

SUMMARY

TICK-BORNE ENCEPHALITIS: ETHIOLOGY, PATHOGENESIS, PATHOMORPHOLOGY, PREVENTIVE MEASURES

Z.U. Kopyayeva

Polyclinic No.11, Almaty c.

The spring and summer encephalitis is caused by the filterable neurotropic virus. The virus penetrates into the

human organism by two ways: through a tick's sting and alimentary when a human drinks raw milk and eats milk products made of milk from contaminated cows and female goats. One must remember that tick-borne encephalitis is a severe and dangerous disease, which can lead to a lethal outcome in 25% of cases, or leaves severe complications and can result in disability.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

АБДОМИНАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НА АНАЛЬГИН. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Ж.У. КОПБАЕВА

Поликлиника №11, г. Алматы

Анафилактический шок – остро развивающийся, угрожающий жизни патологический процесс, обусловленный аллергической реакцией немедленного типа, характеризующийся тяжелыми нарушениями кровообращения, дыхания и деятельности ЦНС.

АШ является самым грозным проявлением аллергии. Его симптомы развиваются так быстро и стремительно и бывают настолько тяжелыми, что требуют неотложной квалифицированной помощи [1].

30 лет назад АШ был редкостью, а сейчас чаще стал встречаться в клинике.

Этиология АШ: лекарственный, сывороточный, вакцинальный, пищевой, от укусов насекомых, при кожных диагностических пробах и специфической иммунотерапии (СИТ) с аллергенами.

Чаще АШ лекарственный: на пенициллин – 26%, бициллин – 9%, анальгин – 8%, новокаин – 6%, витамин В₁, сульфаниламиды, аспирин, рентгеноконтрастные вещества, препараты крови – по 3%. Описаны случаи АШ при внутрикожной пробе с 10 единицами пенициллина [2].

Яд перепончатокрылых – пчелы, осы, шершни и др. – может вызывать АШ. Пчелиный яд действует двояко: токсическое воздействие при укусе более 3 тысяч пчел и аллергическая реакция при укусе всего одной пчелы.

Симптоматика зависит от степени тяжести АШ [3].

1 степень: Общее беспокойство, зуд начинается с подбородка и переходит на грудную клетку, чувство сдавливания за грудиной, головокружение, головная боль, чувство жара в теле, АД падает до 70-80 на 40-50.

2 степень: К тем же симптомам добавляются новые симптомы – уртикарная сыпь, эрозия кожи, локальные отеки равномерные (не как при отеке Квинке), выраженная головная боль, тахикардия, АД падает до менее 60 на ноль.

3 степень: + потеря сознания, выраженная одышка, тахипноэ, цианоз, АД падает до 40 на 0.

4 степень – остановка сердца.

Могут быть следующие клинические варианты АШ: гемодинамический вариант, острая ДН с преобладанием бронхоспазма, церебральный и абдоминальный вариант.

При анафилактическом шоке может быть острое доброкачественное течение, острое злокачественное, затяжное течение – сначала жалоб нет, затем постепенно развивается клиника и может наступить смерть, abortивное течение – все симптомы АШ в легкой степени, и человек выздоравливает.

Прогноз зависит от степени тяжести и своевременности оказания неотложной помощи.

Неотложная помощь заключается [3, 4]:

1. Прекратить введение препарата
2. Уложить пациента горизонтально, зафиксировать язык, голову повернуть набок
3. Обколоть место инъекции 0,1% адреналина 0,1 мл на год жизни в разведении с изотоническим раствором 1:10, положить кусочек льда.

Высшие разовые дозы адреналина при неотложных состояниях п/к, в/в, в/м: до 6 мес – 0,1 мл, 7-12 мес – 0,15 мл, 1-2 года – 0,2 мл, 3-4 г. – 0,3 мл, 5-6 лет – 0,4 мл, 7-9 лет – 0,5 мл, 10-14 лет – 0,75 мл. Если виновный препарат был введен внутримышечно, то в это место инъекции нельзя вводить адреналин, т.к. произойдет расширение сосудов скелетных мышц. Возрастная разовая доза адреналина подкожно вводится в другую часть тела

4. Строгий контроль за АД и пульсом
5. Внутривенно или внутримышечно преднизолон 3-5-10 мг/на кг массы тела
6. После стабилизации АД внутримышечно пипольфен или супрастин из расчета 0,1 мл/на год жизни
7. При бронхоспазме – внутривенно преднизолон, ингаляции астмопента, сальбутамола и др., 2,4% эуфиллин из расчета 4 мг на кг под постоянным контролем АД

8. При тахикардии – коргликон внутривенно на физиологическом растворе

9. Если шок на пенициллин, нужно ввести 500000-1000000 ЕД пенициллиназы в 2 мл изотонического раствора внутримышечно

10. Для стабилизации АД – 1% мезатон внутримышечно из расчета 0,05-0,1 мл / год жизни

11. При необходимости – сердечно-легочная реанимация.

