

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

**Методические указания к практическим занятиям по
дисциплине**

Наименование дисциплины Госпитальная педиатрия

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Форма обучения очная

Год начала подготовки 2022

**Тема 13. Патология детей старшего возраста. Поллинозы. Аллергический
ринит, конъюнктивит. Отек Квинке. Крапивница.**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Госпитальная педиатрия»:

Разработаны
доцентом кафедры
доцентом кафедры

Водовозовой Э.В.
Леденевой Л.Н.

Обсуждены на заседании кафедры «Госпитальной педиатрии»,
зав. кафедрой

Водовозова Э.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 Педиатрия 2022 года набора очной формы
20.04.2022

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Климов Л.Я.

Методические указания по дисциплине «Госпитальная педиатрия» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

1.Цель Ознакомить обучающихся с основами аллергического ринита, конъюнктивита, Отека Квинке, крапивницы, студенты должны научиться диагностировать данные заболевания, проводить дифференциальную диагностику и назначать терапию.

2.Учебные вопросы

- 1.Этиология.
- 2.Патогенез.
- 3.Классификация.
4. Клиника.
5. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
6. Диетотерапия. Лечение.
7. Профилактика. Прогноз. Исход.

3.Теоретическая часть.

Аллергический ринит

Аллергический ринит (МКБ-10:J30) – воспалительное заболевание, проявляющееся комплексом симптомов в виде насморка с заложенностью носа, чиханьем, зудом, ринореей, отеком слизистой оболочки носа.

Эпидемиология

Аллергический ринит - широко распространенное заболевание. Частота симптомов аллергического ринита в России составляет 18-38%. В США аллергическим ринитом страдают 20-40 млн. людей, распространенность заболевания среди детского населения достигает 40%. Чаще болеют мальчики. В возрастной группе до 5 лет распространенность аллергического ринита наиболее низкая, подъем заболеваемости отмечают в раннем школьном возрасте.

Профилактика

Первичную профилактику проводят в первую очередь у детей из группы риска (с отягощенной наследственностью по атопическим заболеваниям). Первичная профилактика включает в себя следующие мероприятия.

1. Соблюдение беременной рациональной диеты. При наличии у нее аллергических реакций из диеты исключают высокоаллергенные продукты.
2. Устранение профессиональных вредностей с 1-го месяца беременности.
3. Прием ЛС только по строгим показаниям.
4. Прекращение активного и пассивного курения как фактора, способствующего ранней сенсibilизации ребенка.
5. Естественное вскармливание - важнейшее направление в профилактике реализации атопической предрасположенности, которое необходимо сохранить как минимум до 4-6-го месяца жизни. Целесообразно исключение из рациона ребенка цельного коровьего молока. Не рекомендуют введение прикорма до 4 месяцев.
6. Элиминационные процедуры (см. ниже раздел «Лечение»).

Вторичная профилактика направлена на предотвращение манифестации аллергического ринита у сенсibilизированных детей и включает следующие мероприятия.

1. Контроль за состоянием окружающей среды.
2. Превентивная терапия антигистаминными препаратами.
3. Аллергенспецифическая иммунотерапия.
4. Профилактика респираторных инфекций как триггеров аллергии.
5. Образовательные программы.

Основная цель третичной профилактики - предупреждение тяжелого течения аллергического ринита. Уменьшение частоты и продолжительности

обострений достигается с помощью наиболее эффективных и безопасных ЛС, а также элиминацией аллергенов.

Скрининг. В рутинном порядке скрининг не проводят.

Классификация

Различают острый эпизодический, сезонный и персистирующий аллергический ринит.

1. Эпизодический контакт с ингаляционными аллергенами (например, белком слюны кошки, белком мочи крыс, продуктами жизнедеятельности клещей домашней пыли) может провоцировать острые симптомы аллергии, которые расценивают как острый эпизодический аллергический ринит.
2. Сезонный аллергический ринит: симптоматика возникает во время цветения растений (деревьев и трав), выделяющих причинные аллергены.
3. При персистирующем аллергическом рините симптомы отмечают более чем 2 часа в день или не менее 9 месяцев в год. Персистирующий аллергический ринит обычно развивается при сенсibilизации к бытовым аллергенам (клещи домашней пыли, тараканы, перхоть животных).

Диагностика

Диагноз аллергического ринита устанавливают на основании данных анамнеза, характерных клинических симптомов и выявления аллергенспецифических антител класса IgE.

Анамнез и физикальное обследование. При сборе анамнеза необходимо уточнить наличие аллергических заболеваний у родственников, характер, частоту, продолжительность, тяжесть симптомов, наличие/отсутствие сезонности, ответ на терапию, наличие у пациента других аллергических заболеваний, провоцирующие факторы. Необходимо проведение риноскопии (осмотр носовых ходов, слизистой оболочки полости носа, секрета, носовых раковин и перегородки). У больных с аллергическим ринитом слизистая оболочка обычно бледная, цианотично-серая, отечная. Характер секрета слизистый и водянистый. При хроническом или тяжелом остром аллергическом рините обнаруживают поперечную складку на спинке носа, образующуюся у детей в результате «аллергического салюта» (потирание кончика носа). Хроническая назальная обструкция приводит к формированию характерного «аллергического лица» (темные круги под глазами, нарушение развития лицевого черепа, включающее неправильный прикус, дугообразное нёбо, уплощение моляров). **Лабораторные и инструментальные исследования.** Кожное тестирование и радиоаллергосорбентный тест применяют для дифференциальной диагностики

аллергического и неаллергического ринита; эти методы также позволяют определить наличие причинно-значимых аллергенов.

Кожное тестирование. Правильно выполненное кожное тестирование позволяет оценить наличие IgE-АТ in vivo; исследование показано следующим группам пациентов:

1. С плохо контролируруемыми симптомами (персистирующие назальные симптомы и/или неадекватный клинический ответ на интраназальные глюкокортикоиды).
2. С не уточненным диагнозом, основанным на данных анамнеза и физикального обследования.
3. С сопутствующей персистирующей бронхиальной астмой (БА) и/или рецидивирующим синуситом или отитом.

Кожное тестирование - быстрый, безопасный и недорогой метод исследования, подтверждающий наличие IgE-АТ. При постановке кожных проб с бытовыми, пыльцевыми и эпидермальными аллергенами реакцию оценивают через 20 минут по размерам папулы и гиперемии. За 7-10 дней до постановки кожных проб следует отменить антигистаминные препараты. Кожное тестирование должен проводить специально обученный медицинский персонал. Конкретный набор аллергенов для тестирования варьирует в зависимости от предполагаемой чувствительности к аллергенам и географической зоны.

Радиоаллергосорбентный тест. Радиоаллергосорбентный тест - менее чувствительный и более дорогостоящий (по сравнению с кожными пробами) метод обнаружения специфических IgE-АТ в сыворотке крови. У 25% больных с положительными кожными пробами результаты радиоаллергосорбентного теста отрицательны. Учитывая это, данный метод имеет ограниченное применение в диагностике аллергического ринита.

Отменять антигистаминные препараты перед проведением исследования не нужно.

Другие методы исследования. Цитологическое исследование мазков из полости носа - доступный и недорогой метод, предназначенный для выявления эозинофилов (проводят при обострении заболевания). Практическое применение метода ограничено, так как появление эозинофилов в назальном секрете возможно при других заболеваниях (БА, полипы носа в сочетании с БА или без нее, неаллергический ринит с эозинофильным синдромом).

1. Определение содержания эозинофилов и концентрации IgE в крови имеет низкую диагностическую значимость.
2. Провокационные пробы с аллергенами в клинической практике имеют ограниченное применение.

3. Рентгенографию околоносовых пазух проводят при подозрении на синусит.

Таблица 1.

Дифференциальная диагностика аллергического и вазомоторного ринита

Клинические критерии	Аллергический ринит	Вазомоторный ринит
Особенности анамнеза	Начинается с детства	Начинается в старшем возрасте
Контакт с причинно-значимым аллергеном	Пыльца растений, домашняя пыль и др.	Аллерген не выявляют
Сезонность заболевания	Может носить сезонный характер	Сезонность нехарактерна
Эффект элиминации	Присутствует	Отсутствует
Другие аллергические заболевания	Часто присутствуют	Отсутствуют
Наследственная предрасположенность	Часто присутствует	Отсутствует
Другие критерии	Анатомические дефекты выявляют редко; сочетания с конъюнктивитом, БА, атопическим дерматитом, крапивницей	Развитию вазомоторного ринита часто предшествуют длительное применение сосудосуживающих капель, искривление или дефект перегородки
Риноскопия	Слизистая оболочка бледно-розовая (при обострении) отечная	Слизистая оболочка мраморная, Воячека, гипертрофия слизистой оболочки
Кожные тесты	Положительные причинно-значимыми	Отрицательные

аллергенами

Содержание эозинофилов в крови	Часто повышено	Обычно нормальное
Концентрация общего IgE в крови	Повышена	В пределах нормы
Эффект применения антигистаминных препаратов/местных ГК	Выраженный положительный	Отсутствует

Дифференциальная диагностика

Острый инфекционный ринит при ОРВИ проявляется заложенностью носа, ринореей, чиханьем. Назальные симптомы преобладают на 2-3-й день и угасают к 5-му дню заболевания. Симптомы, сохраняющиеся более 2 недель, могут свидетельствовать о наличии аллергического ринита.

