АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕОЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Преподаватель спецдисциплин высшей квалификационной категории

Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Челябинский медицинский колледж»

**Актуальность.**

По прогнозам ВОЗ XXI век станет эпохой аллергии, потому что распространенность аллергических заболеваний стала увеличиваться в 2-3 раза каждые 10 лет и достигла масштаба эпидемии. В настоящее время аллергическая патология входит в шестерку наиболее частых заболеваний человека.

По статистике, аллергией страдает каждый пятый житель нашей планеты: каждый шестой американец, каждый четвертый немец, от 15 до 35% россиян.

Аллергические заболевания получили очень широкое распространение и представляют собой серьезную социальную, экономическую и медицинскую проблему.

Своевременное и правильное оказание помощи при анафилаксии является обязательным навыком для медицинской сестры. От правильности её действий зависит жизнь пациента.

**Острые аллергические заболевания.**

Острые  аллергические  заболевания  обусловлены  повышенной  чувствительностью  иммунной  системы  к  различным экзогенным антигенам\_(аллергенам).

Они\_характеризуются  внезапным  началом,  непредсказуемым течением, высоким риском развития угрожающих жизни состояний.

**Аллергический ринит**

**Аллергический конъюнктивит**

**Крапивница**

**Отек Квинке**

**Анафилактический шок**

**Понятие.**

Аллерги́я (др.-греч. ἄλλος — другой, иной, чужой + ἔργον — воздействие) — сверхчувствительность иммунной системы организма при повторных воздействиях аллергена на ранее сенсибилизированный этим аллергеном организм.

**Этиология.**

Наиболее часто встречающиеся причины анафилаксии , опосредованной IgE-механизмами:

* медикаменты (антибиотики пенициллинового ряда, аминогликозиды, стрептомицин, нитрофураны, сульфаниламиды, тетрациклин);
* гормоны (инсулин, адренокортикотропный гормон (АКТГ), паратгормон, кортикотропин, прогестерон);
* энзимы (трипсин, стрептокиназа, химотрипсин, пенициллиназа);
* антисыворотки (столбнячная, дифтерийная, антилимфоцитарный глобулин);
* вакцины (столбнячная, содержащие яичный белок (гриппозная);
* яд и слюна (перепончатокрылые, змеи, огненные муравьи);
* продукты питания (орехи, рыба, яйцо, бобовые и т. д.);
* другие (латекс, протеины человека или животных, полисахариды).

Среди лекарственных препаратов, вызывающих анафилактический шок, преобладают β-лактамные антибиотики, сыворотки, ферменты, гормоны.

Использование йодсодержащих рентгеноконтрастных средств, особенно низкоосмолярного ряда, может сопровождаться развитием анафилактоидных реакций (1:1000 случаев — летальность составляет, по разным данным, 1:1200– 75 000).

Из продуктов анафилаксию чаще всего вызывают лесные орехи (они являются причиной 94% случаев фатальной анафилаксии), крабы, рыба, молоко (необработанное), гречиха, яичный белок, рис, картофель, мандарины, апельсины, бананы, семена подсолнуха, горчица, пятнистые бобы, фисташки, кешью, чай с ромашкой (перекрестная реакция с амброзией) — у всех этих продуктов доказано наличие IgE-антител.

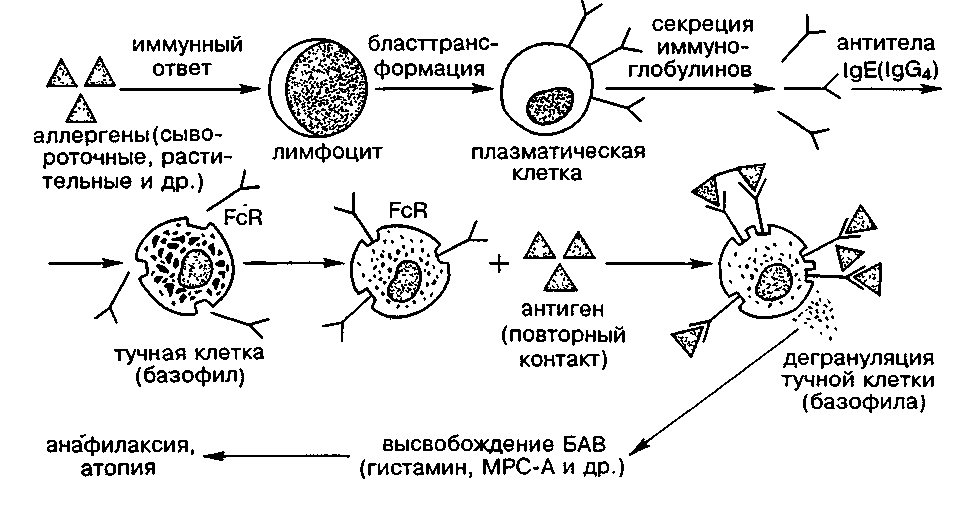
При физической анафилаксии у ряда сенсибилизированных больных реакцию может спровоцировать употребление некоторых пищевых продуктов (например, белого хлеба, сельдерея, яблок, креветок, орехов, куриного мяса и др.) в сочетании с физической нагрузкой. Реакция может начаться через несколько минут (чаще — 20 мин) после физической нагрузки (плавание, игра в футбол, танцы и т. д.).

