

Практическое занятие № 8 группы 31Ф

преподаватель Галактионова А.Н.

ПМ.04 Осуществление профилактической деятельности

МДК 04.01 Проведение мероприятий по профилактике заболеваний, укреплению здоровья и пропаганде здорового образа жизни

Специальность **31.02.01 Лечебное дело.**

Раздел I.

Тема: Профилактика аллергических болезней, болезней кожи

Вопросы к занятию:

1. Факторы риска развития аллергических болезней.
2. Диагностические критерии факторов риска заболеваний и (или) состояний, повышающих вероятность их развития с учетом возрастных особенностей.
3. Технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней.
4. Особенности профилактики аллергических болезней и состояний в различных периодах детского возраста и у подростков.
5. Динамическое наблюдение групп диспансерного учета.
6. Документация групп диспансерного учета. Консультирование пациента и его окружения по вопросам создания гипоаллергенной среды, исключения самолечения.

Цель:

- Изучить профилактику аллергических болезней.

уметь:

- организовывать и проводить санитарно-противоэпидемические (профилактические) и ограничительные (карантинные) мероприятия при выявлении инфекционных заболеваний во взаимодействии с врачом-эпидемиологом;
- проводить осмотр и динамическое наблюдение отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, по месту жительства, учебы, работы и реконвалесцентов инфекционных заболеваний, информировать врача кабинета инфекционных заболеваний;
- применять меры индивидуальной защиты пациентов и медицинских работников от инфицирования, соблюдать принцип индивидуальной изоляции, правила асептики и антисептики, организовать комплекс мероприятий по дезинфекции и стерилизации технических средств и инструментов, медицинских изделий.

знать:

- нормативно-правовые документы, регламентирующие порядок проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации различных возрастных групп населения;
- правила и порядок санитарно-противоэпидемических, профилактических мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний в соответствии с нормативными актами;
- порядок проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний;

- санитарно-эпидемиологические правила и требования к медицинским организациям, осуществляющим медицинскую деятельность;
- подходы и методы многоуровневой профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- медицинские показания для стационарного наблюдения и лечения по виду инфекционного заболевания и тяжести состояния пациента;
- санитарные правила обращения с медицинскими отходами, комплекс экстренных профилактических мероприятий при возникновении аварийных ситуаций с риском инфицирования медицинских работников.

–

Основная литература:

2. Федеральный закон РФ «Об охране здоровья граждан» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ
3. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".
4. СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней"
5. Анафилаксия, анафилактический шок. Клинические рекомендации РФ 2022 г.

Задание студентам:

1. Подготовить презентацию по заболеванию на 20 слайдов по профилактике.

Пищевая аллергия — это неблагоприятное влияние на здоровье человека определенной пищи в результате возникающего специфического иммунного ответа организма, который всякий раз воспроизводим.

ПА может развиваться по разным механизмам. Часть этих реакций вызывается иммуноглобулином Е (IgE-опосредованные/атопические реакции, немедленные реакции), другие являются не-IgE-опосредованными (клеточные, отсроченные), а третьи — их комбинацией (смешанный тип, IgE-опосредованные и не-IgE-опосредованные реакции вместе).

При IgE-опосредованной ПА возникает иммунологическая реакция, при которой повышенная выработка иммуноглобулинов класса Е приводит к запуску аллергических реакций с вовлечением в патологический процесс сенсibilизированных тучных клеток и базофилов.

1) Оральный аллергический синдром (ОАС) (синдром оральной аллергии; синдром «пыльца-пища»; синдром ПА, связанный с пылью)

Основными проявлениями ОАС, как правило, являются симптомы зуда и жжения слизистой оболочки полости рта, обусловленные ангиоотечком губ, языка, мягкого неба, глотки, зачастую сопровождаемые чувством зуда и покалывания в ушах. Данные симптомы у основного числа детей возникают в течение первых нескольких минут после употребления причинно-значимого аллергена и обычно кратковременные. Самостоятельное разрешение симптомов отмечают большинство пациентов спустя 10–30 минут после воздействия аллергена.

2) Немедленная IgE-опосредованная гиперчувствительность желудочно-кишечного тракта — это клинические симптомы ПА в верхних отделах желудочно-кишечного тракта (однократная или повторная рвота после употребления продукта), которые могут проявляться в течение первых нескольких минут после воздействия пищевого аллергена (не позднее 2 часов), или клинические проявления со стороны нижних отделов пищеварительной системы (профузная диарея или сильные колики после еды), которые могут возникать немедленно или с некоторой задержкой (до нескольких часов).

