

## РАЗДЕЛ 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

### 2.1. Лекарственная аллергия как междисциплинарная проблема

*Федорович С.В., Жарин В.А., Завальнюк В.М., Цыганков В.Г.,  
Сычик С.И., Арсентьева Н.Л., Бондарук А.М., Шевчук Л.М., Соколов С.М.*

Республиканское научное общество аллергологов и иммунологов  
с секцией детской аллергологии

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр  
гигиены» Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный  
военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил  
Республики Беларусь»

Конференция. «Инновации в медицине». Вопросы клиники, диагностики, ле-  
чения и профилактики аллергических, дерматологических, педиатрических и  
терапевтических заболеваний». 31 октября - 1 ноября 2013 г., г. Пинск

Частота и распространенность.

Лекарственная аллергия – это повышенная специфическая иммунная ре-  
акция на лекарственные препараты, сопровождающаяся общими и местными  
клиническими проявлениями.

Распространённость лекарственной аллергии, по данным различных ис-  
следований в нашей стране и за рубежом, колеблется от 1 до 30%.

Первое сообщение о лекарственной аллергии – сывороточной болезни  
при введении лошадиной сыворотки – появилось почти 100 лет назад. Ряд ав-  
торов отмечает, что осложнения медикаментозного лечения возникают в 15-  
30% случаев у пациентов, находящихся в стационаре.

Осложнения фармакотерапии отмечается у 6-15% или даже 18-30% боль-  
ных, находящихся в стационаре Республики Беларусь, а в США – у 15-30%.

В общетерапевтической клинике частота лекарственной аллергии варьиру-  
ет от 1 до 5%, в зависимости от особенностей лечения и контингента больных.

При высокой частоте лекарственных осложнений (до 30% от числа гос-  
питализированных больных), доля собственно лекарственной аллергии состав-  
ляет в среднем 10%.

Так, в Беларуси на официальном учете состоит почти 61 тысяча взрослых с  
астмой, 2284 – с ринитом. Страдающих от поллиноза всего полторы тысячи. Это  
официальные данные, неофициальные – в 2-3 раза выше. По прогнозам ученых к  
2015 году той или иной формой аллергии будет страдать половина населения зем-  
ного шара. Ежегодно ряды аллергиков пополняются на 5000 человек.

В течение последних 10 лет в Америке зарегистрировано 15 млн. случаев  
медикаментозно-обусловленных заболеваний, из них 2/3 аллергические. Смерт-  
ность от лекарственной аллергии в США составляет 30%, в Австралии – 12%.

К концу 80-х годов номенклатура используемых медикаментов в США составляла 26 000 наименований, в ФРГ – 5 000, в Англии – 55 000, в ГДР – 4 000, во Франции и Греции – 25 000, в Испании – 15 000, в Швейцарии – 10 000, в Австрии – 8 000, Польше – 6 000, в СССР – 5 000, в Финляндии – 4 400, Нидерландах – 4 000, Швеции – 3 740, Дании – 2 400, Болгарии и Норвегии – 2 000, Чехословакии – 1 400, Румынии – 900, Венгрии – 1 150.

Комитеты по контролю за побочным действием лекарственных препаратов, созданных в России, США, Франции, Англии и других странах, ежегодно регистрируют от 5 до 100 тысяч аллергических реакций на медикаменты, среди которых свыше 1% закончились летально. В последние годы отмечается увеличение количества больных с клиническими проявлениями лекарственной аллергии, которая нередко приводит к смене профессии, длительной потере трудоспособности, а иногда к летальному исходу.

Таблица 1 – Лекарства часто вызывающие аллергические и псевдоаллергические реакции

Лекарственные средства	Распространенность, (%)
Пенициллин и другие в-лактамы антибиотики	6-29
Не β-лактамы антибиотики	34
Ацетаминофен	2-7
Антиконвульсанты	7
Аспирин/НПВП	15-21
Витамины группы В	4-5
Эритромицин	1
Инсулин	2
Рентгеноконтрастные вещества	3
Нейролептики	6
Сульфониламидные препараты	3-14

Таблица 2 – Факторы риска реакций на лекарства

Возраст	Чаще в среднем и молодом возрасте
Пол	Чаще у женщин
Генетические особенности	Атопия предполагает к развитию более тяжелой реакции
Сопутствующие болезни	Инфекции: ВИЧ, герпесвирусная (Эпштейн-Барр, цитомегаловирусная и др.), муковисцидоз
Анамнез	Реакции на лекарственные средства (ЛС) и/или положительные результаты кожного тестирования с ним
Группа ЛС	Часто вызывают реакции в-лактамы антибиотики, рентгеноконтрастные вещества, НПВП, миорелаксанты
Доза	При частом или длительном использовании
Путь поступления	Чаще при местном применении

Патогенез лекарственной аллергии.

