

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

НАИЛЯ МАРСОВНА РАХМАТУЛЛИНА, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой аллергологии и иммунологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», руководитель Городского центра аллергологии ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, главный аллерголог г. Казани, Казань, Россия, тел. 8-903-342-99-12, e-mail: nailia.rakhmatullina@gmail.com
НАИЛЯ АСХАТОВНА СИБГАТУЛЛИНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры аллергологии и иммунологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань, Россия, тел. 8-937-623-43-01, e-mail: aminasib@mail.ru

ЮЛИЯ ВЛАДИМИРОВНА ПАСТУШЕНКО, ассистент кафедры аллергологии и иммунологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань, Россия, тел. 8-927-414-01-79, e-mail: vyatkina81@mail.ru

ГУЗЕЛЬ НАКИПОВНА ЗАКИРОВА, врач-аллерголог-иммунолог Городского центра аллергологии, Казань, Россия, тел. 8-906-114-17-72, e-mail: zakirova.guzel@gmail.com

ДАМИРА ГУМАРОВНА АХМЕДЗЯНОВА, врач-аллерголог-иммунолог Городского центра аллергологии, Казань, Россия, тел. 8-917-913-39-93, e-mail: ahmdamira@yandex.ru

ЛЮДМИЛА ВАЛЕНТИНОВНА МАКАРОВА, врач-аллерголог-иммунолог, зав. аллергологическим отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, тел. 8-903-341-26-84

Реферат. Цель исследования — провести сравнительный анализ частоты госпитализации пациентов с диагнозом «анафилактический шок» в условиях аллергологического отделения ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани за 2011—2013 гг. **Материал и методы.** Нами проанализировано 137 историй болезней с диагнозом «анафилактический шок». Диагноз был установлен на основании анамнеза, клиники течения заболевания, внезапного начала, развития характерных симптомов. В исследовании оценивались возраст пациента, пол, этиологический фактор, тяжесть течения анафилактического шока. **Результаты.** В результате анализа историй болезни за период с 2011 по 2013 г. было выявлено, что общее количество пациентов с анафилактическим шоком составило 137, из них преимущественно пациенты в возрасте (25,2±6,2) года. Различий в группах по гендерному признаку статистически незначимо. **Заключение.** За период с 2011 по 2013 г. в структуре госпитальной заболеваемости количество пациентов с анафилактическим шоком существенно не менялось. Ведущим этиологическим фактором анафилактического шока остаются лекарственные препараты (антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства, анестетики).

Ключевые слова: анафилактический шок, сенсibilизация, эпинефрин.

ANAPHYLACTIC SHOCK IN A MULTIDISCIPLINARY CLINIC

NAILJA M. RAKHMATULLINA, Ph.D., docent, Head of the Department of allergology and immunology of SBEI APE «Kazan State Medical Academy», Kazan, Russia, tel. 8-903-342-99-12, e-mail: nailia.rakhmatullina@gmail.com

NAILJA A. SIBGATULLINA, Ph.D., assistant of the Department of allergology and immunology of SBEI APE «Kazan State Medical Academy», Kazan, Russia, tel. 8-937-623-43-01, e-mail: aminasib@mail.ru

JULIJA V. PASTUSHENKO, assistant of the Department of allergology and immunology of SBEI APE «Kazan State Medical Academy», Kazan, Russia, tel. 8-927-414-01-79, e-mail: vyatkina81@mail.ru

GUZEL N. ZAKIROVA, the doctor-allergist-immunologist of the City clinical hospital № 7, Kazan, Russia, tel. 8-906-114-17-72, e-mail: zakirova.guzel@gmail.com.