3) Острая IgE-опосредованная аллергическая крапивница — быстро развивающаяся аллергическая реакция на коже в виде зудящих полиморфных, округлых или неправильной формы уртикарных элементов от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров в диаметре после приема причинно-значимой пищи. Данные симптомы, как правило, быстро купируются антигистаминными препаратами, но уртикарные проявления могут быть и симптомом пищевой анафилаксии ПАН.

4) IgE-опосредованный ангиоотек (ангионевротический отек) нередко возникает в сочетании с крапивницей и характеризуется четко выраженным отеком тканей, затрагивающих подкожную жировую клетчатку лица, рук, ягодиц, половых органов или слизистую оболочку верхних дыхательных путей и (или) органов брюшной полости. При поражении верхних дыхательных путей ангиоотек гортани является ситуацией, которая требует экстренной медицинской помощи. Ангиоотек также быстро купируется антигистаминными и глюкокортикостероидными (ГКС) препаратами, однако вместе с острой крапивницей ангиоотек может быть симптомом пищевой анафилаксии ПАН.

5) Контактная крапивница вызывается IgE-опосредованной реакцией при непосредственном попадании пищевого продукта на кожу. Данные проявления быстро купируются при смывании аллергена или после терапии антигистаминным препаратом. Важно, что контактная крапивница может быть первым симптомом острой аллергической крапивницы ПАН.

6) IgE-опосредованные респираторные проявления (аллергический ринит, аллергический риноконъюнктивит, стридор, бронхообструкция, спастический кашель) зачастую возникают во время системных аллергических реакций и являются важным показателем тяжелой ПАН. Редко ПА является причиной изолированных респираторных симптомов, а именно симптомов АР и БА у пациентов с ПА.

7) Анафилаксия — тяжелая системная реакция гиперчувствительности, которая характеризуется быстрым началом и жизнеугрожающими проблемами со стороны дыхательных путей и кровообращения и обычно, но не всегда ассоциирована с изменениями на коже и слизистых [3, 7]. Проявления ПАН у детей, так же как и у взрослых, возникают внезапно и могут стать причиной фатального исхода

Аллергия (др.-греч. ἄλλος – другой, иной, чужой + ἔργον – воздействие) – это типовой патологический процесс, развивающийся при контакте организма с антигеном и сопровождающийся повреждением его собственных клеток, тканей и органов.

Вещества, вызывающие аллергию, называют **аллергенами**.

Говоря об аллергическом состоянии организма его часто отождествляют с терминами «гиперчувствительность», «повышенная чувствительность», подразумевая способность организма болезненно реагировать на безвредные для большинства индивидов вещества.

Основные типы реакции гиперчувствительности

Показатель	Тип I	Тип II	Тип III	Тип IV
Название реакции	Анафилактическая (гиперчувствительность немедленного типа)	Цитотоксическая	Иммунокомплексная	Гиперчувствительность замедленного типа
Антиген	Растворимый, обычно экзогенный	Связан с поверхностью клетки	Внеклеточный, растворимый	Растворимый, презентуется антигенпрезентирующими клетками
Распознающая структура	IgE-антитела	Антитела субтипов IgG1, IgG3	Обычно – IgG	TCR
Эффекторный механизм	Выброс активных молекул тучными клетками	Комплемент зависимый цитолиз	Реакция на отложение иммунных комплексов	Клеточноопосредованная реакция (эффекторы – макрофаги)
Срок развития реакции	Ранняя фаза – 5-30 мин, поздняя фаза – от 2 ч до 2 сут	2-5 ч	3-8 ч	24-48 ч
Примеры	Атопическая бронхиальная астма, аллергический ринит, поллиноз, атопический дерматит, анафилактический шок, крапивница и др.	Гемолитическая анемия, агранулоцитоз, тромбоцитопения, некоторые формы миокардитов	Иммунокомплексный гломерулонефрит, системная красная волчанка, узелковый периартериит	Контактный дерматит, некоторые формы лекарственной аллергии, реакции на туберкулин, ревматоидный артрит, гранулемы при шистосоматозе

I тип – анафилактический.