Аллергические реакции на лекарственные препараты могут быть немедленного и замедленного типов, т.е. они могут протекать с преимущественным участием гуморальных или клеточных механизмов аллергии.

Типы аллергических реакций типа:

Тип I – Реагиновый (анафилактические, атопические реакции).

Тип II – Цитотоксический вариант.

Тип III – Иммунокомплексная патология.

Тип IV – Клеточно-опосредованный (гиперчувствительность замедленного типа).

Развитие таких аллергических реакций представлено тремя стадиями:

1. Иммунологическая – начинается с накопления антител в организме, после внедрения чужеродного антигена.

2. Патохимическая – образование и выделение медиаторов аллергии (серотонин, гистамин, брадикинин и другие).

3. Патофизиологическая, т.е. клинические проявления, в развитии которых участвуют простаглицлины, тромбоксаны, простаглицлины, лейкотриены.

Псевдоаллергические реакции (без вовлечения иммунной системы):

– Прямая либерация гистамина.

– Дисбаланс арахидонового обмена.

– Альтернативный путь активации комплемента.

– Нейро-вегетативные реакции.

Таблица 3 – Перекрестная сенсibilизация лекарственных препаратов

Пенициллин	Полусинтетические пенициллины, дюрантные пенициллины, цефалоспорины (цефопин, цефалексин и др.)
Левомисетин	Вся группа левомисетина, симтомисин (хлорамфеникол)
Сульфаниламиды	Новокаин, тримексин, ультракаин, анестезин, дикаин, антидиабетические средства: антидиаб, антибед, диабетон, триампур. Парааминобензойная кислота
Антибиотики	Нестероидные противовоспалительные средства (производные ацетилсалициловой кислоты). Пищевые продукты, содержащие тетралин
Линкомицин	Клиндамицин
Эритромицин	Макролиды: сумамед и др.
Грегитал	Производные метилксантинов
Цитробай	Группа хинолонов
Гентамицин	Аминогликозиды
Амидопирип	Бугаднон, анальгин, реопирин, антипирин, теофедрин
Вибритал	Фенобарбитал, барбамил, санбутал, корвалол, теофедрин
Дипразин (пипольфен)	Ангизин, финерган, аминазин, тизерцин, пропазин, фронагон, миллерил
Полд	Сергозин, кардиотраст, йодогност, йодоформ, билитраст, йодолипол
Неомицина сульфат	Канамицин, мономицин, стрептомицин
Пингитрин	Окситоцин
Стрептомицина сульфат	Пасомицин, стрептосамозид, мономицин, канамицин
Тетрациклин	Окситетрациклина гидрохлорид, морфоциклин
Кокарбоксилаза	Витамины группы В

Таблица 4 – Лекарственные препараты, на которые наиболее часто развиваются аллергические реакции (Л.В. Лусс, институт иммунологии, Россия)

Препарат	Частота
Пенициллин	70%
Ампициллин	50%
Ампинокс	40%
Аминогликозиды	40%
Тетрациклины	14%
Левомецетин	3,6%
Макролиды	6,7%
Сульфаниламиды	60%
Анальгин	72%
Амидопирин	68%
Вольтарен	10%
Индометацин	12%
Бруфен	41%
Напроксен	43%
Ацетилсалициловая кислота	38%
Новокаин	40%
Лидокаин	58%
Тримекаин	10%
Но-шпа	3%
Инсулины	0,5%
Преднизолон	0,5%
Гипотензивные средства	3,5%

Таблица 5 – Основные отличительные признаки профессиональной и связанной с лечением лекарственной аллергии

