

«Анафилактический ШОК»



Содержан

1. Что такое анафилактический шок
2. Этиология
3. Клиническая картина
4. Диагностика
5. Лечение (НП)

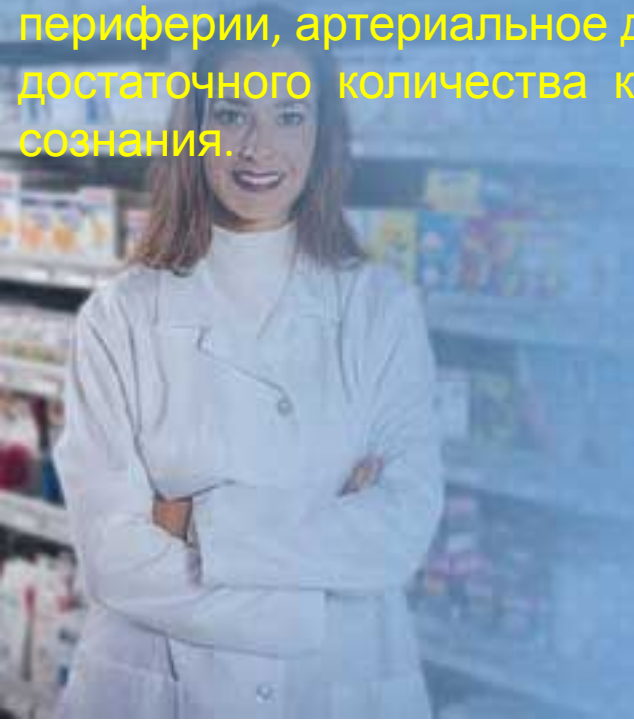


1. Что такое анафилактический

шок?

Анафилактический шок - это тяжелое, угрожающее жизни больного патологическое состояние, развивающееся при контакте организма с некоторыми чужеродными веществами (антигенами).

Анафилактический шок относится к аллергическим реакциям немедленного типа, при которых соединение антигена с антителами вызывает выброс в кровеносное русло ряда биологически активных веществ (гистамин, серотонин, брадикинин). Эти вещества обуславливают повышение проницаемости кровеносных сосудов, нарушение циркуляции крови в мелких кровеносных сосудах, спазм мышц внутренних органов и целый ряд других нарушений. Кровь скапливается на периферии, артериальное давление падает, внутренние органы и мозг не получают достаточного количества кислорода, что и является основной причиной потери сознания.



2.



Этиология

Причины возникновения Анафилактический шок может развиваться при введении в организм лекарственных препаратов, применении методов специфической диагностики. В очень редких случаях шоковое состояние может развиваться как проявление пищевой аллергии или как реакция на укусы насекомых. Что касается лекарственных препаратов, то почти любой из них может сенсibilизировать организм и вызвать анафилактический шок. Наиболее часто такая реакция появляется на антибиотики, особенно пенициллин. Разрешающая доза препарата, вызывающая анафилактический шок, может быть очень мала.



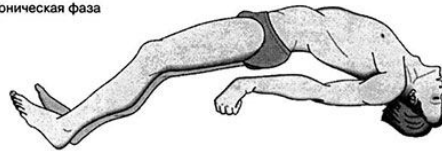
3. Клиническая картина

Клиническая картина анафилактического шока характеризуется быстрой развитием симптомов, которые появляются уже через несколько секунд или минут после контакта с аллергеном.

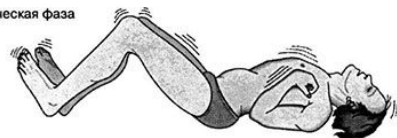
- угнетение сознания;
- падение артериального давления;
- судороги;
- непроизвольное мочеиспускание.



Тоническая фаза



Клоническая фаза



У большинства пациентов заболевание начинается с появления чувства жара, гиперемии кожи, страха смерти, головной боли, боли за грудиной. Артериальное давление резко падает, пульс становится нитевидным.