Вазомоторный (идиопатический) ринит - одна из наиболее распространенных форм неаллергических ринитов. Характерна постоянная заложенность носа, усиливающаяся при перепадах температуры, влажности воздуха и при резких запахах. Существует гиперсекреторный вариант с персистирующей ринореей, для которого характерны незначительный зуд носа, чиханье, головные боли, anosmia, синуситы. Наследственность по аллергическим заболеваниям не отягощена, также не характерна сенсibilизация к аллергенам. При риноскопии в отличие от аллергического ринита, для которого характерны цианоз, бледность, отек слизистой оболочки, выявляют ее гиперемию, вязкий секрет (см. табл. 1).

Медикаментозный ринит - результат длительного применения сосудосуживающих назальных препаратов, а также вдыхания кокаина. Отмечают постоянную назальную обструкцию, при риноскопии слизистая оболочка ярко-красного цвета. Характерен положительный ответ на терапию интраназальными ГК, которые необходимы для успешной отмены препаратов, вызывающих данное заболевание

Неаллергический ринит с эозинофильным синдромом характеризуется наличием выраженной назальной эозинофилии, отсутствием положительного аллергологического анамнеза, отрицательными результатами кожного тестирования.

Отмечают персистирующие симптомы, слабо выраженное чиханье и зуд, склонность к образованию назальных полипов, отсутствие адекватного ответа на терапию антигистаминными препаратами, хороший эффект при применении интраназальных ГКА.

Односторонний ринит предполагает наличие назальной обструкции в результате инородного тела, опухоли, полипов носа, которые возможны при неаллергическом рините с эозинофильным синдромом, хроническом бактериальном синусите, аллергическом грибковом синусите, аспириновой астме, муковисцидозе и синдроме неподвижности ресничек респираторного эпителия. Одностороннее поражение или полипы носа для не осложненного аллергического ринита не характерны.

Назальные симптомы характерны для некоторых системных заболеваний, в частности для гранулематоза Вегенера, который проявляется постоянной ринореей, наличием гнойного/геморрагического отделяемого, язвами в полости рта и/или носа, полиартралгией, миалгией, болями в области дополнительных пазух полости носа.

Лечение

Основная **цель терапии** - облегчение симптомов заболевания. Комплекс терапевтических мероприятий включает элиминацию аллергенов, лекарственную терапию и специфическую иммунотерапию.

Показания к госпитализации. Лечение аллергического ринита проводят в амбулаторных условиях.

Элиминация аллергенов. Лечение аллергического ринита начинают с выявления возможных причинно-значимых аллергенов, после элиминации которых в большинстве случаев симптомы ринита уменьшаются.

Выделяют следующие основные группы аллергенов, вызывающих аллергический ринит.

- Группа пыльцевых аллергенов (пыльца деревьев, злаковых и сорных трав). В сезон цветения для элиминации аллергенов рекомендуют держать закрытыми окна и двери в помещении и автомобиле, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице. После прогулки желательно принять душ или ванну для удаления пыльцы с тела и предупреждения загрязнения белья.
- Споры плесневых грибов. При аллергии на споры плесневых грибов рекомендуют часто убирать помещения, в которых возможен рост плесени, тщательно очищать увлажнители воздуха, вытяжки для

удаления пара, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 50%.

Клещи домашней пыли, насекомые(тараканы, моль и блохи). В наибольшей концентрации аллергены клещей домашней пыли обнаруживают в коврах, матрацах, подушках, мягкой мебели, одежде (преимущественно в детской), мягких игрушках. Экскременты клещей являются основным аллергеном в составе домашней пыли.

Аллергены животных.

Пищевые аллергены могут вызывать ринорею у детей раннего возраста

Лекарственная терапия. Если элиминация аллергенов не приводит к уменьшению выраженности симптоматики, начинают лекарственную терапию (см. табл. 2).

Интраназальные глюкокортикоиды. Местные(интраназальные)ГК - препараты выбора в лечении аллергического ринита; они эффективно уменьшают выраженность таких симптомов, как зуд, чиханье, ринорея, заложенность носа. Начало действия интраназальных ГК приходится на 2- 3-й день лечения, максимальный эффект развивается ко 2-3-й неделе. Для достижения контроля над заболеванием рекомендуют их регулярное применение. Интраназальные ГК обычно хорошо переносятся. К преимуществам препаратов этой группы относятся возможность их применения 1 раз в сутки и минимальная системная абсорбция. Побочные эффекты возникают в 5-10% случаев, среди местных эффектов наиболее распространены чиханье, жжение, раздражение слизистой оболочки носовой полости, которые обычно выражены минимально и не требуют отмены препарата. В редких случаях при неправильном применении интраназальных ГК может произойти перфорация носовой перегородки.

В многочисленных исследованиях у детей показано, что применение интраназальных ГК в терапевтических дозах не влияет на рост и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему*. Тем не менее интраназальные ГК следует назначать в минимальных суточных дозах и контролировать рост ребенка. Предпочтительно применение водных растворов, так как они меньше вызывают раздражение слизистой. Мометазон, флутиказон, беклометазон и будесонид адекватно контролируют симптомы аллергического ринита и хорошо переносятся.

Интраназальные ГК благодаря выраженному противовоспалительному эффекту более эффективны по сравнению с интраназальными кромоном и системными антигистаминными препаратами*. У большинства пациентов дополнительное назначение антигистаминных препаратов (в том числе в сочетании с деконгестантами) не повышает клинической эффективности. Для повышения эффективности интраназальных ГК рекомендуют очищение носовой полости от слизи перед введением препаратов, а также использование увлажняющих средств.

1. Мометазон применяют у детей с 2-летнего возраста, назначают по 1 ингаляции (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки.
2. Флутиказон разрешен к применению у детей с 4 лет, назначают по 1 дозе (50мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 200 мкг.
3. Беклометазон применяют у детей с 6 лет, назначают по 1-2 ингаляции (50-100мкг) 2-4 раза в сутки в зависимости от возраста.
4. Будесонид разрешен к применению у детей с 6 лет, назначают по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 200 мкг.

Системные ГК (перорально или парентерально) уменьшают выраженность симптомов аллергического ринита, но с учетом возможности развития системных побочных эффектов их применение в лечении аллергического ринита у детей весьма ограничено.

Таблица 2.

Эффект различных групп ЛС на отдельные симптомы аллергического ринита

ЛС	Чихание	Выделения из носа	Зуд в носу	Заложенность носа
Антигистаминные препараты	+++	++	+++	+/-*
Интраназальные	+++	+++	+++	++
ГК				
Кромоны	+	+	+	+/-
Деконгестанты				+++

* - кроме дезлоратадина - ++

Антигистаминные препараты. Антигистаминные препараты системного действия предотвращают и уменьшают такие симптомы, как зуд, чихание, ринорея, но менее эффективны в отношении назальной обструкции. Возможность развития тахифилаксии при приеме антигистаминных препаратов не подтверждена. Антигистаминные препараты первого поколения в лечении аллергического

ринита применяют редко из-за наличия седативного и антихолинергического побочных эффектов.

Антигистаминные препараты второго поколения (цетиризин, лоратадин) не проходят через гематоэнцефалический барьер и обладают меньшим седативным эффектом.

1. Цетиризин детям от 1 года до 6 лет назначают по 2,5 мг 2 раза в день или 5 мг один раз в день в виде капель, старше 6 лет - по 10 мг однократно или по 5 мг 2 раза в день.
2. Лоратадин применяют у детей старше 2 лет. Детям с массой тела менее 30 кг препарат назначают по 5 мг 1 раз в сутки, более 30 кг - по 10 мг 1 раз в сутки.

Из антигистаминных препаратов третьего поколения для лечения аллергического ринита применяют фексофенадин и дезлоратадин.

1. Фексофенадин применяют у детей с 6 лет по 30 мг 1-2 раза в сутки, старше 12 лет - 120 мг 1 раз в сутки.
2. Дезлоратадин применяют у детей с 2 до 12 лет по 2,5 мг 1 раз в сутки в формесиропа, старше 12 лет - 5 мг 1 раз в сутки.