Считают, что используемые для лучшей сохранности продукта пищевые добавки — сульфиты, антиоксиданты и др. — могут спровоцировать анафилактоидную реакцию. Наиболее часто такие случаи регистрируют у посетителей ресторанов, кафе, где используются продукты с высоким содержанием сульфитов. Сульфиты содержатся также в пиве, вине, ракообразных, салатах, свежих овощах и фруктах, в том числе картофеле, авокадо, соусах.

В последнее время участились случаи анафилаксии, вызванной латексом, особенно среди работников здравоохранения; лиц, занятых на производстве резины; больных, постоянно пользующихся катетерами. Доказано наличие перекрестной аллергии на латекс и ряд фруктов (банан–авокадо–киви).

С участием IgE-антител протекают также анафилактические реакции на яд насекомых, особенно отряда перепончатокрылых: ос, пчел, шмелей, огненных муравьев. У таких больных при отсутствии аллерговакцинации риск развития анафилаксии после повторного ужаления остается высоким и составляет ~ 60% .

**Патогенез.**

****

**Классификация.**

По течению и риску развития состояний, угрожающих жизни, острые аллергические заболевания подразделяют на два типа:

**I тип - Лёгкие:**

* аллергический ринит;
* аллергический конъюнктивит;
* локализованная крапивница.

**II тип - Тяжёлые (прогностически неблагоприятные):**

* генерализованная крапивница;
* отёк Квинке (ангионевротический отёк);
* анафилактический шок.

**Аллергический ринит** манифестирует обильной ринореей, назальной блокадой вследствие отёка слизистой оболочки, зудом в полости носа, повторяющимся чиханием и, нередко, аносмией.

**Аллергический конъюнктивит** характеризуется гиперемией и отёчностью конъюнктив, отёком век, сужением глазной щели, зудом, слезотечением, иногда светобоязнью.

В значительном числе случаев отмечают сочетание аллергического ринита и конъюнктивита (риноконъюнктивит).

**Крапивница.**

Локализованная  крапивница  манифестирует  внезапным  появлением  на\_ограниченном  участке кожных  покровов  папулёзных и уртикарных элементов, возвышающихся  над поверхностью  кожи,  с  чёткими  границами, как  правило, красного цвета, диаметром от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, на фоне гиперемии, сопровождающихся кожным зудом.

**Генерализованная  крапивница**характеризуется  крапивной лихорадкой,

поражением  всей  кожи, нередко наблюдают сливание описанных выше элементов.

**Отёк  Квинке.**

Ангионевротический отёк проявляется локальным отёком кожи, подкожной клетчатки и/или слизистых оболочек. Чаще развивается в области губ, щёк, век, лба, волосистой части головы, мошонки, кистей, дорсальной поверхности стоп.

Аллергический отёк слизистой оболочки ЖКТ сопровождается: кишечной коликой, тошнотой, рвотой, диареей.

При отёке Квинке, локализующемся в области гортани, возможно развитие угрожающего жизни состояния. В этом случае наблюдаются кашель, осиплость голоса, нарушение глотания, удушье, стридорозное дыхание.

В 50% случаев ангионевротический отёк сочетается с КРАПИВНИЦЕЙ.

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить отек Квинке:

**Анамнез:**

У пациента наследственная предрасположенность, ранее возникали аллергические реакции.

А также: у пациента был контакт с аллергеном различной природы (пищевым, лекарственным, бытовым, химическим, растительным и др.)

**Жалобы:**

* Нарастающий отек в области лица, слизистой рта, языка, мягкого неба, миндалин, носа, ушных раковин, губ, шеи;
* осиплость голоса;
* нарастающая смешанная одышка, удушье;
* слабость;
* потливость;
* головная боль;
* напряжение и жжение в области инфильтратов;
* повышение температуры тела.

