

Карагандинский Государственный медицинский университет
Кафедра скорой и неотложной медицинской помощи №1

Крапивница



Выполнила: Терменюк А.В.
5073 ОМФ

Караганда 2017

Крапивница



- – кожное заболевание, которое характеризуется появлением на коже (реже на слизистых оболочках) ограниченных эритематозных или белых зудящих уртикарных высыпаний (волдырей) различного размера и формы, не оставляющих после своего исчезновения следов, сопровождающихся зудом. Крапивница может сопровождаться ангионевротическим отеком



Клиническая классификация крапивницы

По клинико-патогенетическим вариантам:

- аллергический вариант;
- псевдоаллергический вариант.

По течению:

- острая (до 6 недель);
- хроническая.

По возрасту:

- детская;
- крапивница взрослых

По предрасположенности:

- наследственная;
- приобретенная.

По этиологическому фактору:

- физическая
- идиопатическая;
- другие виды крапивницы.

Физическая крапивница

- демографическая крапивница, симптомы которой проявляются после возникновения на коже незначительных царапин;
- крапивница замедленная, симптомы которой проявляются в результате сдавливания кожи (волдыри образуются через несколько часов после подобного воздействия, оно может заключаться, например, в длительном сидении, стоянии, ношении рюкзака и пр.);
- холодовая крапивница, симптомы которой проявляются на фоне таких воздействующих факторов со стороны внешней среды, как холодный ветер, вода или воздух;
- тепловая крапивница, симптомы которой возникают на фоне локального теплового воздействия;
- солнечная крапивница, симптомы которой проявляются на фоне воздействия УФ-излучения или/и видимого света;
- вибрационная крапивница, симптомы которой возникают в результате предшествующего вибрационного воздействия (что, например, актуально при работе с использованием



Солнечная крапивница



DomMedika.com —
ординаторская врача



Жалобы:

- • внезапное появление высыпаний в виде отечных ярко-красного цвета волдырей, возвышающихся над уровнем кожи, сливающихся в крупные бляшки неправильной формы, часть элементов остается ограниченной (при острой крапивнице);
- • волдыри (иногда через несколько минут), исчезающие бесследно;
- • папулы (при хронической крапивнице);
- • внезапное появление ограниченного отека кожи и подкожно-жировой клетчатки (отек Квинке);
- • внезапное появление зуда, жжения, озноба или чувства жара, удушья;
- • нарушение общего состояния: лихорадка (крапивная лихорадка);
- • охриплость голоса, одышка.

В Анамнезе:



- • наличие ранее перенесенных отека Квинке, эпизодов крапивницы;
- • непереносимость (аллергические реакции в различных вариантах проявлений) продуктов бытовой химии, лекарственных препаратов, пищевых продуктов растительного и животного происхождения, косметических средств.

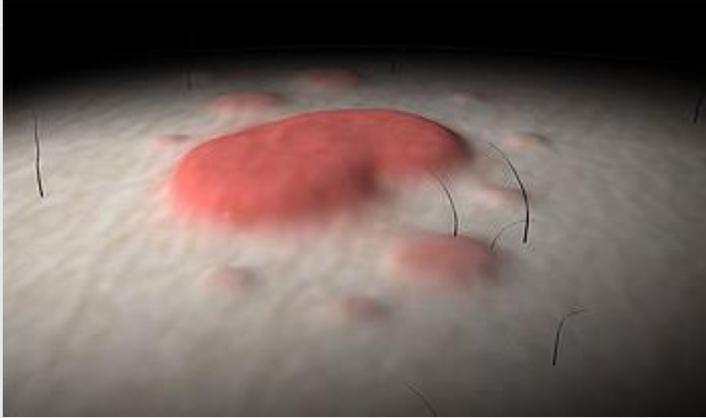
Объективно:

- Эфемерные экссудативные бесполосные элементы/волдыри:
- отечные, плотные, ярко-розового цвета;
 - приподнимающиеся над уровнем кожи;
 - различных размеров (диаметром от 0,5 до 10-15 см);
 - различных очертаний (округлых, крупнофестончатых и др.);
 - нередко с зоной побледнения в центре.

Ограниченный отек кожи (гигантская крапивница, острый ограниченный отек Квинке):

- слизистых оболочек (язык, гортань, конъюнктивы глаз, носоглотка), лица (губы, щеки, веки и др.) и/или половых органов;
- кожа и слизистые становятся плотноэластической консистенции, белого, реже розового цвета.

