Филиал «Безенчукский»

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ОТКРЫТОГО ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

**Тема «ОСТРЫЕ АЛЛЕРГОЗЫ»**

**МДК.03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной**

**медицинской помощи на догоспитальном этапе**

**раздел 2. Неотложные состояния при внутренних болезнях**

**программы подготовки специалистов среднего звена по специальности**

***31.02.01 Лечебное дело***

**Автор: Ефремова Лариса Ивановна**

Безенчук, 2018 год

|  |  |
| --- | --- |
| Рассмотрено На заседании ЦМК № 2Протокол № 6 От «20» февраля 2018г.Председатель \_\_\_\_\_\_\_Л.И. Ефремова  |  Утверждено: Зав. отделом по УМР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Е.В. Портновой «21» февраля 2018г. |

**Разработчик:** Ефремова Лариса Ивановна - преподаватель Филиала «Безенчукский» ГБПОУ «СМК им Н.Ляпиной»

**Аннотация**

 Методическая разработка теоретического занятия по теме «Острые аллергозы» по МДК.03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе, раздел 2. Неотложные состояния при внутренних болезнях предназначена для проведения теоретического занятия у обучающихся 4 курса специальности 31.02.01 Лечебное дело. В данной разработке раскрываются основные способы и средства проведения занятия с использованием приёма «Инсерт», т.е. технологии развития критического мышления через чтение и письмо (ТРКМЧП), используемой при работе с текстом, с новой информацией.

 Методическая разработка выполнена в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 502 от 12 мая 2014года.

**Пояснительная записка**

 Тема занятия «Острые аллергозы» соответствует требованиям Федерального государственного образовательного стандарта, МДК.03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе, раздел 2. Неотложные состояния при внутренних болезнях.

 Данная тема содержит важный материал по изучению таких неотложных состояний, как крапивница, отёк Квинке, анафилактический шок. Проблема аллергии приобретает с каждым годом всё большее значение. В России распространённость аллергических заболеваний в различных регионах колеблется от 5% до 20,5%. Особую тревогу вызывают данные, согласно которым за последние 3 года число вызовов по поводу острых аллергических заболеваний в целом по РФ возросло на 18%. С острыми аллергозами может встретиться фельдшер в любых условиях. И здесь требуются не только знания, но и быстрота реакции, определённая твёрдость, ибо растерявшийся медицинский работник может только усугубить ситуацию. Необходимо буквально в считанные минуты разобраться в состоянии больного и определить тактику неотложной медицинской помощи. Вот почему для оказания неотложной помощи важны хорошие знания и умение быстро и чётко ориентироваться в жалобах больного и объективных симптомах заболевания, характерных для того или иного патологического процесса. Изучение темы базируется на системе знаний, умений, полученных студентами при изучении таких дисциплин, как ОП.03Анатомия и физиология человека, ОП.04 Фармакология, ОП.08 Основы патологии, МДК.07.03 Технология оказания медицинских услуг, МДК.01.01 Пропедевтика клинических дисциплин, МДК.02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля. Базовые знания и умения, сформированные при изучении вышеперечисленных дисциплин проходят через весь курс данного модуля. Тема изучается на основе современных нормативных документов, с применением активных методов обучения.

 Владение знаниями темы для обучающихся является средством формирования учебно-исследовательских умений, расширения своих знаний в других предметных областях. Педагогической целью является не только развитие навыков обучающихся по проведению диагностики заболеваний и оказанию неотложной медицинской помощи пациентам с острыми аллергозами, но и развитие навыков самостоятельной работы с литературой для дальнейшего самообразования.

***Лекция 2.6 Острые аллергозы.***

***Вид лекции: информационная с технологией развития критического мышления через***

 ***чтение и письмо (РКМЧП).***

***Формируемые компетенции:***

* *ОК 1.* Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии,

проявлять к ней устойчивый интерес.

* *ОК 2.* Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.
* *ОК 3.* Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.
* *ОК 4.* Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для

эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

* *ОК 5.* Использовать информационно-коммуникационные технологии в

профессиональной деятельности.

* ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами,

 руководством, потребителями.

* ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за

 результат выполнения заданий.

* *ОК 8.* Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного

развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и

осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

* ПК 3.1. Проводить диагностику неотложных состояний.
* ПК 3.2. Определять тактику ведения пациента.
* ПК 3.5. Осуществлять контроль состояния пациента.
* ПК 3.6. Определять показания к госпитализации и проводить транспортировку пациента в стационар.

***Учебные цели:***

* ознакомить студентов с этиологией и патогенезом острых аллергозов;
* ознакомить студентов с особенностями диагностики острых аллергозов;
* ознакомить студентов с алгоритмом действия фельдшера при острых аллергозах на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи;
* ознакомить студентов с принципами фармакотерапии при острых аллергозах на догоспитальном этапе;
* ознакомить студентов с правилами, принципами и видом транспортировки пациентов с острыми аллергозами в лечебно-диагностическое учреждение.

