

АО « Медицинский университет Астана»
Кафедра ортопедической и детской стоматологии

СРС на тему: обморок, коллапс, аллергические реакции

Подготовили: Аманкулова М., Абу Е., Абу А., Киікбай А. 407 стом.
Проверила: Замураева А.У.

Астана 2016

План:

- 1. Обморок
- 2. Коллапс
- 3. Аллергические реакции

Обморок

- Обморок – это внезапное проявление малокровия головного мозга, которое выражается в потере сознания и расстройстве чувствительности.



Причины обморока

- Эмоциональный стресс;
- Быстрый переход из горизонтального положения в вертикальное;
- Перегревание;
- Сильная боль;
- Пребывание в душном помещении;
- Аллергические реакции;
- Лихорадочные состояния.

Симптомы обморока

- повышенное потоотделение;
- учащенное сердцебиение;
- тошнота;
- “уплывание земли из-под ног” (ощущение, похожее на головокружение);
- бледность кожи;
- нечеткость зрения;
- звон в ушах;
- падение артериального давления.

Лечение обморока

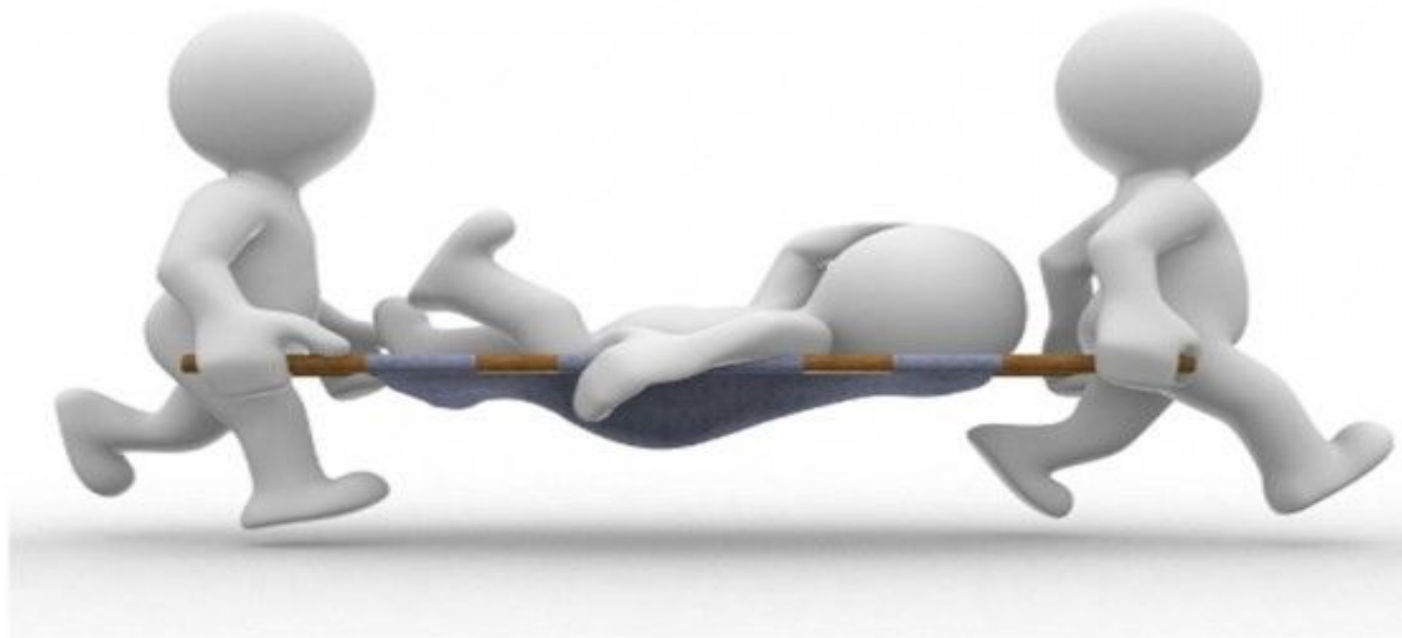
- положить ребенка так, чтобы его голова находилась ниже туловища, приподнять ему ноги (чтобы кровь оттекала к голове);
- обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, освободить шею больного);
- обрызгать лицо больного холодной водой, дать подышать над ваткой, смоченной нашатырным спиртом (резкий раздражающий запах позволяет привести человека в сознание);