При первичном контакте с антигеном образуются IgE, или реагины, прикрепляющиеся Fc-фрагментом к базофилам и тучным клеткам. Повторное введение антигена вызывает его связывание с антителами и дегрануляцию клеток с выбросом медиаторов воспаления, прежде всего гистамина, что сопровождается проявлением характерных клинических симптомов. I

I тип – цитотоксический.

Расположенный на мембране клетки антиген (входящий в её состав либо адсорбированный) распознается антителами IgG и IgM. После этого происходит разрушение клетки путём:

- а) иммуноопосредованного фагоцитоза (в основном макрофагами при взаимодействии с Fc-фрагментом иммуноглобулина;
- б) комплемент-зависимого цитолиза;
- в) антителозависимой клеточной цитотоксичности (разрушение NK-лимфоцитами при взаимодействии с Fc-фрагментом иммуноглобулина).

III тип – иммунокомплексный.

Антитела классов IgG, IgM образуют с растворимыми антигенами иммунные комплексы, способными откладываться при недостатке лизирующего их комплемента на стенке сосудов,

базальных мембранах (отложение происходит не только механически, но и в силу наличия на этих структурах Fc-рецепторов), что вызывает привлечение нейтрофилов, макрофагов и развитие воспаления.

Вышеназванные типы гиперреактивности относятся к ГНТ.

IV тип – клеточно-опосредованный (ГЗТ).

Взаимодействие антигена с макрофагами и Т-хелперами 1-го типа со стимуляцией клеточного иммунитета.

Отдельно выделяют также гиперчувствительность **V типа – аутоенсибилизацию**, обусловленную антителами к антигенам клеточной поверхности.

Такая дополнительная типизация иногда использовалась в качестве отличия от типа II.

Примером состояния, вызываемым гиперреактивностью V типа, является гиперактивность щитовидной железы при болезни Грейвса.

В общем патогенезе любой аллергической реакции выделяют следующие стадии:

1. Иммунологическая стадия – в ответ на антиген (аллерген) образуются антигенчувствительные клетки, специфические антитела и иммунные комплексы.
2. Патохимическая стадия – образование медиаторов воспаления и биологически активных аминов, которые играют основную роль в механизме аллергических реакций.
3. Патофизиологическая стадия – проявление клинической картины аллергической реакции.

Кроме истинных аллергических реакций также выделяют псевдоаллергические реакции, которые схожи по проявлениям, но отличаются по механизму развития.

В патогенезе псевдоаллергии отсутствует иммунологическая стадия.

Причиной псевдоаллергии является любое вещество, которое действует непосредственно на клетки-эффекторы (тучные клетки, базофилы и др.) или биологические жидкости и вызывает освобождение из клеток или образование в жидкостях медиаторов.

Практически большинство аллергенов могут приводить к развитию как аллергических, так и псевдоаллергических реакций. Это зависит от реактивности самого организма.

Псевдоаллергические реакции встречаются чаще всего при лекарственной и пищевой непереносимости.

Очень много лекарственных препаратов чаще приводят к развитию псевдоаллергии, чем аллергии.

В основе механизмов развития псевдоаллергии можно выделить следующие: выброс гистамина; нарушение активации системы комплемента; нарушение метаболизма арахидоновой кислоты.

Эти процессы могут быть локальными, органными, системными. Они проявляются ринитом, крапивницей, отеком Квинке, периодическими головными болями, нарушениями желудочно-кишечного тракта, бронхиальной астмой, сывороточной болезнью, анафилактическим шоком (прямое освобождение медиаторов из тучных клеток и базофилов), а также поражением отдельных органов. Гиперергические иммунные реакции имеют большое значение и в норме.

Их механизмы лежат в основе воспалительных реакций, которые способствуют локализации инфекционного агента в пределах входных ворот и формированию полноценной иммунной реакции защитного характера.

Разделение аллергических реакций по механизму на 4 типа важно с клинической точки зрения. Однако следует отметить, что различные типы аллергических реакций могут сочетаться или же переходить один в другой в ходе заболевания.

Анафилактический шок (АШ) – острая недостаточность кровообращения в результате анафилаксии, проявляющаяся снижением систолического артериального давления (АД) ниже 90 мм рт.ст или на 30% от рабочего уровня и приводящая к гипоксии жизненно важных органов [4]. Без выраженных гемодинамических нарушений диагноз шока неправомерен: например, жизнеугрожающий бронхоспазм в сочетании с крапивницей – анафилаксия, но не АШ.

