

**«Аномалии конституции.
Алгоритм действия при оказании
неотложной помощи ребенку с
диагнозом анафилактический шок»**

Аномалии конституции (диатезы) -

- состояния, при которых организм ребенка отвечает на обычные раздражители неадекватными реакциями, предрасполагающими к развитию патологических состояний и заболеваний.

Аномалии конституции (диатезы) :



• экссудативно-катаральный



• лимфатико-гипопластический



• нервно-артритический

ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНЫЙ ДИАТЕЗ -

- состояние реактивности ребенка раннего возраста, при котором имеется склонность к рецидивирующим поражениям кожи и слизистых оболочек, развитию аллергических реакций, затяжному течению воспалительных процессов, гиперплазии лимфоидной ткани, неустойчивости водно-солевого обмена.

Предрасполагающие факторы

- неблагоприятные условия внутриутробного развития: нерациональное питание матери, неадекватная медикаментозная терапия во время беременности
- пищевые аллергены: коровье молоко, шоколад, клубника, земляника, цитрусовые, белок куриного яйца, речная рыба

Проявления ЭКД наиболее выражены на 1-2-м году жизни и встречаются у 50-60 % детей.

Клиническая картина

У детей грудного возраста ЭКД
проявляется в виде:

- **гнейса** (буроватые жирные чешуйки на бровях и волосистой части головы)
- **стойких опрелостей**
- **молочного струпа** (покраснение щек с шелушением)
- **мокнущей экземы** (высыпания с мокнутием)
- **сухой экземы** (шелушение кожи без мокнутия)



Клиническая картина

У детей старше года поражения кожи проявляются в виде:

- **строфулюса** (мелкая узелковая сыпь с серозным содержимым)
- **почесухи** (мелкие, плотные, зудящие узелки, расположенные чаще на конечностях на фоне повышенной сухости кожи и шелушения)





Клиническая картина

Изменения со стороны слизистых оболочек:

- **воспалительные заболевания глаз и верхних дыхательных путей** (конъюнктивиты, блефариты, упорные риниты, фарингиты, ларингиты, бронхиты);
- **инфекции мочеполовых путей** (циститы, пиелонефриты, вульвовагиниты у девочек и баланиты у мальчиков);
- **периодически неустойчивый стул** (чередование запора и поноса);

Гиперплазия лимфоидной ткани - увеличиваются периферические лимфатические узлы, миндалины, реже печень и селезенка.

Диагностика

1. Общий анализ крови (количество эозинофилов)
2. Кровь на общий и специфический Yg E
3. Кал на дисбактериоз
4. Кровь на антитела к паразитам



Лечение

- ❑ правильная организация режима дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе
- ❑ рациональное вскармливание ребенка (исключаются облигатные аллергены. Детям с избыточным весом ограничивается пища, богатая углеводами)
- ❑ ведение пищевого дневника, в котором отмечается реакция на введение в рацион нового продукта питания (изменение цвета кожи, появление сыпи, зуд и беспокойство ребенка) - для установления индивидуальной непереносимости к пище
- ❑ специфическая гипосенсибилизация - подкожное введение антигена в возрастающих дозах
- ❑ медикаментозная терапия:
 - антигистаминные средства (фенкарол, супрастин)
 - ферменты (мезим, фестал, панкреатин)
 - энтеросорбенты (полифепан, карболен)
 - эубиотики (бифидумбактерин)

Местное лечение кожи:

12

- **ежедневные ванны**. Противозудное действие - корень девясила, лист мяты перечной, шишки хмеля, цветки календулы. При сухости кожи - корень девясила, пшеничные отруби, цветки ромашки. Подсушивающее действие - трава череды, дубовая кора.

- при себорее **смазывание корок** подсолнечным маслом до купания и их удаление.

- в острой фазе кожного процесса - **охлажденные примочки** с 1-2% раствором резорцина, 0,1% раствором риванола, 0,25% раствором нитрата серебра, отваром ромашки, коры дуба; болтушки, содержащие тальк, цинк, глицерин.

- при выраженных кожных проявлениях - **мази со стероидными гормонами** ("Адвантан") на короткий срок.