В плане уменьшения выраженности симптомов аллергического ринита антигистаминные препараты менее эффективны, чем интраназальные ГК, и сопоставимы с кромонами или даже превосходят их. Наиболее эффективно профилактическое применение антигистаминных препаратов (перед контактом с аллергеном). Добавление к терапии интраназальными ГК антигистаминных препаратов оправдано при тяжелом течении аллергического ринита, сопутствующем аллергическом конъюнктивите и атопическом дерматите.

Интраназальные антигистаминные препараты (азеластин) эффективны при лечении сезонного и круглогодичного аллергического ринита. При их применении возможны жжение в носу, горький и металлический привкус во рту. Азеластин применяют у детей старше 5 лет в форме назального спрея по 1 инсуфляции 2 раза в день.

Кромоны. Кромоглициевая кислота менее эффективна, чем интраназальные ГК, но более эффективна, чем плацебо, в лечении аллергического ринита. Препарат применяют у детей с аллергическим ринитом легкого течения в форме назальных спреев по 1 -2 инсуфляции в каждый носовой ход 4 раза в день. Кромоглициевая кислота - препарат первого выбора у детей до 3 лет, второго выбора - у детей старше 3 лет. Наиболее эффективно

профилактическое применение препарата (перед контактом с аллергенами). Побочные эффекты выражены минимально.

Комбинированная терапия. Для пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания или при неэффективности начальной терапии возможно назначение комбинированной терапии, которая может включать интраназальные ГК или кромоглициевую кислоту в сочетании с антигистаминными препаратами второго поколения. При достижении положительного эффекта один из компонентов терапии следует отменить.

Деконгестанты. Интраназальные сосудосуживающие препараты (нафазолин, оксиметазолин) для лечения аллергического ринита применять не рекомендуется, так как через 3-7 дней их использования развивается тахифилаксия, которая проявляется рикошетным отеком слизистой оболочки носа. При длительном применении препаратов этой группы развивается медикаментозный ринит. Допустимо применение сосудосуживающих препаратов у больных с выраженной заложенностью носа перед назначением интраназальных ГК в течение не более 1 недели.

Увлажняющие средства. Данная группа препаратов способствует увлажнению и очищению слизистой оболочки носа.

Аллергенспецифическая иммунотерапия. Этот метод лечения заключается во введении возрастающих доз аллергена, к которому у больного выявлена повышенная чувствительность. Применяют для лечения аллергического ринита, связанного с гиперчувствительностью к пыльце растений и к клещам домашней пыли, а также, но с меньшим эффектом, при сенсibilизации к аллергенам животных и плесени. Аллергенспецифическую иммунотерапию проводят при неэффективности элиминационных мероприятий и медикаментозной терапии или при наличии нежелательных побочных эффектов от используемых препаратов. Применяют у детей старше 5 лет.

Продолжительность лечения составляет от 3 до 5 лет. Аллергенспецифическую иммунотерапию проводят по индивидуально составленной схеме, под контролем аллерголога. Пациенты, получающие аллерген парентерально, должны находиться под наблюдением врача в течение 30-60 минут после инъекции (возможное время развития побочных реакций).

Хирургическое лечение. Показания:

1. необратимые формы гипертрофии носовых раковин, развившейся на фоне аллергического ринита;
2. истинная гиперплазия глоточной миндалины, существенно нарушающая носовое дыхание;
3. аномалии внутриносовой анатомии;

4. патология придаточных пазух носа, которая не может быть устранена иным путем.

Обучение пациента

1. Предоставление подробной информации об элиминационных мероприятиях.
2. Ознакомление с современными методами терапии и возможными побочными эффектами.
3. Ознакомление с различными мерами профилактики обострений аллергического ринита (предсезонная профилактика, перед предполагаемым контактом с аллергеном).
4. Проведение аллергошкол, предоставление методических материалов и пособий.

Показания к консультации других специалистов

Пациента следует направить к специалисту (аллерголог, ЛОР) в следующих случаях.

1. Неэффективность пероральной/интраназальной лекарственной терапии.
2. Среднетяжелые и тяжелые персистирующие симптомы.
3. Необходимость проведения кожного тестирования/радиоаллергосорбентного теста для идентификации причинно-значимых аллергенов с целью выполнения элиминационных мероприятий и решения вопроса о проведении аллергенспецифической иммунотерапии.
4. Наличие сопутствующих заболеваний, таких как атопический дерматит, БА, хронический/рецидивирующий риносинусит.
5. Любые тяжелые аллергические реакции, вызывающие беспокойство ребенка и родителей.

Дальнейшее

ведение

Кратность наблюдения больного с аллергическим ринитом:

1. педиатр: при обострении по клиническим показаниям, в основном 1 раз в 5-7 дней; вне обострения - 1 раз в 6 месяцев;
2. аллерголог: вне обострения - 1 раз в 3-6 месяцев.

Прогноз

Своевременная и правильно проведенная комплексная терапия, включающая элиминацию аллергенов, аллергенспецифическую иммунотерапию и фармакотерапию, позволяет устранить все симптомы аллергического ринита и предотвратить развитие осложнений.

Аллергические

КОНЪЮНКТИВИТЫ

Роль и значение аллергии в глазной патологии с каждым годом возрастает. По обобщенным мировым данным, более 30% населения страдает различными аллергическими заболеваниями.

Заболевание возникает при генетически заложенной повышенной чувствительности организма к тому или иному аллергену. Конъюнктивит служит наиболее частым проявлением аллергической реакции, составляя до 90% всех аллергозов.

Аллергические конъюнктивиты часто сочетаются с бронхиальной астмой, аллергическим ринитом, атопическим дерматитом.

Аллергические конъюнктивиты длятся более месяца. Заболевание большей частью двустороннее. При обострении болезни преобладает зуд; ремиссии сопровождаются неопределенными жалобами на ощущение инородного тела, «покалывание» в глазах, чувство дискомфорта, фотопсии и др.

Аллергический конъюнктивит периодически обостряется, что тесно связано с этиологическими факторами. В соскобе с конъюнктивы обнаруживают эозинофилы, специфическое иммунологическое обследование дает положительные результаты.

Различают отечную, капиллярную, фолликулярную и стертую формы аллергического конъюнктивита.

При аллергическом конъюнктивите роговица вовлекается в процесс редко, при этом поражаются только поверхностные эпителиальные слои (поверхностный, точечный, краевой кератит).

В зависимости от этиологического фактора различают инфекционный, медикаментозный и алиментарный аллергический конъюнктивит.

Алиментарный атопический аллергический конъюнктивит наиболее часто проявляется как аллергический отек Квинке в области век. Известен ряд сильно сенсибилизирующих пищевых продуктов: коровье молоко, яйцо, пшеничный хлеб, шоколад, орехи, томаты, цитрусовые, речная рыба, ягоды и

т. д. Диагностике пищевой аллергии помогает пищевой дневник, который рекомендуют вести больному.

Сезонные аллергические конъюнктивиты сопровождаются резкой гиперемией конъюнктивы век и глазного яблока, хемозом, гиперплазией сосочков. Поражение роговицы имеет вид поверхностного точечного кератита. Сезонные аллергические конъюнктивиты появляются внезапно в период цветения различных растений. У больного, чувствительного к пыльце, появляются обильный насморк, чихание, слезотечение и светобоязнь, зуд в области глаз, носа, твердого неба. Аллергенами могут быть злаки – тимофеевка, ежа сборная, мятлик и овсяница. К эпидермальным аллергенам отнести можно пух, шерсть, пыль.

Инфекционные аллергические конъюнктивиты имеют хроническое круглогодичное течение. Длительное пребывание микроорганизмов в конъюнктивальной полости сенсibiliзирует ткани. При бактериологическом исследовании в конъюнктивальной полости находят патогенные стафилококки, стрептококки и т. д. При цитологическом исследовании обнаруживают эозинофильные полинуклеары. При аллергологическом обследовании кожно-аллергические тесты с бактериальными аллергенами положительные.

Медикаментозный аллергический конъюнктивит встречается очень часто. В роле аллергенов могут выступать антибиотики, сульфаниламиды, анестетики, мидриатики, миотики, витамины. Бывают аллергические реакции и на шовный материал (кетгут). Сенсibiliзация в этом случае проявляется в виде зудящей сыпи, крапивницы, ринита, повышения температуры, часто бывает эозинофилия.

