СРС
«Лечение анафилактичекого шока»

Подготовила:Курмангалиева У.,
785ВБ

* **Анафилактический шок (АШ)** – острая системная аллергическая реакция на повторный контакт с аллергеном, угрожающая жизни и сопровождающаяся выраженными гемодинамическими нарушениями, а также нарушениями функций других органов и систем

* **Цели лечения:**
* • восстановление функции всех жизненно важных систем и органов.

Тактика лечения

Немедикаментозное лечение [1,2]:

• Прекратить поступление аллергена в организм (остановить введение лекарственного средства, удалить жало насекомого и т. д.).

• Уложить больного с приподнятым ножным концом, обеспечить проходимость верхних дыхательных путей и доступ кислорода.

• Выше места введения медикамента или ужаления по возможности наложить жгут.

• Обеспечить поступление к больному свежего воздуха или ингалировать кислород (по показаниям). Кислород поступает через маску, носовой катетер или через воздуховодную трубку, которую устанавливают при сохранении спонтанного дыхания и отсутствии сознания.

• Сохранить или обеспечить венозный доступ.

* • Мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений. При отсутствии возможности подсоединить монитор измерять АД, пульс вручную каждые 2-5 минут, контролировать уровень оксигенации.
* • Обязательно ведение письменного протокола по оказанию первой медицинской помощи при АШ.
* • Необходимо быть всегда готовым к проведению сердечно-легочной реанимации. При остановке дыхания и кровообращения проводить наружный массаж сердца, прием Сафара (в положении пациента лежа на спине разгибают голову больному, выводят вперед и вверх нижнюю челюсть, приоткрывают рот) и ИВЛ.
* • Взрослым компрессию грудной клетки (непрямой массаж сердца) проводить с частотой 100 в минуту на глубину 1/3 толщины грудной клетки; детям – 100 в минуту на глубину 4-5 см (младенцам 4 см). Соотношение вдохов с компрессией грудной клетки – 2:30.
* • У больных с нарушением проходимости дыхательных путей вследствие отека глотки и гортани необходимо интубировать трахею. В случаях невозможности или затруднений при интубации необходимо выполнить коникотомию (экстренное рассечение мембраны между щитовидным и перстневидным хрящами). После восстановления проходимости дыхательных путей необходимо обеспечить дыхание чистым кислородом. Перевод больных на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) показан при отеке гортани и трахеи, некупируемой гипотонии, нарушении сознания, стойком бронхоспазме с развитием дыхательной недостаточности, не купирующемся отеке легких.
* • Срочно вызвать реанимационную бригаду или скорую медицинскую помощь (если помощь пострадавшему оказывается вне медицинского учреждения). Транспортировать больного в отделение реанимации.

* **Медикаментозное лечение** [1,2]

Применение адрено-допаминостимуляторов:
чем короче период развития выраженной гипотонии, дыхательной и сердечной недостаточности от начала введения (или поступления в организм) аллергена, тем менее благоприятен прогноз лечения;

* • **раствор адреналина гидрохлорида 0,1%** (является препаратом выбора);

* • **раствора эпинефрина 0,1%:**

* в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра, 0,3-0,5 мл (0,01 мл/кг веса, максимум – 0,5 мл) (В), при необходимости введение эпинефрина можно повторить через 5-15 минут;

при неэффективности проводимой терапии:
- в/в струйно, дробно, в течение 5-10 минут: 1 мл 0,1% раствора разводят в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия);
- и/или в/в капельное с начальной скоростью введения 30-100 мл/час (5-15 мкг/мин), титруя дозу в зависимости от клинического ответа или побочных эффектов эпинефрина: 0,1% - 1 мл в 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия.

* **при отсутствии периферических венозных доступов:**
- эндотрахеально через интубированную трубку;
- в бедренную вену или другие центральные вены.

Введение прессорных аминов с целью повышения АД (в/в капельно):

* • **норэпинефрин**, 2-4 мг (1-2 мл 0,2% раствора), разведя в 500 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия, со скоростью инфузии 4-8 мкг/мин до стабилизации АД.

*

• **Допамин** (в/в капельно):

* - 400 мг растворяют в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы с начальной скоростью введения 2-20 мкг/кг/мин, титруя дозу, чтобы систолическое давление было более 90 мм рт.ст.;
- при тяжелом течении анафилаксии доза может быть увеличена до 50 мкг/кг/мин и более;
- суточная доза 400-800 мг (максимальная - 1500 мг).

При стабилизации гемодинамических показателей рекомендовано постепенное снижение дозы.
Длительность введения прессорных аминов определяется гемодинамическими показателями.
Подбор препарата, скорости его введения осуществляется в каждой конкретной ситуации индивидуально.
Отмена адреномиметиков производится после стойкой стабилизации АД.

Инфузионная терапия в/в капельное (струйное) введение плазмозамещающих препаратов:

* • раствор натрия хлорида 0,9% (или другие изотонические растворы), 1-2 литра (5-10 мл/кг впервые 5-10 минут).

* **Гормональная терапия**:
в начальной дозе:
* • дексаметазон 8-32 мг в/в капельно;
или
* • преднизолон 90-120 мг в/в струйно;
или
* • метилпреднизолон 50-120 мг в/в струйно;
или
* • бетаметазон 8-32 мг в/в капельно;
*

Длительность и доза ГКС подбирается индивидуально в зависимости от тяжести клинических проявлений. Пульс-терапия ГКС не целесообразна.

Противоаллергическая терапия:
Применение блокаторов Н1-гистаминовых рецепторов возможно только на фоне полной стабилизации гемодинамики и при наличии показаний.

Препараты выбора:
* • клемастин 0,1%-2 мл (2 мг), внутривенно или внутримышечно;
или
* • хлоропирамина гидрохлорид 0,2%, внутривенно или внутримышечно1-2 мл;
или
* • дифенгидрамин 25-50 мг, при внутримышечном введении разовая доза составляет 10-50 мг (1-5 мл), максимальная разовая доза – 50 мг (5 мл), высшая суточная доза – 150 мг (15 мл). в/в препарат вводить капельно в дозе 20-50 мг (2-5 мл) в 100 мл 0,9 % раствора натрия хлорида.
*

Применение бронходилятаторов:
При сохраняющемся бронхообструктивном синдроме несмотря на введение эпинефрина:
* • аминофиллин
* - внутривенно струйно медленно 5-6 мг/кг 2,4% раствора в течение 20 мин;
- внутривенно капельно 0,2-0,9 мг/кг в час (до устранения брохоспазма).

Ингаляционная терапия:
* • раствор сальбутамола 2,5 мг/2,5 мл (через небулайзер);
* • увлажненный кислород (под контролем SpO2).

* **Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:** помощь оказывается как можно быстрее, не дожидаясь бригады скорой неотложной помощи, аллергологов, реаниматологов. В связи с этим перечень основных и дополнительных лекарственных средств на всех этапах оказания медицинской помощи равнозначен. Возможно применение других препаратов или методов лечения в зависимости от ситуации, клинического варианта и осложнений.