DAMIRA G. AKHMEDZYANOVA, the doctor-allergist-immunologist of the City clinical hospital № 7, Kazan, Russia, tel. 8-917-913-39-93, e-mail: ahmdamira@yandex.ru

LJUDMILA V. MAKAROVA, Head of the Department of allergology of the City clinical hospital № 7, Kazan, Russia, tel. 8-903-341-26-84

Abstract. Aim. The purpose of the work was to conduct a comparative analysis of the frequency of hospitalization of patients with the diagnosis of anaphylactic shock in the condition of allergy department of GAUZ Municipal Clinical Hospital N7. **Material and method.** We have analyzed the 137 medical case histories with a diagnosis of anaphylactic shock. The diagnosis was made based on the medical case history, the clinical course of the disease, a sudden onset, the development of characteristic symptoms. The study evaluated age of the patient, gender, etiologic factor, the severity of anaphylactic shock. **Results.** The analysis of medical case histories over the period from 2011 to 2013 revealed that the total number of patients with anaphylactic shock was 137 patients, of which predominantly patients in the age of 25,2±6,2. Group differences on gender were not statistically significant. **Conclusion.** During the period from 2011 to 2013 in the structure of hospital morbidity, the number of patients with anaphylactic shock is not significantly changed. Leading etiological factor of anaphylaxis are medications (antibiotics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, anesthetics).

Key words: anaphylactic shock, sensitization, epinephrine.

Введение. В 2012 г. исполнилось 100 лет со дня открытия феномена анафилаксии, который был обнаружен совместно Шарлем Рише и Полом Портье. Термин «анафилаксия» в переводе с греческого означает отсутствие защиты. Первые упо-

минания об анафилактической реакции встречались 4600 лет назад. Анафилаксия — это одна из форм измененной реактивности. Аллергические реакции и анафилаксия присущи высокоорганизованным организмам, которые имеют реактивность.

Анафилаксия — это сложная междисциплинарная проблема, с которой встречается доктор любой специальности. Несмотря на проблемы диагностики, распространенность анафилаксии растет. Однако официальных статистических данных в отношении анафилактического шока нет. Смертность от анафилаксии считается редкой, однако это может быть связано с неполной клинической информацией. В Великобритании ежегодно регистрируется от 2 до 9 смертельных случаев анафилаксии от укушения перепончатокрылыми. В США подсчитано, что 500—700 случаев смерти связано с анафилактической реакцией на антибиотики и, в частности, на β -лактамы. За последние 3—5 лет частота смертельных анафилактических шоков составила 0,4 на 1 млн населения в год [2].

Анафилаксия может возникнуть у любого человека, однако существуют факторы, повышающие риск развития анафилаксии. К таким факторам относятся:

- 1) наличие лекарственной аллергии в анамнезе;
- 2) возраст — чаще от 20 до 40 лет;
- 3) пациенты с хроническими заболеваниями, требующие длительного приема лекарственных средств;
- 4) аллергические заболевания атопического генеза;
- 5) заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, хронический холецистит, хронический колит и т.д.);
- 6) заболевания грибковой этиологии;
- 7) профессиональные контакты (врачи, медсестры, работники фармацевтических предприятий).

Выделяют IgE-опосредованные анафилактические реакции, IgE-независимые реакции и комплементопосредованные реакции [8].

IgE-опосредованные анафилактические реакции наиболее часто вызываются лекарственными препаратами. Это прежде всего антибактериальные препараты (β -лактамы, аминогликозиды, сульфаниламиды, нитрофураны), гормоны (инсулин, АКТГ, трипсин), вакцины, протеины человека. К IgE-опосредованным реакциям относятся и реакции, связанные с ядом перепончатокрылых (осы, шершни, пчелы). Продукты питания нередко являются причиной анафилаксии. Среди пищевых продуктов ведущее место занимают рыба, морепродукты, арахис, бобовые, молоко, мясо и яйца птицы. Тяжелые реакции могут быть вызваны такими добавками, как папаин, сульфиты [7].

К IgE-независимым реакциям относятся гистаминолибераторная анафилаксия, вызванная определенными группами лекарственных средств — мышечные релаксанты, ненаркотические анальгетики, йодсодержащие рентгеноконтрастные вещества, коллоидные растворы, но-шпа, витамины группы В, калипсол, оксид этилена при диализе. Существуют комплементопосредованные механизмы анафилаксии: трансфузионные реакции, связанные с дефицитом IgA, агрегационные (внутривенные иммуноглобулины),

цитотоксические (трансфузионные реакции на клеточные элементы) [6].

Анафилаксия, вызванная физической нагрузкой, — редкий вид анафилаксии. Наступает тогда, когда человек занимается тяжелой физической нагрузкой в течение 3—5 ч после приема в пищу определенных пищевых продуктов (пшеница, рыба, креветки, киви, соя, сельдерей, гречка, орехи, яблоко, курица).

