

Определение и этиология

Анафилаксия — острый, угрожающий жизни синдром гиперчувствительности. Любое лекарственное средство способно вызывать анафилаксию. Наиболее распространенные причины:

- укусы насекомых,
- лекарственные вещества (антибиотики, особенно пенициллины и анестетики,

Следует отметить отсутствие зависимости анафилактического шока от дозы. Способ введения играет определённую роль (наиболее опасны внутривенные инъекции).

Клиника и патогенез

Клиническая картина анафилактического шока разнообразна, что обусловлено поражением целого ряда органов и систем организма. Симптомы развиваются обычно через несколько минут от начала воздействия причинного фактора и достигают пика в течение 1 часа. Чем короче промежуток от момента поступления аллергена в организм и до возникновения анафилаксии, тем тяжелее клиническая картина. Наибольший процент летальных исходов анафилактический шок дает при развитии его спустя 3–10 минут после попадания в организм аллергена. Симптомы включают в себя:

- Кожа и слизистые: крапивница, зуд, ангионевротический отёк.
- Дыхательная система: стридор, бронхоспазм, асфиксия.
- Сердечно-сосудистая система: острое снижение АД вследствие периферической вазодилатации и гиповолемии, тахикардия, ишемия миокарда.
- Пищеварительная система: боли в животе, рвота, диарея.
- Судорожный синдром при потере сознания.

Дифференцировать анафилактический шок необходимо от сердечного приступа (инфаркт, аритмии), внематочной беременности (при коллаптоидном состоянии в сочетании с резкими болями внизу живота), тепловых ударов и т.д.

Терапия

Лечение разделяется по неотложности на первичные и вторичные мероприятия.

Первичные мероприятия

1. Адреналин 0,1% - 0,5 мл в/м. Инъекции лучше выполнять в верхнюю часть тела, например в дельтовидную мышцу. При отсутствии реакции дозу можно повторить через 5 минут. Внутримышечные инъекции в отличии от внутривенных безопасны. Для в/в введения 1 мл 0,1% адреналина

разводят в 10 мл физиологического раствора и вводят медленно в течение 5 минут (риск ишемии миокарда). При глубоком шоке и клинической смерти адреналин вводится в/в без разведения.

2. Инфузия жидкости. Вначале вводят струйно (250-500 мл за 15-30 минут), затем капельно. Первым применяют изотонический раствор натрия хлорида 1000 мл, далее подключают полиглюкин 400 мл. Хотя коллоидные растворы наполняют сосудистое русло быстрее, безопаснее начать именно с кристаллоидных растворов, т.к. декстраны сами могут быть причиной анафилаксии.

3. Пройодимость дыхательных путей: отсасывание секрета, при необходимости ввести воздуховод. Провести ингаляцию 100% кислорода со скоростью 10-15 л/мин.

Вторичные мероприятия

1. Преднизолон в/в 90-120 мг, повторять каждые 4 часа при необходимости.

2. Димедрол: в/в медленно или в/м по 20-50 мг (2-5 мл 1% раствора). При необходимости повторить через 4–6 часов. Антигистаминные препараты лучше назначать после восстановления гемодинамики, т.к. они могут понижать артериальное давление.

3. Бронхолитики. Ингаляции бета2-агонистов с помощью небулайзера (сальбутамол 2,5-5,0 мг, повторить по мере необходимости), ипратропиума (500 мкг, повторить по мере необходимости) могут оказаться полезными у пациентов, находящихся на лечении бета-блокаторами.

Эуфиллин (начальная доза: в/в 6 мг/кг) используется как препарат резерва у больных с бронхоспазмом. Эуфиллин, особенно в сочетании с адреналином, способен спровоцировать аритмии, поэтому назначают его только при необходимости.

Дополнительные мероприятия

1. Придать больному горизонтальное положение с приподнятыми ногами (для увеличения венозного возврата) и выпрямленной шеей (для восстановления проходимости дыхательных путей).

2. Удалить (если возможно) причинный фактор (жало насекомого) или замедлить всасывание (венозный жгут выше места инъекции/укуса на 30 минут, приложить лёд).

Прогноз

Около 10% анафилактических реакций заканчивается смертью. Купирование острой реакции еще не означает благополучного исхода. Возможно развитие второй волны падения АД

через 4-8 часов (двухфазное течение). Все больные после купирования анафилактического шока, должны быть госпитализированы на срок не менее 1 недели для наблюдения.

Профилактика

1. Любую аллергическую реакции, даже ограниченную крапивницу, нужно лечить, предупреждая тем самым анафилаксию. Среди антигистаминных средств последнего поколения наиболее эффективным является кларитин, который применяется один раз в сутки. Из комплексных противоаллергических медикаментов препаратами выбора являются фенистил и клариназе.

2. Не увлекаться полипрагмазией, наблюдать пациентов после инъекций пациента в течение 20-30 минут. Всегда собирать аллергический анамнез.

3. Медицинский персонал должен быть специально подготовлен для оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке и лечения подобных состояний. Во всех процедурных кабинетах необходимо иметь специальную укладку для купирования анафилаксии.

«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующий терапевтическим отделением

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