Этиологические факторы: медицинские препараты и материалы, чаще лекарственные средства (ЛС) пищевые продукты, яд перепончатокрылых насекомых. Возможно развитие жизнеугрожающей анафилаксии на яды других животных, например, змей.

Встречаются случаи анафилаксии, когда причину ее развития установить не удается (в 24–26% случаев).

Из медицинских препаратов и материалов наиболее часто вызывают АШ антибиотики для парентерального введения (среди них препараты пенициллинового ряда, цефалоспорины), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), йодсодержащие рентгенконтрастные средства, мышечные релаксанты, латекс.

Наиболее частыми провоцирующими факторами пищевой анафилаксии являются коровье молоко, рыба и морепродукты, орехи, арахис, яйца.

Вид триггера, наиболее часто вызывающего анафилаксию, зависит от возраста пациента. Так, в детском возрасте наиболее частая причина — пищевые продукты, у 6 взрослых — ЛС и яд перепончатокрылых.

Патогенез: реакции гиперчувствительности немедленного типа, как правило, протекающие с участием иммуноглобулинов Е, фиксированных на поверхности мембран базофилов и тучных клеток (1-й тип реакций гиперчувствительности).

По степени тяжести:

1 степень тяжести АШ:

Гемодинамические нарушения незначительные, артериальное давление (АД) снижено на 30-40 мм рт.ст. от рабочих величин.

Начало АШ может сопровождаться появлением предвестников (зуд кожи, сыпь, першение в горле, кашель и др.).

Пациент в сознании, может быть возбуждение или вялость, беспокойство, страх смерти и пр.

Отмечается чувство жара, шум в ушах, головная боль, сжимающая боль за грудиной.

Кожные покровы гиперемированы, возможны крапивница, ангиоотек, риноконъюнктивит, кашель и пр.

2 степень тяжести АШ:

Гемодинамические нарушения более выражены. Продолжается снижение АД ниже 90-60/40 мм рт.ст. Возможна потеря сознания.

У больного может быть чувство беспокойства, страха, ощущение жара, слабость, зуд кожи, крапивница, ангиоотек, симптомы ринита, затруднение глотания, осиплость голоса (вплоть до афонии), головокружение, шум в ушах, парестезии, головная боль, боли в животе, в пояснице, в области сердца.

При осмотре - кожа бледная, иногда синюшная, одышка, стридорозное дыхание, хрипы в легких. Тоны сердца глухие, тахикардия, тахиаритмия. Может быть рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

3 степень тяжести АШ:

Потеря сознания, АД 60-40/0 мм рт.ст. Нередко судороги, холодный липкий пот, цианоз губ, расширение зрачков. Тоны сердца глухие, сердечный ритм неправильный, пульс нитевидный. 4 степень тяжести АШ: АД не определяется. Тоны сердца и дыхание не прослушиваются.

Остановка кровообращения и дыхания – применяется протокол сердечно-легочной реанимации.

Гипотония для детей определена как:

< 70 мм рт.ст. от 1 месяца до 1-го года

[< 70 мм рт.ст + (2 x возраст в годах)] от 1 до 10 лет,

< 90 мм рт.ст от 11 до 17 лет.

Первым признаком гипотонии у детей может быть быстро нарастающая тахикардия.

По характеру течения:

а) **Злокачественное течение** характеризуется острым началом с быстрым падением АД (диастолическое — до 0 мм рт.ст.), нарушением сознания и нарастанием симптомов дыхательной недостаточности с явлениями бронхоспазма.

Данная форма достаточно резистентна к интенсивной терапии и прогрессирует с развитием тяжелого отека легких, стойкого падения АД и глубокой комы.

Чем быстрее развивается анафилактический шок, тем более вероятно развитие тяжелого анафилактического шока с возможным летальным исходом.

Именно поэтому для данного течения анафилактического шока характерен неблагоприятный исход.

б) Острое доброкачественное течение характерно для типичной формы АШ.

Расстройство сознания носит характер оглушения или сопора, сопровождается умеренными функциональными изменениями сосудистого тонуса и признаками дыхательной недостаточности. Для острого доброкачественного течения АШ характерны наличие хорошего эффекта от своевременной и адекватной терапии, благоприятный исход.

в) Затяжной характер течения наблюдается после проведения активной противошоковой терапии, которая дает временный или частичный эффект.