Весенний аллергический конъюнктивит (катар), как правило, начинается в феврале, особенно частые обострения и рецидивы бывают в марте – апреле. Клиническая картина включает в себя повышенную зрительную утомляемость, чувство инородного тела в глазах, сильный зуд. Условно выделяют пальпебральную, бульбарную (лимбальную) и смешанную формы. Гипертрофические изменения сосочков на верхних веках напоминают «булыжную мостовую». Иногда поражается роговица и появляется поверхностный кератит. *Гиперпапиллярный конъюнктивит* возникает при длительном контакте конъюнктивы верхнего века с инородным телом (контактные линзы, глазные протезы, швы после экстракции катаракты или кератопластики).

Больные жалуются на зуд и слизистое отделяемое, в тяжелых случаях появляется птоз. При осмотре выявляют гигантские (1 мм и более) сосочки конъюнктивы верхнего века. Клиническая картина схожа с проявлениями конъюнктивальной формы весеннего катара.

Лечение аллергических конъюнктивитов предполагает использование специфических, неспецифических и симптоматических средств.

Специфическая терапия включает в себя прекращение контакта с предполагаемым аллергеном и повышение устойчивости к данному аллергену.

Специфическую гипосенсибилизацию проводят выявленным аллергеном. При специфической гипосенсибилизации соответствующими аллергенами вызывают образование антител, блокирующих соответствующий аллерген. Недостаток этой терапии заключается в ее длительности (месяцы).

Неспецифическая терапия осуществляется тогда, когда аллерген не выявлен. Она состоит в применении антигистаминных препаратов.

При системной антиаллергической терапии чаще всего используют димедрол, супрастин, диазолин, тавегил, кларитин, эбастин, зиртек. Препараты назначают курсами по 10 дней, чередуя их. Применяется также гистаглобулин (гистаглобин). Этот препарат приводит к образованию антигистаминных антител.

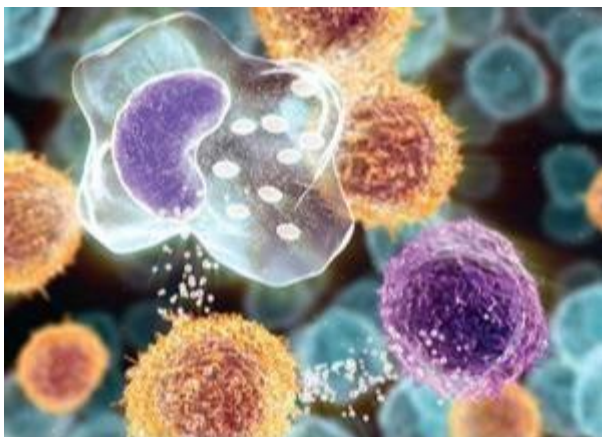
Местная антиаллергическая терапия предполагает инстилляцию: антигистаминных препаратов: опатанол, антазолин + тетразолин; аллергофтал; аллергодил 0,05%; препаратов, тормозящих дегрануляцию тучных клеток: лекролин 2%, кромогексал 2%; аломид 0,1%, кузикром 2%; кортикостероидов: дексаметазон, максидекс, пренацид; НПВП: диклофенак (наклоф 0,1%, диклоф 0,1%), индометацин (индо-коллир 0,1%).

Отек Квинке - остро возникающий, безболезненный, отек глубоких слоев кожи и подкожной клетчатки или слизистых оболочек, обусловленный увеличением проницаемости сосудов. В некоторых случаях может приводить к полному закрытию дыхательных путей и смерти.

- Впервые заболевание было описано в 1882 году, немецким врачом и исследователем Генрихом Квинке.
- Более 90% всех случаев отека Квинке и обращений за скорой медицинской помощью связано с применением медикаментов, особенно ингибиторов АПФ (каптоприл, эналаприл).
- Отек Квинке может быть нескольких видов:
 - Наследственный отек Квинке
 - Приобретенный отек Квинке
 - Отек Квинке связанный с аллергическими реакциями (чаще с крапивницей)
 - Отек Квинке связанный с приемом медикаментов (чаще у пожилых на ингибиторы АПФ)
 - Отек Квинке невыясненной причины (идиопатический)

- **Наследственный отек Квинке** редкое заболевание развивающиеся лишь у 1 человека из 150 тысяч населения. Впервые было описано в 1888 году у пяти поколений членов американской семьи. Начало эпизодов заболевания чаще регистрируется в возрасте 7-15 лет. У всех пациентов с наследственным отеком Квинке имеется склонность к развитию аутоиммунных заболеваний (системная красная волчанка, аутоиммунный тиреоидит и др.). Заболевание передается по аутосомно-доминантному типу и шанс рождения ребенка у пары, в которой один родитель болен, равен 50 %.
- Случаи **приобретенного отека Квинке** достаточно редки за период 1997-2008 года было описано лишь 50 случаев заболевания. Заболевание чаще развивается у людей старше 50 лет.
- Частота развития отека Квинке связанного с применение ингибиторов АПФ составляет 1-2 случая на 1 тыс. населения.

Состояние иммунной системы и механизм развития отека Квинке



Для понимания причины и механизма возникновения наследственного отека Квинке необходимо разобрать одну из составляющих иммунной системы. Речь пойдет о системе комплемента. Система комплемента – это важный компонент как врожденного, так и приобретенного иммунитета, состоящая из комплекса белковых структур.

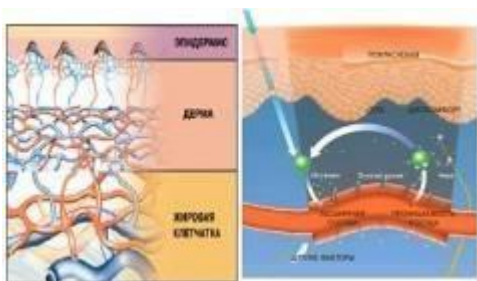
Система комплемента участвует в реализации иммунного ответа и предназначена для защиты организма от действия чужеродных агентов. Кроме того система комплемента участвует в воспалительных и аллергических реакциях. Активация системы комплемента приводит к выбросу из специфических иммунных клеток (базофилы, тучные клетки) биологически активных веществ (брадикинина, гистамина, и др.), что в свою очередь стимулирует воспалительную и аллергическую реакцию.

Все это сопровождается расширением сосудов, увеличением их проницаемости для компонентов крови, снижением артериального давления, появлением различных высыпаний и отека. Система комплемента регулируется специфическими ферментами, одним из таких ферментов является ингибитор С1. Количество и качество которого определяет развитие

отека Квинке. Научно доказано, что недостаток ингибитора C1, является основной причиной развития наследственного и приобретенного отека Квинке. Исходя из своей функции ингибитор C1 должен сдерживать и контролировать активацию комплемента. Когда его не хватает, происходит неконтролируемая активация комплемента и из специфических клеток (тучные клетки, базофилы), осуществляется массивный выброс биологически активных веществ запускающих механизмы аллергической реакции (брадикинин, серотонин, гистамин и др.). Основной причиной отека является брадикинин и гистамин, которые расширяют сосуды и увеличивают проницаемость сосудов для жидкой составляющей крови.

В случае аллергического отека Квинке механизм развития сходен с анафилактической реакцией.

Механизм образования отека



Отек возникает в глубоких слоях, подкожной жировой клетчатке и слизистых в результате расширения сосудов (венул) и увеличения их проницаемости для жидкой составляющей крови. В результате в тканях накапливается межтканевая жидкость, которая и определяет отек. Расширение сосудов и увеличение их проницаемости происходит в результате выброса биологически активных веществ (брадикинина, гистамина и др.) по описанным выше механизмам (система комплемента, механизм развития анафилаксии).

Стоит отметить, что процесс развития отека Квинке и крапивницы схожи. Только при крапивнице происходит расширение сосудов в поверхностных слоях кожи.

Причины отека Квинке

Основные факторы, провоцирующие проявление наследственного отека Квинке:

- Стресс эмоциональный и физический
- Инфекционные заболевания
- Травма
 - Хирургические вмешательства, в том числе и стоматологические
- манипуляции
- Менструальный цикл
- Беременность

- Прием контрацептивов, содержащих эстрогены

Проявлению приобретенного отека Квинке способствуют следующие заболевания:

- Хронический лимфолейкоз
- Неходжкинская лимфома
- Лимфосаркома
- Миелома
- Первичная криоглобулинемия
- Лимфоцитарная лимфома
- Макроглобулинемия Вальденстрема

Все эти заболевания способствуют снижению уровня ингибитора C1 и повышают возможность неконтролируемой активации комплемента с выбросом биологически активных веществ.

При отеке Квинке связанного с применением ингибиторов АПФ, в основе развития заболевания лежит снижение уровня специфического фермента (ангиотензина II), что в свою очередь приводит к повышению уровня брадикина. И соответственно это ведет к отеку. Ингибиторы АПФ (каптоприл, эналаприл), препараты в основном применяются для контроля артериального давления. Симптомы отека Квинке после употребления таких медикаментов появляются не сразу. В большинстве случаев (70-100%), они проявляются в течение первой недели лечения данными препаратами.

