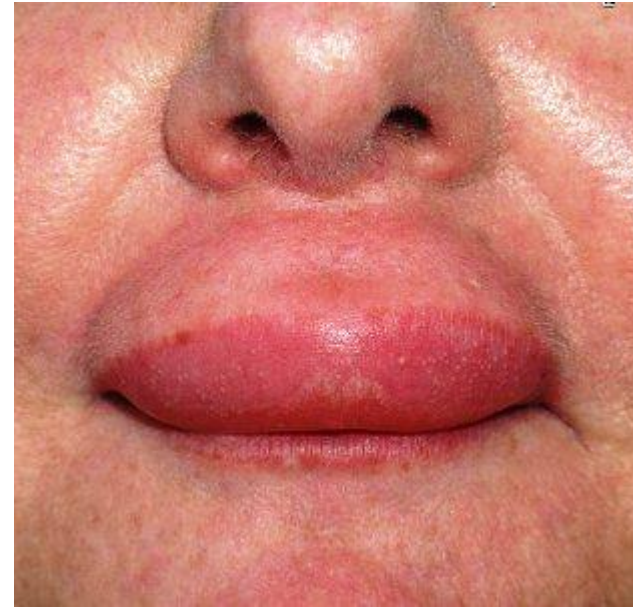
История

- Надгробная надпись Древнеегипетского фараона Мензеса (XVIII век до н. э.) гласит, что он умер от укуса насекомого (от анафилактического шока)



История

- В 1882 году немецкий врач-терапевт **Genrih Quinke** подробно изучил и описал острый **ангионевротический отек подкожно-жировой клетчатки**, с тех пор эта форма аллергии носит его имя



История

- В 1902 году Ch. Richet и P. Portiere описали явления немедленной аллергической реакции и ввели термин **«анафилаксия»** (греч. **ανα** обратная + **phylaxis** защита)



История

- В 1906 году австрийский педиатр С. Pirquet ввел термин **«аллергия»** (гр. allos другой + ergos действие) - **иная, измененная реакция организма**



Классификация аллергических реакций по механизмам

- I Реакции немедленного типа
- II Цитотоксические реакции
- III Иммунокомплексные реакции
- IV Реакции замедленного типа
- Реакции с неуточнёнными механизмами
- Псевдоаллергические реакции