**Могут беспокоить:**

* при локализации процесса в ЖКТ - боли в животе, диспептические жалобы (тошнота, рвота, диарея, и др.);
* при локализации на слизистых мочевыводящих путей - дизурические жалобы;
* при локализации на оболочках мозга - сильная головная боль, тошнота, рвота, судороги.

**Объективно:**

* пациент испуган;
* бледный плотный инфильтрат в области лица, шеи, или другой локализации;
* папулезные высыпания на коже;
* изменяются черты лица;
* кожа и слизистые над областью отека бледные;
* «лающий» кашель;
* дыхание шумное, свистящее;
* цианоз лица.

возможны появления симптомов:

* острого живота;
* ригидность затылочных мышц.

**Тактика медицинской сестры.**

|  |  |
| --- | --- |
| ДЕЙСТВИЯ | ОБОСНОВАНИЯ |
| Оценить состояние пациента.  Прекратить контакт с аллергеном | Прекратить аллергическую реакцию |
| Вызвать врача | Оказание квалифицированной медицинской помощи |
| Обеспечить полный физический и психический покой, помочь принять удобное положение (усадить или уложить - в зависимости от состояния) | Уменьшение эмоционального напряжения. Облегчение состояния |
| Обеспечить приток свежего воздуха или начать подачу кислорода, освободить от стесняющей одежды | Уменьшение гипоксии |
| Обеспечить внутривенный доступ, подключить систему с физраствором | Начало оказания неотложной помощи |
| Контролировать постоянно состояние пациента, цвет кожных покровов и слизистых, ЧДД, показатели гемодинамики (ЧСС, АД, характеристики пульса) | Оценка и контроль состояния пациента в динамике |

**Зависимые сестринские вмешательства.**

По назначению врача применить:

При энтеральном поступлении аллергена применить:

* Промыть желудок.
* Применить солевые слабительные (магнезия 33%).
* Адсорбенты: активированный уголь, полисорб, полифепан, смекта.
* Поставить очистительную клизму.
* Антигистаминные препараты:

Супрастин 2% - 1 мл в/м или

Димедрол 1% - 1 мл в/м или

Тавегил 1% - 2 мл в/м или

Зиртек 0,01 перорально

* Адреномиметики:адреналин 0,1% - 0,5-1,0 мл п/к.
* Глюкокортикостероиды: преднизолон 60-150 мг в/в струйно, капельно .

При бронхоспазме:

* Ингаляции β2-агонисты короткого действия (беротек, беродуал, сальбутамол, вентолин) по 1-2 дозы через небулайзер.
* Эуфиллин 2,4% - 5-10 мл в/в медленно в 10 мл физраствора.
* Подготовить больного и всё необходимое для трахеостомии, ИВЛ (по показаниям).

**Оценка эффективности неотложной помощи.**

* уменьшение отека;
* нормализация дыхания и работы других органов и систем.

**Анафилактический шок.**

Это генерализованная аллергическая реакция немедленного типа, возникающая при повторном попадании в организм аллергена, сопровождающаяся падением АД, нарушением кровоснабжения жизненно важных органов и потерей сознания. Развивается через 20-30 минут, молниеносная форма – через несколько секунд.

Анафилаксия была впервые описана на основании проведённых экспериментов французскими физиологами Полем Портье и Шарлем Рише в 1902 г. После повторной иммунизации у собаки, ранее хорошо переносившей введение антисыворотки к токсину морского анемона, вместо профилактического эффекта развилась шоковая реакция с летальным исходом. Для описания этого феномена ученые ввели термин **anaphylaxis** (от греческих слов *ana* — обратная и *phylaxis* — защита).

В 1913 г. П. Портье и Ш. Рише была присуждена Нобелевская премия в области медицины и физиологии.

Общепринятого определения анафилаксии (в России чаще применяют «анафилактический шок»), специфических критериев в её диагностике, а также точной классификации до сих пор не существует.

Анафилаксия относится к жизнеугрожающим состояниям

154 летальных случаев на 1 млн. ежегодно госпитализированных лиц

От 1 до 3% населения подвержено риску анафилаксии

**Клинические проявления анафилаксии.**

Клинические проявления связаны:

* с определенным «шоковым органом», в котором протекают иммунные реакции;
* с уровнем химических медиаторов, высвобождаемых из эффекторных клеток.
* с повышенной чувствительностью к этим веществам.

Наиболее часто у человека «шоковыми органами» становятся кожа, легкие, сердце, сосуды, что клинически проявляется в виде крапивницы, отека гортани, дыхательной и сердечной недостаточности, циркуляторного коллапса.