Лечение обморока

- При затянувшемся обмороке подкожно или внутримышечно вводят 10% раствор кофеина из расчета 0,1 мл на 1 год жизни, координамин – 0,1 мл на 1 год жизни ребенка.
- Обеспечивают покой, наблюдение.

Коллапс



Коллапс

- Коллапс – это острая сосудистая недостаточность, которая характеризуется падением сосудистого тонуса, а также острым уменьшением объёма циркулирующей крови. При коллапсе происходит уменьшение притока венозной крови к сердцу, снижение сердечного выброса, падение артериального и венозного давления, нарушения перфузии тканей и обмена веществ, наступает гипоксия головного мозга, угнетаются жизненно важные функции организма. Клинически проявляется кратковременной потерей сознания, общей слабостью, признаками острой сосудистой недостаточности с нарушениями гемодинамики практически во всех органах.



Симптомы

- Слабость
- Жажда
- Озноб
- Вялость
- Заторможенность
- Бледность кожных покровов
- Холодный липкий пот
- Низкая температура
- Пульс учащен
- Снижено АД



- Чаще, чем у взрослых, коллапс развивается при токсикозах и инфекционных болезнях, сопровождающихся высокой температурой тела, рвотой, поносом. Снижение АД и нарушение кровотока в головном мозге протекают с более глубокой тканевой гипоксией, сопровождаются потерей сознания и судорогами.

- Поскольку у детей раннего возраста щелочной резерв в тканях ограничен, нарушение окислительных процессов во время коллапса легко приводит к декомпенсированному ацидозу. Недостаточная концентрационная и фильтрационная способность почек и быстрое накопление продуктов метаболизма затрудняют терапию коллапса. и задерживают восстановление нормальных сосудистых реакций.

- **Диагностика коллапса у маленьких детей** затруднена в связи с тем, что невозможно выяснить ощущения больного, а систолическое АД у детей даже в нормальных условиях может не превышать 80 мм рт. ст. Наиболее характерным для коллапсу ребенка можно считать комплекс симптомов: ослабление звучности тонов сердца, снижение пульсовых волн при измерении АД, общая адинамия, слабость, бледность или пятнистость кожного покрова, нарастающая тахикардия.

- Благоприятное действие оказывают свежий воздух, вдыхание паров нашатырного спирта. Лишь при глубоком и стойком коллапсе, со снижением систолического АД ниже 70 мм рт. ст. показано внутримышечное или внутривенное введение сосудистых analeptиков (кофеина, эфедрина, мезатона) в дозах, соответствующих возрасту.

С целью профилактики ортостатического коллапса необходимо разъяснять педагогам и тренерам, что недопустимо длительное неподвижное стояние детей и подростков на линейках, сборах, спортивных построениях.

При коллапсе, вследствие кровопотери и при инфекционных болезнях показаны те же мероприятия, что и у взрослых

- Ортостатический коллапс возникает при быстром переходе из горизонтального положения в вертикальное, а также при длительном стоянии. При этом происходит перераспределение крови с увеличением общего объёма венозного русла и снижением притока к сердцу. В основе этого состояния лежит недостаточность венозного тонуса. Наблюдаться у реконвалесцентов после тяжёлых заболеваний эндокринной и нервной системы, в послеоперационном периоде, при быстром удалении асцитической жидкости или в результате спинномозговой и перидуральной анестезии. Ятрогенный ортостатический коллапс иногда возникает при неправильном использовании нейролептиков, ганглиоблокаторов, адреноблокаторов, симпатолитиков.
- Геморрагический коллапс развивается при массивной кровопотере в результате быстрого уменьшения циркулирующей крови. Коллапс может также наблюдаться при острых заболеваниях внутренних органов (перитонит, острый панкреатит, дуоденит, эрозивный гастрит), при заболеваниях сердца, которые сопровождаются резким и быстрым уменьшением ударного объёма (инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма, острый миокардит или перикардит с накоплением выпота в полости перикарда).