Определение

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

АЛЛЕРГЕНЫ



Шерсть и перхоть животных



Клещ домашней пыли



Тараканы



Пыльцевые аллергены



Продукты питания



Профессиональные аллергены



Грибки, плесень



Лекарства

ПРОВОКАТОРЫ



Курение



Физическая нагрузка



Загрязнение окружающей среды

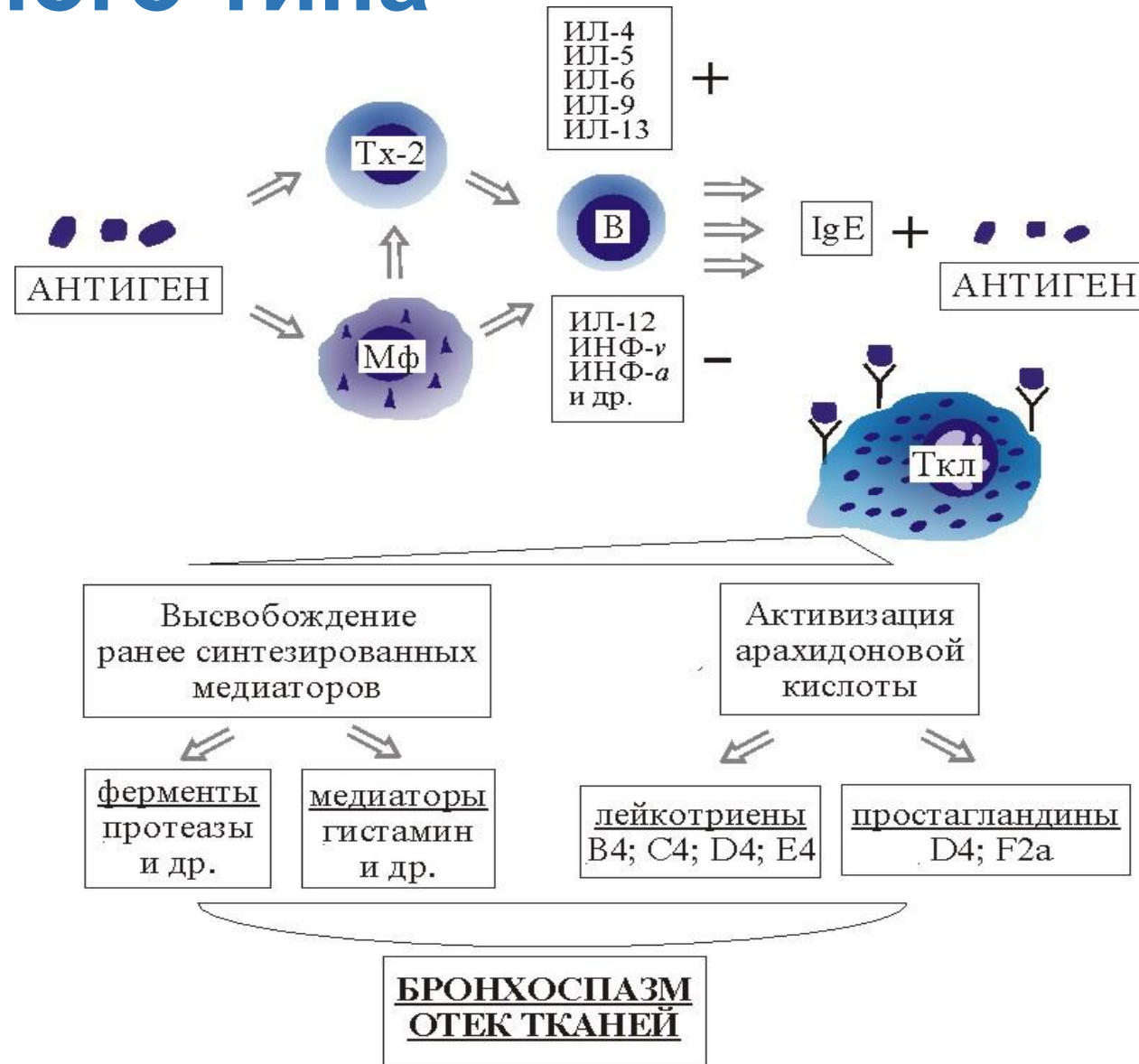


Респираторные инфекции



Метеофакторы

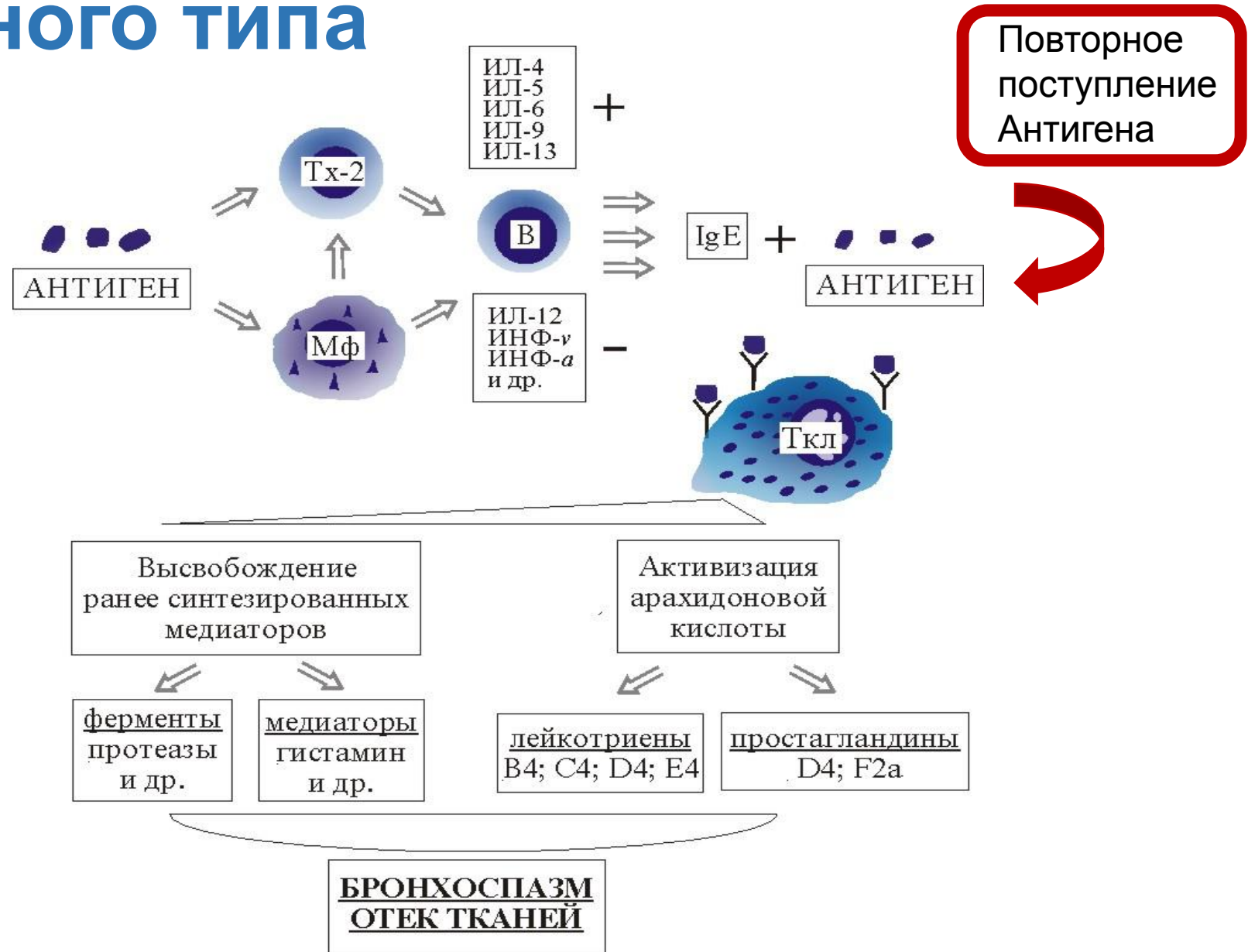
Механизм аллергической реакции немедленного типа



Патогенез реакции немедленного типа

- Специфические к антигену IgE-антитела фиксируются на мембранах тучных клеток, базофилов и др. (**1-й иммунный ответ**)
- Повторно поступивший в организм аллерген перекрестно связывает между собою фиксированные на клетке IgE-антитела и, соответственно, клеточные рецепторы этого иммуноглобулина
- Перекрестное связывание двух поверхностных молекул IgE активирует тучные клетки (**2-й 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

Механизм аллергической реакции немедленного типа



Аллерген + IgE-антитело

$Fc_{\epsilon}RI$ — зависимая активация тучных клеток

Секреция предсуществующих и вновь образованных медиаторов



Клинические проявления

- В зависимости от того, **где** произойдет встреча аллергена с фиксированными на клетках IgE антителами, возникают характерные проявления, создающие клиническую картину аллергического заболевания:
- **на конъюнктиве глаз** - **аллергический конъюнктивит** с характерными симптомами зуда, слезотечения, светобоязни
- **на слизистой носа** – **аллергический ринит** с обильным выделением слизи, зуда, чихания, заложенности носа

Клинические проявления

- **в бронхо-легочном аппарате** - **бронхиальная астма** 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** – **аллергическая крапивница**
- **в глубоких слоях дермы** – **отек Квинке**
- Если в реакцию одновременно включается **значительное число эффекторных клеток аллергии в разных тканях**, то возникает системная реакция - **анафилактический шок**