В последующий период симптоматика не такая острая, как при первых двух разновидностях АШ, но отличается резистентностью к терапевтическим мерам, что нередко приводит к формированию таких осложнений, как пневмония, гепатит, энцефалит.

Данное течение характерно для АШ, развившегося вследствие введения препаратов пролонгированного действия.

г) Рецидивирующее течение характеризуется возникновением повторного шокового состояния после первоначального купирования его симптомов. Часто развивается после применения ЛС пролонгированного действия. Рецидивы по клинической картине могут отличаться от первоначальной симптоматики, в ряде случаев имеют более тяжелое и острое течение, более резистентны к терапии.

д) Абортивное течение - наиболее благоприятное. Часто протекает в виде асфиктического варианта АШ.

Гемодинамические нарушения при этой форме АШ выражены минимально. Купируется достаточно быстро.

По доминирующей клинической симптоматике:

а) Типичный вариант — гемодинамические нарушения часто сочетаются с поражением кожи и слизистых (крапивница, ангиоотек), бронхоспазм.

б) Гемодинамический вариант — гемодинамические нарушения выступают на первый план или носят изолированный характер.

в) Асфиктический вариант — преобладают симптомы острой дыхательной недостаточности.

г) Абдоминальный вариант — преобладают симптомы поражения органов брюшной полости в сочетании с гемодинамическими или асфиктическими проявлениями.

д) Церебральный вариант — преобладают симптомы поражения центральной нервной системы в сочетании с гемодинамическими или асфиктическими проявлениями.

АШ обычно развивается в течение двух часов после воздействия аллергена, обычно в течение 30 минут при пищевой аллергии и быстрее при реакции на ЛС для парентерального введения или яд насекомых.

В случаях фатальных реакций среднее время от первых симптомов до остановки кровообращения составляло 30, 15 и 5 минут для пищевых продуктов, ядов насекомых и ЛС для парентерального введения соответственно.

Для клинической картины развития анафилаксии и АШ характерно наличие одного из трех диагностических критериев:

1. **Острое начало заболевания** (от нескольких минут до нескольких часов) с вовлечением кожи и/или слизистых (генерализованная крапивница, зуд или гиперемия, отек губ, языка, небного язычка) в сочетании с:

А) респираторными нарушениями (диспноэ, бронхоспазм, свистящие хрипы, снижение скорости потока, гипоксемия);

Б) снижение АД или ассоциированные с ним симптомы поражения органовмишеней (гипотония, потеря сознания, недержание вследствие расслабления сфинктеров).

2. **Два или более из следующих симптомов**, возникших остро после контакта с возможным аллергеном, но при обязательном наличии жизнеугрожающих нарушений со стороны дыхания и/или кровообращения:

А) Поражение кожи и/или слизистых в виде генерализованной крапивницы, зуда и/или эритемы, отека губ, языка, век, ушей, небного язычка.

Б) Респираторные проявления (затруднение дыхания, одышка, кашель, заложенность носа, чихание, хрипы в груди, стрidor, гипоксемия).

В) Внезапное снижение АД и, как следствие, развитие коллапса, синкопальных состояний, недержания вследствие расслабления сфинктеров.

Г) Персистирующие гастроинтестинальные нарушения в виде спастических болей в животе, рвоты.

3. **Снижение АД после контакта с известным для данного пациента аллергеном.**

При сборе анамнеза у всех пациентов рекомендуется обратить внимание на:

1. обстоятельства, при которых развился АШ (введение ЛС, употребление пищевого продукта, ужаление насекомым, проведение АСИТ).

2. время возникновения реакции – внезапное развитие характерных симптомов (через минуты, часы) после воздействия триггера, часто быстрое прогрессирование симптомов. 3. наличие факторов, повышающих риск развития тяжелого АШ (пожилой возраст, сопутствующая патология: бронхиальная астма и другие хронические заболевания органов дыхания, тяжелые атопические заболевания, сердечно-сосудистая патология, мастоцитоз, прием блокаторов β -адренорецепторов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и др.

Жалобы (при сохраненном сознании) на кожный зуд, высыпания на коже, отек глаз, слизистой полости рта, слизистые выделения из носа, чихание, кашель, одышку, боли в груди, животе, металлический привкус во рту, беспокойство, чувство страха, тревогу, озноб, слабость, головокружение, онемение языка, пальцев, шум в ушах, ухудшение зрения, тошноту, схваткообразные боли в животе.