Инфекционный коллапс развивается как осложнение острых инфекционных заболеваний:

- менингоэнцефалита, брюшного и сыпного тифов, острой дизентерии, пневмонии, ботулизма, сибирской язвы, вирусного гепатита, токсического гриппа. Причиной такого осложнения является интоксикация эндо- и экзотоксинами микроорганизмов, преимущественно тех, которые влияют на центральную нервную систему, или рецепторы пре- и посткапилляров.

Гипоксический коллапс может возникнуть в условиях сниженного парциального давления

- кислорода в воздухе. Непосредственной причиной циркуляторных нарушений при этом является недостаточность приспособительных реакций организма к гипоксии. Развитию коллапса в этих условиях может способствовать также гипокапния вследствие гипервентиляции, которая ведёт к расширению капилляров и сосудов, а отсюда к депонированию и снижению объёма циркулирующей крови.

В патогенезе коллапса можно выделить два основных механизма:

- 1. Падение тонуса артериол и вен в результате действия инфекционных, токсических, физических, аллергических и других факторов непосредственно на сосудистую стенку, сосудодвигательный центр и на сосудистые рецепторы (синокаротидной зоны, дуги аорты)
- 2. Быстрое уменьшение массы циркулирующей крови (кровопотеря, плазмопотеря). Уменьшение объёма циркулирующей крови приводит к снижению возврата крови к сердцу по венам большого круга кровообращения и соответственно сердечного выброса.

