



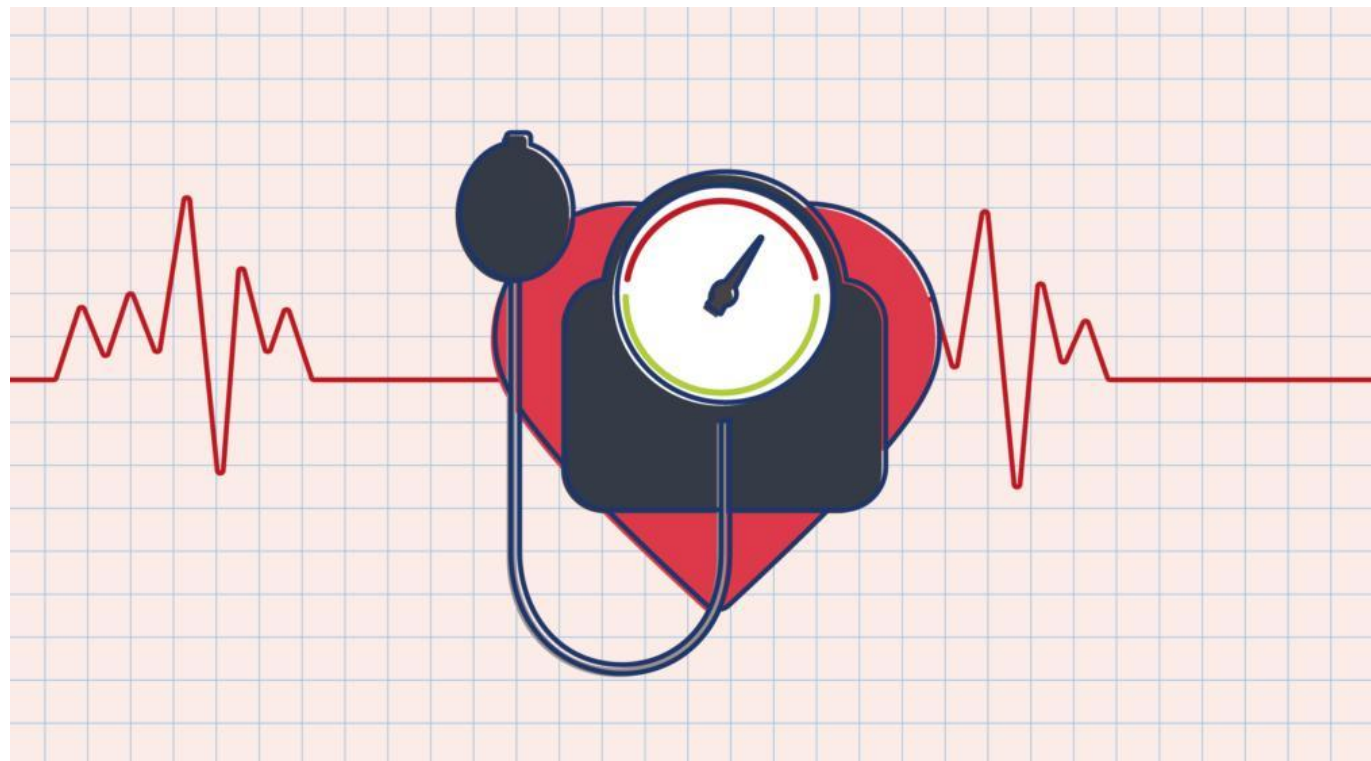
АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК И АНАФИЛАКСИЯ

Анафилактический шок (АШ) – острая недостаточность кровообращения в результате анафилаксии, проявляющаяся снижением систолического артериального давления ниже 90 мм рт.ст или на 30% от рабочего уровня и приводящая к гипоксии жизненно важных органов.

Анафилаксия – это тяжелая, угрожающая жизни, генерализованная или системная реакция гиперчувствительности, которая развивается быстро и может привести к смерти.

Без выраженных гемодинамических нарушений диагноз шока неправомерен: например, жизнеугрожающий бронхоспазм в сочетании с крапивницей – анафилаксия, но не АШ.