Виды отека Квинке

Вид	Механизм развития и Внешние проявления характеристика	
Наследственный отек Квинке	Повторяющиеся отеки в любой части тела без крапивницы ; случаи отека Квинке в семье; начало в детском возрасте; ухудшение состояния в пубертатном возрасте.	

<p>Приобретенный отек Квинке</p>	<p>Развивается у лиц среднего возраста, проявляется так же без крапивницы. В семье не зарегистрированы случаи отека Квинке.</p>	
<p>Отек Квинке связанный с приемом ингибиторов АПФ</p>	<p>Возникает в любой части тела, чаще в области лица, не сопровождается крапивницей. Развивается впервые 3 месяца лечения ингибиторами АПФ.</p>	
	<p>Часто развивается одновременно с крапивницей и сопровождается</p>	

Аллергический отек
Квинке

зудом,
часто
является
компонентом
анафилактической
реакции.
Начало
вызвано
контактом
с
аллергеном.
Длительность
течения отека
в среднем 24-
48 часов.



Отек Квинке без найденных причин (идиопатический)	За 1 год 3 эпизода отека а Квинке без выясненной причины. Чаще развивается у женщин. Крапивница возникает в 50% случаев.	

Предвестники отека Квинке
 Предвестники отека Квинке: покалывание, жжение в области отека. У



35% пациентов розовеет или краснеет кожа туловища или конечностей до или во время отека. Для того чтобы разобраться с симптомами отека Квинке, нужно понимать,

что появление симптомов и их характеристика различна в зависимости от вида отека. Так отек Квинке при анафилактическом шоке или другой аллергической реакции будет отличаться от эпизода наследственного или приобретённого отека Квинке. Рассмотрим симптомы отдельно для каждого вида отека Квинке.

Вид отека	Симптомы			
	Начло и продолжительность отека	Место появления	Характеристика отека	
Аллергический Отек Квинке	От нескольких минут до часа. Обычно через 5-30 минут. Процесс разрешается через несколько часов или на 2-3 сутки.	Чаще область лица и шеи (губы, веки, щеки), нижние и верхние конечности, половые	Отек плотный, не образует ямки после надавливания. Отек бледный или слегка красный.	В С С К З В




		органы. Отек может возникнуть в любой части	
Отек Квинке наследственный и приобретенный, а так же связанный с приемом ингибиторов АПФ,	Отек в большинстве случаев развивается в течение 2-3 часов и исчезает за 2-3 дня, но у некоторых больных может присутствовать до 1 недели.	и тела. Отеки чаще появляются в области глаз, губ, язык а, половых органов, однако могут проявиться в любой части тела.	Отек чаще бледный, напряженный, отсутствует зуд и покраснение, не остается ямки после надавливания.

Симптомы отека Квинке в зависимости от места возникновения

Место отека	Симптомы	Внешние проявления
Отек гортани, языка, а.	Самое опасное осложнение отека Квинке. Симптоматика: нарушение глотания, першение, кашель, нарастающая хрипота, затрудненное дыхание, дыхательная недостаточность.	 

Отек в области легких	Выпот и плевральную полость: кашель, боль в груди.	
--	---	--

Отек стенки Боли в области живота,

кишечника	рвота, диарея.	
Отек мочевыводящих мочи путей	Задержка	
Отек оболочек	мозговых Головная и, нарушение сознания.	боль,  <p>Медицинский рисунок, иллюстрирующий анатомию позвонка и межпозвоночного диска. На рисунке показаны следующие структуры: Шейный позвонок, Межпозвоночный диск, Перепончатая связка, Крестцовый позвонок. Подпись: Схема функционального дискусса к крестцовой позвонку.</p>

Первая неотложная помощь при отеке Квинке

Скорую помощь необходимо вызывать при любом случае отека Квинке. Особенно если это первый эпизод.

Показания к госпитализации:

Отек языка

Затрудненное дыхание, вызванное отеком дыхательных путей.
Отек кишечника (симптомы: боли в области живота, диарея, рвота).
Отсутствие или незначительный эффект от лечения в домашних условиях.

Чем помочь до приезда скорой помощи?

1. Освободить дыхательные пути
2. Проверить наличие дыхания
3. Проверить пульс и давление
4. При необходимости выполнить сердечно-легочную реанимацию. Ввести медикаменты

Тактика медикаментозного лечения при неаллергическом отеке Квинке и при аллергическом немного отличается. Учитывая тот факт, что неаллергический отек Квинке плохо реагирует на основные медикаменты (адреналин, антигистаминные средства, глюкокортикоидные препараты) применяются для лечения острых аллергических реакций. Однако как показывает практика лучше начать именно с этих медикаментов, особенно если случай отека Квинке впервые выявлен и еще не определена его точная причина.

Три медикамента, которые всегда необходимо иметь под рукой!

1. Адреналин
2. Гормоны
3. Антигистаминный препарат

Препараты вводятся в определенной последовательности. В начале, всегда вводится адреналин, затем гормоны и антигистаминные средства. Однако при не столь выраженной аллергической реакции достаточно введение гормонов и антигистаминных средств.

Адреналин

При первых же симптомах отека Квинке следует ввести **адреналин**. Это препарат выбора при всех аллергических реакция угрожающих жизни.

Куда вводить адреналин?

Обычно на догоспитальном этапе препарат вводится внутримышечно. Лучшее место для введения адреналина, это средняя треть наружной поверхности бедра. Особенности кровообращения в этой области позволяют препарату быстрее распространиться по организму и начать действовать. Однако адреналин может вводиться и в другие части тела, к примеру, в дельтовидную мышцу плеча, ягодичную мышцу и др. Стоит отметить, что в экстренных ситуациях, когда возникает отек в области шеи, языка, адреналин вводят в трахею или под язык. При необходимости и возможности адреналин вводят внутривенно.

Сколько вводить?

Обычно в таких ситуациях существует стандартная доза для взрослых 0,3-0,5 мл 0,1% раствора адреналина, для детей 0,01 мг/кг веса в среднем 0,1-0,3 мл 0,1% раствора. При отсутствии эффекта введение можно повторять каждые 10-15 минут.

В настоящее время существуют специальные приспособления для удобного введения адреналина, в которых доза строго определена и дозирована. Такими приспособлениями являются шприц-ручка EpiPen, устройство звуковой инструкцией по применению Allerjet. В США и странах Европы, такие устройства носит каждый страдающий анафилактическими реакциями и при необходимости самостоятельно могут произвести себе введение адреналина.

Основные эффекты препарата: Снижает высвобождение веществ аллергической реакции (гистамина, брадикинина и др.), повышает артериальное давление, устраняет спазм в бронхах, повышает эффективность работы сердца.

Гормональные препараты

Для лечения аллергической реакции применяют следующие препараты: дексаметазон, преднизолон, гидрокортизон.

Куда вводить?

До приезда скорой помощи можно ввести медикаменты внутримышечно, в ту же ягодичную область, но по возможности внутривенно. При отсутствии возможности введения с помощью шприца, возможно содержимое ампулы просто вылить под язык. Под языком находятся вены через препарат хорошо и быстро всасывается. Эффект при введении препарата под язык наступает гораздо быстрее чем при введении внутримышечно даже внутривенно. Так как при попадании лекарственного средства в подъязычные вены оно сразу распространяется, минуя печеночный барьер.

Сколько вводить?

Дексаметазон от 8-до 32 мг, в одной ампуле 4 мг, 1 таблетка 0,5 мг.
Преднизолон от 60-150 мг, в одной ампуле 30 мг, 1 таблетка 5 мг.
Медикаменты существуют и в таблетках, однако скорость наступления эффекта гораздо ниже, чем при вышперечисленных методах введения (в/м и в/в). При необходимости гормоны можно принять в виде таблеток в указанных дозах. **Основные эффекты препаратов:** снимают воспаление, отек, зуд, повышают артериальное давление, останавливает высвобождение веществ вызывающих аллергические реакции, способствуют устранению бронхоспазма и

улучшению

работы

сердца.

3. Антигистаминные препараты

В основном применяются препараты блокирующие H1-рецепторы (лоратадин, цетиризин, клемастин, супрастин). Однако доказано, что противоаллергический эффект усиливается при сочетании H1 и H2 гистаминблокаторов. К блокаторам H2- рецепторов относятся: фамотидин, ранитидин и др.

Куда вводить? Лучше ввести препарат внутримышечно, однако и в виде таблеток препараты будут работать, но с более поздним наступлением эффекта.

Сколько вводить?