- сухую кожу с трещинами обрабатывают **витамином А**, облепиховым, шиповниковым и прокипяченным растительным маслами.

Чтобы предохранить кожу от расчесов, ребенку надевают матерчатые варежки или детям необходимо коротко подстригать ногти, часто мыть руки, следить за чистотой нательного и постельного белья.

ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ -

- аномалия конституции, характеризующаяся генерализованным увеличением лимфатических узлов и вилочковой железы, иммунологической недостаточностью, дисфункцией эндокринных органов, сниженной адаптацией к воздействиям окружающей среды, склонностью к аллергическим реакциям.



Предрасполагающие факторы

- ▣ наследственная отягощенность (ожирение, инфекционно-аллергические заболевания, хроническая патология органов дыхания)
- ▣ отягощенная беременность и роды
- ▣ длительные инфекционные заболевания у детей
- ▣ нерациональное вскармливание ребенка с избытком углеводов и жиров



Проявление диатеза чаще наблюдаются в возрасте от 2 до 7 лет.

Клиническая картина

- ❑ дети с избыточной массой тела
- ❑ кожа бледная, с мраморным рисунком
- ❑ мускулатура развита слабо, тургор снижен
- ❑ дети вялые, малоподвижные, быстро устают, с трудом выдерживают обычные физические и психические нагрузки
- ❑ генерализованная гиперплазия лимфоидной ткани (увеличиваются все группы лимфоузлов, резко выражены аденоиды и миндалины, увеличены печень и селезенка, вилочковая железа)
- ❑ предрасположенность к длительным воспалительным заболеваниям слизистых оболочек: ринофарингитам, конъюнктивитам, трахеобронхитам
- ❑ возможны случаи внезапной смерти, связанные с недостаточной функцией надпочечников

Лечение

- правильная организация питания (избегать перекорма, ограничивать жиры, легкоусвояемые углеводы)
- строгое выполнение охранительного режима
- проведение общеукрепляющих мероприятий, закаливающих процедур
- лекарственная терапия:
 - препараты кальция (пантотенат кальция, глицерофосфат кальция),
 - адаптогены (глицерам, этимизол, дибазол, экстракт элеутерококка, настойка женьшеня)
 - периодически эубиотики (бифидумбактерин, лактобактерин)

НЕРВНО-АРТРИТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ

- аномалия конституции, характеризующаяся нарушением пуринового обмена, повышенной возбудимостью ЦНС, изменениями функций некоторых внутренних органов.



Предрасполагающие факторы

- наследственная предрасположенность к болезням обмена пуринов (моче- и желчнокаменная болезнь, подагра)
- отягощенная беременность и роды
- избыток в пищевом рационе матери продуктов с высоким содержанием пуринов
- нерациональное вскармливание ребенка (употребление большого количества мясных продуктов)
- бесконтрольный прием медикаментов (салицилатов, сульфаниламидов, диуретиков)
- стрессовые ситуации, грубые нарушения режима дня

Развивается преимущественно у детей дошкольного и младшего школьного возрастов.

Патогенез.

повышение в крови уровня мочевой кислоты



нарушаются жировой и углеводный обмены

возникает склонность к кетоацидозу



мочевая кислота, ее соли и ацидоз раздражают ЦНС

вызывая повышенную возбудимость ребенка

Клиническая картина

У детей первого года жизни отмечаются

- повышенная нервная возбудимость
- беспокойный сон
- сниженный аппетит
- неравномерность нарастания массы тела
- неустойчивый стул
- более раннее психическое и эмоциональное развитие (дети быстро овладевают речью, рано начинают читать)

Клиническая картина

У детей более старшего возраста:

- эмоциональная лабильность
- склонность к упорной анорексии, привычной рвоте
- гиперкинезы
- энурез
- беспричинные подъемы температуры
- головные боли по типу мигрени, кардиалгии, бронхоспазмы, почечные, печеночные и кишечные колики
- суставные боли
- дизурические расстройства, выделение с мочой большого количества солей

Ацетонемический криз

Провоцирующие факторы:

- острые заболевания
- эмоциональное напряжение
- злоупотребление мясной и жирной пищей.