Клинические признаки	Лекарственная аллергия	
	профессиональная у лиц, имеющих контакт с медикаментами	у медицинского персонала при длительном лечении
Поражение слизистых верхних дыхательных путей и глаз	часто рино-конъюнктивальный синдром	отсутствует
Поражение кожи	чаще дерматиты	наиболее часто крапивница
Сенсибилизация	поливалентная	моновалентная
Локализация	открытые участки тела	закрытые участки тела
Кандидозы	часто	редко
Анафилактический шок	часто	редко
Тип реакции	замедленный	немедленный
Контакт с медикаментами	постоянный	циклический
Способ введения препарата	ингаляционный, транскутанный	парантеральный
Реакция на повторное введение медикаментов	всегда	непостоянно
Формирование аллергической реакции	Локальные проявления	висцеральная патология
Эозинофилия	часто	редко
Сроки проявления аллергических реакций	через 14-21 день	через несколько минут

Классификация клинических проявлений лекарственной аллергии.

1. Реакции анафилактические и атопические:

а) кожный синдром: крапивницы, отек Квинке, нейродермит, атопический дерматит;

б) риноконъюнктивальный синдром: аллергический ринит, ринусопатия, конъюнктивит, блефароконъюнктивит;

в) бронхолегочный синдром: ларингит, трахеит, бронхиальная астма, пневмофиброзный инфильтрат (Леффлера);

г) сердечно-сосудистый синдром: анафилактоидные реакции, анафилактический шок.

2. Реакции цитотоксические или цитолитические:

а) кожный синдром: эритродермия, токсидермия, синдром Лайелла, синдром Стивенса-Джонсона, многоформная экссудативная эритема;

б) гематологический синдром: агранулоцитоз, лейкоцитоз, анемия, тромбоцитопения, эозинофилия, лимфоцитоз.

3. Реакции иммунных комплексов:

а) феномен типа Артюса-Сахарова;

б) сывороточная болезнь;

в) аллергический васкулит;

г) фиксированная эритема.

4. Реакции туберкулинового типа (гиперчувствительность замедленного типа):

а) кожный синдром: дерматит, экзема;

б) сердечно-сосудистый синдром: аллергический миокардит;

в) желудочно-кишечный синдром: аллергический гепатит, гастрит, панкреатит;

г) почечный синдром: аллергический пиелонефрит, нефрит;

д) гипоталамический синдром: астеноневротический, вегето-сосудистая дистония, диэнцефальные кризы, лекарственная лихорадка;

е) эндокринологический синдром: эндокринные дисфункции;

ж) сочетанные синдромы: кожно-риноконъюнктивальный, кожно-бронхолегочный, сердечно-сосудистый с гипоталамическим.

Методы диагностики лекарственной аллергии.

1. Аллергологический анамнез.

2. Клинические данные.

3. Лабораторные тесты.

При аллергии немедленного типа применяют радиоаллергосорбентный тест, иммуноферментный тест, базофильный тест, тест деструкции тучных клеток, реакцию специфического высвобождения гистамина, проточный тест.

При аллергии замедленного типа – реакцию торможения миграции лейкоцитов в различных ее вариантах.

Кожные аллергические тесты с лекарственными препаратами не рекомендуются из-за неспецифического действия большей части препаратов. Что касается истинных лекарственных аллергенов (группа пенициллина), то пробы

с ними потенциально опасны для больного. Допустимы лишь аппликационные тесты с контактными сенсibilизаторами.

Аллергические реакции следует дифференцировать с осложнениями лекарственной терапии, связанными с токсическим действием вводимых веществ, их передозировкой, побочными нежелательными эффектами лекарств. Типичные изменения иммунограммы, которые возникают при аллергических реакциях:

- снижение абсолютного и относительного уровня Т-клеток (фенотип CD3+CD4+);
- изменение количества Т-хелперов (CD3+CD4+);
- повышение уровня активированных Т-лимфоцитов (HLA-DR+, CD25+);
- изменение уровня цитокинов – повышение концентрации ИЛ-4 и ИЛ-5, снижение содержания гамма-интерферона;
- повышение уровней IgG, IgM, общего IgE;
- снижение фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов;
- повышение уровня ЦИК.