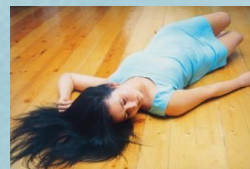


Возможны варианты анафилактического шока с преимущественным поражением:

- кожных покровов с нарастающим кожным зудом, гиперемией, появлением распространённой крапивницы и отёков Квинке



- нервной системы (церебральный вариант) с развитием сильной головной боли, появлением тошноты, повышенной тактильной чувствительности, судорог с непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией, потерей сознания



- органов дыхания (астматический вариант) с доминирующим удушьем вследствие отёка слизистой оболочки и спазма гладкой мускулатуры верхних дыхательных путей



- сердца (кардиогенный) с развитием картины острого миокардита или инфаркта миокарда.



4.



Диагностика

В настоящее время медицинские исследования не имеют возможности заранее предсказать возможность проявления анафилактической реакции, если она ещё ни разу не возникала. В группу риска входят все, страдающие аллергиями. Сам диагноз ставится уже позднее: либо во время самой реакции по симптомам и скорости их развития, либо после купирования. Из-за огромной опасности промедления, ведущего к летальному исходу, не представляется возможным подробное изучение каждого из характерных признаков анафилаксии. Быстрота, с которой ухудшается состояние здоровья, требует скорейшего лечения.

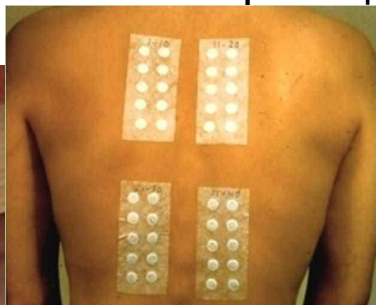
Обнаружение аллергена, спровоцировавшего такую реакцию организма, является важным этапом, следующим за лечением анафилаксии.

Если прежде вы не сталкивались с аллергиями, то для вас должны быть проведены все необходимые специфические исследования, которые уточняют диагноз аллергии в целом и причину анафилактической реакции в частности:

- Кожные пробы
- Накожные или аппликационные пробы (Patch-тест)
- Забор крови для анализа на IgE
- Провокационные пробы

Цель лабораторных тестов – точно выявить аллерген, приводящий к данной реакции. Для обеспечения безопасности при чрезмерно сильном ответе организма, изучение должно проводиться максимально осторожно.

RAST (радиоаллергенсорбентный тест) считается самым безопасным исследованием. Этот радиоиммунологический метод позволяет наиболее точно вычислить виновника анафилаксии, не вмешиваясь в деятельность организма пациента. Для его проведения анализируется взаимодействие крови пострадавшего с последовательно добавляемыми к ней аллергенами. Выделение значительного количества антител после очередного внедрения, свидетельствует об обнаружении аллергена, вызвавшего реакцию.



5.

Лечение (НП)

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

Прекращение поступления аллергена



- наложение жгута выше места инъекции на 25 мин. (каждые 10 мин. Ослаблять жгут на 1-2 мин.)
- к месту инъекции приложить лёд или грелку с холодной водой на 15 мин.
- обкалывание в 5-6 точках и инфильтрация места укуса или инъекции адреналина 0,1% - 0,3 - 0,5 мл. с 4-5 мл. физиологического раствора.

Противошоковые мероприятия



- больного уложить (голова ниже ног), повернуть голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть, снять съёмные зубные протезы;
- обеспечить в/в доступ и начать болюсное переливание жидкостей (физиологический раствор взрослым > 1л, детям из расчёта 20 мл./кг. массы тела)

Противоаллергическая терапия




- адреналин 0,1% - 0,1-0,5 мл. в/м, при необходимости повторить инъекции через 5-20 мин.
- глюкокортикостероиды в/в струйно (преднизолон 60-150 мг.)



Симптоматическая терапия

- при сохраняющейся гипотонии только после восполнения ОЦК – вазопрессорные амины (допамин 400 мг. на 500 мл. 5% глюкозы);
- при бронхоспазме ингаляции В2 – агонистов короткого действия, предпочтительно через небулайзер, (2 мл. / 2,5 мг. сальбутамола или беродуала)
- при брадикардии возможно подкожное введение атропина в дозе 0,3-0,5 мг.



 **Готовность к интубации и срочная госпитализация в реанимационное отделение**