В настоящее время актуальным вопросом является латексная аллергия. Основными аллергенами латекса являются белки — фактор элонгации каучука, гевелен, профили. Наблюдается реакция на латекс в трех вариантах:

1. Профессиональные заболевания у медицинских работников, рабочих латексно-резиновых предприятиях.

2. Осложнение при лечении больных с использованием изделий из латекса.

3. Латексная непереносимость у пациентов, имеющих пищевую аллергию (молоко, морепродукты, арбуз, кофе, какао, бананы, киви, каштан, инжир), так как существуют общие эпитопы у латекса и у вышеперечисленных пищевых продуктов.

Выделяют пять клинических разновидностей анафилактического шока:

- Типичная (генерализованная) форма (встречается в 53% случаев). Для данной формы характерны артериальная гипотония, нарушение сознания, дыхательная недостаточность, кожно-вегетативная реакция, судороги.

- Асфиктический вариант встречается в 18—20% случаев, в клинике преобладает острая дыхательная недостаточность.

- Гемодинамический вариант встречается в 10—25% случаев, в клинике преобладает острая сердечная недостаточность.

- Церебральный вариант встречается в 5% случаев. Клиническая картина характеризуется поражением ЦНС.

- Абдоминальный вариант встречается в 5—7% случаев, развивается картина «острого» живота [1].

По течению анафилактический шок подразделяется на следующие типы:

- острое злокачественное — характерна толерантность к лечению, а также высокий процент смертельных случаев;

- острое доброкачественное — благоприятный исход при своевременном лечении;

- затяжное течение — клинические признаки шока не купируются более 6 ч;

- рецидивирующее течение — после нормализации АД может быть рецидив клинической симптоматики;

- abortивное течение — анафилактический шок быстро купируется самостоятельно [2].

По тяжести течения различают четыре степени анафилактического шока:

- Легкая степень — продолжительность развития от нескольких минут до 2 ч, клинические нарушения незначительные, АД снижено на 30—40 мм рт.ст. от исходных величин.

• Средней степени тяжести — гемодинамические нарушения более выражены, АД ниже 90—60/40 мм рт.ст.

• Тяжелая степень — АД 60—40/0 мм рт.ст., потеря сознания.

• Крайне тяжелая — АД не определяется [1, 2].

Диагноз «анафилактический шок» устанавливается на основании данных анамнеза (введение лекарственного препарата, укус насекомого, физические упражнения, воздействие холода, эмоциональный стресс), острого внезапного начала с развитием характерных симптомов, их быстрого прогрессирования [3].

Лечение анафилактического шока заключается в быстром и последовательном проведении мероприятий, направленных на восстановление и контроль жизненно важных функций организма. Препаратом первого ряда (препарат выбора) является раствор эпинефрина гидрохлорида (адреналин). Необходимо как можно быстрее ввести в/м 0,3—0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина взрослым (0,01 мг/кг веса, максимум 0,5 мг, для детей максимум 0,3 мг). При необходимости введение эпинефрина можно повторить через 5—15 мин. При неэффективности проводимой терапии эпинефрин вводится в/в струйно (1 мл 0,1% раствора эпинефрина гидрохлорида в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия), дробно, в течение 5—10 мин или в/в капельно (0,1% 1,0 мл эпинефрина в 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия). Наиболее тяжелые случаи требуют введения прессорных аминов (норэпинефрин 0,2% 2—4 мг или допамин 400 мг). Длительность введения прессорных аминов определяется гемодинамикой [1].

К препаратам второго ряда относятся системные ГКС, блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов, V_2 -агонисты короткого действия, кислород (через маску), введение коллоидных и кристаллоидных растворов [1].

Длительность наблюдения и мониторинг состояния зависит от тяжести развития, особенностей течения анафилаксии.

Материал и методы. Нами проанализировано 137 историй болезни пациентов с анафилактическим шоком, госпитализированных в аллергологическое отделение ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» за период с 2011 по 2013 г. Количество мужчин с диагнозом «анафилактический шок» составило 65 пациентов, женщин — 72. Средний возраст пациентов составил (25,2±6,2) года. В исследовании оценивались этиологический фактор анафилактического шока, тяжесть течения заболевания.