Инновации и нанотехнологии в лечебной и профилактической медицине.

В настоящее время изучаются генетические аспекты развития атопических заболеваний и лекарственной аллергии, так как поиск факторов и механизмов регуляции генов имеет важное значение для иммунологии.

Установлено, что при наличии «атопии» первые 3-4 года у половины детей формируются различные сочетанные формы хронических аллергических болезней – «дерматит+ астма + ринит». Наследственная отягощенность – 75%, в том числе обоих родителей – 40%. Важным фактором, влияющим на течение хронических аллергических болезней являются ферменты глутатион-S-трансфераза (GSTT1 и GSTM1), осуществляющих метаболизм лекарственных средств и медиаторов воспаления. Проведены протеомные исследования по определению маркеров предпатологии при заболеваниях кожи и легких для ранней диагностики и предотвращения развития патологии на начальной стадии. В медицине нанотехнологии сосредоточены на лекарственных препаратах нового поколения, вакцин и сывороток.

Лекарственная аллергия у медицинских работников и рабочих завода медрепаратов.

Обследовано 1267 медицинских работников, из них: 242 врача, 977 медсестер и 48 санитарок. У 52 (44,1%) был анафилактический шок. Аллергены вызывающие лекарственную аллергию: медикаменты составляют 59,3%, повышенная чувствительность к бытовым аллергенам выявлена у 27,1% обследуемых, к пищевым – у 10,4%, к пыльцевым аллергенам – у 3,2%. Сенсibilизация к одному медикаменту выявлена у 365 медработников, к двум – у 347, к трем – у 212, к четырем и более медикаментам – у 101.

Клинические проявления лекарственной аллергии у медицинских работников: крапивница – у 597, экзема – у 308, отек Квинке – у 259, ринит – у 259, бронхит – у 107, дерматит – у 91, бронхиальная астма – у 75.

Из 1267 обследованных медицинских работников в Республике Беларусь наиболее распространенное заболевание выявлено у 1118 (88,2%). Аллергозы, как профессиональная аллергия, у медсестер составляют 63,4%, а у 27,2% выявлена медикаментозная аллергия. При обследовании 786 учащихся медицинских колледжей и училищ аллергические заболевания выявлены у 67 (9,7%) дневного и 10 (10%) вечернего отделений. Зарегистрирована вирусная, туберкулезная и ВИЧ патология в (туберкулезных и инфекционных отделениях).

Летальные случаи лекарственной аллергии.

Проведен анализ летальных случаев по 33 историям болезни. При этом патологоанатомических вскрытий проведено 25, судебно-медицинских – 8.

В структуре анализируемых историй болезни с тяжелыми аллергическими реакциями со смертельным исходом имели место следующие нозологические формы:

- синдром Лайелла – 18 случаев (в том числе среди детей – 7);
- анафилактический шок – 14;
- агранулоцитоз – 1 случай.

Данная патология отмечалась у 22 женщин и 11 мужчин. Возраст взрослых – 30-60 лет, детей – от рождения до 10 лет.

Имели место 4 случая профессионального контакта с медикаментами, все они работали на заводе медпрепаратов.

Заболевания, при которых проводилось лечение медикаментами, давшими лекарственную аллергию – заболевания органов дыхания (пневмония, бронхиальная астма), верхних дыхательных путей (грипп, ОРЗ). Реже аллергия проявлялась при лечении гипертонической болезни, трихоманного уретрита, идиопатического кератита глаз, язвенной болезни, туберкулезного менингита, угрожающего выкидыша.

Из 33 случаев у 23 больного был отягощенный аллергологический анамнез, у 10 больных аллергологический анамнез не собирался.

Неблагоприятный аллергологический анамнез часто недооценивался причинами, и не принимались надлежащие меры предосторожности.

Анализ частоты возникновения тяжелых аллергических реакций в зависимости от путей введения лекарственных веществ показал: при внутривенном введении аллергические реакции развивались 5 раз, на внутримышечное введение – 6, от перорального – 18, от местного применения – 2, на внутрикожную пробу – 2 раза.