***Время лекции – 90 минут***

***Оснащение лекции:***

* Методическая разработка к лекции для преподавателя;
* Методические рекомендации к самостоятельной (внеаудиторной) работе для студентов;
* Багненко С.Ф., Верткина А.Л., Мирошниченко А.Г., Хубутия М.Ш. Руководство по скорой медицинской помощи, М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
* Красильникова И.М. Неотложная доврачебная медицинская помощь: учебное пособие – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
* Кадиева Е.Г. Новейший справочник врача скорой помощи – Москва: Омега-Л, 2016.
* Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи/Э.В. Смолева, Е.Л. Аподиакос, учебное пособие – Изд.11-е. Ростов н/Д: Феникс, 2013.
* Терапия: лечение пациента терапевтического профиля./Э.Д. Рубан, учебник – Ростов н /Д: Феникс, 2011.
* Алгоритмы субъективного и объективного обследования пациентов;
* Пропедевтика клинических дисциплин: учебник для студ. учреждений сред. мед. проф. образования под ред. А.Н. Шишкина – М.: «Академия», 2013.

***План теоретического занятия***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Название этапа | Описание этапа | Педагогическая цель этапа | Время этапа |
| 1. | Организационный этап | Проверка присутствующих и готовности аудитории к занятию. Сообщение темы и целей лекции. | Подготовка обучающихся к работе, мобилизация внимания. | 2 мин. |
| 2. | Вводное слово | Раскрыть важность и актуальность изучения темы ***«***Острые аллергозы». | Активизация мыслительной деятельности обучающихся. | 3 мин. |
| 3. | Изучение нового материала с использованием метода РКМЧП по теме «Острые аллергозы (крапивница, отёк Квинке)» | Демонстрация фрагмента видеофильма по изучаемой теме. Преподаватель раздаёт каждому обучающемуся лекцию по теме «Острые аллергозы(крапивница, отёк Квинке)», лист с системой пометок (Инсерт) и просит каждого студента прочитать и в своём экземпляре лекции поставить на полях пометки напротив каждого абзаца. Затем преподаватель просит нарисовать маркировочную таблицу и заполнить в ней столбцы ключевыми фразами из каждого абзаца лекции. При этом нельзя пропустить важную информацию из текста (Приложение №1). Чтение таблицы несколькими студентами (выборочно). | Мозговой штурм (индивидуальный) | 30 мин. |
| 4. | Осмысление содержания проработанной лекции | Преподаватель задаёт вопросы обучающимся, исходя из материала изученной лекции (Приложение №2) | Активизация познавательной деятельности студентов при изучении нового материала | 10 мин. |
| 5. | Изучение нового материала с использованием презентации по теме «Острые аллергозы(анафилактический шок)» | Изложение следующих вопросов:1. Неотложная помощь при острых аллергозах;2.Причины и клиническая картина анафилактического шока;3.Алгоритм действия фельдшера при острых аллергозах на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи;4.Принципы фармакотерапии при острых аллергозах на догоспитальном этапе. | Дать основные понятия, ознакомить с перечисленными вопросами | 20 мин. |
| 6. | Контроль конечного уровня знаний студентов | Решение студентами тестовых заданий по изучаемой теме (Приложение №3). | Выяснить степень достижения поставленных целей занятия, готовность к самообразованию. | 20 мин. |
| 7. | Рефлексия | Преподаватель рассказывает студентам о синквейне и демонстрирует на экране эту информацию. Затем просит каждого по изученному материалу составить свой синквейн. | Словестный, мозговой штурм (индивидуальный) | 3 мин. |
| 8. | Заключение | Делаются выводы по данной теме, обучающимся сообщаются положительные и отрицательные стороны работы. Преподаватель даёт обучающимся домашнее задание: составить рецептурные прописи лекарственных препаратов, используемых для оказания неотложной медицинской помощи при острых аллергозах. Преподаватель благодарит студентов за внимание и за работу. | Коррекция деятельности студентов. Создание мотивации на последующее практическое занятие. | 2 мин. |

Конспект лекции

Тема: «ОСТРЫЕ АЛЛЕРГОЗЫ»

Острые аллергозы – это заболевания, обусловленые повышенной чувствительностью иммунной системы к различным экзогенным антигенам (аллергенам). Они характеризуются внезапным началом, непредсказуемым течением, высоким риском развития угрожающих жизни состояний.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Наиболее частые аллергены:

* пищевые (рыба, морепродукты, орехи, мёд, молоко, яйца, фрукты, бо­бовые и др.);
* лекарственные (анальгетики, антибиотики, сульфаниламиды, витами­ны и др.);
* пыльца растений;
* бытовые (латекс, парфюмерия, косметика, бытовая химия, пыль, шерсть домаш­них животных);
* физические (холод, УФО)
* вещества, попадающие в организм при ужалениях насекомых.