Классификация острых аллергических заболеваний

- Принцип разделения: **по прогнозу течения и риску развития жизнеугрожающих состояний**
- 1. **Легкие** - аллергический ринит, аллергический конъюнктивит, локализованная крапивница
- 2. **Тяжелые** - генерализованная крапивница, отек Квинке, анафилактический шок

Клиника: аллергический ринит

- Затруднение носового дыхания или заложенность носа
- Отек слизистой оболочки носа
- Выделение обильного водянистого слизистого секрета
- Чихание
- Чувство жжения в глотке



Клиника: аллергический конъюнктивит

- Гиперемия, отек, инъектированность конъюнктивы
- Зуд
- Слезотечение
- Светобоязнь
- Отечность век
- Сужение глазной щели



Клиника: локализованная крапивница

- Внезапно возникающее поражение части кожи
- Образование резко очерченных округлых волдырей с приподнятыми эритематозными фестончатыми краями и бледным центром
- Выраженный зуд
- Сыпь сохраняется 1-3 суток
- Не оставляет пигментации



Клиника: генерализованная крапивница

- Внезапно возникающее поражение всей кожи
- Образование резко очерченных округлых волдырей с приподнятыми эритематозными фестончатыми краями и бледным центром
- Выраженный зуд
- Возможны «подсыпания» в течении 2-3 суток



Клиника: отек Квинке

- Локальный отек кожи и подкожной клетчатки
- Чаще в области губ, щек, век, лба, волосистой части головы, мошонки, кистей, стоп
- Возможен отек суставов
- Возможен отек слизистых гортани и ЖКТ



Клиника: отек Квинке

- **Отек гортани:** кашель, осиплость голоса
- Стридорозное дыхание
- Возможна смерть от асфиксии



Клиника: отек Квинке

- Отек слизистой ЖКТ:
- Кишечная колика
- Тошнота
- Рвота
- Причина диагностических ошибок и необоснованных операций



Анафилактический шок

- Анафилактический шок - острая генерализованная немедленная аллергическая реакция, сопровождающаяся поражением жизненно важных органов и систем

Патогенез АШ

I тип аллергической реакции, возможно развитие III типа

2 важнейших звена патогенеза АШ:

- 1) Гемодинамические нарушения (выброс медиаторов АР, повышение проницаемости и потеря тонуса сосудистого русла)
- 2) Нарушения микроциркуляции (ацидоз, риск ДВС-синдрома)

Клиническая картина АШ

- **Легкое течение АШ:**

- продромальный период 5-10 минут - появление предвестников АШ:
- чувство жара, слабость, тошнота, головокружение, крапивница, осиплость голоса, першение в горле, тяжесть за грудиной, кашель, боли в животе, поясничной области, затем
- потеря сознания,
- АД 90/40 - 60/20 мм рт. ст.
- Пульс нитевидный, тахикардия 110-150 в мин.

Клиническая картина АШ

- **Среднетяжелое течение АШ:**
 - продромальный период 2-3 мин, затем
 - потеря сознания,
 - АД не определяется,
 - Пульс определяется только на сонных артериях,
 - Тонические и клонические судороги,
 - Зрачки расширены, не реагируют на свет.

Клиническая картина АШ

- **Тяжелое течение АШ:**
 - Молниеносное развитие клинической картины (отсутствии продромального периода):
 - потеря сознания,
 - Пульс и АД не определяется,
 - Тонические и клонические судороги,
 - Зрачки расширены, не реагируют на свет
 - Шумное стридорозное дыхание,
 - Непроизвольное мочеиспускание и дефекация,
 - Быстро наступает остановка кровообращения и дыхания.