1. Девочка 3 лет из инфекционной больницы с диагнозом синдром Стиенса-Джонсона госпитализирована в детское хирургическое отделение. Назначено: пенициллин со стрептомицином, анальгин, амидопирин, аспирин. На третий день появилась сыпь, геморрагии, конъюнктивит, а затем участки эпидермолиза. В данном случае лекарственная аллергия на прием антибиотиков и жаропонижающих препаратов с поражением ряда органов и систем, кожных покровов, крови.

2. Мальчик в возрасте 13 лет поступил в детскую больницу с диагнозом синдром Лайелла. Начало заболевания: повысилась температура, появилась

боль в горле. Установлен диагноз: заглоточный абсцесс и стоматит. Получал эритромицин, аспирин, анальгин стрептоцид. Через неделю дважды введен внутримышечно пенициллин, после чего появилась сыпь на коже. На следующий день переведен в кожно-венерологический диспансер. В диспансере преднизолон 90 мг в сутки, пенициллин, литическая смесь с анальгином, амидопирин, пипольфен, внутривенно капельно 10% раствор глюкозы. Затем переведен во 2 детскую больницу в крайне тяжелом состоянии, консультирован аллергологом, который установил диагноз: синдром Лайелла на цепорин, витамин А, преднизолон. На следующий день ребенок скончался. Причина смерти ребенка – введение пенициллина, аллергена номер один, полипрагмазия, не учтен аллергоанамнез.

3. Ребенок в возрасте 30 дней поступил из родильного отделения в 7-ю детскую больницу с диагнозом: врожденный дистрофический эпидермолиз. Лечение – ампиокс внутривенно, на пятый день отменен в связи с аллергической реакцией и назначен цефамизин, преднизолон 5 мг/кг, иммуноглобулин, инфузионная симптоматическая терапия, местно повязка с синтомициновой эмульсией, однако состояние в динамике ухудшалось. На коже появились эрозии. Рекомендован перевод в детский хирургический центр, где ребенок и умер. Таким образом, ребенок погиб в результате введения пенициллина, ампиокса, которые обладают сильным сенсибилизирующим действием.

4. Ребенок 11 лет заболел остро, появился насморк, повысилась температура. Назначен ампициллин 1/2 таблетки 4 раза в день, димедрол, смазывание скипидарной мазью, появилась сыпь, покраснение по всему туловищу, отслойка эпидермиса, на коже лица и шеи. Из районного центра ребенок был доставлен в Минский кожнодиспансер, через сутки в 7-ю детскую клиническую больницу, а позже переведен в 4-ю детскую больницу. Паталогоанатомический диагноз: синдром Лайелла, сепсис. Ребенок получал ампициллин и растирание скипидарной мазью, которая вызывала дерматит. Затем наружно применили синтомициновую эмульсию. Она легко всосалась, и наступила смерть от синдрома Лайелла с поражением ряда внутренних органов и систем.

5. Ребенок в возрасте 10 лет заболел гриппом. Лечился ампициллином, стрептомицином, поливитаминами. Состояние постепенно улучшалось, а 1 января гулял на улице, и через 4 дня поднялась температура тела. Принимал аспирин, амидопирин, эритромицин, 5 января съел апельсин, а с 6 дня на коже появилась сыпь. Обратились к участковому врачу, его диагноз – краснуха. Назначили амидопирин и хлористый кальций, в результате чего кожа покрылась пузырями по всему телу. Аллергоанамнез не отягощен. Был направлен в кожновенерологический диспансер. Состояние тяжелое. Почти весь эпидермис отслоился. Паталогоанатомический диагноз: лекарственная болезнь, синдром Лайелла, пневмония. Паталого-анатомический эпикриз. На фоне ОРЗ развился буллезный эпидермолиз. Это связано с приемом ампициллина, эритромицина, амидопирин, аспирина, апельсина. Смерть наступила от лекарственной и пищевой аллергии.



6. Ребенок семи дней от роду. Мать во время беременности применяла пенициллин, анальгин, сульфадимезин. На голених и стопах новорожденного, обширные участки дефекта кожи, на слизистой полости рта эрозированные участки. Через день после рождения ребенок переведен из родильного отделения в 3-ю городскую больницу, где и скончался. Патологический анамнез: сепсисом Лайелла, сепсис, зернистая дистрофия сердца, печени и почек. Этот случай интересен в том отношении, что беременная женщина принимала лекарственные препараты во время беременности. Развилась внутриутробная сенсибилизация.