Острые аллергические заболевания, как правило, обусловлены реакция­ми гиперчувствительности немедленного типа, состоящими из нескольких стадий:

* контакт с аллергеном (не опасные сами по себе вещества, например, пыльца растений, частицы домашней пыли, лекарства и др.);
* синтез специфического IgE (иммуноглобулина Е);
* фиксация IgE на поверхности тучных клеток (сенсибилизация);
* повторный контакт с тем же аллергеном;
* связывание антигена с IgE на поверхности тучных клеток;
* высвобождение медиаторов из активированных тучных клеток (гиста­мина, простагландинов, лейкотриенов, фактора активации тромбоци­тов и др.);
* действие медиаторов на ткани и органы, приводящее к быстрому раз­витию внешних проявлений аллергической реакции (ранняя фаза);
* через 6-8 ч и более возможно развитие поздней фазы, обусловленной повторным выбросом медиаторов другими клетками, привлечёнными к месту действия аллергена.

КЛАССИФИКАЦИЯ

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

* Лёгкие:
* аллергический ринит;
* аллергический конъюнктивит;
* локализованная крапивница.
* Тяжёлые (прогностически неблагоприятные):
* генерализованная крапивница,
* отёк Квинке (ангионевротический отёк),
* анафилактический шок.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

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

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

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

Локализованная крапивница характеризуется внезапным появлением на ограниченном участке кожных покровов уртикарных элементов (возвы­шающихся над поверхностью кожи) с чёткими границами, как правило, красного цвета, диаметром от нескольких миллиметров до нескольких сан­тиметров, на фоне гиперемии, сопровождающихся кожным зудом.

Генерализованная крапивница характеризуется поражением всей кожи, нередко наблюдают сливание описанных выше элементов.

Отёк Квинке (ангионевротический отёк) проявляется локальным отёком кожи, подкожной клетчатки и/или слизистых оболочек. Чаще развивается в области губ, щёк, век, лба, волосистой части головы, мошонки, кистей, дорсальной поверхности стоп. Аллергический отёк слизистой оболочки ЖКТ сопровождается кишечной коликой, тошнотой, рвотой. При отёке Квинке, локализующемся в области гортани, возможно развитие угрожающего жизни состояния. В этом случае наблюдаются кашель, осиплость голоса, нарушение глотания, удушье, стридорозное дыхание.

В 50% случаев ангионевротический отёк сочетается с крапивницей.

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

* При затруднённом дыхании помогите больному свободно дышать (рас­стегните воротник, придайте удобное положение);
* При ужалении насекомого или реакции на инъекцию местно примените холод или жгут;
* Примите противоаллергический препарат из домашней аптечки.

При угрозе жизни надо дать инструкции по проведению реанимационных мероприятий и поддерживать связь при необходимости их прове­дения.

ДЕЙСТВИЯ НА ВЫЗОВЕ

Диагностика

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

* Были ли раньше аллергические реакции?
* Если «да», то, что их вызывало и как они проявлялись?
* Какие препараты применялись для лечения (антигистаминные, глюко­кортикостероиды, адреналин)?
* Что могло послужить причиной развития аллергической реакции в этот раз (продукт питания, не входящий в обычный рацион, приём лекарс­тва, укус насекомого и др.)?
* Какие меры предпринимались больным самостоятельно, были ли они эффективны?

ОСМОТР И ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

* Оценивают цвет кожных покровов (бледные или гиперемированные), выраженность назальной секреции и слезотечения, проверяют наличие затруднённого носового дыхания (в ряде случаев больной дышит ртом) и чихания.
* Оценивают кожные покровы и конъюнктивы на наличие гиперемии, элементов сыпи, отёка, характеризуют сыпь и отёк морфологически, а также указывают их локализацию и распространённость.
* Производят осмотр ротоглотки, оценивают звучность голоса, возмож­ность глотания для исключения угрожающего жизни отёка области рта и глотки.
* Проверяют проходимость дыхательных путей, оценивают наличие стридора, диспноэ, свистящего дыхания, одышки или апноэ.
* Аускультируют область лёгких и оценивают наличие бронхиальной об­струкции.
* Проводят пальпацию живота (в том числе селезёнки) и лимфатических узлов.
* Уточняют наличие желудочно-кишечных симптомов (тошноты, боли в животе, диареи).
* Измеряют ЧСС и частоту пульса.
* Измеряют АД. Резкое снижение АД <100 мм рт.ст. или на 30—50 мм рт.ст. от исходного расценивают как признак анафилактического шока.
* Измеряют температуру тела.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

До начала терапии необходимо прекратить контакт пациента с причин­ными аллергенами и выполнить следующие действия.

* Остановить парентеральное введение ЛС.
* Удалить из ранки жало насекомого с помощью инъекционной иглы. Уда­ление пинцетом или пальцами нежелательно, так как возможно выдавлива­ние яда из оставшегося на жале резервуара ядовитой железы насекомого.
* К месту инъекции ЛС или ужаления насекомого приложить лёд либо грелку с холодной водой на 15 мин.
* Обколоть в 5—6 точках и инфильтрировать место инъекции или ужаления насекомого 0,5 мл 0,1% р-ра эпинефрина (адреналина) с 5 мл 0,9% р-ра натрия хлорида.