Супрастин – 2 мл-2%; в таблетках 50 мг;

Клемастин – 1 мл – 0,1%;

Цетиризин - 20мг;

Лоратадин – 10 мг;

Фамотидин – 20-40 мг;

Ранитидин – 150-300 мг;

Основные эффекты препаратов: устраняют отек, зуд, покраснение, останавливают высвобождение веществ запускающих аллергическую реакцию (гистамина, брадикинина и др.).

Медикаменты, применяемые при неаллергическом отеке Квинкес
вязанный с понижением уровня C1-ингибитора (наследственный,
приобретенный отек Квинке)

Препараты, которые обычно вводятся при госпитализации:

- Очищенный концентрат C1-ингибитора, вводится внутривенно, применяется в странах Европы и США. В РФ пока не применяется.
- В случае отсутствия концентрата C1-ингибитора. Вводят свежезамороженную плазму 250-300 мл, которая содержит достаточное количество C1-ингибитора. Однако в некоторых случаях её применение может усилить обострение отека Квинке.

Препараты, которые возможно ввести самостоятельно до приезда скорой помощи:

- **Аминокапроновая кислота** 7-10 г в сутки внутрь до полного прекращения обострения. По возможности поставить капельницу в дозе 100-200 мл.
- **Эффекты:** препарат обладает противоаллергической активностью, нейтрализует действие биологически активных веществ аллергии

(бадикинин, калеикреин и др.), снижает проницаемость сосудов, что способствует устранению отека.

- ▣ **Препараты мужских половых гормонов** (андрогены): даназол, станазол, метилтестостерон.

Дозы: даназол 800мг в сутки; станазол 4-5 мг в сутки, способ приема внутрь или внутримышечно; метилтестостерон 10-25 мг в сутки способ приема, _____ под _____ язык.

Эффекты: данные препараты усиливают выработку С1- ингибитора, тем самым повышая его концентрацию в крови, что устраняет основной механизм _____ развития _____ заболевания.

Противопоказания: беременность, лактация, детский возраст, рак простаты. У детей вместе андрогенов применяют аминокaproновую кислоту.

Что делать при отеке гортани?



В случае отека гортани, возможно полное закрытие дыхательных путей, при котором медикаментозное лечение не всегда эффективно. В этом случае для спасения жизни можно выполнить прокол или разрез перстнещитовидной связки (крикотириотомия). см. Как обеспечить проходимость дыхательных путей при отеке гортани?

Лечение в больнице

В _____ каком _____ отделении _____ лечат?



В зависимости от тяжести и характера отека пациента направляют в соответствующее отделение. К примеру, пациента направят в реанимационное отделение при тяжелом анафилактическом шоке. При отеке гортани это может быть ЛОР отделение или та же реанимация. В случае отека Квинке средней тяжести не угрожающего жизни, пациент проходит

лечение в отделении аллергологии или обычном терапевтическом отделении.

Чем лечат?

При аллергическом отеке Квинке, являющимся частью анафилактической реакции препаратами выбора являются адреналин, глюкокортикоидные гормоны, антигистаминные средства. Кроме того проводят дезинтоксикационную терапию, путем внутривенного введения специальных растворов (реоплюглюкин, рингер лактат, физ. раствор и др.). В случае пищевого аллергена применяются энтеросорбенты (активированный уголь, энтеросгель, белый уголь и др.). Так же проводится симптоматическая терапия в зависимости от возникших симптомов, а именно при затрудненном дыхании применяют средства снимающие спазм бронхов и расширяющие дыхательные пути (эуфилин, сальбутамол и др.)

При неаллергическом отеке Квинке (наследственный, приобретенный отек Квинке), сопровождающимся снижением в крови концентрации ингибитора С1, тактика лечения несколько отличается. В этом случае адреналин, гормоны, антигистаминные средства не являются препаратами первого выбора, так как их эффективность при данных видах отека Квинке не столь высока. Препаратами первого выбора являются, те которые повышают в крови недостающий фермент (ингибитор С1). К ним относятся:

- Очищенный концентрат С1-ингибитора;
- Свежезамороженная плазма;
- Препараты мужских половых гормонов: даназол, станазол;
- Антифибринолитические препараты: аминокапроновая кислота, транексамовая кислота.

В случае тяжелого отека гортани и полного закрытия дыхательных путей проводят надрез перстнещитовидной связки, устанавливают специальную трубку для альтернативного пути дыхания (трахеостомия). При тяжелых случаях переводят на аппарат искусственного дыхания. Длительность пребывания в больнице зависит от тяжести течения заболевания. В среднем при лечении в терапевтическом отделении срок пребывания пациента в стационаре 5-7 дней.

Профилактика отека Квинке

В случае аллергической причины отека, в первую очередь следует устранить контакт с аллергеном и соблюдать гипоаллергенную диету. Лицам, у которых в семье есть случаи отека Квинке, следует с осторожностью принимать ингибиторы АПФ (каптоприл, эналаприл), а так же антагонисты рецепторов ангиотензина II (валсартан, эпросартан). При возникновении эпизодов отека Квинке по причине применения данных медикаментов, следует их заменить, на препараты другой группы.

Лицам с наследственным отеком Квинке, по возможности следует избегать оперативных вмешательств и травм.

Для профилактики эпизодов отека Квинке, связанного со снижением ингибитора С1, препаратами выбора являются синтетические мужские гормоны (андрогены), даназол и станазол. Эти препараты стимулируют выработку ингибитора С1. В начале доза приема составляет 800 мг в сутки, затем по достижению эффекта доза снижается до 200 мг в сутки, вплоть до приема минимальной дозы через день. Препараты противопоказаны: беременным, кормящим матерям, детям, больным раком простаты.

У детей вместо применения мужских гормонов для профилактики используются аминокaproновая, транексамовая кислоты, которые обладают более высоким профилем безопасности.

Перед проведением хирургических вмешательств, следует проводить кратковременную профилактику. Препараты выбора: свежемороженая плазма, андрогены, ну и конечно концентрат С1-ингибитора (при возможности).

□

- **Крапивница** - полиэтиологический дерматоз, проявляющийся монотипной уртикарной зудящей сыпью, называют крапивницей. Выделяют острую (в том числе острый ограниченный отек Квинке), хроническую рецидивирующую, стойкую папулезную хроническую и солнечную крапивницу.



□

Патогенез крапивницы. Общим патогенетическим звеном для всех клинических разновидностей крапивницы являются повышенная проницаемость сосудов микроциркуляторного русла и острое развитие отека вокруг этих сосудов.

В основе развития волдырной реакции при крапивнице лежит гиперчувствительность немедленно-замедленного типа, обусловленная высокой концентрацией биологически активных веществ. У больных крапивницей увеличено содержание гистамина в сыворотке крови, а способность инактивировать гистамин резко снижена: гистаминопексические свойства сыворотки крови этих больных снижаются до нулевых значений, что ведет к повышению проницаемости сосудов. В реализации гиперчувствительности немедленно-замедленного типа у больных крапивницей участвуют и другие химически и физиологически активные вещества (серотонин, ацетилхолин, брадикинин, интерлейкины, простагландины), потенцирующие действие гистамина. Таким образом, крапивница представляет собой токсико-аллергический дерматоз с полиэтиологическим генезом. Известны неаллергические формы хронической крапивницы, возникающей вследствие диспротеинемии с избыточным накоплением внутриклеточных протеиназ. В этих случаях развиваются процессы аутоагрессивного характера вследствие патологического состояния иммунной системы, когда при реакции патологических антител и антигенов образуются агрессивные циркулирующие иммунные комплексы, вызывающие сосудистую реакцию, сходную с реакцией на гистамин. Поскольку у больных крапивницей изменено содержание сывороточных иммуноглобулинов с гиперпродукцией IgE и недостаточностью IgA, развитие крапивницы не всегда связано с повышенным выделением гистамина. Формы болезни, возникающие при воздействии брадикинина, серотонина и других пептидов, не поддаются лечению антигистаминными препаратами. К этой же группе относится холодовая крапивница, обусловленная избыточным выделением криоглобулинов при охлаждении. Примером влияния вегетативных дистоний на формирование уртикарных эффоресценций является холинергическая крапивница. В этих случаях увеличена выработка ацетилхолина, который вызывает сосудистую реакцию, сходную с реакцией на гистамин. Факторами патогенетической значимости являются также сопутствующие заболевания (хроническая очаговая инфекция, глистные инвазии, семейная атопия, дискинезия желчевыводящих путей, желудочно-кишечные нарушения, лекарственная аллергия).