Отсутствие субъективных ощущений





Критерии	Крапивница	Уртикарный васкулит	Токсикодермии	Герпетиформный дерматит Дюринга
Характеристика сыпи	волдыри, отечные, плотные, ярко-розового цвета, приподнимающиеся над уровнем кожи, различных размеров (диаметром от 0,5 до 10-15 см) и очертаний (округлых, крупнофестончатых и др.), нередко с зоной побледнения в центре	Волдыри различной величины, на различных участках кожных покровов.	Полиморфные чаще симметричные элементы сыпи с преобладанием эритематозно-сквамозных, везикулезных и буллезных элементов на коже и слизистых оболочках.	Полиморфные элементы волдырей, выявляются пузыри и пузырьки
Течение процесса	волдыри исчезают (иногда через несколько минут) бесследно; папулы (при хронической крапивнице), могут сохраняться более суток	сыпь обычно сохраняется более 1-3 суток и более	сыпь сохраняется и склонная к генерализации процесса при отсутствии лечения.	процесс усугубляется без лечения с появлением новых элементов на других участках тела
Интенсивность зуда	выраженный зуд, жжение	Больные чаще жалуются на боль, чем на зуд	выраженный	выраженный
Общее состояние больных	нарушение общего состояния: озноб, артралгии, удушье; охриплость голоса, одышка, лихорадка (крапивная лихорадка).	нарушение общего состояния: артралгии, боли в животе, повышение температуры тела.	нарушение общего состояния: артралгии, повышение температуры тела, диспепсические нарушения	нарушение общего состояния: артралгии, повышение температуры тела
Лабораторные	Эозинофилия ;	СОЭ повышена, изменение соотношения	СОЭ повышена от 15 до 40 мм/ч, в	Эозинофилия в крови и в пузырьной жидкости до 10-30%, а

Лечение

- Гипоаллергенная диета: Стол № 7 (исключение облигатных пищевых аллергенов, экстрактивных веществ, алкоголя и т.д.).
- Обеспечение проведения элиминационных мероприятий: влажная уборка помещений, с целью исключения контакта с различными аллергенами.

Медикаментозное лечение

Антигистаминные H1 блокаторы 2-го поколения Для обеспечения выраженного противоаллергического, противозудного, противовоспалительного и антиэкссудативного действий:

- Лоратадин (уровень доказательности – В) перорально 1 раз в сутки, №10-14: взрослым и детям старше 12 лет по 1 табл. (10 мг) или 2 чайные ложки сиропа; детям в возрасте от 2 до 12 лет по 1/2 таблетки или 1 чайную ложку сиропа.
- Цетиризин (уровень доказательности – С) внутрь перорально 1 раз в сутки, № 10- 14: взрослым и детям старше 12 лет по 1 табл. (10 мг) или 20 кап; детям старше 6 до 12 лет по 1 табл. (10 мг) или 20 капель (из расчета 0,25 мг/кг массы тела); детям от 2-х до 6 лет по 5 мг (1/2 табл. или 10 кап); детям от 1 до 2 лет по 2,5 мг (5 кап).
- Левоцетиризин (уровень доказательности – А) внутрь перорально 1 раз в день, № 7-10 дней: взрослые и дети старше 6



- Клемастин (уровень доказательности – D) (первого поколения) перорально 1 - 2 раза в сутки, № 7-10 дней: детям от 1 года до 3 лет по 2,0-2,5 мл сиропа 2 раза в день; от 3-6 лет – по 5,0 мл (0,5 мг) 2 раза в день; старше 7 лет по 5,0-10,0 мл (0,5-1,0 мг) 2 раза в день. Взрослым по 1 мг внутрь. Внутримышечно по 2 мл 1 раз в день.
- • Хлоропирамин (уровень доказательности – D) (первого поколения) перорально 1-2 раза в сутки или внутримышечно по 1 мл, № 10-14: взрослым по 25 мг; детям от 1 до 12 месяцев - 5 мг (0,25 мл) (в растертом до порошка виде вместе с детским питанием).; детям от 1 до 6 лет - 10 мг (0,5 мл) или по 1/4 таблетки (8,3 мг) 3 раза в день или по 1/2 таблетки 2 раза в день; детям от 6 до 14 лет - 10-20 мг (0,5-1 мл) или по 1/2 таблетки (12,5 мг) 2-3 раза в день.

□ Глюкокортикоиды.