Противоаллергическая терапия:

* При лёгких острых аллергических заболеваниях (аллергический ринит аллергический конъюнктивит, локализованная крапивница).
* Монотерапия пероральными антигистаминными препаратами II—III поколения: акривастин 8 мг или цетиризин 10 мг.
* При невозможности перорального приёма ЛС применяют парентеральные антигистаминные препараты I поколения: в/м 1—2 мл 2% р-ра хлоропирамина.
* При тяжёлых острых аллергических заболеваниях (генерализованная крапивница, отёк Квинке).
* Глюкокортикоиды: парентерально преднизолон 60—150 мг (детям 2-12 мес. — 2-3 мг/кг, 1-14 лет — 1-2 мг/кг массы тела) в/в струйно.
* При рецидивирующем течении генерализованной крапивницы целе­сообразно использовать бетаметазон 7-14 мг или 1-2 мл (детям 1-5 лет — 2 мг или 0,5 мл, 6-12 лет — 4 мг или 1 мл) глубоко в/м.
* Для предупреждения влияния новых порций гистамина на ткани, пе­рорально: акривастин 8 мг или цетиризин 10 мг.

При наличии или подозрении на отёк гортани или анафилактический шок немедленно ввести в/м (допустимо п/к введение) 0,3-0,5 мл 0,1% р-ра эпинефрина.

Симптоматическая терапия:

При развитии бронхоспазма показано ингаляционное введение В2-ад- реномиметиков (сальбутамол через небулайзер по 2,5-5 мг, ингаляции аэрозоля 200 мкг).

* При цианозе, диспноэ, наличии сухих хрипов в лёгких показана также кислородотерапия.

Помимо медикаментозной терапии, необходимо проводить контроль ЧСС и АД, быть готовым к проведению ИВЛ и реанимационных мероприятий.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

При генерализованной крапивнице, отёке Квинке все пациенты должны быть госпитализированы для дальнейшего лечения и/или наблюдения из-за угрозы развития поздней фазы острой аллергической реакции.

При аллергическом рините, аллергическом конъюнктивите, локализо­ванной крапивнице госпитализация показана в случае, если амбулаторное лечение оказалось неэффективным и состояние больного ухудшилось.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ОСТАВЛЕННЫХ ДОМА БОЛЬНЫХ

* Исключение приёма ЛС, кроме жизненно необходимых.
* Обращение в поликлинику
* Получение консультации аллерголога.

Общая неспецифическая гипоаллергенная диета по А.Д. Адо.

* Продукты, которые рекомендовано исключить: цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны, грейпфруты и другие фрукты), орехи (арахис, фун­дук, миндаль и другие орехи), рыба и рыбные продукты (свежая и солё­ная рыба, рыбные бульоны, консервы из рыб, икра и другие продукты), мясо птицы (гусь, утка, индейка, курица и другие виды) и изделия из него, шоколад и шоколадные изделия, кофе, копчёные продукты, уксус, горчица, майонез, специи, хрен, редис, редька, томаты, баклажаны, гри­бы, яйца, сырое молоко, клубника, дыня, ананас, сдобное тесто, мёд.
* Продукты, которые можно употреблять: нежирное отварное говяжье мясо, крупяные и овощные супы (на вторичном говяжьем бульоне и вегетарианские), сливочное, оливковое, подсолнечное масло, отварной картофель, гречневая, геркулесовая и рисовая каши, однодневные мо­лочнокислые продукты (творог, кефир, простокваша), свежие огурцы, петрушка, укроп, печёные яблоки, арбуз, чай, сахар, компоты из яблок, слив, смородины, вишни, сухофруктов, белый несдобный хлеб.

Пищевой рацион должен иметь примерную энергетическую ценность 2800 ккал, что соответствует 15 г белков, 200 г углеводов и 150 г жиров.

Категорически запрещается употреблять любые алкогольные напитки.

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ

Изолированное назначение антигистаминных препаратов при тяжёлых острых аллергических заболеваниях (генерализованной крапивнице, ангио­невротическом отёке) и бронхообструктивном синдроме неэффективно и на догоспитальном этапе приводит лишь к неоправданной потере времени.

Позднее назначение глюкокортикоидов и применение необоснованно ма­лых доз этих препаратов при тяжёлых острых аллергических заболеваниях. Отказ от применения ингаляционных В2-адреномиметиков при бронхоспазме. Применение кальция глюконата и кальция хлорида не показано в связи с их неэффективностью и непредсказуемым влиянием на дальнейшее течение ал­лергической реакции, а также необходимостью дополнительных манипуляций и необоснованных экономических затрат. При внутривенном введении этих препаратов может развиться гипотония, брадикардия, а при быстром введе­нии — фибрилляция желудочков. Кальция хлорид вызывает ощущение жара, гиперемию кожи лица, а при попадании под кожу оказывает сильное местное раздражающее действие вплоть до развития локального некроза тканей.