Криз возникает внезапно или после периода предвестников (возбуждение, головная боль, тошнота, отказ от груди)

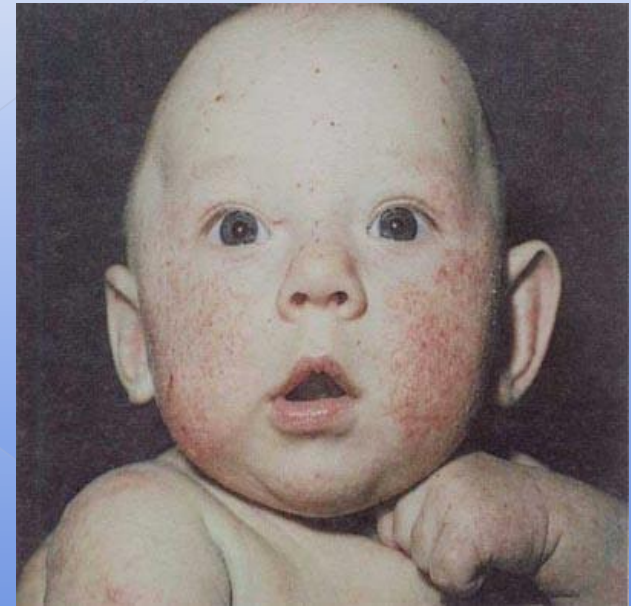
Проявляется :

- неукротимой рвотой
- схваткообразными болями в животе
- запахом ацетона в выдыхаемом воздухе (в моче в момент приступа появляются кетоновые тела)

Длительность криза составляет от нескольких часов до 1-2 суток. В большинстве случаев рвота прекращается так же внезапно, как и началась.

НЕРВНО-АРТРИТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ предрасполагает к развитию:

- ожирения
- сахарного диабета
- бронхиальной астмы
- гипертонической болезни
- обменных артритов
- желчно- и мочекаменной болезни



Лечение

- правильный режим дня и рациональное питание
- строгое выполнение охранительного режима
- общеукрепляющие мероприятия, закаливающие процедуры
- оградить ребенка от дополнительных психических нагрузок (одновременных посещений нескольких кружков, длительных просмотров телевизионных передач)
- соблюдение диеты:
 - ограничить мясо, птицу, рыбу, щавель, редис, помидоры
 - исключить продукты, богатые пуринами: шоколад, какао, кофе, печень, почки, бобовые
 - достаточно молочных продуктов, овощей и фруктов
- щелочные минеральные воды

Помощь при ацетонемическом кризе

- ✓ При появлении предвестников - каждые 10-15 мин питье в виде раствора глюкозы, сладкого чая, соков, 1 % раствора соды
- ✓ Ребенок с приступом ацетонемической рвоты должен быть госпитализирован
- ✓ С целью регидратации и нейтрализации ацидоза в/в вводят 5-10% растворы глюкозы, 0,9% раствор натрия хлорида, 4% раствор натрия гидрокарбоната, кокарбоксилазу, аскорбиновую кислоту
- ✓ Для устранения повышенной возбудимости нервной системы - седативные препараты (настойку корня валерианы)

Алгоритм действия при оказании неотложной помощи у ребенка с диагнозом анафилактический шок



Проблемная ситуация

Вы фельдшер бригады скорой помощи. Вызов в санаторий «Юность» к ребенку 3 лет.

Вовремя в/в введения растворов глюкозы и аскорбиновой кислоты, ребенок пожаловался на головную боль, головокружение, тошноту, слабость, потливость. Процедурная м/с прекратила введения лекарственного препарата, уложила ребенка на спину, измерила АД и вызвала бригаду скорой помощи.



Данные осмотра ребенка фельдшером: общее состояние ребенка тяжелое, в сознание, на осмотр неадекватен, плачет. Кожные покровы бледные, влажные, конечности холодные. На щеках и за ушными раковинами гиперемия и шелушение. Отмечается тошнота и позывы на рвоту. Менингеальные знаки отсутствуют. АД на обеих руках 70/50 мм. рт. ст. Пульс слабого наполнения и напряжения 80 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Со слов матери, на 1 году жизни лечился по поводу экссудативно-катарального диатеза, с 2 лет стоит на диспансерном учете с диагнозом атопический дерматит. Ребенок не переносит лекарственные препараты (Аугментин, Бисептол), пищевые продукты (апельсины, шоколад). Мать страдает бронхиальной астмой, у отца поллиноз.