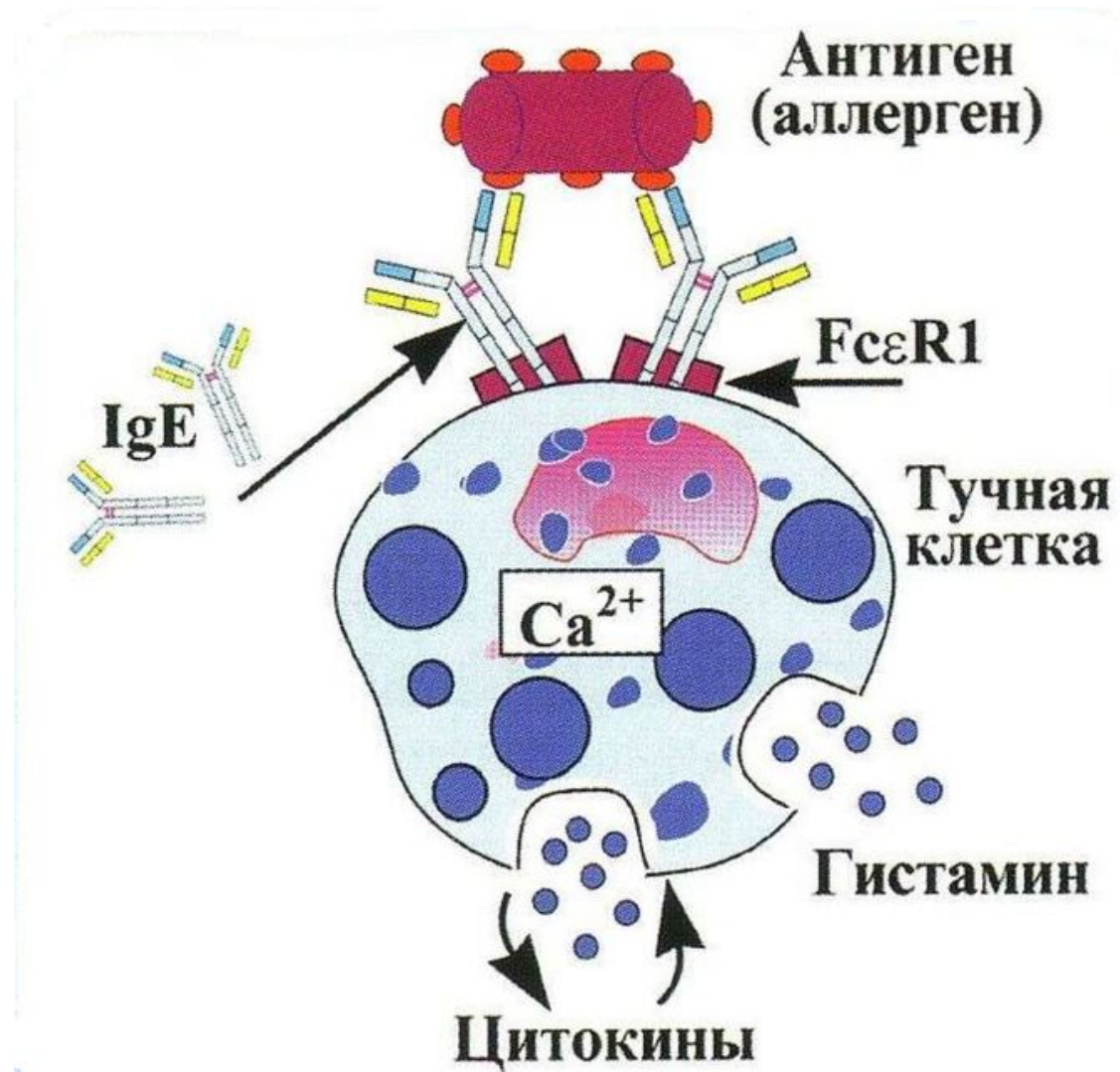
ЭТИОЛОГИЯ

- ❖ медицинские препараты(антибиотики, НПВС и др.)
- ❖ пищевые продукты
- ❖ яд перепончатокрылых насекомых