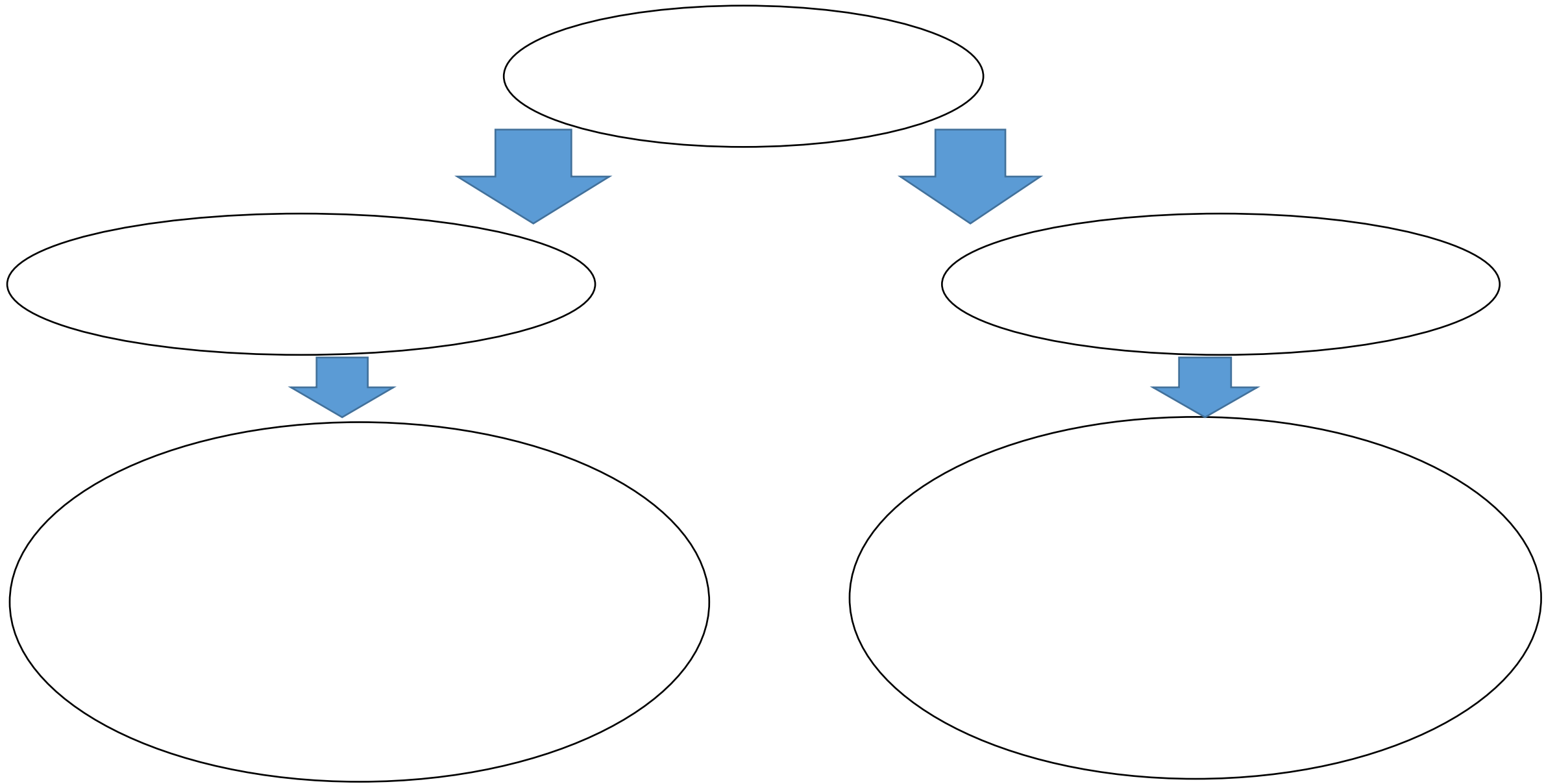
Неотложная ПОМОЩЬ

- 1. Перевести больного в горизонтальное положение - на спине, голова на бок.
- 2. Обеспечить приток свежего воздуха и кислорода.
- 3. Полиглюкин 400 мл. в/в, капельно.
- 4. Мезатон 1 % - 1,0 мл. в/в, капельно в 5 % глюкозе - 200,0 мл. 40-60 капель в минуту.
- 5. Преднизолон 90-120 мг. /2-3 мг. на 1 кг. веса/, или Гидрокортизон 600-800 мг. в/в, или Дексаметазон 16-32 мг. в/в.
- 6. Коргликон 0,06 % - 0,5-1,0 мл. в/в
- 7. Кальция хлорид 10 % - 10,0 мл. в/в, медленно в разведении на 0,89 % растворе натрия хлорида - 10,0 мл.
- 8. Рекомендуется госпитализация в стационар для продления специализированного лечения.

Лекарственная аллергия. Ангионевротический отек. Крапивница.

- ЛЕКАРСТВЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ – это повышенная чувствительность организма к лекарственному препарату, в основе которой лежат иммунологические механизмы.

- Классификация аллергических реакций
- I. В зависимости от инициации:
 - 1. В лимфоцитозависимые (гуморальные)
 - 2. Т лимфоцитозависимые (клеточные)
- II. По скорости развития клинических проявлений:
 - 1. Немедленный тип
 - 2. Поздний тип (отсроченный)
 - 3. Замедленный тип
- III. По механизму развития (Gell и Coombs, 1969г.):
 - 1. I тип – Анафилактический.
 - 2. II тип – Цитотоксический.
 - 3. III тип – Иммунокомплексный.
 - 4. IV тип – Клеточноопосредованный.



Аллергическая реакция I типа (анафилактический реагиновый, реакция немедленного типа, IgE опосредованный, атонический)

Этиология

Аллерген – тимусзависимые свободноциркулирующие экзогенные
АГ – чужеродные сыворотки и сывороточные
препараты, лекарственные вещества, местные анестетики, пыльца
растений, животные и растительные белки.