Алгоритм аллергологического диагноза



Диагностика острых аллергических

• реакций

Начальный осмотр должен включать оценку:

- уровня сознания
- проходимости дыхательных путей (наличие стридора, диспноэ, свистящего дыхания, одышки или апноэ)
- сердечно-сосудистой системы АД, ЧСС
- состояния кожных покровов и видимых слизистых (сыпь, отек, гиперемия, следы расчесов), отмечают распространенность, локализацию, размер и цвет изменений
- гастроинтестинальных проявлений (тошнота, боли в животе, диарея)

При сборе анамнеза нужно задать следующие обязательные вопросы :

- - Были ли раньше аллергические реакции?
 - Что их вызывало?
 - Чем они проявлялись?
 - 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.)?
 - Какие меры принимались больным самостоятельно и их эффективность?

Диагностика острых аллергических заболеваний

- *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.

Специфическое аллергологическое обследование проводит врач-аллерголог в специализированном аллергологическом учреждении.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

▣ Лабораторные исследования

▣ Тесты для диагностики atopических реакций

- тесты высвобождения гистамина из базофилов (прямой и непрямой базофильный тесты Шелли)
- определение IgE антител к Ag одним из вариантов РИА или ИФА
- определение аллерген-специфических IgG и IgM при аллергических реакциях II типа

Таблица 1. Диагностика физических крапивниц

Физические крапивницы	Провокационные тесты
Дермографизм	Механическое раздражение кожи
Холинергическая крапивница	Тест с физической нагрузкой, велоэргометрия, горячая ванна
Холодовая крапивница	Дункан-тест с кубиком льда
Солнечная крапивница	Фототестирование
Замедленная крапивница вследствие давления	Тест с подвешиванием груза
Аквагенная крапивница	Водный компресс (+25 °С)

Рисунок 2. Алгоритм лечения острых аллергических заболеваний на догоспитальном этапе