Результаты и их обсуждение. В период с 2011 по 2013 г. в аллергологическое отделение было госпитализировано 4911 пациентов, из них с клиникой анафилактического шока — 137 человек, что составило 2,8% в структуре госпитальной заболеваемости. В 2011 г. общее число госпитализированных пациентов было 1 523, из них с анафилактическим шоком — 55 человек, или 3,6%. В 2012 г. число госпитализаций — 1 620, с анафилактическим шоком — 39 (2,4%) пациентов. А в 2013 г. общее число госпитализаций в аллергологическое отделение составило 1 796 человек,

с анафилактическим шоком — 43 пациента, что составило 2,4% (табл. 1).

Таблица 1

Показатели заболеваемости анафилактическим шоком в аллергологическом отделении ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» в 2011—2013 гг.

Год	Общее число пациентов	Анафилактический шок
2011	1 523	55 (3,6%)
2012	1 720	39 (2,4%)
2013	1 768	43 (2,4%)

В структуре этиологических факторов развития анафилактического шока из года в год ведущее место занимают лекарственные средства. Так, за период с 2011 по 2013 г. было зарегистрировано 98 случаев анафилактического шока, причиной которого явились лекарственные препараты, что составило 72% от общего количества случаев данного заболевания. На ужаление перепончатокрылых насекомых пришлось 39 случаев анафилактического шока, что составило 28%. В связи с тем, что процент анафилактического шока от лекарственных препаратов превалировал над случаями шока от укусов перепончатокрылыми насекомыми, мы провели анализ основных причинно-значимых препаратов. В результате анализа историй болезни пациентов с анафилактическим шоком на лекарственные средства было выявлено, что чаще реакции возникали на введение антибиотиков, в частности β -лактамов (цефтриаксон). Так, за период с 2011 по 2013 г. реакции на антибактериальные препараты были у 58 пациентов, что составляет 59,2%. Второе место занимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). За анализируемый период число реакций на НПВП составило 26 (26,5%) случаев. У 14 (14,3%) пациентов анафилактический шок возникал при введении местных анестетиков. Пациенты по тяжести течения анафилактического шока распределились следующим образом: легкая форма — 31%, средней степени тяжести — 62%, тяжелое — 7% случаев. За период с 2011 по 2013 г. летальных исходов от анафилактического шока зарегистрировано не было.

Заключение. За период с 2011 по 2013 г. в структуре госпитальной заболеваемости количество пациентов с анафилактическим шоком существенно не менялось. Ведущим этиологическим фактором анафилактического шока остаются лекарственные препараты (антибиотики, НПВС, местные анестетики).

С целью снижения риска развития анафилактического шока необходим тщательный сбор аллергологического анамнеза и назначение лекарственных средств с учетом их переносимости и перекрестных реакций (табл. 2).

Таким образом, с целью профилактики анафилактического шока необходимо избегать полипрагмазии, при возможности отдать предпочтение пероральным формам лекарственных средств. Обязательно должно быть наблюдение за пациентом в течение 30 мин после введения любого лекарственного препарата. В профилактику анафилактического шока входит и

