

Содержание теоретического материала

Сестринская помощь при острых аллергических заболеваниях

Аллергические заболевания – группа заболеваний, в основе которых лежит аллергия, или анафилаксия.

Анафилаксия – это результат опосредованной IgE острой аллергической реакции у сенсибилизированного человека

Аллергия – иммунопатологическая реакция

Иммунитет – это поддержание постоянства внутренней среды организма с помощью иммунной реакции: **гуморального и тканевого иммунитета**

В гуморальном иммунитете действующим фактором является образование комплекса антиген - антитело – **иммунный комплекс**, который фагоцитами выводится из организма. Если в крови накапливаются иммунокомплексы, то они оседают на стенках сосудов сердца, почек, легких, вызывая патологическую реакцию.

Различают пять классов иммуноглобулинов (Ig)- антител, играющих роль в иммунной защите организма:

IgG – направлен против микробов и вирусов

IgA – осуществляет защиту в пределах слизистых оболочек

IgM – против грамотрицательных палочек

IgD- роль не изучена

IgE – роль, связанная с аллергией, количество их увеличивается при бронхиальной астме

Органами, ответственными за иммунитет являются:

- лимфатическая ткань

- красный костный мозг

- тимус

В этих органах вырабатываются и формируются иммунокомпетентные клетки: нейтрофилы, макрофаги, тучные клетки, базофилы, лимфоциты. Эти клетки фагоцитируют иммунокомплексы, нейтрализуют антигены, выделяют при этом медиаторы.

Тканевой иммунитет. При тканевом иммунитете антител нет. Состояние невосприимчивости клеткам и тканям передают Т-лимфоциты, которые требуют воздействия гуморального фактора – вилочковой железы (тимуса).

Атопическая реакция – аллергическая реакция в результате самопроизвольной сенсибилизации организма

Выделяют 4 типа аллергических реакций.

I тип – реакция гиперчувствительности немедленного типа. Это гуморальная реакция. Развивается в течение 15-20 минут

Примеры: острая крапивница, анафилактический шок, бронхиальная астма

II тип – цитотоксическая реакция. Протекает при участии IgG и M, а так же активации системы комплемента, что ведет к повреждению клеточной мембранны. Кроме того, под воздействием вирусов, бактерий и других

факторов они становятся чужеродными, приобретают свойства **аутоаллергенов**. Развивается через 1-2 суток

III тип – иммунокомплексная реакция. Это болезни иммунокомплексов, которые оседают на стенке сосудов (**васкулиты**), вызывая геморрагический васкулит, нефрит, инфекционно-аллергический миокардит, сывороточную болезнь, аллергические дерматиты, пищевую аллергию.

IV тип – реакция гиперчувствительности замедленного типа. Это типичная аллергия тканевого характера. Встречается при эндогенной бронхиальной астме, альвеолитах, местных реакциях. Реакция возникает через 2-3, 4-6 суток.

Аллергены в зависимости от механизма образования делятся на две группы:

- экзоаллергены
- эндоаллергены (аутоаллергены)

Острые аллергозы

Крапивница

Это аллергическое заболевание, которое характеризуется быстрым распространением высыпаний на коже зудящих волдырей, представляющих собой отек ограниченного участка кожи, главным образом сосочкового слоя

Эпидемиология

Встречается часто, чаще у женщин в возрасте от 20 до 60 лет.

Этиология

- антибиотики
- рентгеноконтрастные вещества
- пищевые продукты (цитрусовые, клубника, яйцо, мёд и др)
- сыворотки
- гамма-глобулины
- глистные инвазии

Клиника

Начало внезапное с нестерпимого зуда на разных участках кожи, иногда по всей поверхности тела. На месте зуда появляются розовые волдыри, возвышающиеся над поверхностью кожи с неровными четко очерченными краями, расположенные отдельно или склонные к слиянию. Для волдырей характерно быстрое образование и быстрое исчезновение.

Может повышаться температура до 38-39⁰C, появляется головная боль, слабость.

Продолжительность острого периода от нескольких часов до нескольких суток. Если заболевание продолжается более 5-6 недель, то переходит в хроническую форму.