Обязательным критерием анафилаксии/АШ являются жизнеугрожающие нарушения со стороны дыхания и/или снижение АД в сочетании с нарушениями со стороны других органов и систем:

- сердечно-сосудистой системы: тахикардия, брадикардия, нарушения ритма сердца, сжимающая боль за грудиной, шум в ушах, парестезии, недержание мочи, кала, остановка сердца;

- кожных покровов и слизистых: эритема и гиперемия, генерализованный зуд кожи и слизистых, уртикарные высыпания, ангиоотек губ, языка, периорбитальный отек, конъюнктивит, на более поздних стадиях – бледность, холодный пот, цианоз губ;

- дыхательной системы: ринит, ринорея, чихание, одышка, кашель, бронхоспазм, гиперсекреция слизи, дисфония, стрidor, отек дыхательных путей (возможно развитие асфиксии при отеке гортани);

- центральной нервной системы: головная боль, головокружение, изменение поведения, возбуждение, вялость, страх смерти, судороги, потеря сознания, миоклонус;

- желудочно-кишечного тракта: боль в животе, тошнота, рвота, диарея;

- других органов и систем: металлический привкус во рту, метроррагия.

Всем пациентам с анафилаксией/АШ в/м введение эпинефрина в переднебоковую поверхность верхней трети бедра, при необходимости – через одежду (данная локализация предпочтительна в сравнении с введением в дельтовидную мышцу и подкожным введением) для купирования анафилаксии/АШ.

Эпинефрин из расчета 0,01 мг/кг, максимальная разовая доза для взрослого пациента составляет 0,5 мг, для ребенка – 0,3 мг.

При отсутствии ответа на первую дозу не менее, чем через 5 минут, ввести повторную дозу эпинефрина для достижения клинического эффекта.

При отсутствии эффекта от в/м введения эпинефрина ввести его в/в в разведении до 1:10000 (1 мл раствора эпинефрина на 9 мл раствора натрия хлорида 0,9%) для купирования анафилаксии/АШ.

При неэффективности трех болюсов эпинефрина, введенных в/в или в/м, начать инфузию эпинефрина в дозе 0,1 мкг/кг/мин с титрованием дозы (до 1 мкг/кг/мин).

Прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм.

При развитии АШ на: в/в введение ЛС

- немедленно остановить введение ЛС, сохранить венозный доступ; яд перепончатокрылых

- удалить жало (при наличии), выше места ужаления на конечность наложить венозный жгут.

Если удаление аллергена требует значительных затрат времени (например, промывания желудка), делать этого не следует.

После введения эпинефрина в/в введение кристаллоидных растворов болюсно для профилактики гиповолемии.

Применяется подогретый (по возможности) 0,9% раствор натрия хлорида или, предпочтительнее, сбалансированный кристаллоидный раствор (500 – 1000 мл для пациента с нормотензией и 1000–2000 мл для пациента с артериальной гипотензией); при наличии в анамнезе сердечной недостаточности – не более 250 мл за 5–10 мин, у детей – 20 мл/кг.

Введение системных ГКС для снижения риска продленной фазы респираторных проявлений.

Начальные дозы: взрослым: дексаметазон 8-32 мг в/в капельно, или преднизолон 90-120 мг в/в струйно, или метилпреднизолон 50-120 мг в/в струйно, гидрокортизон в/м по 100–150 мг каждые 4 ч в течение 48 ч; затем — каждые 8–12 ч, бетаметазон 14 мг глубоко в/м.

Детям метилпреднизолон 1 мг/кг, максимум 50 мг, или преднизолон 2-5 мг/кг, или гидрокортизон 1–2 мг/кг каждые 4 ч, оптимальная суточная доза — 6–9 мг/кг.

Пациенту с анафилаксией/АШ после стабилизации АД, если есть проявления со стороны кожи и слизистых, введение блокаторов H1-гистаминовых рецепторов для уменьшения проницаемости капилляров, отека тканей, зуда и гиперемии.

Клемастин 0,1% - 2 мл (2 мг) взрослым для в/в или в/м введения, детям – в/м по 25 мкг/кг в сутки, разделяя на 2 инъекции; хлоропирамин 2% - 1 мл (20 мг) для в/в или в/м введения взрослым 1-2 мл, детям – начинают с дозы 5 мг (0,25 мл), дифенгидрамин для взрослого – 25-50 мг, для ребенка весом менее 35- 40 кг – 1 мг/кг, максимально 50 мг.