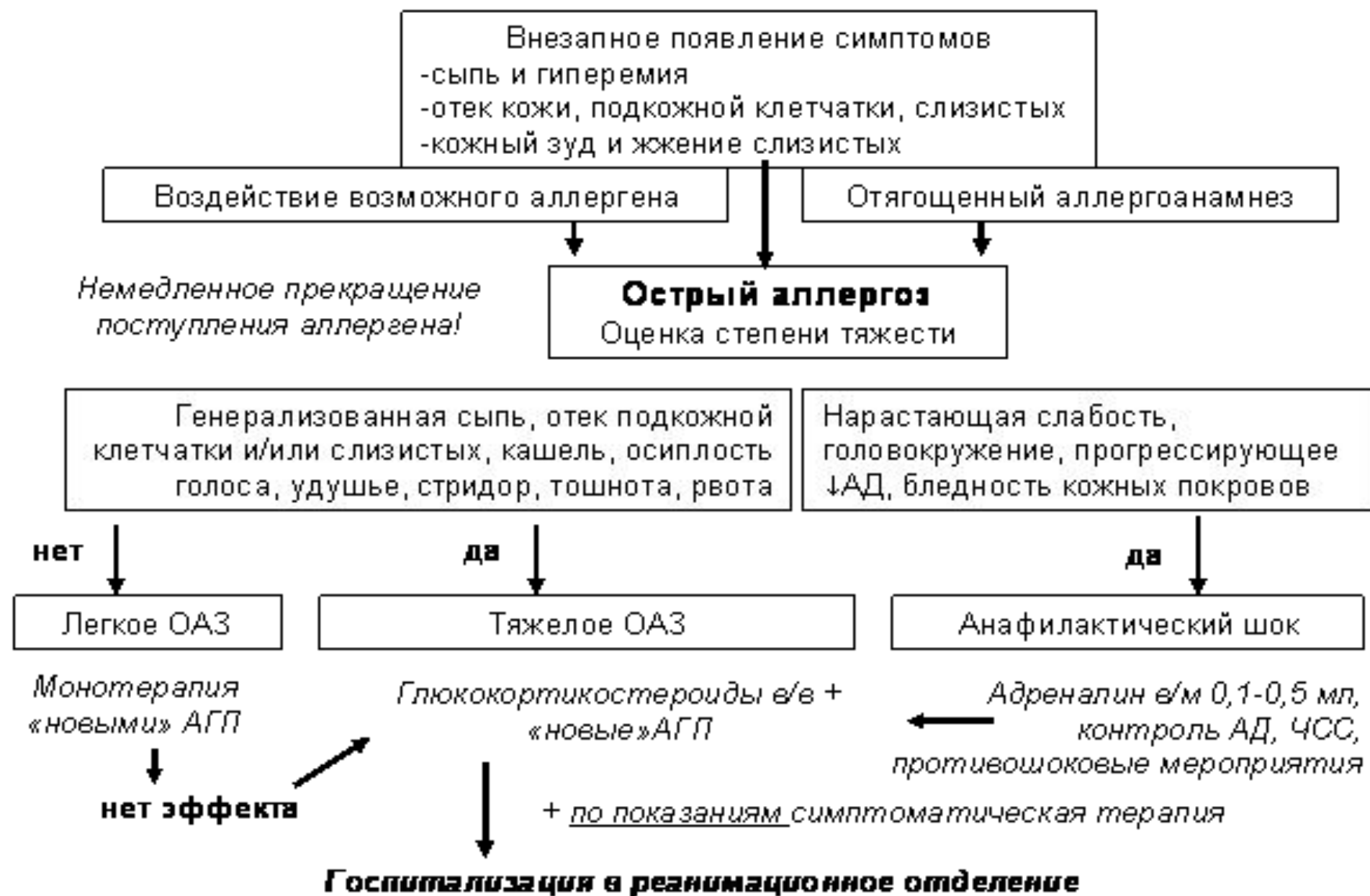


Рисунок 1. Лечение анафилактического шока на догоспитальном этапе



Лечение легких острых аллергических заболеваний

- Монотерапия антигистаминными препаратами предпочтительно
- II поколения: Хифенадин, Ципрогептадин, Доксиламин, Клемастин
- III поколения: Диметинден, Терфенадин, Акривастин, Астемизол
- IV поколения: Лоратадин, Эбастин, Цетиризин, Бамипин, Фенсперид



Преимущества и недостатки антигистаминных препаратов II поколения

- **Хифенадин, Ципрогептадин, Доксиламин, Клемастин**

- отсутствует седативный и холинолитический эффект
- умственная деятельность, физическая активность не страдают
- действие 24 ч, прием 1 раз в сутки
- не вызывают привыкания, что позволяет назначать их длительное время (3-12 месяцев)
- при прекращении приема препаратов, терапевтический эффект длится около недели

- Оказывают кардиотоксический эффект различной степени, поэтому при их приеме ведется контроль сердечной деятельности.

Преимущества антигистаминных препаратов III поколения

- **Диметинден, Терфенадин, Акривастин, Астемизол**
- Не имеют кардиотоксического и седативного эффекта, поэтому их могут применять лица, чья деятельность связана с высокой концентрацией внимания.

Преимущества антигистаминных препаратов IV поколения

- Лоратадин, Эбастин, Цетиризин, Бамипин, Фенсперид
- Препараты 4-го поколения обладают пролонгированным действием, отсутствием кардиотоксического эффекта, низкой степенью стимуляции центральных H₃-рецепторов

Лечение тяжелых острых аллергических заболеваний

- Показано применение системных глюкокортикостероидов:
 - **при отеке Квинке** препаратом выбора является **преднизолон** внутривенно (взрослым - 60-150 мг, детям - из расчета 2 мг\1 кг массы тела)
 - **при генерализованной крапивнице** или при сочетании крапивницы с отеком Квинке отмечена высокая эффективность применения **бетаметазона (дипроспана)** 1-2 мл внутримышечно
 - при рецидивирующем течении целесообразно комбинировать глюкокортикостероиды с «новыми» антигистаминными препаратами

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 Са, хлористый Са, тиосульфат натрия, гемодез, не показано, в связи с их неэффективностью и непредсказуемым влиянием на течение острого аллергоза
- Использование дипразина (пипольфена) опасно усугублением гипотонии

Показания к госпитализации

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