Изучив и исследовав клинические признаки заболевания, можно выявить ряд проблем пациента:

- зуд кожи
- волдыри на коже

- повышение температуры тела
 - головная боль
 - слабость
 - необходимость соблюдения диеты
 - необходимость постановки аллергопроб перед введением антибиотиков
1. Необходимо отменить лекарственные препараты, вызвавшие аллергию.
 2. 1-2 дня голод. К третьему дню вводить один продукт, который пациент принимает утром натощак в небольшом количестве, далее рацион постепенно расширяют, добавляя по одному продукту каждый день. При появлению волдырей на какой-нибудь продукт является причиной крапивницы, его исключают из рациона пациента.
 - 3 При подозрении на лекарственную и пищевую аллергию дают солевые слабительные, ставят очистительную клизму.
 4. Медикаментозная терапия: супрастин, тавегил, диазолин, лоратадин и др. антигистаминные средства; внутрь кальция хлорид 10% по одной столовой ложке 3 раза в день. В тяжелых случаях назначают преднизолон.

Ангионевротический отек Квинке

Это одна из форм крапивницы с распространением процесса на глубоко лежащие отделы кожи и подкожной клетчатки.

Этиология

- пищевые продукты
- медикаменты
- бактерии
- косметические средства
- бытовая химия
- укусы насекомых

Клиника

Внезапно возникают уплотнения кожи и подкожной клетчатки с локализацией на губах, веках, щеках, половых органах. Отек имеет вид большого плотного инфильтрата без зуда. При нажатии ямки не образуется.

При локализации отека в области гортани появляется «лающий кашель», осиплость голоса, затем нарастает тяжесть дыхания с одышкой. Характер одышки вначале инспираторный, а затем инспираторно-экспираторный.

Дыхание становится шумным, судорожным. Лицо цианотично, затем бледнеет. Смерть наступает от асфиксии.

При отеке на слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта клиника «острого живота»

При распространении отека на серозные мозговые оболочки с возникновением менингиальных симптомов (регидность затылочных мышц, сильная головная боль, рвота, иногда судороги)

Изучив и исследовав клинические признаки заболевания, можно выявить ряд проблем пациента:

- отек лица

- «лающий кашель»
- одышка, переходящая в удушье
- боль в животе
- регидность затылочных мышц
- головная боль
- слабость
- рвота
- судороги
- необходимость соблюдения диеты

1. Срочная госпитализация – при отеке гортани в ЛОР-отделение, при отеке слизистой желудочно-кишечного тракта в хирургическое , при отеке серозных позговых оболочек в неврологическое отделение

При легкой форме лечение амбулаторное.

2. Медикаментозная терапия.

- адреналин подкожно
- супрастин, димедрол внутримышечно
- преднизолон внутривенно
- лазикс внутривенно
- ингаляции сальбутамола, алупента при отеке гортани
- при наследственном отеке переливание свежей крови, плазмы

Прогноз

Обычно благоприятный при своевременной госпитализации и лечении, трудоспособность быстро восстанавливается. После купирования приступа пациента направляют к аллергологу для дальнейшего наблюдения и лечения.

Профилактика

- определение и исключение контакта с аллергеном
- исключение из пищи продуктов, вызывающих отек Квинке

Анафилактический шок

Это вид аллергической реакции немедленного типа, который возникает при повторном введении в организм аллергена и является наиболее опасным аллергическим осложнением.

Этиология

- любое лекарственное вещество
- укус насекомых
- повторное введение белковых препаратов, вакцин, сывороток, полисахаридов
- пищевые аллергены

Способствующие факторы

- аллергические заболевания в анамнезе (бронхиальная астма, поллины, нейродермит и др)
- лечение повторно одним и тем же препаратом

Клиника

Время появления симптомов шока колеблется от нескольких секунд до нескольких минут

Типичная форма встречается в большинстве случаев

Остро возникает состояние дискомфорта с неопределенными тягостными ощущениями.

Жалобы: на ощущение будто обдало жаром или все тело обожгло крапивой; чувство страха смерти или состояние внутреннего беспокойства, появление ажиатации; тошноту, иногда рвоту, резкий кашель; резкую слабость; ощущение покалывания и зуда лица, рук, головы; ощущение прилива крови к голове, лицу, языку; чувство тяжести или сдавления грудной клетки; появление болей в сердце, затруднение дыхания, невозможность сделать вдох, головокружение, головную боль; боли в животе.

Затем наступает расстройство сознания, нарушается речевой контакт с пациентом. При крайне тяжелом «молниеносном» шоке пациенты не успевают предъявить жалоб.

Объективно

- гиперемия кожи или бледность и цианоз;
- отек век и лица;
- обильная потливость;
- возможные судороги конечностей, судорожные припадки;
- двигательное возбуждение;
- непроизвольное выделение моли, кала, газов;
- зрачки расширяются, не реагируют на свет;
- пульс частый, нитевидный на периферических сосудах;
- тоны сердца глухие;
- тахикардия или брадикардия;
- артериальное давление часто не определяется;
- нарушение дыхания – одышка, затрудненное с хрипами, пеной изо рта;

Аусcultация: в начальном периоде крупнопузырчатые хрипы; шумы иногда отсутствуют – «немое легкое»; в последующем развивается симптоматика отека легкого.