7. Больная Ковриго О.В., 1960 года рождения, поступила в оториноларингологическое отделение 432 ГКМЦ 01.09.10 г. в 9.45 с диагнозом: «Хронический двухсторонний полипозный риносинусит».

Аллергических реакций на вводимые лекарственные средства, со слов больной, не было.

Больной были разъяснены возможные осложнения и риск от оперативного вмешательства и наркоза, было получено письменное согласие на операцию. Пациентка внесена в 1-ю группу риска аллергологических осложнений в соответствии с внутренним приказом начальника учреждения.

Во время проведения вводного наркоза после введения 1 мл сибазона, 1 мл 0,005% фентанила, 1 мг ардуана, 200 мг 1% тиопентала натрия стало отмечаться быстрое снижение сатурации кислорода крови до 70%, на экране кардиомонитора отмечена крупноволновая фибрилляция желудочков.

Врачебная ошибка и несчастный случай. Поскольку в судебной медицине нет четких разграничений, понятий «врачебная ошибка» и «несчастный случай», предлагаем свое понимание этих терминов в аллергологической практике при таких тяжелых осложнениях лекарственной терапии, как анафилактический шок и синдром Лайелла (С.В. Федорович).

Когда имеетсяотягощенный аллергологический анамнез (зафиксированный в медицинской документации) и на повторное введение лекарств у больного возникает анафилактический шок с летальным исходом – налицо врачебная ошибка. Медицинский работник может привлекаться к административной или юридической ответственности.

Если аллергологический анамнез не отягощен, больные хорошо переносят в прошлом лекарственные препараты и вдруг после приема (введения) лекарства возник анафилактический шок с летальным исходом – значит, это несчастный случай.

За многие спасенные от тяжелых болезней жизни, благодаря применению лекарственных средств, человечество расплачивается появлением не менее тяжелых болезней – анафилактический шок, синдромы Лайелла, Стивенса-Джонсона.

Лечебные мероприятия при оказании помощи во время анафилактического шока должны исходить из принципов, базирующихся на его механизмах патогенеза:

1. Блокирование поступления лекарства-антигена в кровоток.

2. Нейтрализация биологически активных веществ, обильно секретируемых и поступающих в кровотоки в результате реакции антиген-антитело.
3. Ликвидация явлений асфиксии.
4. Восстановление гипофизарно-надпочечниковой недостаточности.
5. Выведение больного из коллапса.
6. Снятие бронхоспазма.
7. Уменьшение проницаемости сосудистой стенки.
8. Воздействие на психомоторное возбуждение.
9. Предотвращение поздних осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, почек, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы.

Лечение анафилактического шока.

1. Прекратить и блокировать поступление аллергена в организм.
2. Срочно вызвать лечащего врача или врача-реаниматолога, не прекращая оказания медицинской помощи.
3. Холод на место или жгут выше места введения – по 10 минут с 2-минутными перерывами.
4. Придать больному горизонтальное положение с приподнятыми ногами, убедиться в проходимости дыхательных путей (отсутствие западения языка, протезов рвотных масс в полости рта). При отеке верхних дыхательных путей воздуховод.
5. Установка периферического катетера.
6. Эпинефрин (адреналин) 0,18% – 0,5-1 мл в/в в 20 мл 0,9% натрия хлорида (при необходимости повторить); при распространении отека на область гортани эпинефрин 0,18% эндотрахеально 2-3 мл в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида. По показаниям дозу эпинефрина повторяют через 3-5 минут (если венопункция не удается, можно ввести эпинефрина в эндотрахеальную трубку, разведя в 10-15 мл 0,9% раствора натрия хлорида или в корень языка).
7. При возникновении шока во время в/в инъекции – максимально забрать кровь из вены.
8. Внутривенно быстро струйно инфузия кристаллоидных растворов не менее 800 мл за 10 мин (при неопределяемом уровне САД в 2 вены и более) под контролем САД (не менее 90 мм рт. ст.).
9. Обеспечить проходимость дыхательных путей, оксигенотерапия (под контролем SpO<sub>2</sub> – не менее 90%).
10. Допамин 10 мл 4% раствора в 0,9% растворе натрия хлорида (после массивной инфузионной терапии) в/в капельно.
11. Преднизолон 120 мг и более или метилпреднизолон (30 мг/кг веса) в/в.
12. Антигистаминные средства: раствор хлоропирамина 2% по 2-4 мл (хлоропирамин нельзя вводить при аллергии на аминофиллин) в/в.
13. При бронхоспазме, который не купируется эпинефрином, на фоне стабильной гемодинамики применяют в/в введение аминофиллина 2,4% в дозе 5-6 мг/кг массы тела в течение 20 минут, после чего переходят на поддерживающую дозу 1 мг/час.