При тяжелом течении процесса, доза и кратность определяются индивидуально:

- • Бетаметазон (уровень доказательности – D) внутримышечно суспензия для инъекций глубоко в мышцу ягодицы 1 раз в 7-10 дней: взрослым (4-8 мг) 1-2 мл; детям: от 1 года до 5 лет – начальная доза 2 мг; детям от 6 до 12 лет 4 мг. 8
- • Гидрокортизон (уровень доказательности – D) внутривенно струйно каждые 2-6 часов, в зависимости от тяжести не более 48-72 часов: взрослым 100 мг; детям не менее 25 мг/кг/сут.
- • Дексаметазон (уровень доказательности – D) внутривенно 3-4 раза в сутки или внутрь перорально после еды, разделив суточную дозу 2-3 приема, № 5 дней: взрослым: от 4 до до 20 мг или в табл. по 10-15 мг/сут; детям: 0,02776 до 0,16665 мг/кг/сут (в зависимости от возраста) назначают 2,5 – 10 мг/м² площади поверхности тела/сут.
- • Преднизолон (уровень доказательности – C) внутрь перорально, после еды, разделив суточную дозу 2-3 приема, № 5 дней: взрослым 40-60 мг в день; детям 1 мг/кг/день.
- • Метилпреднизолон (уровень доказательности – C) внутрь перорально, после еды, разделив суточную дозу на 2-4 приема, № 5 дней: взрослым – от 4 до 48 мг; детям – 0,42-1,67 мг/кг или 12,5-50 мг/м² /сут.

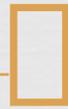
Гипертермия



- - это значительное повышение температуры тела под влиянием внешних тепловых факторов, приводящее к расширению сосудов, гипервентиляции вследствие тахипноэ, усиленному потоотделению.
- В результате развивается дегидратация по гипертоническому типу со снижением ОЦК за счет плазменного объема, снижение сердечного выброса, периферического сосудистого тонуса и артериального давления, церебральная гипоксия с судорогами.

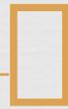


ЭТИОЛОГИЯ



- Длительное нахождение в помещениях с высокой температурой и повышенной влажностью, особенно при выполнении тяжелой и продолжительной физической работы.
- Тепловой удар вследствие нарушения теплоотдачи наиболее часто наблюдается у детей грудного возраста в результате чрезмерного укутывания или у военнослужащих, длительное время находящихся в костюмах химической защиты.

Типы гипертермии



1. Эндогенная или токсическая гипертермия;
2. Экзогенная или физическая гипертермия;
3. Бледная гипертермия. Данный тип гипертермии возникает в результате значительного раздражения симпатoadреналовых структур, что и вызывает резкий спазм кровеносных сосудов.

Бледный тип гипертермии

- Бледная гипертермия или гипертермический синдром возникает в результате патологической деятельности центра терморегуляции. Причинами развития могут стать некоторые инфекционные заболевания, а также введение лекарственных препаратов, оказывающих возбуждающее действие на симпатическую часть нервной системы или обладающих адренэргическим действием. Помимо этого, причинами возникновения бледной гипертермии общий наркоз с использованием миорелаксантов, черепно-мозговые травмы, инсульт, опухоли мозга, то есть все те состояния, при которых возможно нарушение функций гипоталамического центра регуляции температуры.
- Патогенез бледной гипертермии заключается в резком спазме капилляров кожи, что и приводит к значительному уменьшению теплоотдачи и, как следствие, повышает температуру тела.
- При бледной гипертермии температура тела быстро достигает

Клиника

- ~~сильные головные боли~~ □
- возбуждение
- Тошнота
- Рвота
- Судороги
- Потеря сознания вплоть до комы
- Температура тела до 40 С и выше
- Кожный покров сначала влажный, в дальнейшем сухой, гиперемированный
- Дыхание частое, поверхностное
- Тоны сердца глухие, пульс учащен, АД снижено



Признаки отличия гипертермии от лихорадки:

1. Вызываются разными этиологическими факторами.
2. При лихорадке больные жалуются на озноб. При этом на каждый градус повышения температуры частота пульса у них увеличивается на 8 – 10 ударов, а частота дыхания на две-три экскурсии грудной клетки. При гипертермии пациенты отмечают чувство жара, значительное потоотделение. Частота пульса и дыхательных движений возрастает значительно.
3. Физические методы охлаждения тела при лихорадке не влияют на температуру, в то время как при гипертермии приводят к ее понижению.
4. При гипертермии жаропонижающие препараты не эффективны. При лихорадке они быстро нормализуют

Неотложная помощь:

□ 1) прекращение воздействия высокой температуры (больного срочно вносят в прохладное место, обеспечивают доступ свежего воздуха, освобождают от одежды, дают выпить холодной воды, накладывают холодный компресс на голову)

2) анальгин 50% - 2 мл в/м

пирабутол 5% - 5 мл в/м

дроперидол 0,25 % - 0,5 мл в/м

3) При судорогах: диазепам 0,2 мк/кг в/в, натрий оксипутират 60-80 мк/кг в/в

4) Инфузионная терапия: глюкоза 5% - 200 в/в, реополиглюкин

Нет эффекта: норадреналин 0,2 % в/в капельно или мезатон 1% - 1 мл в/в капельно с 5% глюкозой