Клинические варианты

Гемодинамический вариант

- интенсивные боли в области сердца;
- слабость пульса или его исчезновение;
- нарушение ритма сердца;
- бледность или генерализованная («пылающая») гиперемия, мраморность кожных покровов.

Нарушения со стороны ЦНС и дыхания менее выражены.

Асфиксический вариант

Преобладает осткая дыхательная недостаточность, которая может быть обусловлена отеком слизистой оболочки гортани с закрытием её просвета, бронхоспазмом вплоть до полной непроходимости бронхов, отеком легких.

Церебральный вариант

- психомоторное возбуждение;
- страх;
- нарушение сознания;
- судороги;
- дыхательная аритмия;
- может быть отек головного мозга;
- может быть эпилептический статус с последующей остановкой дыхания и сердечной деятельности

Абдоминальный вариант

- резкие боли в животе;
- признаки раздражения брюшины.

Возникает через 20-30 минут после появления первых признаков шока.

Типы течения

Острое злокачественное

Чаще встречается при типичной форме шока.

Начало острое, быстро нарастают симптомы, артериальное давление резко снижено, диастолическое не определяется, нарушается сознание, нарастают симптомы дыхательной недостаточности с бронхоспазмом. Наблюдается нечувствительность к проводимой терапии, шок прогрессирует с развитием тяжелого отека легких, стойким снижение артериального давления и развитием коматозного состояния

Острое доброкачественное

Симптомы не резко выражены, хорошо поддаются противошоковой терапии

Затяжное течение

Начало острое, симптомы выражены, поддаются лечению, но после временного положительного эффекта длительно остается умеренная симптоматика, нечувствительная к противошоковой терапии. Чаще такое бывает при введении Бициллина.

Рецидивирующее течение

Характеризуется возникновением повторного шокового состояния после первоначального купирования симптоматики. Встречается на введение Бициллина.

Абортивное течение

Клинические симптомы чаще появляются в виде вариантов типичной формы анафилактического шока. Шок быстро проходит легко купируется, часто даже без применения лекарственных средств.

Лечение

Неотложная доврачебная помощь

1. Прекратить введение препарата
2. Уложить пациента горизонтально, голову набок, ноги приподнять, вызвать врача через третье лицо
3. Если препарат вводился подкожно или внутримышечно обколоть место инъекции 0,1% раствором адреналина гидрохлорида, приложить холод на место инъекции

4. Если препарат вводился внутривенно, после прекращения введения препарата иглу не извлекать, так как при падении артериального давления вены спадают
 5. Ввести подкожно 0,1% раствор адреналина гидрохлорида подкожно 0,5 – 1 мл
 6. Провести контроль пульса, артериального давления
 7. Ввести внутримышечно 60-90 мг преднизолона
 8. Ввести 1 мл 0,1 % раствор тавегила или 1-2 мл 2% раствора супрастина или 1 мл 1% раствора димедрола внутримышечно
 9. Четко и быстро выполнять назначения врача.
 10. Приготовить эуфиллин 2,4% раствор, изадрин 2 мл 5% раствора, 1-2 мл 0,06% алупента, 1мл 1% раствора мезатона, 5 мл – 200 мг допамина 2-4 мл 4% раствора лазикса.
 11. При необходимости проводится сердечно-легочная реанимация
 12. Ингаляции кислорода
- Профилактика**
1. Сбор аллергологического анамнеза
 2. отказ от назначений лекарственных средств без достаточного на то основания
 3. Профилактика полипрограммии
 4. Борьба с самолечением

Работа медицинской сестры аллергологического кабинета

Основными задачами аллергологического кабинета являются:

1. Установление диагноза аллергического заболевания, выявление причинно-значимых аллергенов; для этого собирается аллергологический анамнез, проводятся кожные аллергологические пробы с различными группами аллергенов, проводятся провокационные пробы и некоторые лабораторные методы исследований;
2. Установление показаний к лечению специфическими аллергенами;
3. Проведение специфической гипосенсибилизации причинно-значимыми аллергенами;
4. Проведение диспансерного наблюдения за больными с различными аллергическими заболеваниями;
5. Назначение необходимого комплексного лечения больным, не подлежащим специальному лечению;
6. Оказание консультативной помощи различным лечебно-профилактическим учреждениям;
7. Проведение методической работы по ознакомлению с практической аллергологией врачей и медсестер других специальностей.