Симптомы крапивницы. Острая крапивница возникает бурно, внезапно в виде обильных уртикарных высыпаний, располагающихся на туловище, верхних и нижних конечностях. Волдыри представляют собой плотное возвышенное образование с острым отеком сосочкового слоя дермы, насыщенно-розовой окраски с перламутровым оттенком,

сопровождаются выраженным зудом. При обильном количестве элементов происходит слияние волдырей в обширные очаги с неровными полициклическими краями. При этом могут наблюдаться субфебрилитет с ознобом (крапивная лихорадка), желудочно-кишечные расстройства, дискинезия желчевыводящих путей, невротические состояния. Элементы сыпи могут возникать на слизистых оболочках полости рта, где они сопровождаются отеком, затрудняющим дыхание и глотание. Общее течение острой крапивницы исчисляется несколькими днями.

Острый ограниченный отек Квинке (син.: гигантская крапивница, ангионевротический отек) характеризуется внезапным развитием ограниченного отека кожи (слизистой оболочки) и подкожной жировой клетчатки лица (губы, щеки, веки и др.) или половых органов. Кожа становится плотноэластической на ощупь, белого, реже розового цвета. Субъективные ощущения обычно отсутствуют, реже наблюдаются жжение и зуд. Через несколько часов или 1-2 дня отек спадает, но в дальнейшем возможен рецидив. Отек Квинке иногда сочетается с обычной крапивницей. При локализации отека в области глазниц могут наблюдаться отклонения глазного яблока в медиальном направлении, снижение остроты зрения. Отек особенно опасен в области гортани или глотки, так как может привести к стенозу и асфиксии.

Дифференциальная диагностика проводится с лимфостазом, рецидивирующей розей, синдромом Мелькерсона-Розенталя, от которых отек Квинке отличается острым началом, кратковременным существованием и бесследным разрешением. Детская крапивница по клинической картине, патогенезу, течению аналогична детской почесухе (строфулюсу).

Хроническая рецидивирующая крапивница отличается менее обильными высыпаниями, менее отечными волдырями, появляющимися волнообразно в течение нескольких лет. Периоды рецидивов чередуются с ремиссиями различной длительности. Во время уртикарных высыпаний возможны головная боль, слабость, субфебрильная температура тела, желудочный дискомфорт, артралгии, невротические явления. В крови отмечаются эозинофилия и тромбоцитопения.

Стойкая папулезная хроническая крапивница трансформируется обычно из хронической рецидивирующей вследствие присоединения к межтканевому отеку полиморфной клеточной инфильтрации в дерме, состоящей в основном из лимфоцитов. Узелковые элементы отличаются застойно-эритематозной окраской, плотноватой или плотноэластической консистенции, располагаются преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей. Заболевание наблюдается чаще у женщин. По мнению многих авторов, стойкую папулезную крапивницу следует рассматривать как разновидность почесухи.

Солнечная крапивница - разновидность фотодерматоза, которая развивается у лиц, страдающих заболеваниями печени с нарушенным иорфириновым обменом и выраженной сенсibilизацией к УФ- лучам. Болеют чаще женщины. Заболевание проявляется высыпаниями уртикарных элементов на открытых участках кожного покрова (лицо, шея, грудь, верхние конечности и др.). Для течения дерматоза характерна сезонность (весна, лето). При множественных высыпаниях возможны проявления общей реакции организма в виде зуда, нарушения дыхания, сердечной деятельности.

Диагностика крапивницы. Диагностика основывается на наличии характерного первичного морфологического элемента - волдыря. Подтверждает диагноз яркий уртикарный красный дермографизм. Дифференциальный диагноз проводят лекарственной токсидермией. Лекарственные или алиментарные токсикодермии имеют связь с приемом лекарственных веществ или соответствующих пищевых продуктов. Они отличаются полиморфизмом элементов сыпи с преобладанием везикулезных, эритематозно-сквамозных и буллезных элементов. Отек Квинке в области губ следует отличать от макрохейлии при синдроме Мелькерсона-Розенталя, для которого характерно сочетание складчатого языка с параличом лицевого нерва. Отек губы держится стойко и обычно не столь резко выражен, как при отеке Квинке. Рожистое воспаление губы отличается от отека Квинке наличием гиперемии, имеющей четкие, резкие границы в виде языков пламени в сочетании с повышенной температурой тела, недомоганием, ознобом. Дифференциальная диагностика со стромбулюсом базируется на наличии при хронической крапивнице лишь уртикарных элементов, расположенных беспорядочно, без поражения излюбленных мест локализации стромбулюса. Более сложно дифференцировать крапивницу с укусами насекомых (комары, блохи, клопы и т. д.), ибо нередко на местах укусов возникают типичные уртикарные высыпания. Очень важно учитывать сезонность появления сыпи, ее расположение, санитарное состояние семьи или детского учреждения. При герпетиформном дерматозе Дюринга, помимо волдырей, выявляются пузыри и пузырьки с эозинофилией, а также гиперчувствительность к препаратам йода.

Лечение хронической крапивницы – это "поисковая" тактика, так как успех лечения в значительной мере зависит от выявления всех механизмов, а также соматических заболеваний, проявлением которых может быть крапивница. При установлении этиопатогенетического диагноза проводится лечение основного заболевания. Углубленное обследование проводится на фоне базисной терапии, направленной на уменьшение симптомов крапивницы. Современные антигистаминные препараты рассматриваются как базисные средства терапии хронической крапивницы.

Также показаны физиотерапевтические процедуры: ванны с отварами лечебных трав, субаквальные ванны, ультразвук, УФ- облучение, ПУВА-терапия (кроме солнечной крапивницы), санитарно-курортное лечение.

Лечение пигментной крапивницы.

Пигментная крапивница редко требует лечения. Возможно хирургическое лечение с косметической целью. Также применяются антигистаминные препараты, глюкокортикоиды.

Пигментная крапивница является доброкачественным ретикулезом, сопровождающимся накоплением тучных клеток кожи, содержащих гистамин, высвобождаемый путем механического воздействия (например, трения) и приводящий к образованию волдырей. Различаются ювенильная форма заболевания, возникающая в детском возрасте и проходящая в период полового созревания, и достаточно редкая взрослая форма, как правило, сохраняющаяся в течение всей жизни.

Антигистаминные препараты и крапивница

Лечение крапивницы во многом зависит от формы заболевания и причинных факторов. Тем не менее, основные принципы терапии едины, они включают следующие этапы: исключение или ограничение воздействия факторов, вызывающих крапивницу; проведение фармакотерапии; детальное обследование больных, лечение заболеваний, которые могут быть причиной крапивницы.

Лекарственная терапия (фармакотерапия) относится к одним из основных методов лечения крапивницы, антигистаминные препараты занимают среди них особое место. Лечение больных с хронической крапивницей требует большого терпения, тесного сотрудничества врача и пациента. У больных серьезно страдает качество жизни: зуд может влиять на повседневную активность, нарушать сон, высыпания на лице стесняют больного, резко ограничивают его общение, профессиональную деятельность. Больные нуждаются в частом и длительном приеме антигистаминных препаратов. Антигистаминные препараты первой генерации обладают рядом нежелательных эффектов, которые ограничивают их применение. Хорошо известны седативный эффект, нарушения когнитивных и психомоторных функций центральной нервной системы.

Типичными клиническими проявлениями действия гистамина со стороны кожи является развитие зуда, гиперемии, волдырных и неуртикарных высыпаний. Со стороны дыхательных путей следствием влияния гистамина являются: отек слизистой носа, гиперсекреция слизи в полости носа, бронхоспазм и гиперпродукция слизи бронхиальными железами.

При острых формах крапивницы благодаря использованию инъекций антигистаминных препаратов и, в особо острых ситуациях, кортикостероидов можно добиться выраженного терапевтического эффекта. При хронических и рецидивирующих формах крапивниц кортикостероидные препараты применяются только в периоды обострений, а курсовое лечение приводит к целому ряду побочных эффектов и осложнений.

Лечение крапивницы народными средствами.

Крапива глухая (яснотка), цветы. 1 столовую ложку цветов сухих или свежих на стакан кипятка. Настоять укутать 30 минут, процедить. Принимать по 1/2 стакана 4-5 раз в день или по одному стакану 3 раза в день, в теплом виде. Применяется при аллергической сыпи, крапивнице, фурункулезе, экземе, сыпях, золотухе, как хорошее кровоочистительное средство.

Сельдерей пахучий. Отжать сок из свежего корня. Принимать по 1/2 чайные ложки 3 раза в день за 30 минут до еды. Иногда можно принимать настой, 2 столовых ложки измельченных корней настаивают

2 часа в стакане холодной воды, процеживают. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день до еды. Сельдерей (сок и настой) применяется при заболеваниях почек, подагре, аллергической крапивнице, дерматитах, как мочегонное, легкое слабительное.