Патогенез аллергической реакции I типа

1. Первое попадание аллергена:

А) Активация иммунной системы – дифференцировка В-лимфоцитов в плазматические клетки синтез В-лимфоцитами IgE, IgG4;

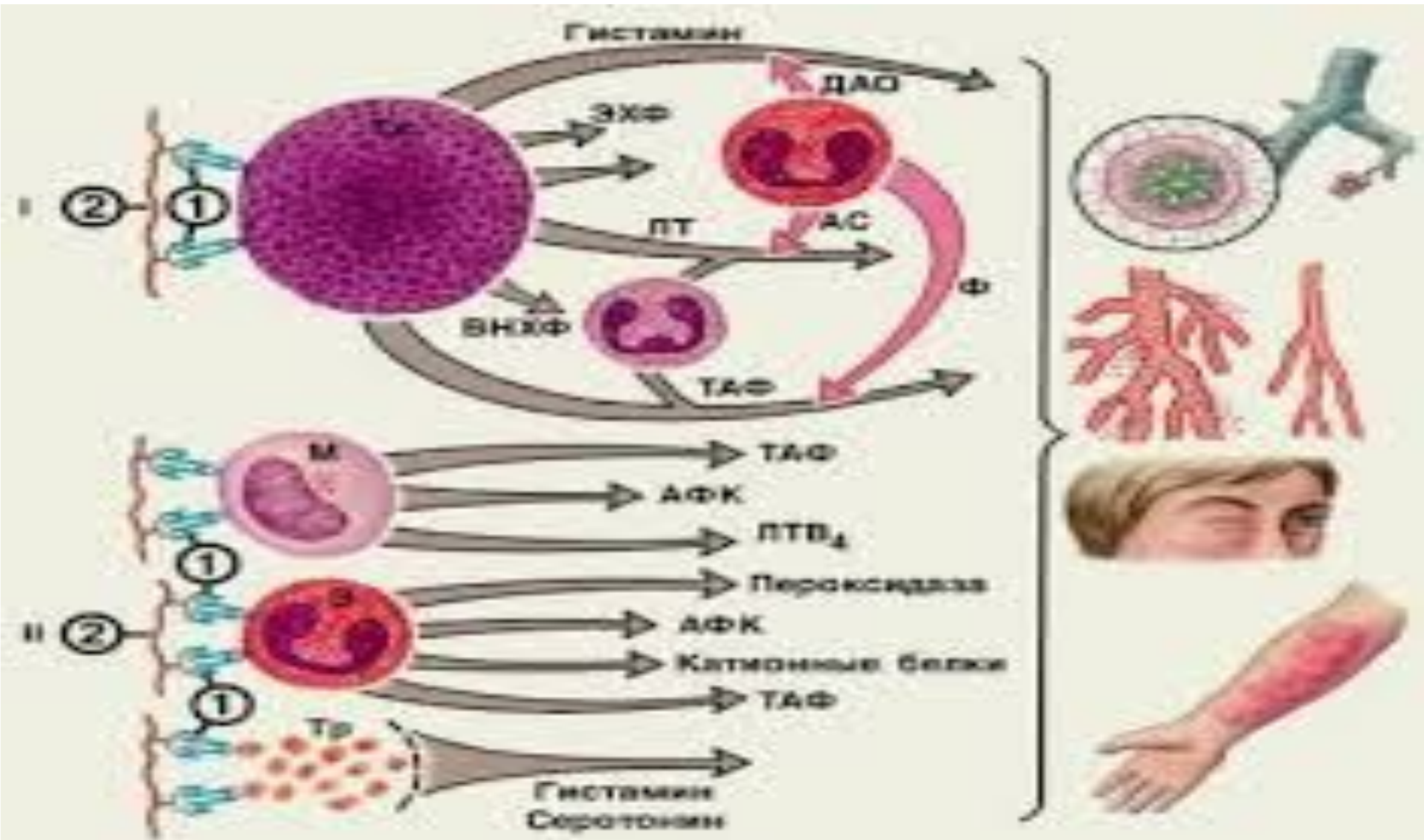
Б) Фиксация IgE, IgG4 на клетках мишенях первого порядка (тучные клетки, базофилы) – сенсibilизация.