Приводим случай из практики. В реанимационное отделение скорая доставила девочку 11 лет, которая страдает пищевой аллергией – атопическим дерматитом с 5-месячного возраста на прием молочных и соевых продуктов, мед и рыбу. 2 года назад после приема амидопирин по поводу головной боли через 12 минут появилась зудящая сыпь и отек Квинке на верхней губе. Мама дала 1 таблетку супрастина, отек постепенно в течение 40 минут спал, сыпь и зуд прошли. В школе на 3-м уроке заболела голова, ее отправили в медкабинет, и медсестра дала 1 таблетку анальгина. Девочка забыла сказать, что у нее был отек Квинке и сыпь на амидопирин, в карточке отметки не было. Через 5-10 минут девочка покрылась

сыпью, появились резкие нестерпимые боли в животе, напряжение мышц брюшной стенки, бледность. Срочно вызвали скорую помощь. Врач до приезда скорой ввела 1 мл супрастина и в/м преднизолон 60 мг и диагностировала анафилактический шок на анальгин. Скорая сразу госпитализировала девочку в реанимационное отделение, где немедленно продолжили экстренную и неотложную помощь и через 1,5 дня перевели в аллергоотделение для дальнейшего лечения и наблюдения.

Выводы

Таким образом, у девочки остро развился абдоминальный вариант анафилактического шока на анальгин с тяжелой клиникой острого живота. В данном случае имело большое значение в/м введение супрастина и преднизолон до приезда скорой, а также быстрая доставка ребенка в реанимационное отделение и оказание экстренной неотложной помощи. Исход был благоприятным.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Инструкция по профилактике и лечению АШ. 1996, 2009; 2. Клиника, лечение, профилактика лекарственного АШ. Москва, М. 1990; 3. Неотложные состояния у детей. Москва, М. 2006; 4. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь/ Под редакцией профессора В.Д. Малышева. Учебная литература для слушателей системы последипломого образования. Москва, Медицина, 2000.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

АНАЛЬГИН САЛҒАНДА АНАФИЛАКСИЯЛЫҚ ЕСТЕН ТАҢУДЫҢ АБДОМИАЛЬДІК НҰСҚАСЫ. ТӘЖІРИБЕДЕН АЛЫНҒАН ЖАҒДАЙ

Ж.У. Копбаева

№11 емхана, Алматы қ.

Анафилаксиялық естен тану – патологиялық процесстің ауыр дамитын, өмірге қауіп төндіретін аллергиялық реакция, қан айналымын, тыныс және ОЖЖ қызметі бұзады. Балаларда біз және тәжірибеден келтірілген мысалдарында бақылайтын абдоминалды АШ нұсқасы өте жиі кездеседі. Дер кезінде диагноз қою, шұғыл көмек көрсету және емдеу баланың толық жазылуларына мүмкіндік туғызады.

SUMMARY

ABDOMINAL VARIANT OF ANAPHYLACTIC SHOCK CAUSED BY ANALGIN. PRACTICAL CASE

Z.U. Kopyayeva

Polyclinic No. 11, Almaty c.

Anaphylactic shock is an acute life-threatening pathological process, caused an allergy reaction of immediate type, characterized by severe impairments of circulation, breath and CNS function. Most frequently children have abdominal variant of AS, which we can see from the example of practical case. The modern diagnostics, emergency aid and treatment facilitate complete recovery of a child.

СОДЕРЖАНИЕ

ХИРУРГИЯ

Муратов М.И., Сайк П.Ю., Бусыгина О.Б. Опыт лечения послеожоговых дефектов и деформаций покровных тканей 2

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абдибеков М.И. Международные подходы к оценке ситуации, связанной с обеспечением безопасности пациента при оказании медицинской помощи 5

ОНКОЛОГИЯ

Аринова С.П. Принципы ранней диагностики опухолей носоглотки 7
Абенова А.Ю. Вакцинопрофилактика рака шейки матки 9
Аксарин А.К. Опыт лечения остроконечных кондилом 11

НЕВРОЛОГИЯ

Хасенова Г.П., Кайшибаев Н.С., Кайшибаева Г.С., Жумагулова К.Г., Жиенбаева Б.С., Кудайбергенова А.С., Имашева И.А., Нью М.А. Эффективность применения препарата Милдронат у больных с дисциркуляторной энцефалопатией атеросклеротического генеза 13
Нурсеитов М.М. Диабетическая нейропатия. Применение Габагаммы при метаболических нарушениях 18
Нурсеитов М.М. Новые клинические перспективы Мильгамма® композитум: значение нейротропного эффекта бенфотиамина в практической медицине 20
Куанова Л.Б., Яворская Т.Т. Клиническое значение применения ОФЭКТ при постинсультной деменции 22

КАРДИОЛОГИЯ

Карабаева А.Ж., Джунусбекова Г.А., Сармасаева А.М., Оспанова Р.М., Исаханова А.Б. Комбинированная терапия артериальной гипертонии Алотендином: фокус на эффективность и безопасность 25
Жылкибаева Б.О. Комбинированная терапия артериальной гипертонии 28
Кинзябулатова Ф.Ф. Клинический опыт применения бета-блокатора Биспролола 30
Маметниязова З.Я. Гипертонические кризы: лечение, профилактика 31

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Муканова А.К. Опыт применения трансфундального надавливания при проведении трансвагинального УЗИ у беременных с истмико-цервикальной недостаточностью 33
Муканова А.К. Особенности маточно-плацентарно-плодового кровообращения у беременных с варикозным расширением вен малого таза 34