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

Анафилактический шок — наиболее тяжёлая форма аллергической реак­ции немедленного типа, развивающаяся в результате повторного контакта с аллергеном и характеризующаяся острым нарушением гемодинамики, приводящим к недостаточности кровообращения и гипоксии всех жизнен­но важных органов.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Наиболее частыми причинами анафилактического шока служат:

* ЛС: антибиотики, НПВС и др.;
* пищевые аллергены: орехи, рыба, фрукты и др.;
* вещества, попадающие в организм при ужалениях насекомых;
* аллергены, используемые в быту (латекс, бытовые химикаты).

При воздействии аллергена развивается IgE-опосредованная системная реакция гиперчувствительности, при которой одновременно активирует­ся значительное количество эффекторных клеток. В результате выброса ими медиаторов аллергии (ранняя фаза) развивается коллапс, повышается про­ницаемость сосудов микроциркуляторного русла, что способствует выходу жидкой части крови в ткани и её сгущению. В результате этого ОЦК сни­жается, сердце вовлекается в патологический процесс вторично. Через 6-8 ч и более возможно развитие поздней фазы, обусловленной повторным выбро­сом биологически активных веществ из других клеток, привлечённых к месту действия аллергена.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику между анафилактическим шоком и сис­темной анафилактоидной реакцией (обусловленной другими типами аллерги­ческой реакции, которые могут развиться уже при первом введении некоторых JIC) не проводят, ввиду того, что при обоих состояниях требуется проведение одного и того же комплекса неотложных лечебных мероприятий.

Отличительной чертой анафилактического шока служит частое наличие кожных проявлений в виде сыпи, эритемы, отёка или развитие бронхоспазма перед либо одновременно с гемодинамическими нарушениями. Про­чие симптомы анафилактического шока неспецифичны и характерны для любого другого вида шока.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Симптомы анафилактического шока возникают в течение первых минут после инъекции лекарств или в течение 2 ч после приема пищи, причём быстрота развёртывания симптоматики напрямую связана с тяжестью те­чения шока. В некоторых случаях признаки шока развиваются в течение нескольких секунд. При лёгком течении больные жалуются на головокру­жение, шум в ушах, слабость, ощущение жара, одновременно снижается АД. Для тяжёлого течения характерны потеря сознания, резкое падение АД до неопределяемых значений. У 30% больных развивается отсроченная реакция (поздняя фаза) на аллерген: постепенно все симптомы анафилак­тического шока стихают, но спустя 2-24 ч усиливаются вновь.

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

* При затруднённом дыхании исключить все факторы, способные за­труднить свободное дыхание (расстегнуть воротник, придать удобное положение).
* При ужалении насекомого или реакции на инъекцию препарата при­менить холод местно или временно наложить жгут.
* Дать больному противоаллергический препарат из домашней аптечки.
* При угрозе жизни дать инструкции по проведению реанимационных мероприятий.

ДЕЙСТВИЯ НА ВЫЗОВЕ

Диагностика

Чаше всего сбор аллергологического анамнеза возможен только после купирования острой симптоматики.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

* Были ли раньше аллергические реакции?
* Что их вызывало?
* Чем они проявлялись?
* Какие ЛС применялись (антигистаминные, глюкокортикоиды, норэпинефрин)?
* Что предшествовало развитию данной аллергической реакции (необыч­ный продукт питания, приём лекарства, укус насекомого и др.)?
* Какие меры предпринимались больным самостоятельно, их эффектив­ность?

ОСМОТР И ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

* Оценивают состояние сознания (состояние оглушённости, потеря со­знания).
* Осматривают кожные покровы (бледные, иногда с синюшным оттенком).
* Оценивают кожные покровы и конъюнктивы на предмет наличия эри­темы, сыпи, отёка, симптомов ринита и конъюнктивита.
* Производят оценку пульса (нитевидный), измеряют ЧСС (тахикардия).
* Осматривают ротоглотку (отёк языка, мягкого нёба), оценивают нали­чие затрудненного глотания.
* Оценивают проходимость дыхательных путей по наличию стридора, диспноэ, свистящего дыхания, одышки или апноэ.
* Измеряют АД. Снижение АД на 30—50 мм.рт.ст. от исходного расцени­вают как признак анафилактического шока. При тяжёлом течении АД не определяется.
* Помимо перечисленных мероприятий, в обязательном порядке уточ­няют наличие таких симптомов, как рвота, непроизвольная дефекация и/или мочеиспускание, кровянистые выделения из влагалища.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Прекращение дальнейшего поступления аллергена в организм. В зависимос­ти от этиологии, данный этап состоит из следующих действий:

* Останавливают парентеральное введение ЛС, накладывают жгут выше мес­та инъекции на 25 мин (каждые 10 мин ослабляют жгут на 1-2 мин).
* Удаляют из ранки жало насекомого с помощью инъекционной иглы. Удаление пинцетом или вручную нежелательно, так как при таком спо­собе возможно выдавливание яда из оставшегося на жале резервуара ядовитой железы насекомого.
* К месту инъекции ЛС или ужаления прикладывают пузырь со льдом или грелку с холодной водой на 15 мин.
* Обкалывают в 5-6 точках и инфильтрируют место инъекции или ужа­ления 0,5 мл 0,1% р-ра эпинефрина(адреналина) с 5 мл изотоничес­кого раствора натрия хлорида.