Перекрестные реакции между лекарственными препаратами

Пенициллины	<i>Пенициллины:</i> бензилпенициллин, ампициллин, амоксициллин, азлоциллин, бакампициллин, бициллин, карбенициллин, клоксациллин, мезлоциллин, метициллин, оксациллин, микроцид, пенемциллин, пиперациллин, пироксикам, феноксиметилпенициллин, флуклоксациллин, амоклавин, бетамин, сулациллин, амокси- клав, клавоцин, тиментин, тазоцин, аугментин, лептимокс, уназин, панклав
Цефалоспорины	<i>Цефалоспорины:</i> 25% больных с аллергией к пенициллину не переносят цефалоспорины, прежде всего I и II поколения: цефадроксил (биодроксил, цефрадур), цефазоллин (кефзол, цефамезин), цефаклор (верцеф, цеклор), цефалексин (кефлекс, клорцеф, цефалекс), цефалотин (кефлин), цефалоридин (цепорин), цефамондол (лекацеф), цефметазол (цефазон, цифметазон), цефокситин, цефонид (моноцид), цефоранид (прецеф), цефотетан (цефотан), цефрадин (велоцеф, сефрил), цефодизим (модивид), цефоперазон (дардум, мецефцефобид), цефотаксим (клафоран, клафотаксиморитаксим, спирозин), цефпирамид (тамицин), цефпиром, цефподоксим (орелокс), цефтазидим (кефадим, тазидим, фортум), цефтибутен, цефтизоксим, цефтриаксон, цефтризоксим (цефизокс), цефороксим (зеннат, кетоцеф, меноцеф, фуросил), азаран, арлет, супракс (цефиксим)
Карбопенемы	<i>Карбопенемы:</i> тиенам, меронем
Монобактамы	<i>Монобактамы:</i> азтреонам, азактам
Цефалоспорины	<i>Природные и полусинтетические пенициллины</i> <i>Карбопенемы</i>
Аминогликозиды	<i>Аминогликозиды:</i> стрептомицин, дегидрострептомицин (энтермидиф), канамицин (мази синалар, локартен-Н), гентамицин (герамицин) входит в состав мазей випсогал, дипрогаст, целестодерм В, гаразон (капли), софрадекс, мономицин, амиоцин (амикозит), нетилмицин, неомицин, пасамицин, тобрамицин (бруламицин), сизомицин, хемоцин
Тетрациклины	<i>Тетрациклины:</i> доксциклин (вибрамицил), метациклин (рондомицин), моноциклин (миноцин), окситетрациклин (мазь-оксикорт), тетрациклин (апотетра), олететрин (тетраолеан, сигмамицин)
Макролиды	<i>Макролиды:</i> эритромицин, эрициклин, азитромицин, хемомицин, сумамед, кларитромицин, олеандомицин, олететрин (тетраолеан), ровамицин, рулид, рокситромицин, спирамицин, мидекамицин, джозамицин, клацид, фроминед
Линкозамиды	<i>Линкозамиды:</i> линкомицин (линкоцил, нелорен), клиндамицин, (далацин С, климицин)
Левомецетин	Левомецетин (хлороцид, хлорамфеникол), левовинизоль, олазол, левомеколь, кортикомицетин, левосин, фулевид, ируксол, синтомицин
Производные 8-оксихинолона	Энтеросептол, мексаза, мексаформ, интестопан, синалар С, нитроксилин
Фторхинолоны	<i>Фторхинолоны:</i> а) пefлоксацин (абактал), офлоксацин (таривид, заноцин), ципрофлоксацин (ципробай, квинтор, ципринол), норфлоксацин (нолицин), цифран, заноцин, ломефлоксацин (максавин), левофлоксацин (таваник, флороцид), моксифлоксацин (авелокс); б) наликсидиновая кислота (невиграмон, неграм), грамурин, палин
Производные нитрофурана	<i>Фурацилин</i> (нитрофуран) и его содержащие: фурапласт, фастин, фулевид, дифузоль, клефурин, альгипор, фуразолидон, фуразолин, фурадонин (нитрофурантоин), фурагин (солафур, фуразидин)
Сульфаниламиды	1. <i>Сульфаниламиды:</i> стрептоцид, сульфакварбамил (уросульфам), сульфадимезил (сульфазин), сульфометоксазол, сульфадиметоксин, сульфомонометоксин, сульфопиридазин, сульфодаксил, фталазол, сульфадиазин серебра (дермазин, сульфаргин, фламмазин, сульфаленкелфизин), сульфацил натрия, альбуцид), сульфатиазол (норсульфазол), салазосульфипиридин (салазопорин), сульгин и др. <i>Комбинированные сульфаниламидные препараты:</i> бисептол бактрим, биотрин, гросептол, ко-тримаксозол, септрин, сульфатримтримезол, антирима, дитрим, келфиприм, сульфатон, сульфаниламиды содержатся в ингалипте, мазях. 2. <i>Препараты сульфилмочевины антидиабетические:</i> бутамид, букарбан. 3. <i>Мочегонные:</i> фуросемид (акватрикс, лазикс, урид, фрусемид, фуросемикс), бринальдин, гипотиазид (гидрохлортиазид, апо-гидро, дисалунил), буметанид, индапамид, аценозин, бринердин, вискальдикс, кристенин, ксинамид (аквафор), норматенс (ареликс), клонамид. 4. <i>Новокаин</i> (см. ниже). 5. <i>Гистаглобулин.</i> 6. <i>Тиосульфат натрия.</i> 7. <i>ПАСК (парааминосалициловая кислота).</i> 8. <i>Фенотиазины:</i> нейролептики: аминазин (хлорпромазин, ларкактил), алимемазин (терален), диксиразин, левомепроиазин, метофеназат, оксомемазин, перициазин, перфеназин, пропазин, хлорперазин, тиопроперазин; антигистаминные препараты: прометазин — дипразин, пипольфен; красители: метиленовый синий, толуидиновый синий; антидепрессант: фтораизин; коронарорасширяющие препараты: нонахлазин, хлорацизин; антиаритмические: этаизин, этмозин (морицизин); противорвотные: тиэтилперазин (торекан)