Пациентам с анафилаксией/АШ при сохраняющемся бронхоспазме, несмотря на введение эпинефрина, применение селективного β2-адреномиметика через небулайзер раствор сальбутамола 2,5 мг/2,5 мл.

Профилактика

- консультация врача аллерголога-иммунолога для выявления аллергена, вызвавшего АШ и получения рекомендаций по дальнейшему предотвращению контакта с аллергеном
- обучить оказанию первой помощи в случае развития повторного АШ
- всем пациентам с отягощенным аллергологическим анамнезом перед оперативным вмешательством, рентгеноконтрастным исследованием проводить премедикацию: за 1 час до вмешательства вводят дексаметазон 4-8 мг или преднизолон 30-60 мг в/м или в/в капельно на 0,9%-растворе натрия хлорида; клемастин 0,1%-2 мл или хлоропирамина гидрохлорид 0,2%-1-2 мл в/м или в/в на 0,9% растворе натрия хлорида или 5% растворе декстрозы

Профилактика кожных заболеваний

В России насчитывается около 9 млн больных дерматологическими заболеваниями. Ежегодно регистрируется 6,4-6,9 млн новых случаев заболеваний кожи и подкожной клетчатки, из которых наиболее распространенными являются: экзема (18 %), псориаз (14 %), атопический дерматит (12 %). Рост дерматозов можно связать с использованием химических веществ в быту и на производстве, ухудшением экологической обстановки, урбанизацией жизни, частым и бесконтрольным применением лекарственных препаратов.

Все кожные заболевания условно делятся на заразные (вызванные инфекционными причинами) и незаразные (вызванные неинфекционными причинами). Заразные болезни кожи могут быть вызваны жизнедеятельностью грибов, вирусов, паразитов, распространяются посредством контакта людей.

К заболеваниям кожи относят:

- аллергические заболевания;
- грибковые заболевания;
- новообразования кожи;
- угревая болезнь (акне);
- экзема;
- вирусные заболевания;
- дерматиты;
- паразитарные заболевания (чесотка)
- псориаз, парапсориаз;
- розацеа, периоральный дерматит, демодекоз;
- себорейный дерматит (перхоть);
- микробные заболевания;
- неинфекционные воспалительные заболевания.

Профилактика кожных заболеваний играет важную роль в поддержании здоровья кожи

Регулярный туалет кожных покровов.

Ежедневное очищение кожных покровов мягкими очищающими средствами, подходящими для определенного типа кожи, позволяет избавиться от загрязнений, пыли, сального секрета желез, а также удалить омертвевшие клетки рогового слоя эпидермиса. Органические вещества, содержащиеся в жире и человеческом поте, являются в результате дальнейшего разложения благоприятной средой для развития бактериальной фауны на поверхности кожи человека. При несоблюдении правил личной гигиены происходит интенсивный рост колоний бактерий, что влечет за собой развитие таких заболеваний, как угревая сыпь, пиодермия. Длительное пребывание в горячей воде во время принятия душа или ванны может сушить кожу. Помочь может использование кремов или лосьонов для увлажнения кожи.

Личная гигиена.

Использование только индивидуальных полотенец, зубных щеток, расчесок, одежды (головные уборы, нижнее белье, носки и тапочки). Ежедневной замене подлежат нижнее белье, носки, колготки. Одежда должна регулярно стираться, не реже раза в неделю, то же правило относится и к постельному белью. Не рекомендуется пользоваться арендованной спортивной экипировкой. Стоит отказаться от прямого контакта открытыми участками кожи тела раковин, унитазов, полов в общественных душах и банях. После посещения общественных мест, стоит тщательно мыть руки с мылом или протирать антисептическими салфетками, или обрабатывать антисептическими гелями.

Ношение соответствующей одежды.

Одежда должна быть не только удобной для ношения, но и, по возможности, проницаемой для воздуха и паров воды, соответствовать температуре окружающей среды. Данное условие необходимо для лучшей терморегуляции кожи.

Косметика для кожи.