Противошоковые мероприятия:

* Обеспечивают проходимость дыхательных путей: укладывают больного (с опущенной головной частью), поворачивают его голову в сторону, во избежание аспирации рвотными массами, выдвигают нижнюю челюсть больного, удаляют съёмные зубные протезы при их наличии.
* Немедленно вводят 0,3-0,5 мл 0,1% р-ра эпинефрина (адреналина) в/м в область латеральной поверхности бедра, причем допускается вве­дение через одежду (допустимо подкожное введение). При необходимос­ти повторные инъекции делают каждые 5-20 мин, контролируя АД.
* Обеспечивают доступ для внутривенного введения, после чего начина­ют восстанавливать ОЦК путем инфузии 0,9% р-ра натрия хлорида с объемом введения не меньше 1 л для взрослых и из расчёта 20 мл на 1 кг массы тела — для детей.

Противоаллергическая терапия:

Парентеральные глюкокортикоиды: преднизолон в дозе 90-150 мг (детям 2-12 мес. — 2-3 мг на 1 кг массы тела, детям с 1 года до 14 лет — из расчёта 1-2 мг/кг массы тела) в/в струйно.

Симптоматическая терапия:

* При сохраняющейся артериальной гипотензии, после восполнения ОЦК применяют

 вазопрессорные амины до достижения систолического АД >90 мм рт.ст: допамин

 в/в капельно со скоростью 4-10 мкг/кг/ мин, но не более 15-20 мкг/кг/мин. Раствор

 готовят из расчёта 200 мг допамина на 400 мл 0,9% р-ра натрия хлорида или 5% р- ра глюкозы, инфузию проводят со скоростью 2-11 капель в минуту.

* При развитии брадикардии вводят атропин в дозе 0,5 мг подкожно, при необходимости — вводят ту же дозу повторно через 5-10 мин.
* При манифестировании бронхоспазма показано ингаляционное вве­дение В2-адреномиметиков (сальбутамол 2,5—5,0 мг предпочтительно через небулайзер).
* В случае развития цианоза, появления диспноэ или сухих хрипов при аускультации показана кислородотерапия. В случае остановки дыхания показано проведение ИВЛ.
* Необходимо осуществлять постоянный контроль за функциями дыха­ния, состоянием сердечно-сосудистой системы (измеряя ЧСС и АД).
* Быть готовым к проведению ИВЛ и реанимационных мероприятий.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Анафилактический шок — абсолютное показание к госпитализации больных в отделение реанимации и интенсивной терапии.

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ

* Гиподиагностика анафилактического шока.
* Неназначение эпинефрина (адреналина) при снижении АД на фоне сохранённого сознания.
* Недопустимо внутривенное введение эпинефрина (адреналина) на СМП, потому что при анафилактическом шоке эпинефрин должен вводиться немедленно, ещё до обеспечения венозного доступа. Кроме того, внутривенное введение должно проводиться под постоянным мониторированием АД и ЭКГ в связи с риском развития различных аритмий, в том числе желудочковых.
* Использование необоснованно малых доз глюкокортикоидов.
* Назначение антигистаминных средств при сниженном АД. Примене­ние прометазина (пипольфена) противопоказано из-за усугубления гипотонии.
* Применение кальция глюконата и кальция хлорида не показано в связи с их неэффективностью и непредсказуемым влиянием на дальнейшее течение заболевания.
* Назначение диуретиков патогенетически необоснованно, поскольку при анафилактическом шоке развивается дефицит ОЦК, гиповолемия и артериальная гипотензия.
* После купировании симптомов анафилактического шока нельзя оставлять пациента дома, так как необходимо его дальнейшее наблюдение в связи с риском развития (в 30% случаев) отсроченной фазы аллерги­ческой реакции.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

* Эпинефрин (адреналин) назначают при анафилактическом шоке, ангионевротическом отёке гортани детям в дозе 0,1-0,3 мл 0,1% р-ра в/м или п/к (или из расчёта 0,01 мг/кг массы тела), взрослым в дозе 0,3-0,5 мл 0,1% р-ра в/м или п/к. При неэффективности следует повторить введение через 20 мин.
* Преднизолон показан при анафилактическом шоке, генерализованной крапивнице, ангионевротическом отёке детям в/в в возрасте 2-12 мес. в дозе 2-3 мг/кг массы тела, в возрасте 1-14 лет по 1-2 мг/кг массы тела, взрослым по 60-150 мг в/в, струйно.
* Бетаметазон (бетаметазона динатрия фосфат 2 мг + бетаметазона ди­пропионат 5 мг, дипроспан и др.) назначают при генерализованной крапивнице в/м детям в возрасте 1-5 лет по 2 мг, в возрасте 6-12 лет 1 по 4 мг, взрослым в дозе 7-14 мг.
* Акривастин (семпрекс) показан при аллергическом рините, аллергическом конъюнктивите, крапивнице и ангионевротическом отёке детям в возрасте 2-12 лет по 5 мг внутрь, в возрасте старше 12 лет по 8 мг внутрь, взрослым в дозе 8 мг внутрь.
* Цетиризин (аллертек) назначают при аллергическом рините, аллергическом конъюнктивите, крапивнице и ангионевротическом отёке детям в возрасте 2-6 лет по 5 мг внутрь, в возрасте старше 6 лет и 1 взрослым по 10 мг внутрь.
* Хлоропирамин (супрастин) показан при аллергическом рините, аллергическом конъюнктивите, крапивнице детям в дозе 0,1 мл/год жизни 2% р-ра в/м (не более 1 мл), взрослым по 1-2 мл 2% р-ра в/м.