**Анамнез:**

* у пациента наследственная предрасположенность;
* ранее возникали аллергические реакции;
* страдает крапивницей, поллинозом, бронхиальной астмой, нейродермитом;
* у пациента был повторный контакт с аллергеном различной природы (пищевым, лекарственным, бытовым, химическим, растительным и др.);
* укус ядовитых насекомых.

**Жалобы (при медленном развитии шока):**

* внутренний дискомфорт;
* резкая слабость;
* головокружение, шум в ушах;
* затруднение дыхания, чувство нехватки воздуха;
* осиплость голоса;
* беспокойство;
* чувство жара;
* зуд кожи;
* рвота;
* боли за грудиной, в пояснице, животе.

**Объективно (при молниеносном развитии шока):**

* быстрая потеря сознания;
* резкая бледность кожных покровов;
* цианоз губ, лица и верхней половины туловища;
* на лбу крупные капли пота;
* пена изо рта;
* зрачки расширены;
* тонические и клонические судороги;
* дыхание свистящее с удлиненным выдохом, частое;
* тоны сердца не выслушиваются;
* АД не определяется;
* пульс на периферических артериях не прощупывается.

**Лечение анафилактического шока.**

*Все мероприятия по лечению АШ должны проводиться четко, быстро, настойчиво, на месте возникновения шока!*

|  |  |
| --- | --- |
| ДЕЙСТВИЯ | ОБОСНОВАНИЯ |
| 1. Вызвать врача | Оказание квалифицированной медицинской помощи |
| **ЕСЛИ А/Ш РАЗВИЛСЯ НА ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА, ТО:** |
| 2. Прекратить введение препарата, иглу из вены не извлекать, подключить физраствор | Для последующего оказания неотложной помощи |
| 3. Уложить пациента горизонтально на твердую поверхность, голову повернуть набок, убрать зубные протезы, зафиксировать язык | Профилактика асфиксии |
| 4. Освободить от стесняющей одежды, приподнять ножной конец на 45° | Улучшение кровоснабжения мозга |
| 5. Обеспечить подачу увлажненного кислорода | Уменьшение гипоксии |
| 6. Оценить состояние пациента, цвет кожных покровов и слизистых, показатели гемодинамики (АД, ЧСС, пульс, ЧД) | Оценка и контроль состояния пациента в динамике |
| **ЕСЛИ А/Ш РАЗВИЛСЯ ОТ ВНУТРИМЫШЕЧНОГО ИЛИ ПОДКОЖНОГО ВВЕДЕНИЯ АЛЛЕРГЕНА, ТО:** |  |
| 7. Прекратить введение препарата, на место инъекции приложить пузырь со льдом; обколоть место инъекции адреналином 0,1% -0,5-1 мл разведенный в 10 мл физраствора. По возможности наложить жгут выше места инъекции, ослабить через 15-20 минут на 2-3 минуты | Для замедления всасывания и распространения аллергена |
| 8. Обеспечить внутривенный доступ и начать в/в введение физраствора | Для последующего оказания неотложной помощи |

**Зависимые сестринские вмешательства.**

|  |  |
| --- | --- |
| ПОДГОТОВИТЬ: | ПРЕПАРАТЫ: |
| 1.Сосудосуживающие препараты | Адреналин 0,1% - 1 мл п/к или в/в и/или норадреналин 0,2% в/в капельно |
| 2.ГКС | Преднизолон 90-150 мг до 300 мг в/в струйно, капельно |
| 3.Кардиотоники | Дофамин 200 мг в 400 мл физраствора или 5% р-ра глюкозы вводить по 2-11 капель в минуту добутамин |
| 4.Жидкости для увеличения ОЦК | Солевые растворы, реополиглюкин, полиглюкин - в/в капельно по 400мл |
| 5.При попадании аллергена в ЖКТ  все необходимое для промывания желудка и кишечника | Солевые слабительные. Адсорбенты (полисорб, активированный уголь) |
| 6.При бронхоспазме | Ингаляция Ингаляции β2-агонисты короткого действия (беротек, беродуал, сальбутамол, вентолин) по 1-2 дозы через небулайзер  Подготовить больного и всё необходимое для трахеостомии, ИВЛ (по показаниям) |
| 7.Кислородотерапия | Увлажненный кислород |
| 8.При судорогах | Противосудорожные, транвилизаторы: диазепам, седуксен 0,5% 2-4 мл |
| 9.Подготовить больного и все необходимое для интубации и трахеостомии | ИВЛ, набор инструментов |

**Оценка эффективности неотложной помощи:**

* стабилизация показателей гемодинамики;
* восстановление сознания.