Важно использовать дерматологические средства, восстанавливающие водно-жировой барьер кожи. Эти средства защищают кожу от пересушивания, приводящего к возникновению воспаления и обострению хронических кожных заболеваний. Крем или лосьон, подходящие по типу кожи, следует наносить сразу после водных процедур на влажную кожу. Перед использованием различных косметических средств и процедур необходима консультация специалиста.

Предупреждение заражения.

Больные животные могут быть источником заражения при микроспории. От больных людей при тесном контакте передаются наряду с микроспорией чесотка, пиодермия и другие кожные заболевания, поэтому контакт с больными людьми и животными необходимо исключить.

Ограничение ультрафиолетового облучения.

Разумное пребывание на солнце или в солярии предотвращает развитие раковых заболеваний и преждевременное старение кожи. Для защиты от ультрафиолетовых лучей необходимо использовать солнцезащитные средства с SPF (фактором защиты от солнца), носить защитную одежду, шляпы и солнцезащитные очки, избегать солнечной активности в часы пик (с 10:00 до 16:00).

Обработка повреждений кожного покрова.

Своевременный туалет раны антисептическими растворами, салфетками позволит избежать инфицирования и предупредить нагноение. Даже небольшие царапины и ссадины необходимо защищать антисептическими повязками, пластырем с защитным составом.

Поддержание общего здоровья органов и систем. Многие острые и хронические заболевания человека сказываются на состоянии его кожных покровов. Патологии печени, желудочно-кишечного тракта и гормональные расстройства способны вызвать серьезные дерматологические проблемы в виде таких косметологических дефектов, как угри, комедоны, гиперпигментация, купероз, нездоровый цвет и неровная структура кожи.

Полноценное и разнообразное питание.

Для поддержания красоты и здоровья кожи важно правильно питаться. Раз в неделю желательно употреблять рыбу и использовать нерафинированные растительные масла как минимум трижды. Эти продукты богаты Омега-3 жирными кислотами, полезными как для кожи, так и для всего организма. Не забывайте о продуктах животного происхождения, содержащих много белка, особенно коллаген и эластин, которые положительно влияют на состояние кожи. Следует уменьшить количество сахара, шоколада и белого хлеба в рационе, поскольку их избыток может приводить к проблемам с кожей, таким как акне. Увеличьте потребление овощей и фруктов, они содержат полезную клетчатку, витамины А, Е, С и биофлавоноиды, которые помогают замедлить процессы старения. Также важно включать в рацион продукты, насыщенные серой, цинком и железом (например, помидоры, зелень, отруби, печень и ягоды), необходимые для регенерации кожи. И, конечно, не забывайте пить достаточно воды, чтобы поддерживать оптимальный уровень увлажненности и замедлять старение кожи. Правильный рацион, включающий все необходимые витамины, минералы, микроэлементы, сбалансированный питательный и калорийный состав дают возможность насытить клетки кожи полезными веществами и, как следствие, добиться ее устойчивости к любым повреждающим факторам, но для пациентов с аллергическими заболеваниями необходимо исключать причинные продукты.

Создание условий для благоприятной нервно-психической сферы.

Чем реже возникают факторы, нарушающие эмоциональное состояние, тем ниже вероятность развития невроза, в том числе и его проявлений на коже. Важно помнить о профилактическом значении полноценного сна, регулярного отдыха, достаточного времени на свежем воздухе, физической активности и закаливания. Регулярные летние купания, обтирания и принятие душа в течение года – важные элементы профилактики различных кожных заболеваний.

Отказ от зависимостей.

Угревая сыпь у подростков и взрослых трудно поддается лечению при наличии зависимостей (вейпы, употребление алкоголя, табакокурение и т.д.). Отказ от табакокурения и употребления алкоголя улучшает состояние кожи и препятствует ее старению.

Регулярное самообследование на наличие новых родинок, изменений в существующих родинках, наличие высыпаний или других необычных симптомов позволят на раннем этапе заподозрить заболевания кожи. Особенно пристально нужно следить за чистотой кожи после и во время посещения общественных мест, санузлов общего назначения, общественного транспорта. При появлении жалоб стоит обратиться к врачу-дерматологу или дерматовенерологу, а не заниматься самолечением. Даже на первый взгляд «невинные» заболевания могут перейти в хроническую форму либо приобрести злокачественное течение.

Пациентам с хроническими кожными заболеваниями (псориаз, экзема, атопический дерматит) рекомендовано посещение школ по псориазу или атопическому дерматиту и дерматовенеролога.