В аллергологический кабинет направляются больные с бронхиальной астмой, астматическим бронхитом, поллинозом, аллергическим ринитом, аллергическим ларинготрахеитом, крапивницей, отеками Квинке,

атопическим дерматитом, контактным дерматитом, экзогенным аллергическим альвеолитом, с различными аллергическими реакциями на лекарства и профилактические прививки, с аллергией к укусам насекомых и производственным аллергенам.

- на должность медицинской сестры процедурного аллергологического кабинета назначается медсестра, прошедшая подготовку по клинической аллергологии на специальных курсах или на рабочем месте.
- медицинская сестра непосредственно подчиняется заведующему терапевтическим отделением поликлиники и выполняет необходимые диагностические и лечебные мероприятия, назначенные врачом-аллергологом.
- медицинская сестра аллергологического кабинета должна владеть методами специфической аллергологической диагностики и специфического лечения:
 - а) проводить кожные аллергологические пробы;
 - б) осуществлять специфическую иммунотерапию; — готовить разведения аллергенов;
 - в) обеспечивать правильное хранение и использование аллергенов и их разведений для диагностики и лечения;
 - г) выполнять назальные и конъюнктивальные провокационные тесты; участвовать в проведении ингаляционных тестов;
 - д) выполнять исследования функциональных показателей внешнего дыхания;
 - е) осуществлять забор крови для аллергологических и иммунологических исследований.
- медицинская сестра помогает врачу на амбулаторном приеме, оформляя соответствующую документацию, ведет простейшую статистическую обработку материала, следит за состоянием архива, проводит санитарно-просветительную работу.

Вопросы для закрепления пройденного материала

Графический диктант В – 1

1. Аллергия – это состояние повышенной гиперчувствительности организма на повторное введение аллергена
2. Аллергическая реакция немедленного типа развивается в течение 15-20 минут после введения аллергена
3. Экзоаллергены образуются в самом организме
4. Анафилактический шок – это аллергическая реакция замедленного типа
5. Анафилактический шок чаще развивается на пищевые продукты
6. Одним из симптомов анафилактического шока является боль в животе
7. Лазикс не применяется при лечении анафилактического шока
8. Крапивница – это аллергическая реакция замедленного типа
9. Причиной возникновения крапивницы может являться холод
10. Для профилактики возникновения крапивницы проводят дегельминтизацию

B – 2

1. Одним из факторов, предрасполагающих к развитию аллергии является увеличение химии в быту
2. Аллергическая реакция замедленного типа развивается через 1-2 суток после введения аллергена
3. Эндоаллергены попадают в организм извне
4. Для выявления аллергена проводят аллергологические тесты только в острый период
5. Одной из основных жалоб при лекарственной аллергии является кожный зуд
6. Крапивница не относится в лекарственной аллергии
7. Анафилактический шок – это аллергическая реакция замедленного типа
8. Одним из симптомов анафилактического шока является позыв на мочеиспускание
9. При лечении анафилактического шока используют преднизолон
10. При крапивнице температура тела может подниматься до 38-39⁰С

B – 3

1. Фактором, предрасполагающим к развитию аллергии является загрязнение окружающей среды
2. Аллергическая реакция немедленного типа развивается в течение 15-20 минут после введения аллергена
3. Экзоаллергены попадают в организм извне
4. Для выявления аллергена проводят аллергологические пробы только в период ремиссии
5. Анафилактический шок развивается чаще на введение лекарственных средств
6. Одним из основных симптомов крапивницы является кожный зуд
7. Преднизолон не применяется при лечении отека Квинке
8. При развитии острой крапивницы
9. Крапивница – это аллергическая реакция немедленного типа
10. При развитии отека Квинке характерен зуд кожи

B – 3

1. Фактором, предрасполагающим к развитию аллергии является загрязнение окружающей среды
2. Аллергическая реакция немедленного типа развивается в течение 15-20 минут после введения аллергена
3. Экзоаллергены попадают в организм извне
4. Для выявления аллергена проводят аллергологические пробы только в период ремиссии
5. Анафилактический шок развивается чаще на введение лекарственных средств
6. Одним из основных симптомов крапивницы является кожный зуд
7. Преднизолон не применяется при лечении отека Квинке
8. При развитии острой крапивницы
9. Крапивница – это аллергическая реакция немедленного типа
10. При развитии отека Квинке характерен зуд кожи