Приложение № 1

***ПРИЁМ «ИНСЕРТ»***

**V** - я это знаю

**+**  - это новое для меня

- - думал иначе

**?** - не понял, есть вопросы

***МАРКИРОВОЧНАЯ ТАБЛИЦА***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **V** я это знаю | **+**новое для меня | -думал иначе | **?** не понял, есть вопросы |
|  |  |  |  |

Приложение № 2

ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА

1. Определение понятия «Острые аллергозы».

2. Причины острых аллергозов.

3. Чем обусловлены острые аллергические заболевания?

4. Какие клетки участвуют в реакции гиперчувствительности немедленного типа?

5. Назовите медиаторы, высвобождающиеся из активированных тучных клеток.

6. Чем проявляется аллергический ринит?

7. Чем проявляется аллергический коньюнктивит?

8. Чем проявляется крапивница?

9. Чем проявляется отёк Квинке?

10. Обязательные вопросы на вызове.

Приложение № 3

Тестовые задания контроля конечного уровня знаний студентов

Тема: «Острые аллергозы»

ВАРИАНТ 1

*ВЫБЕРИТЕ И ВЫПИШИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА*

1. Пищевую аллергию чаще вызывают:
2. бобовые
3. крупы
4. огурцы
5. цитрусовые
6. К бытовым аллергенам относится:
7. домашняя пыль
8. пенициллин
9. пыльца березы
10. шерсть кошки
11. Животное, чаще вызывающее аллергическую реакцию:
12. кошка
13. морская свинка
14. собака
15. черепаха
16. Препараты, чаще всего вызывающие аллергическую реакцию:
17. антибиотики
18. диуретики
19. гипотензивные
20. цитостатики
21. Жалобы пациента при крапивнице:
22. тошнота, рвота
23. одышка, сухой кашель
24. сыпь, кожный зуд
25. боль за грудиной, одышка
26. Локализация сыпи при крапивнице:
27. лицо
28. туловище
29. конечности
30. любые участки кожи
31. Основная жалоба пациента при отёке Квинке:
32. отек лица
33. кожный зуд
34. судороги
35. непроизвольное мочеиспускание
36. Анафилактический шок чаще всего вызывает:
37. ужаление пчел
38. укус клещей
39. укус комаров
40. укус собаки
41. Клинические симптомы крапивницы:
42. инспираторная одышка, осиплость голоса
43. непроизвольное мочеиспускание и дефекация
44. падение артериального давления
45. сыпь, кожный зуд
46. Клинические симптомы отека Квинке:
47. отеки на лице, затруднение дыхания
48. повышение артериального давления
49. кожный зуд, падение артериального давления
50. потеря сознания, повышение артериального давления
51. При лечении отека гортани применяют:
52. лазикс, преднизолон
53. пенициллин, бутадион
54. валидол, нитроглицерин
55. клофелин, пентамин
56. Тяжелое проявление аллергической реакции немедленного типа:
57. анафилактический шок
58. аллергический дерматит
59. аллергический васкулит
60. крапивница
61. Анафилактический шок чаще возникает при ведении лекарственного препарата:
62. внутрь
63. ингаляционно
64. парентерально
65. сублингвально
66. Резкое падение артериального давления наблюдается при:
67. анафилактическом шоке
68. крапивнице
69. отеке Квинке
70. сывороточной болезни
71. Неотложную помощь при анафилактическом шоке начинают оказывать:
72. в палате
73. в процедурном кабинете
74. в приемном отделении
75. на месте развития
76. Неотложная помощь при анафилактическом шоке:
77. атропин, морфин, баралгин
78. адреналин, преднизолон, мезатон
79. дибазол, клофелин, лазикс
80. корвалол, строфантин, лазикс
81. Какие клинические проявления возможны при анафилактическом шоке:
82. бронхоспазм
83. непроизвольное мочеиспускание
84. непроизвольная дефекация
85. сужение зрачка
86. Жалобы пациента при анафилактическом шоке:
87. одышка, кашель со «ржавой мокротой»
88. боль в пояснице, отеки
89. чувство жара, слабость
90. изжога, отрыжка
91. Для профилактики лекарственной аллергии следует:
92. собрать тщательно аллергологический анамнез
93. назначить другой препарат этой группы
94. заменить на препарат другой группы
95. назначить антигистаминный препарат
96. При аллергии на сульфаниламиды пациенту противопоказан:
97. бициллин
98. бисептол
99. фурадонин
100. эритромицин