**Коллапс.**

Это тяжелая форма острой сосудистой недостаточности, характеризующаяся резким снижением АД и нарушением кровоснабжения органов и тканей в результате снижения ОЦК

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить коллапс:

**Анамнез:**

* У пациента острое инфекционное заболевание (пневмония, грипп, минингит, кишечные инфекции и др., сопровождающиеся потерей жидкости).
* Критическое снижение температуры тела.
* Передозировка гипотензивных препаратов.
* Ятрогенные воздействия: различные виды анастезии, пункции полостей.
* Обезвоживание (обильный диурез, рвота, диарея, обширные ожоги, перегревание организма).
* Эндокринные болезни (недостаточноть коры надпочечников, гипотериоз).
* Сильные боли (дисменоррея, внематочная беременность, перекрут кисты яичника, травмы и др.)

**Жалобы:**

* Резкая слабость.
* Потливость.
* Головокружение.
* Потемнение в глазах.
* Заложенность и шум в ушах.
* Зябкость, озноб.
* Жажда.

**Объективно:**

* Сознание сохранено.
* Пациент заторможен, безразличен окружающему, адинамичен.
* Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком.
* Холодный липкий пот.
* Температура тела снижена, конечности холодные.
* Дыхание поверхностное, частое, ЧДД более 20 в минуту.
* Тоны сердца приглушены, тахикардия (ЧСС более 80 в минуту).
* АД ниже 90/60 мм рт.ст.
* Пульс может быть аритмичный, частый, слабого наполнения и напряжения.
* Диурез снижен.

|  |  |
| --- | --- |
| ДЕЙСТВИЯ | ОБОСНОВАНИЯ |
| 1. Оценить состояние пациента и вызвать врача. По возможности устранить причину | Оказание квалифицированной медицинской помощи |
| 2. Придать пациенту горизонтальное положение, приподнять ножной конец кровати | Увеличение притока крови к голове, улучшение кровообращения |
| 3. Обеспечить полный физический и психический покой | Уменьшение физической и эмоциональной нагрузки |
| 4. Обеспечить приток свежего воздуха или начать подачу увлажненного кислорода. Расстегнуть стесняющую одежду | Облегчение состояния, уменьшение гипоксии мозга |
| 5. Согреть пациента: растереть, укрыть одеялом, приложить к конечностям грелки, обеспечить обильным теплым питьем | Улучшение кровообращения, восполнение ОЦК |
| 6.Обеспечить доступ к вене, подключить капельницу с физиологическим раствором | Обеспечение возможности проведения дальнейших этапов неотложной помощи |
| 7.Контроливать постоянно состояние пациента, цвет кожных покровов и слизистых, температуру тела, ЧДД, показатели гемодинамики (ЧСС, АД, характеристики пульса), водный баланс, суточный диурез | Оценка и контроль состояния пациента в динамике |

**Зависимые сестринские вмешательства.**

По назначению врача применить:

Сосудодвигательные и дыхательные аналептики:

Кордиамин 2 мл п/к.

Психомоторный стимулятор – кофеина бензонат натрия 10% - 1 мл п/к.

Для восполнения ОЦК:

Плазмозаменяющие растворы – реополиглюкин, или полиглюкин, или натрия хлорида 0,9 раствор (физраствор) по 400 мл в/в капельно.

Кровезаменители (при кровопотере) – макродекс илиреомакродекс, или желатиноль по 400 мл в/в капельно .

Сосудосуживающие препараты:

Адреномиметики : Метазон 1% -1 мл п/к или

Адреналин 0,1% -1 мл в/в на физрастворе или

Норадреналин 0,2% -1 мл в/в капельно на физ растворе.

Кардиотонические препараты:

Адреномиметики – добутамин 5 % или дофамин 4% в/в капельно на физрастворе .

Кортикостероиды – преднизолон 30-120 мг.

**Список использованной литературы:**

1. Аллергия и аллергические заболевания: А. А. Михайленко, Г. А. Базанов — Москва, Медицинское информационн, 2009 г.- 304 с.
2. Все об аллергии. Полный справочник: — Москва, Эксмо, 2010 г.- 592 с.
3. Пищевая аллергия и непереносимость пищевых продуктов: А. М. Ногаллер, И. С. Гущин, В. К. Мазо, И. В. Гмошинский — Санкт-Петербург, Медицина, 2008 г.- 336 с.