Барбитураты	<i>Барбитураты:</i> барбамил, барбидол (венорол), барбитал-натрий, эстимал, фенобарбитал, циклобарбитал, гексенал, тиопентал натрий, фенобарбитал (люминал), этаминал натрий, а также препараты, содержащие их в своем составе
Витамин В₁	<i>Кокарбоксилаза</i> и все комплексные препараты, содержащие витамин В ₁
Йод	1. Йод и неорганические йодиды: КJ, NaJ, раствор Люголя, спиртовой раствор йода. 2. Йодосодержащие рентгеноконтрастные вещества: верографин, урографин, йодлипол и т.д. 3. Йодосодержащие препараты: антиструмин, тиреоидин. 4. Антисептики: йодоформ, йодинол, йодонат, йодовидон
Новокаин	1. Местные анестетики: новокаин (прокаин), дикаин, тетракаин (понтоскаин), хлорпрокаин (незакаин), кокаин, бутиламинобензоат (бутезин), бутетамин (монокаин), бутатаин (бутин), анестезин (бензокаин), беноксинат (дорзакаин), пропаракаин, а также содержащие их препараты: меновазин, сульфокамфокаин, геровитал, белластезин, альмагель А, ампровизоль, анестезол, гепариновая мазь. 2. Сульфаниламиды
Метил-ксантин	<i>Супрастин.</i> Трентал
Пипольфен	Аминозин, пропазин, метиленовый синий; антидепрессанты: фторацизин; коронарорасширяющие препараты: хлорацизин, нонахлазин
Питуцитрин	Окситоцин

просветительная работа среди пациентов об опасности самолечения. В условиях многопрофильной клиники необходимо в каждом процедурном кабинете, а также в кабинетах, где проводятся различные манипуляции, в том числе в рентгенологических отделениях, прививочных кабинетах, физиотерапевтических отделениях, иметь противошоковый набор, в который должны быть включены следующие лекарственные препараты [1]:

1. Раствор адреналина (эпинефрин) (0,1%, 1 мг/мл) в ампулах №10.
2. Раствор мезатона 1% в ампулах №5.
3. Раствор допамина 5 мл (200 мкг) в ампулах №5.
4. Раствор супрастина 2% в ампулах №10.
5. Раствор тавегила 0,1% в ампулах №10.
6. Раствор преднизолона (30 мг) в ампулах №10.
7. Раствор дексаметазона (4 мг) в ампулах №10.
8. Гидрокортизон гемисукцинат или солюкортеф 100 мг — №10 (для внутривенного введения).
9. Раствор эуфиллина 2,4% в ампулах №10.
10. Сальбутамол аэрозоль для ингаляции дозированный 100 мкг/доза №2.
11. Раствор строфантина-К 0,05% в ампулах №5.
12. Раствор кордиамина 25% в ампулах №5.
13. Раствор диазепама (реланиум, седуксен) 0,5% в ампулах №5.
14. Раствор глюкозы 40% в ампулах №20.
15. Раствор хлорида натрия 0,9% в ампулах №20.
16. Раствор глюкозы 5% — 250 мл (стерильно) №2.
17. Раствор хлорида натрия 0,9% — 400 мл №2.
18. Раствор атропина 0,1% в ампулах №5.
19. Спирт этиловый 70% — 100 мл.
20. Роторасширитель №1.
21. Языкодержатель №1.
22. Кислородная подушка №2.
23. Жгут №1.

