

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького
Кафедра внутренних болезней № 3
Зав. кафедрой: проф., д.мед.н. Ватутин Н.Т.

Анафилактический шок



Докладчик: асс. кафедры внутренних
болезней № 3 Харченко А.В.

Определение.

Анафилаксия – тяжелая, угрожающая жизни системная или генерализованная реакция гиперчувствительности.

Анафилактический шок (АШ) является наиболее тяжелым проявлением анафилаксии; характеризуется выраженными нарушениями гемодинамики (снижение АД с ниже 90 мм рт.ст. или на 30% от исходного уровня по данным международных рекомендаций WAO, EAACI), которые приводят к недостаточности кровообращения и гипоксии всех жизненно-важных органов.

Эпидемиология АШ.

По данным зарубежных ученых, частота встречаемости анафилаксии в общей популяции варьирует в широких пределах 1,5-7,9 на 100000 населения в год

Систематизированные данные по частоте встречаемости анафилаксии и АШ в РФ в настоящее время не представлены.

При этом смертность от анафилаксии составляет до 0,0001%, а летальность – до 1%.

Wood R, Camargo C, Lieberman P et al. Anaphylaxis in America: The prevalence and characteristics of anaphylaxis in the United States. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*.

Panesar S, Javad S, de Silva D et al. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. *Allergy*.

Этиология АШ.

Аллергическая:

- Лекарственные средства (антибиотики, миорелаксанты, цитостатики, барбитураты, опиаты, местные анестетики)
- Пищевые аллергены (чаще всего рыба, морепродукты, арахис, цитрусовые, белок животного происхождения)
- Яды насекомых (осы, пчелы) – инсектная аллергия
- Парентерально применяемые белки (компоненты и препараты крови, гормоны (например инсулин), ферменты (например стрептокиназа), сыворотки, препараты аллергенов, применяемые для диагностики *in vivo* и для иммунотерапии.

Этиология АШ.

Неаллергическая (вызывают анафилактоидную реакцию):

- Коллоидные растворы: декстран (полиглюкин, реополиглюкин), ГЭК (гидроксиэтилкрахмал), желатин (гелофузин) и гипертонические растворы (маннитол)
- Физическая нагрузка
- Рентгенконтрастные и галогенсодержащие вещества
- Гиперчувствительность к препаратам ацетилсалициловой кислоты (АСК) и нестероидным противовоспалительным средствам (НПВС)

Анафилактический шок (АШ) относят к перераспределительным или дистрибутивным шокам (подтип гиповолемического шока): под действием медиаторов анафилаксии происходит резкая вазодилатация, повышение проницаемости эндотелия сосудов, миграция внутрисосудистой жидкости в межтканевое пространство, в результате уменьшается ОЦК – возникает состояние относительной гиповолемии.

Степени тяжести АШ.

Степень АШ	Кожные покровы	Дыхательная система	ЦНС	ЖКТ	Сердечно-сосудистая система
I	Внезапный генерализованный зуд, крапивница, ангиоотек	Ринорея/заложенность носовых ходов, зуд в горле или чувство удушья	Гипервозбудимость, тревога	Небольшой отек губ, тошнота, рвота, незначительные боли в животе	Тахикардия
II	Симптомы I степени + бледность/цианоз кожных покровов	Симптомы I степени + дисфагия, одышка, хрипы, дисфония, стридор, сухой надсадный кашель	Апатия, страх смерти, пресинкопе	Симптомы I степени + приступообразные боли в животе, диарея, многократная рвота	Симптомы I степени
III	Симптомы I степени + бледность/цианоз кожных покровов	Симптомы II степени + снижение сатурации < 90%, остановка дыхания	Синкопе	Симптомы II степени + непроизвольная дефекация	Симптомы II степени + гипотония, аритмии, выраженная брадикардия, асистолия.

Диагностика АШ.

Как правило, диагноз АШ устанавливается на основании клинической картины заболевания (острое начало характерных симптомов через минуты – часы после контакта с триггером) и обстоятельств, при которых возникла реакция (применение ЛС, употребление пищевого продукта, ужаление перепончатокрылым, и т.д.)

Диагностика АШ.

Всем пациентам с анафилаксией/АШ в обязательном порядке проводится мониторинг :

- АД
- ЧСС
- Частоты дыхательных движений
- SpO₂

Диагностика АШ.

1. При поступлении в организм вещества, в прошлом вызвавшим у больного анафилаксию :

Достоверный критерий – ↓АД ниже 90 мм рт.ст. или на 30% от исходного уровня, тахи- или брадикардия.