 Приложение № 3

Тестовые задания контроля конечного уровня знаний студентов

Тема: «Острые аллергозы»

ВАРИАНТ 2

*ВЫБЕРИТЕ И ВЫПИШИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА*

1. Антибиотик, чаще вызывающий аллергическую реакцию:
2. линкомицин
3. пецициллин
4. тетрациклин
5. эритромицин
6. При аллергии на пенициллин пациенту можно использовать:
7. ампициллин
8. оксациллин
9. ампиокс
10. тетрациклин
11. Осложнение отёка Квинке:
12. отек губ
13. отек век
14. загрудинная боль
15. удушье
16. Тактика ведения пациента при угрозе отека гортани вне лечебного учреждения:
17. амбулаторное наблюдение
18. направление в поликлинику
19. направление на анализ крови
20. срочная госпитализация
21. Анафилактический шок чаще возникает при введении лекарственного препарата:
22. внутрь
23. ингаляционно
24. парентерально
25. сублингвально
26. Анафилактический шок чаще вызывает:
27. ужаление пчел
28. укус клещей
29. укус комаров
30. укус собаки
31. Основная жалоба пациента при крапивнице:
32. тошнота, рвота
33. одышка, сухой кашель
34. сыпь, кожный зуд
35. боль за грудиной, одышка
36. Основная жалоба пациента при отеке Квинке:
37. отек лица
38. кожный зуд
39. судороги
40. непроизвольное мочеиспускание
41. Пищевую аллергию чаще вызывают:
42. бобовые
43. цитрусовые
44. огурцы
45. крупы
46. Животное, чаще вызывающее аллергическую реакцию:
47. морская свинка
48. черепаха
49. кошка
50. собака
51. Какие клинические проявления возможны при анафилактическом шоке:
52. сужение зрачка
53. непроизвольная дефекация
54. бронхоспазм
55. непроизвольное мочеиспускание
56. При лечении отека гортани принимают:
57. пенициллин, бутадион
58. клофелин, пентамин
59. валидол, нитроглицерин
60. преднизолон, лазикс
61. Тяжелое проявление аллергической реакции немедленного типа:
62. крапивница
63. аллергический васкулит
64. анафилактический шок
65. аллергический дерматит
66. Основным патогенетическим звеном отёка Квинке является:

 а) повышение проницаемости сосудистой стенки

 б) спазм сосудов микроциркуляторного русла

 в) гемолиз эритроцитов

 г) снижение онкотического давления крови

 15. К бытовым аллергенам относится:

а) домашняя пыль

б) пенициллин

 в) пыльца березы

г) шерсть кошки

 16. Начальными симптомами анафилактического шока являются:

 а) ощущение стеснения в груди, одышка

 б) тахикардия

 в) беспокойство, чувство страха

 г) все вышеперечисленное

 17. Анафилактический шок может возникнуть:

 а) при парентеральном введении лекарственных препаратов

 б) при попадании лекарственных средств на слизистые оболочки

 в) от укуса насекомых

 г) все вышеперечисленное

 18. Первым этапом реанимации при анафилактическом шоке является:

 а) введение сердечных гликозидов

 б) оксигенотерапия

 в) прекращение поступления аллергена в организм

 г) введение ангиотонических средств

 19. При лечении анафилактического шока используются все препараты, кроме:

 а) антигистаминные препараты

 б) глюкокортикостероидные препараты

 в) мочегонные

 г) вазопрессоры

 20. Для клинических проявлений отека Квинке характерно все, кроме:

 а) отек губ

 б) отек гортани

 в) отек вокруг глаз

 г) отек нижних конечностей

Эталоны ответов к тестовым заданиям

Тема: «Острые аллергозы»

Вариант 1

1.г

2.а

3.а

4.а

5.в

6.г

7.а

8.а

9.г

10.а

11.а

12.а

13.в

14.а

15.г

16.б

17.в

18.в

19.а

20.б

Вариант 2

1.б

2.г

3.г

4.г

5.в

6.а

7.в

8.а

9.б

10.в

11.б

12.г

13.в

14.а

15.а

16.г

17.г

18.в

19.в

20.г

Приложение № 4

РЕФЛЕКСИЯ. СОСТАВЛЕНИЕ СИНКВЕЙНА.

Синквейн - это нерифмованное стихотворение из пяти строк, которые строятся по правилам.

Правила составления синквейна:

* Первая строка – тема синквейна, заключает в себе одно слово (обычно существительное или местоимение), которое обозначает объект или предмет, о котором пойдет речь.
* Вторая строка – два слова (чаще всего прилагательные или причастия), они дают описание признаков и свойств выбранного в синквейна предмета или объекта.
* Третья строка – образованна тремя глаголами или деепричастиями, описывающими характерные действия объекта.
* Четвертая строка – фраза из четырех слов, выражающая личное отношение автора синквейна к описываемому предмету или объекту.
* Пятая строка – одно слово-резюме, характеризующее суть предмета или объекта.