14. При судорогах и возбуждении в/в вводят диазепам 0,5% 2-6 мл.

15. Доставка пациента в ЦАРИТ.

Инструкция разработана в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2010 г. №1030.

Лечение дерматозов (экземы, нейродермита), рино-конъюнктивального синдрома.

1. Аллергологическое тестирование.

2. Трудоустройство вне контакта с аллергеном.

3. Паружная терапия – противовоспалительное средство 1% крем элидел, который может применяться дважды в день на пораженные участки кожи, особенно эффективен при хроническом течении атопического дерматита.

4. Неспецифическая десенсибилизирующая терапия.

5. Энтеросорбенты (белый уголь).

Острая и хроническая крапивница, отек Квинке.

1. Тщательное обследование больных (аллерготестирование, обследование желудочно-кишечного тракта, УЗИ).

2. Антигистаминный препарат аллергодил (азеластин) – назальный раствор при ринитах.

3. Аскорбиновая кислота.

4. При отеке гортани, абдоминальном синдроме – адреналин, преднизолон, лазикс.

5. Неспецифическая терапия, гипосенсибилизирующая терапия, гистоглобулин, аутогемотерапия, пирогенал, спленин.

6. Крем элидел 1%.

7. Разгрузочно-диетическая терапия и белый уголь

Синдром Стивенса-Джонсона (острый слизисто-кожно-глазной синдром, шокачественная буллезная эритема или пемфигоидная многоформная эритема). Имеется 30% поражение кожных покровов и слизистых. Провоцирующим фактором является инфекция, переохлаждение. Отмечается отрицательный синдром Никольского. Летальность при данном синдроме составляет около 40%. Лечение: преднизолон, раствор глюкозы, раствор Рингера, плазма, антигистаминные препараты. При развитии пиодермии, сепсиса – применение антибиотиков широкого спектра действия с определением посева на чувствительность. Из адсорбентов весьма эффективным является белый уголь.

Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз, буллезная токсикодермия, «синдром обожженной кожи»). По тяжести течения он занимает второе место после анафилактического шока. Летальность составляет 50%. Лучшее лечение таких больных в реанимации или в ожоговых отделениях. Больного изолируют в отдельную палату. Режим строгой антисептики с индивидуальным уходом. Проводится дезинтоксикационная, гипосенсибилизирующая и корригирующая терапия (гемодез, реополиглюкин, 10% раствор альбумина, антигистаминные препараты). Используются препараты для лечения и профилактики – преднизолон, препараты калия и кальция. Суточный объем внутривенных вливаний около 5 000 мл. Наружно крем элидел. При по-

казаниях антибиотиков широкого спектра действия. Лечение продолжают от трех недель до месяца. Назначают обильное белковое питание, белый уголь.

Лекарственная бронхиальная астма.

Из наблюдаемых нами 693 медработников у 150 - (21,6%) имеются заболевания бронхолегочного аппарата, в том числе 103 - (68,7%) лекарственной бронхиальной астмой и 48 (31,3%) астматическим бронхитом. Приступы бронхиальной астмы у 37 больных (24,7%) провоцировали антибиотики и, прежде всего, пенициллин. Лечение – элиминационная и специфическая гипосенсибилизирующая терапия. Назначают симбикорт турбухалер в качестве поддерживающей терапии и для купирования приступов бронхиальной астмы – 1-2 ингаляции 2 раза в день. В качестве активных веществ – будесонид и формотерол. А пульмикорт суспензия для ингаляций подбирается индивидуально. Она применяется у детей с шести месячного возраста. При обострении бронхиальной астмы 2 мг в сутки, а для поддерживающего лечения – 0,25 мг в сутки, 1-2 ингаляции 2 раза в день. В составе пульмокорта содержится 0,25 мг или 0,5 мг будесонида. Антигистаминная терапия: аллергодил – назальный спрей при бронхиальной астме и ринитах, а глазные капли – при конъюнктивитах. Из адсорбентов назначается белый уголь.