24. Скальпель №1.
25. Шприцы одноразового пользования 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл и иглы к ним по 5 шт.
26. Внутривенный катетер или игла (калибром G 14—18; 2,2—1,2 мм) №5.
27. Система для внутривенных капельных инфузий №2.
28. Пузырь со льдом №1.
29. Перчатки медицинские одноразовые 2 пары.
30. Воздуховод.
31. Аппарат дыхательный ручной (тип Амбу).

Таким образом, актуальность проблемы анафилактического шока была и остается важной для врачей всех специальностей, особенно многопрофильной клиники, которая занимается неотложной помощью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергология: Федеральные клинические рекомендации / гл. ред. акад. РАН Р.М. Хаитов, проф. Н.И. Ильина. — М.: Фармус Принт Медиа, 2014. — С.35—46.
2. *Астафьева, Н.Г.* Анафилаксия: ключевые аспекты диагностики, лечение и профилактика в современных клинических руководствах / Н.Г. Астафьева, И.В. Гамова, Л.А. Горячина [и др.] // Фарматека. — 2013. — С.8—15.
3. *Березовская, З.Б.* Анафилактический шок у больных с лекарственной аллергией / З.Б. Березовская, И.И. Мишук, И.Г. Слепова, О.Л. Карасик // Врачебное дело. — 1991. — № 3. — С.4—8.
4. *Дрынов, Г.И.* Актуальные проблемы современной аллергологии / Г.И. Дрынов. — М.: ООО «Пробел-2000», 2003. — С.200—203.
5. Аллергология и иммунология: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2012. — 640 с.
6. *Лопатин-Брёмзен, А.С.* Лекарственный шок / А.С. Лопатин-Брёмзен. — М.: Медпрактика, 2000. — 196 с.
7. *Campbell, R.L.* Evaluation of National Institute of allergy and infectious Diseases/Food Allergy and Anaphylaxis Network criteria for the diagnosis of anaphylaxis in emergency department patients / R.L. Campbell, J.B. Hagan, V. Manivannan [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. — 2012. — Vol. 129. — P.748—752.

8. *Lieberman, P.* Epidemiology of anaphylaxis: findings of the American College of Allergy, Astma and Immunology Epidemiology of Anaphylaxis Working Group / P. Lieberman, C.A. Camargo, K. Bohlke [et al.] // *Ann. Allergy Astma Immunol.* — 2006. — Vol. 97(5). — P.596—602.
9. *Simons, F.* Pharmacologic treatment of anaphylaxis: can the evidence base be strengthened? / F. Simons, R. Estelle // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* — 2010. — Vol. 10(4) — P.384—393.
4. *Drynov, G.I.* Aktual'nye problemy sovremennoi allergologii [Actual problems of modern allergy] / G.I. Drynov. — M.: ООО «Probel-2000», 2003. — S.200—203.
5. *Allergologiya i immunologiya: Nacional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie* [Allergology and immunology. National guidance. Brief edition] / pod red. R.M. Haitova, N.I. Il'inoi. — M.: GEOTAR-Media, 2012. — 640 s.
6. *Lopatin-Bryomzen, A.S.* Lekarstvennyi shok [The drug shock] / A.S. Lopatin-Bryomzen. — M.: Medpraktika, 2000. — 196 s.
7. *Campbell, R.L.* Evaluation of National Institute of allergy and infectious Diseases/Food Allergy and Anaphylaxis Network criteria for the diagnosis of anaphylaxis in emergency department patients / R.L. Campbell, J.B. Hagan, V. Manivannan [et al.] // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2012. — Vol. 129. — P.748—752.
8. *Lieberman, P.* Epidemiology of anaphylaxis: findings of the American College of Allergy, Astma and Immunology Epidemiology of Anaphylaxis Working Group / P. Lieberman, C.A. Camargo, K. Bohlke [et al.] // *Ann. Allergy Astma Immunol.* — 2006. — Vol. 97(5). — P.596—602.
9. *Simons, F.* Pharmacologic treatment of anaphylaxis: can the evidence base be strengthened? / F. Simons, R. Estelle // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* — 2010. — Vol. 10(4) — P.384—393.