Возможно развитие жизнеугрожающей анафилаксии на яды других животных, например, змей

ПАТОГЕНЕ

3



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина довольно вариабельна. К наиболее частым проявлениям анафилактического шока следует отнести острый бронхоспазм и тяжелую гипотонию. Время развития анафилактического шока колеблется от нескольких секунд до получаса, и чем быстрее развивается анафилактический шок, тем не благоприятнее его исход.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Первыми симптомами начинающегося анафилактического шока являются беспокойство, чувство страха, пульсирующая головная боль, головокружение, шум в ушах, холодный пот. В некоторых случаях предвестником развивающегося анафилактического шока может быть резко выраженный кожный зуд с последующим очень быстрым появлением высыпаний и отека типа Квинке. Нередко отмечается одышка, чувство стеснения в груди, кашель, что является следствием либо бронхоспазма, а также симптомы нарушения функции желудочно-кишечного тракта в виде приступообразных болей в животе, тошноты, рвоты, поноса. Возможны мидриаз, пена изо рта, судороги, непроизвольные дефекация и мочеиспускание, кровянистые выделения из влагалища.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При обследовании больного выявляется бледность кожи и слизистых оболочек, нередко с цианотическим оттенком (в результате острой легочной недостаточности). Кроме того, могут быть обнаружены аллергические отеки различных частей тела, а также крапивница. В легких отмечается коробочный перкуторный звук и прослушивается жесткое дыхание с сухими хрипами. Тоны сердца глухие. Вследствие гипертензии малого круга кровообращения может появиться акцент II тона на легочной артерии. Параллельно снижению артериального давления изменяется и характер пульса: от редкого и хорошего наполнения до частого и нитевидного.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Особенно тяжело протекает анафилактический шок с потерей сознания. Больной может погибнуть в одних случаях в течение 5—30 минут при явлениях асфиксии, в других — через 24—48 часов и более в связи с тяжелыми необратимыми изменениями в жизненно важных органах. Иногда летальный исход может наступать и значительно позже (даже через 12 дней).

Поэтому больные, перенесшие анафилактический шок, должны в течение, по крайней мере, 12 дней находиться в стационаре.

ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ
В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ?



Всем пациентам с АШ нужно как можно быстрее в/м ввести эпинефрин

Идеальным местом введения считается **переднебоковая поверхность верхней трети бедра**, при необходимости – через одежду



введение эпинефрина проводится из расчета 0,01 мг/кг, максимальная разовая доза для взрослого пациента составляет 0,5 мг.

Т.е. не более половины ампулы!!!



ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ НЕ ПОМОГЛО?

ввести эпинефрин в/в в разведении 1:10000, вводить медленно в течение 5 минут

1 мл эпинефрина на **9 мл натрия хлорида**
0,9%



ЕСЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ
ВЕНОЗНЫЙ ДОСТУП ИМЕЕТСЯ -
ЕГО НЕОБХОДИМО СОХРАНИТЬ,
ЕСЛИ НЕТ - ТО КАК МОЖНО
БЫСТРЕЕ ВЫПОЛНИТЬ

ЭТУ ОБУСЛОВЛЕНО ТЕМ, ЧТО УЖЕ В ПЕРВЫЕ МИНУТЫ ОТ
НАЧАЛА ПРИСТУПА ПРОИСХОДИТ ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ
КРОВООБРАЩЕНИЯ И В ДАЛЬНЕЙШЕМ УСТАНОВИТЬ
ПЕРИФЕРИЧЕСКИ ВОЗМОЖНО



ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА

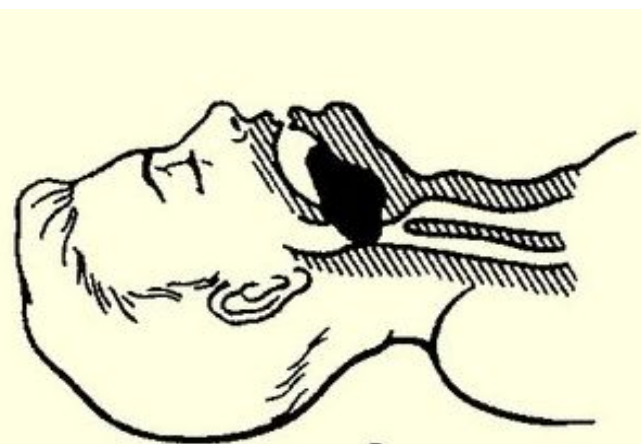
❖ всех пациентов с АШ необходимо уложить в положение на спине