2. При поступлении в организм вещества, являющегося потенциальным аллергеном :

↓ АД ниже 90 мм рт.ст. или на 30% от исходного уровня, тахи- или брадикардия и генерализованная крапивница, зуд, эритема и/или отек губ, языка, небного язычка.

Дифференциальная диагностика

- Другие виды шока (кардиогенный, септический гиповолемический и др.);
- Другие острые состояния, сопровождающиеся артериальной гипотонией, нарушением дыхания и сознания: острая сердечная недостаточность, ИМ, синкопальные состояния, ТЭЛА, эпилепсия, солнечный и тепловой удары, гипогликемия, передозировка ЛС, аспирация и др.)
- Вазовагальные реакции;
- Психогенные реакции (истерия, панические атаки)

Неотложная помощь при АШ.

Медицинскую помощь в экстренной форме пациенту с анафилаксией следует начинать **НЕМЕДЛЕННО** при наличии **3-х признаков** :

- Внезапное, острое начало и быстрое прогрессирование симптомов
- Жизнеугрожающие нарушения со стороны дыхательных путей, дыхания и/или кровообращения
- Изменения со стороны кожных покровов* и/или слизистых оболочек (гиперемия, сыпь, ангиоотёк)

* Отсутствие кожных симптомов не исключает диагноз анафилактического шока !

Неотложная помощь при АШ (алгоритм действий).

1. Прекратить поступление аллергена в организм (прекратить в/в введение ЛС, при укусах насекомых в конечность – наложить венозный жгут выше места укуса)
2. Позвать на помощь (получить «вторую пару рук»), обеспечить наличие укладки для оказания экстренной медицинской помощи
3. При признаках снижения АД – уложить пациента, приподнять ноги.
4. Произвести полный осмотр пациента по алгоритму ABCDE

Неотложная помощь при АШ (алгоритм действий).

5. Вызвать скорую медицинскую помощь или реанимационную бригаду
6. Ввести ЛС первой линии – адреналин (эпинефрин)
7. Ввести ЛС и выполнить мероприятия второй и третьей линий
8. Постоянно контролировать жизненно важные показатели (дыхательные пути, дыхание, кровообращение).
9. Готовность к проведению СЛР

Препараты 1 линии при АШ.

Адреналин (эпинефрин) 0,1%
р-р ВНУТРИМЫШЕЧНО в
верхне-латеральную
поверхность бедра 0,5 мг.

При отсутствии ответа на
первую дозу **не менее чем
через 5 минут** в/м ввести
повторную дозу эпинефрина.



Препараты 1 линии при АШ.

При неэффективности трех болюсов адреналина, введенных в/в или в/м, начать инфузию эпинефрина в дозе 0,1 мкг/кг/мин с титрованием дозы (до 1 мкг/кг/мин) до купирования анафилаксии/АШ.



Препараты 2 линии при АШ

ГКС (преднизолон,
дексаметазон,
метилпреднизолон) в/в:

Дексаметазон** 8-32 мг в/в
капельно

Преднизолон 90-120 мг в/в
капельно

Метилпреднизолон 50-120 мг
в/в капельно



Препараты 3 линии при АШ (только после стабилизации состояния !)

Антигистаминные препараты:

Хлоропирамин 2% – 1
мл (20 мг) в/в или в/м

Дифенгидрамин 25-50 мг в/в
или в/м,

Клемастин 0,1% – 2 мл (2
мг) в/в или в/м



Алгоритм неотложных мероприятий 2 и 3 линий.

- 1) Кислород высоким потоком через лицевую маску (6-8 л/мин) или назальные канюли (6 л/мин).
- 2) Получение в/в доступа (желательно установить ПВК с большим просветом – 14-16G), применяется подогретый (по возможности) 0,9% раствор натрия хлорида или, предпочтительнее, сбалансированный солевой раствор (500-1000 мл для пациента с нормотензией и 1000-2000 мл для пациента с артериальной гипотензией); при наличии в анамнезе СН – не более 250 мл за 5-10 мин.
- 3) При бронхообструкции – КДБА(короткодействующие в-2 агонисты) ингаляционно (сальбутамол/фенотерол)

По возможности дальнейшее наблюдение пациентов с анафилаксией должно проходить в ОРИТ(или ПИТ), при стабилизации состояния наблюдение в течение не менее 24 часов.





Спасибо за внимание