2. Повторное попадание (того же аллергена) (активация сенсibilизированных клеток первого порядка):

А) Дегрануляция тучных клеток и либерация первичных медиаторов аллергии:

- биогенных аминов (гистамин, серотонин, аденозин);
- хемотаксических факторов;
- ферментов (способствуют генерации кининов и активации С3а комплемента);
- протеогликанов (гепарин).

Б) Синтез и освобождение вторичных медиаторов аллергии (производные арахидоновой кислоты, цитокины).



Клинические проявления аллергических реакций 1 типа

Местные

- воспаления слизистой оболочки носа (ринит), глаз (конъюнктивит);
- отек лица, шеи, локальные отеки (отек Квинке);



- бронхиальная астма (спазмы мелких бронхов, удушье);
- кожные высыпания и зуд (крапивница), или дерматит (нейродермит).

Системные

- АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

- Крапивница — аллергическая реакция немедленного типа, характеризующаяся быстрым появлением высыпаний на коже и реже на слизистых оболочках.



Клиническая диагностика

У ребенка появляются ощущение жара, кожный зуд, изменения кожи, как «после ожога крапивой». Элементы крапивницы - волдыри и папулы - могут иметь разнообразную форму и величину, нередко с их слиянием и образованием гигантских элементов. Цвет элементов крапивницы от бледно-розового до красного. Высыпания локализуются на любых участках тела и слизистых оболочках, чаще на животе, спине, груди, бедрах. Могут быть общие симптомы: лихорадка, возбуждение, артралгии, коллапс.



- **Неотложная помощь:**

- -Немедленно прекратить поступление аллергена.
- -Назначить препараты внутрь (кларитин, кестин, зиртек, телфаст) или в/м
- -При распространенной или гигантской крапивнице с лихорадкой ввести 3% раствор преднизолона 1-2 мг/кг в/м или в/в.
- -Провести энтеросорбцию активированным углем в дозе 1 г/кг в сут.
- Госпитализация в соматическое отделение показана при отсутствии эффекта от проводимой терапии. Также подлежат госпитализации больные, которым на догоспитальном этапе в связи с тяжестью состояния вводился преднизолон

- **Отек Квинке**

Отек Квинке—аллергическая реакция немедленного типа, проявляющаяся ангионевротическим отеком с распространением на кожу, подкожную клетчатку, слизистые оболочки.



- **Клиническая диагностика**

- Характерно внезапное появление ограниченного отека в местах с рыхлой подкожной клетчаткой, чаще в области губ, ушных раковин, шеи, кистей, стоп. Отек нередко может достигать значительных размеров и деформировать участок поражения. Непосредственная опасность этой реакции заключается в частом развитии механической асфиксии из-за отека верхних дыхательных путей. При отеке гортани у ребенка отмечается лающий кашель, осиплость голоса, затруднение вдоха и, возможно, выдоха за счет присоединяющегося бронхоспазма. Если отекает язык, затрудняется речь, нарушаются процессы жевания и глотания



Неотложная помощь

- Прекратить манипуляции, обеспечить удобный доступ к ребенку;
- успокоить ребенка и родителей;
- администратору вызвать бригаду СМП;
- Немедленно прекратить поступление аллергена.

Ввести антигистаминные препараты в/м или в/в:

- 2,5% раствор пипольфена 0,1-0,15 мл/год жизни или
- 2% раствор супрастина 0,1-0,15 мл/год жизни.

Ввести 3% раствор преднизолона в дозе 1-2 мг/кг в/м или в/в.

По показаниям при нарастающем отеке гортани с обтурационной дыхательной недостаточностью проведение интубации или трахеостомии.

Госпитализация в соматическое отделение.