нельзя поднимать пациента или переводить его в положение сидя, так как это в течение нескольких секунд может привести к фатальному исходу

❖ приподнять нижние конечности (для увеличения венозного возврата к сердцу)

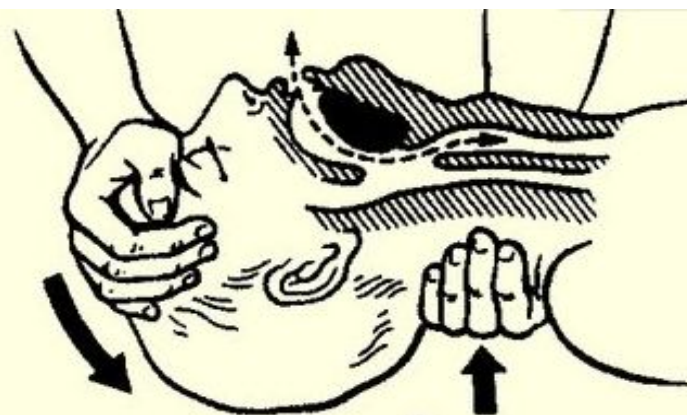
❖ В случае, если пациент без сознания, провести прием Сафара для обеспечения проходимости дыхательных путей

ПРИЕМ САФАРА



а

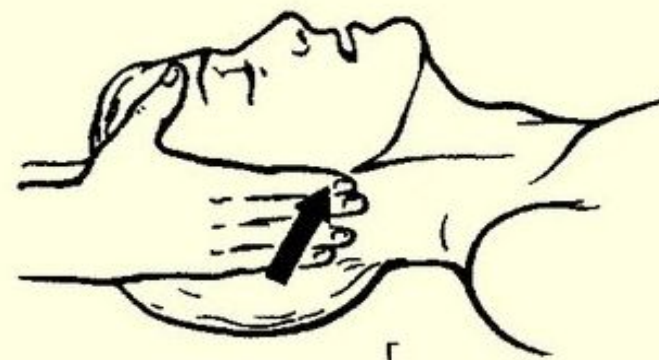
а – западение языка
б – разгибание головы



б



в



г

в – выдвигание нижней челюсти
г – открывание рта

ВТОРИЧНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

- ❖ Инфузионная терапия
- ❖ Введение ГКС
- ❖ Введение блокаторов H₁-гистаминовых рецепторов
- ❖ Применение β₂ адреномиметиков

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

Применяется 0,9%
раствор натрия
хлорида 1 000 мл

при наличии в
анамнезе сердечной
недостаточности – не
более 250 мл за 5–10
МИН



ВВЕДЕНИЕ ГКС

Нужно выбрать один из вариантов:

- ❖ Дексаметазон 8-32 мг в/в капельно
- ❖ Преднизолон 90-120 мг в/в струйно,
- ❖ Метилпреднизолон 50-120 мг в/в струйс

ГКС

ВВЕДЕНИЕ БЛОКАТОРОВ H1-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ

Рекомендуется пациенту с АШ **после стабилизации АД**, если есть проявления со стороны кожи и слизистых, ввести блокаторы H1-гистаминовых рецепторов для уменьшения проницаемости капилляров, отека тканей, зуда и гиперемии.

Наиболее распространенным вариантом считается введение 2-5 мл 1% раствора димедрола(20-50 мг)

ПРИМЕНЕНИЕ β_2 АДРЕНОМИМЕТИКА

при сохраняющемся бронхоспазме, несмотря на введение эпинефрина, можно применить селективный β_2 адреномиметик

через небулайзер раствор сальбутамола 2,5 мг/2,5 мл



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

