

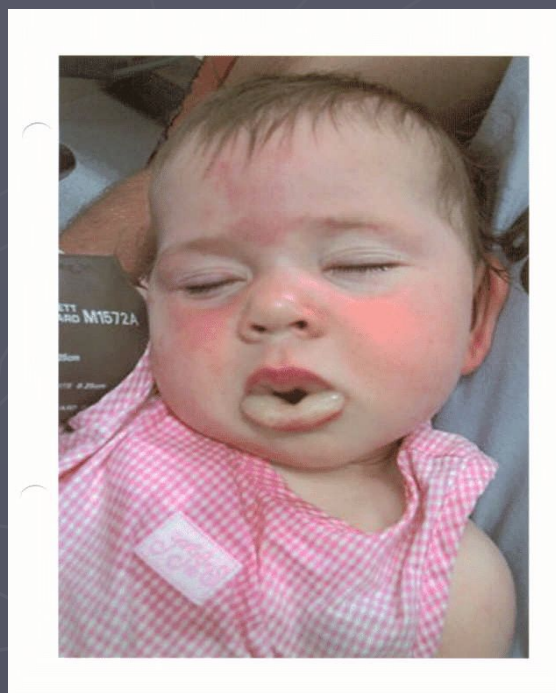
СВЛ

тема занятия «Анафилактический шок»



- ▶ **К мальчику 3-х лет на дом вызвана бригада — Скорой помощи||. Около 20 минут назад** появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, полиморфную сыпь по всему телу с зудом. На момент осмотра ребенок заторможен. На коже лица, туловища, конечностей уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный, липкий пот. Затруднен выдох. Частота дыхания -56 в 1 мин.

Ваше мнение по объективным данным?



➤ Анамнез заболевания:

Установлено, что за 30 минут до прибытия

➤ бригады скорой помощи больному по поводу двусторонней мелкоочаговой пневмонии была сделана **первая инъекция 0,5 ампициллина внутримышечно**

➤ **Какие еще вопросы у вас есть?**



Аллергоанамнез

- ▶ состоит на учете по поводу атопического дерматита с 1 года, когда была переведена с грудного вскармливания на обычное.
- ▶ Отмечались аллергические реакция на шоколад, яйца, цитрусовые, 2-х В возрасте лет при лечении ампициллином по поводу
- ▶ острого гнойного отита была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи.
- ▶ Семейный анамнез, поллиноз у отца.

▶ **При объективном обследовании:**

▶ Тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум над верхушкой. В легких на фоне умеренного тимпанита жесткое дыхание, прослушиваются жужжащие сухие хрипы.

▶ Обнаружено вздутие живота. Уже при поверхностной пальпации на лице появилась страдальческая гримаса, особенно на участках толстой кишки. Перкуторный тон при перкуссии живота был тимпанический. Зона печеночной тупости сохранена. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

- ▶ **Ваш предварительный диагноз?**
- ▶ **Если это шок, то чем обусловлен абдоминальный синдром?**
- ▶ **Не перитонит ли это?**
- ▶ **Ваши варианты рассуждения**

**Определите тяжесть анафилактического шока, у
больного в зависимости от времени продромального
периода, скорости развития клинических
проявлений.**



Был введен адреналин, кордиамин, готовится капельница с норадреналином и преднизолоном.

В результате проводимой противоаллергической терапии пациент начал выходить из шока: удалось ликвидировать коллапс, пальпируется пульс, определяется артериальное давление.

Что является ведущим в развитии шока?

- ▶ После перенесенного анафилактического шока больной вполне активен. Бледности нет. Лицо слегка одутловатое, розовое, на шее красноватые пятна, не возвышающиеся над кожей. Язык еще отечен, с отпечатками зубов. На боковых поверхностях туловища крупные зудящие высыпания в виде крапивницы. Периферические лимфоузлы с горошину.
- ▶ Пульс ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, АД-100/70 мм.рт.ст., тоны сердца довольно ясные. Дыхание глубокое, ровное. Перкуторно нет тимпанического оттенка звука. **Подтверждением чего является этот симптом?** При аускультации – везикулярное дыхание.
- ▶ Живот еще слегка вздут, участки поперечной толстой кишки чувствительны, урчание в области слепой кишки.

- ▶ **Диагноз анафилактического шока основан на клинико-anamнестических данных**
- ▶ **Нужны ли дополнительные доказательства диагностики?**



- ▶ **ОАК при поступлении реанимационное отделение— Нв - 130 г/л, лейкоцитов- $8,1 \times 10^6$ /л, б-1%, Э-8%, нейт-в-64%, лф-24%, м-6%, СОЭ-16 мм/час.**
- ▶ **В моче – единичные эритроциты, белок-0,033. Гистаминемия-гистамин в крови 140 мкг/л.**
- ▶ **Реакция лейкоцитолиза (РЛЛ) на ампициллин– 25% (резко-положительный), цитрусовых 18%**

- ▶ **Каков механизм повышенного выделения гистамина?**
- ▶ **Какие клинические проявления обусловлены гистамином?**
- ▶ **Доказательством чего является положительные реакции в РЛЛ на пищевые продукты в качестве антигена?**

Алгоритм лечения анафилактического шока

I. Немедикаментозное лечение

1. Прекратить введение лекарственного препарата. Место введения обколоть 0,1% р-ром адреналина (0,3-0,4 мл адреналина +4-5 мл физ р-ра).
2. Оценить тяжесть состояния больного (уровень сознания, окраску кожных покровов, характер дыхания, пульса) в течении 5 секунд
3. Уложить больного в положение Тренделенбурга (с приподнятым ножным концом, повернуть голову набок, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения асфиксии, западения языка и предотвращения аспирации рвотными массами)
4. Обеспечить венозный доступ, при его отсутствии препараты вводить подкожно.
5. Обеспечить проходимость дыхательных путей. При отеке гортани – интубировать трахею.



II Медикаментозное лечение

1. Введение 0,2-0,3 мл 0,1% адреналина п/к, куда угодно, мониторинг АД. При отсутствии эффекта повторять каждые 10-15 минут, до 2 мл.

2. Как только определяется АД (80/60 мм.рт.ст) заправляем капельницу с 100 мл физ р-ра или 5% глюкозы + 0.5 мл адреналина или норадреналина. При отсутствии капельницы, а состояние плохое - адреналин вводится в/в струйно в 20,0 мл 40% р-ра глюкозы.

3. В/в инфузия 200-400 мл Полиглюкина. При отсутствии стабилизации гемодинамики в первые 10 минут в зависимости от тяжести шока повторно вводить коллоидный раствор (Рефортан, Стабизол) – (принято в условиях реанимационного отделения)