Диагноз: Анафилактический шок. Атопический дерматит, стадия неполной ремиссии.

Ставится на основании:

1. Жалоб на головную боль, головокружение, тошноту, слабость, потливость.

2. Анамнеза болезни: данные симптомы появились вовремя в/в введения растворов глюкозы и аскорбиновой кислоты.

3. Анамнез жизни: ребенок перенёс экссудативно-катаральный диатез, в настоящее время страдает атопическим дерматитом. Отягощён семейный анамнез по аллергическим заболеваниям (у матери бронхиальная астма, у отца поллиноз).

4.Общего осмотра: наличие симптомов шока - общее состояние тяжелое, в сознание, кожные покровы бледные, влажные, холодные, тошнота и позывы на рвоту, отсутствие менингеальных знаков, снижение АД на обеих руках (70/50 мм. рт. ст.), пульс слабого наполнения и напряжения, брадикардия (80уд. в мин), глухость сердечных тонов. Симптомы атопического дерматита (гиперемия и шелушение на щеках и за ушными раковинами).

Тактика фельдшера:

1. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке
2. Госпитализация ребенка в стационар

Алгоритм оказания неотложной

ПОМОЩИ:

1. Прекратить введение аллергена	1. Анафилактический шок – аллергическая реакция немедленного типа
2. Успокоить больного ребенка	2. Оказание психологической помощи пациенту
3. Уложить больного: а) на спину на ровную твердую поверхность; б) с приподнятым ножным концом; в) голову повернуть на бок	3. Может произойти остановка дыхания, сердца, которые требуют выполнения реанимационных мероприятий. При шоке происходит падение АД, бронхоспазм, в результате чего развивается гипоксия. Наиболее чувствительна к недостатку кислорода ткань головного мозга, следовательно, мозг должен быть максимально кровоснабжен. Возможны появление рвоты и аспирация рвотных масс
4. Положить холод на место введения аллергена или укуса, если позволяет локализация, наложить жгут выше места его введения. Провести обкалывание (крестообразно) места введения аллергена 0,1% раствором адреналина 0,5 мл с 10 мл физиологического раствора.	4. Уменьшение поступления попавшего в организм аллергена в кровь
5. Расстегнуть стесняющую одежду	5. Обеспечение экскурсии легких

6. Обеспечить доступ свежего воздуха	6. Развивается кислородная недостаточность
7. Провести кислородотерапию (через назальный катетер)	7. Ликвидация гипоксии (при развитии диспноэ, сухих хрипов и цианоза)
<p>8. Внутривенно или п/к (при невозможности попасть в вену) ввести препараты: 0,1% раствор адреналина 0,3 мл (0,1 мл/год); 0,9% раствор натрия хлорида в/в струйно, медленно 20 мл; 3% раствор преднизолона – 30 мг (1мл); 1 раствор димедрола; 2% раствор супрастина или тавегила 0,3 мл (0,1 мл/год).</p> <p>При сохраняющейся артериальной гипотензии, после восстановления ОЦК 4% (200 мг) раствор допамина в/в капельно с 5% раствором глюкозы или 0,9% раствором натрия хлорида со скоростью 2-11 капель в минуту. При стойкой брадикардии 0,1% раствор атропина п/к.</p>	<p>8. Адреналин повышает АД вследствие сосудосуживающего эффекта. При необходимости повторные инъекции делают каждые 5-20 минут, контролируя АД.</p> <p>Для восстановления ОЦК Преднизолон – «препарат отчаяния», обладает мощным противоаллергическим действием, повышает АД. Антигистаминные препараты. Увеличение коронарного кровотока, повышение систолического АД. Увеличивает сердечные сокращения, вследствие уменьшения тормозящего действия на сердце блуждающего нерва.</p>
9. Госпитализация ребенка в стационар.	34