Профилактика лекарственной аллергии.

Перед назначением любой лекарственной или инфузионной терапии в обязательном порядке требуется:

1. Тщательное выяснение аллергологического анамнеза.
2. Подбор лекарственных препаратов, исключая полипрагмазию.
3. Обоснованное назначение антибактериальных препаратов, особенно при лихорадочных состояниях.
4. Санация хронических очагов инфекции.
5. Учет функционального состояния печени, почек, кровообращения.
6. Учет возможности перекрестных аллергических реакций при назначении препаратов, близких по химическому составу.
7. Крайне осторожное проведение вакцинации и серопротекции больным аллергическими заболеваниями с обязательным учетом аллергологического анамнеза.
8. Назначение лекарственных препаратов строго по показаниям. Больным с эозинофилией крови свыше 10% их не вводят.

9. Для профилактики повторного анафилактического шока особое внимание уделяют предупреждению перекрестных анафилактических реакций при возникновении у больных поливалентной сенсибилизации.

Организационно-законодательные мероприятия по профилактике лекарственной аллергии.

1. Запрещение свободной продажи большинства лекарств (особенно антибиотиков).

2. Проведение санитарно-просветительной работы с целью разъяснения пагубных последствий самолечения.

3. Проведение оздоровительных мероприятий. Улучшения качества препаратов для иммунизации.

4. Внесение в историю болезни и врачебно-контрольную карту обязательной графы «аллергологический анамнез» и отметки на титульном листе об имеющейся лекарственной аллергии.

5. Ведение аллергологического паспорта для больных с реакциями на медикаменты.

6. Премедикация: с целью профилактики и лечения лекарственной аллергии (анафилактический шок) на примере США в личной аптечке необходимо иметь адреналин, преднизолон, аллергодил, белый уголь.

7. С целью предупреждения рецидивов заболевания в виде системных высыпаний в течении 2 недель госпитализировать или амбулаторно назначать фенкорол по 1 таблетке 1 раз в сутки, адсорбент – белый уголь по 1 табл. 4 раза в сутки, преднизолон 20- 30 мг с постепенным снижением дозы.

При лечении кожной патологии необходимо назначать мазь элидел.

## **2.2. Вирусные гепатиты у медицинских работников**

*Федорович С.В., Жарин В.А., Завальнюк В.М., Жаворонок С.В., Цыганков В.Г., Миркова А.Г., Бондарук А.М., Соколов С.М., Сычик С.И., Шевчук Л.М., Русанович А.В., Наройчик Л.К., Зуева В.Л., Еремин В.Ф.*

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр гигиены»

Актуальность проблемы:

Значительную проблему представляют поражение печени, возникшие у медицинских работников вследствие инфицирования вирусными гепатитами при использовании ими профессиональных обязанностей.

Здесь возникают две глобальные проблемы:

- первая – снижение и утрата трудоспособности у медработника;
- вторая – медицинские работники могут быть источником инфицирования пациентов.

Иногда медицинский работник переводится на другую, менее оплачиваемую работу. Эти вопросы пока еще не нашли своего решения в нормативных документах.

Нами проведены санитарно-эпидемиологические исследования – скрининг-анкетирование 485 медицинских работников лечебно-профилактических учреждениях г. Минска различного профиля, а также анализ 111 историй болезни медицинских работников, находящихся на стационарном лечении в инфекционной больнице г. Минска.

Парентеральные вирусные гепатиты у медицинских работников.

Объект исследования: 111 медработников различных специальностей, наблюдавшихся в Минской городской инфекционной больнице. По полу большинство женщины – 83,8%.

Диагноз вирусного гепатита подтвержден обнаружением в крови HBsAg и иммунологическими исследованиями (маркеры, ПЦР).