REFERENCES

1. *Allergologiya: Federal'nye klinicheskie rekomendacii* [Allergology. Federal clinical recommendations] / gl. red. akad. RAN R.M. Haitov, prof. N.I. Il'ina. — M.: Farmus Print Media, 2014. — S.35—46.
2. *Astaf'eva, N.G.* Anafilaksiya: klyuchevye aspekty diagnostiki, lechenie i profilaktika v sovremennykh klinicheskikh rukovodstvakh [Anaphylaxis: key aspects of diagnosis, treatment and prevention in the current clinical guidelines] / N.G. Astaf'eva, I.V. Gamova, L.A. Goryachkina [i dr.] // *Farmateka.* — 2013. — S.8—15.
3. *Berezovskaya, Z.B.* Anafilakticheskii shok u bol'nyh s lekarstvennoi allergiei [Anaphylactic shock in patients with drug allergies] / Z.B. Berezovskaya, I.I. Mishuk, I.G. Slepova, O.L. Karasik // *Vrachebnoe delo.* — 1991. — № 3. — S.4—8.

© А.К. Сабирова, Д.А. Бирюков, 2014

УДК 616.321-008.17-072.1:616.831-005-036.11

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОРИИТ № 2 ГАУЗ ГКБ № 7 С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

АЙГЮЛЬ КАМИЛЬЕНА САБИРОВА, врач-невролог неврологического отделения для больных с ОНМК

ГАУЗ ГКБ № 7 г. Казани, тел. +7-937-610-56-34, e-mail: frey5@yandex.ru

ДМИТРИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ БИРЮКОВ, врач-эндоскопист эндоскопического отделения ГАУЗ ГКБ № 7

г. Казани, тел. +7-919-688-82-83

Реферат. Цель данной статьи — показать роль эндоскопического метода оценки глотания в определении способов энтерального питания. В статье освещен эпизод внедрения в практику эндоскопических методов оценки нарушений глотания у больных с ОНМК, позволяющих более точно оценить данную патологию. *Материал и методы.* Данные медицинских карт стационарных больных, материалы годовых отчетов. *Результаты.* Мы попытались провести сравнительный анализ клинического метода и метода эндоскопической оценки нарушений глотания, их влияние на частоту развития такого осложнения, как аспирационная пневмония. При анализе результатов инструментального метода оценки глотания выявлено, что 9,7% из пациентов ОРИИТ №2 ГАУЗ ГКБ №7 нуждается в энтеральном питании через зонд или гастростому. Выявление степени дисфагии как наличия показаний для постановки зонда или гастростомы способствовало снижению аспирации и дальнейших осложнений, в частности аспирационной пневмонии у больных с ОНМК, что может привести к снижению смертности больных с ОНМК.

Ключевые слова: нарушение глотания, метод оценки глотания, аспирационная пневмония.

PATIENTS WITH SWALLOWING DISFUNCTIONS IN ICU № 2 OF CITY CLINICAL HOSPITAL № 7. DIAGNOSTIC ASPECTS

AIGYUL K. SABIROVA, neurologist of Department neurology for patients with stroke of City Clinical Hospital №7, Kazan, tel. +7-937-610-56-34, e-mail: frey5@yandex.ru

DMITRII A. BIRYUKOV, endoscopist of department of endoscopy of City Clinical Hospital № 7, tel. +7-919-688-82-83

Abstract. *Aim.* To show the role of endoscopic method of swallowing detection in determining the methods of enteral nutrition. The article describes the episode introduction in practice of endoscopic method of swallowing detection in patients with stroke, that helps in evaluation of this pathology. *Methods.* The data of medical records of hospital patients, yearly accounts. *Results.* We have tried to make a comparative analysis of the clinical method and the method of endoscopic detection of swallowing disorders, their impact on the incidence of complications such as aspiration pneumonia. Analyzing the results of the instrumental method of swallowing detection revealed that 9,7% of patients ICU №2 of City Clinical Hospital №7 needs in enteral feeding tube or gastrostomy. Identification of dysphagia as having