Экзема, аллергия, крапивница у детей.

Пользоваться только детским мылом при купании. Применить:

Настой: листья крапивы двудомной, трава душицы обыкновенной, череды трехраздельной, цветки ромашки аптечной, корни валерианы лекарственной, корни солодки голой. Смешать растения в равных пропорциях (1 столовую ложку смеси залить стаканом кипятка, выдержать 15 минут на водяной бане, настоять 45 минут, процедить. Давать детям до года - по 1 чайной ложке 3-4 раза в день, до 3-х лет - по 1 десертной ложке 3 раза в день, старше - по 1 столовой ложке 3 раза в день. Принимать за 30 минут до еды.

Ванны (обязательно) трава череды трехраздельной, чистотела большого, зверобоя продырявленного, шалфея лекарственного, цветки ромашки аптечной, корень валерианы лекарственной. Растения смешать в равных количествах (например, по 10 ложек). Берем 5 столовых ложек смеси на литр воды в ванне. Заливаем 1 литром холодной воды, доводим до кипения, кипятим 10 минут, настаиваем 30 минут, процеживаем и добавляем в ванну с водой (ее температура должна быть не выше 36-38С). Делать через день 2-3 недели по 5-10 минут.

Корневища аира болотного в виде порошка принимают внутрь при крапивнице. Принимают регулярно по 1/2 чайной ложки на ночь, запивают теплой кипяченой водой.

Траву душишника обыкновенного в виде настойки принимают при крапивнице, золотухе и др. заболеваниях. Настойка: 2%-ная на 50 град. спирте, принимают: дети по 2-10 капель (в зависимости от возраста); взрослые - 15-20 капель на ст. ложку теплой кипяченой воды 3-4 раза в день до еды.

4. Практическая часть

Задание 1. Курация

больного:

- сбор жалоб
- сбор анамнеза жизни
- сбор анамнеза заболевания
- осмотр кожных покровов, костной системы
- перкуссия и аускультация легких
- определение границ сердца, аускультация сердца
- подсчет СД, ЧСС
- пальпация живота с определением границ печени и селезенки.

Задание 2. Решите задачу

Задача 1.

Родители Антона, 8 лет, обратились к педиатру по поводу заложенности носа у ребенка, зуда, чихания. Данные проявления сопровождаются конъюнктивитом. Родители связывают это с цветением тополя. Объективно: мальчик бледный, темные круги под глазами, носовое дыхание затруднено, гиперемия кожи носа, отделяемое из носа – слизистое, водянистое. Из анамнеза – у матери ребенка – поллиноз, у дяди – атопический дерматит.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Какие данные анамнеза подтверждают атопическую природу заболевания?
3. Какие аллергены являются причинно-значимыми?
4. Составьте план обследования.
5. План лечения.

Эталон ответа.

1. Аллергический ринит
2. Связь проявлений с цветением тополя, наследственный аллергический анамнез.
3. Причинно-значимые – пыльцевые аллергены
4. План обследования

Общий анализ крови (уровень эозинофилии)

Аллерготестирование
Определение уровня IgE в сыворотке крови
Прямая риноскопия
Рентгенограмма придаточных пазух носа

5. План лечения:

Элиминационная диета

Антигистаминные препараты (пероральные и топические)

Препараты кромоглициевой кислоты (интраназально)

Топические кортикостероиды (при неэффективности антигистаминных препаратов)

Задача 2.

Владимир, 15 лет предъявляет жалобы на нарушение носового дыхания, слизистое отделяемое из носа, зуд в области носа. Данные симптомы повторяются ежегодно в весенне - летний период. Старший брат мальчика страдает бронхиальной астмой, мать – экземой. В общем анализе крови – эозинофилия. Уровень IgE повышен в 1,5 раза. Результаты аллерготестирования выявили сенсibilизацию к пыльце тополя, персику, мандаринам, мясу курицы, картофелю.

1. Установите диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие клиничко-анамнестические данные указывают на аллергическую природу заболевания?
4. Рекомендации по режиму и диете.
5. Составьте план лечения.

Эталон ответа.

1. Аллергический ринит
2. Острый и хронический ринит, синусит.
3. Аллергологический семейный анамнез (у старшего брата-бронхиальная астма, у матери – экзема), связь заболевания с аллергенами, эозинофилия в общем анализе крови, повышение уровня IgE.
4. Элиминационный режим и диета (исключение контакта с домашней пылью, эпидермальными, лекарственными и пищевыми аллергенами).

5. План лечения:

Элиминационная диета
Антигистаминные препараты (пероральные и топические)
Препараты кромоглициевой кислоты (интраназально)
Топические кортикостероиды (при неэффективности антигистаминных препаратов)

Задание 3. Составьте конспект

5. Вопросы для собеседования

1. Определение аллергического ринита, конъюнктивита, отека Квинке, крапивницы.
2. Предрасполагающие факторы
3. Этиология
4. Патогенез
5. Клинические проявления в зависимости от степени тяжести и течения заболевания
6. Критерии диагностики спазмофилии Дифференциальная диагностика
7. Лечение.
8. Виды профилактики.

6. Тестовые задания

Основным патогенетическим звеном отека Квинке является:

- а) повышение проницаемости сосудистой стенки
- б) спазм сосудов микроциркуляторного русла
- в) гемолиз эритроцитов
- г) снижение онкотического давления крови

2. При лечении крапивницы и ангионевротического отека используют все следующие методы, кроме:

- а) глюкокортикостероидные препараты (преднизолон, гидрокортизон) б)
- а - адреномиметики (норадреналин)
- в) устранение причинных факторов
- г) лечение основных заболеваний д)
- Н1-гистаминоблокаторы

9. Для клинических проявлений отека Квинке характерно все, кроме:
10.

- а) отек губ
- б) отек гортани
- в) отек вокруг глаз
- г) отек нижних конечностей

10. При оказании неотложной помощи при ангионевротическом отеке исполь-зуются:

- а) 10% раствор глюконата кальция
- б) парентеральное применение антигистаминных препаратов в) внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов г) все вышеперечисленное

11. Характерным признаком крапивницы является:

- а) отек гортани
- б) тахикардия
- в) появление кожной сыпи, сопровождающейся зудом г) геморрагическая сыпь

12. Родители Марии, 7 лет, предъявляют жалобы на периодические эпизоды заложенность носа у ребенка, чихание, зуд носа. Данные симптомы связывают с цветением тополя. В анамнезе у девочки – экссудативно-катаральный датопический дерматит. Семейный аллергологический анамнез отягощен: у бабушки – поллиноз. Какое заболевание является наиболее вероятным?

- А. Бронхиальная астма
- В. Синусит
- +С. Аллергический ринит
- Д. Инородное тело носа Е.
- Острый ринит

13. У Андрея, 12 лет, ежегодно в апреле-мае отмечаются следующие симптомы: заложенность, зуд носа, чихание. Данные симптомы

уменьшаются ночью и усиливаются в дневное время. Характерны признаки конъюнктивита. По данным риноскопии: набухание слизистой оболочки носовой перегородки; отек нижних и средних носовых раковин; слизистая оболочка носа бледно-серая с голубоватым оттенком, мраморной поверхностью и блестящим рисунком. Мальчику поставлен предположительный диагноз – аллергический ринит. Какие дополнительные методы обследования показаны для подтверждения диагноза?

- А. Рентгенограмма придаточных пазух носа
- В. Аллерготестирование
- С. Определение уровня специфического и неспецифического IgE.
- Д. Общий анализ крови
- +Е. Все перечисленное

14. Снежане, 8 лет, детским аллергологом был установлен диагноз аллергический ринит. Какие лабораторные критерии являются диагностическими для данной патологии?

- +А. Повышение уровня общего IgE и определение специфических IgE к причинно-значимым аллергенам в сыворотке крови
- В. Повышение уровня общего и прямого билирубина в сыворотке крови
- С. Повышение уровня сиаловых кислот в сыворотке крови
- Д. Снижение уровня общего IgE в сыворотке крови
- Е. Повышение уровня мочевины в сыворотке крови

15. У Миши, 11 лет, был диагностирован аллергический ринит. Какие группы препаратов используются в терапии данного заболевания?

- А. Препараты кромоглициевой кислоты
- В. Антигистаминные препараты 1,2 поколений
- С. Топические глюкокортикостероиды
- +Д. Все перечисленное
- Е. Ничего из перечисленного

16. Маргарите, 10 лет, которая болеет аллергическим ринитом 2 года, были назначены топические кортикостероиды. Какие препараты не входят в данную группу?

А. Флютиказона пропионат

В. Беклометазона дипропионат

С. Мометазона фураат

+Д. Преднизолон

Е. Триамцинолона ацетонид