

# АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

**Анафилактический шок** – наиболее тяжелая форма аллергической реакции немедленного типа, развивающаяся в результате повторного контакта с аллергеном и характеризуется острым расстройством центрального и периферического кровообращения приводящих к выраженным метаболическим нарушениям.

## **Варианты течения анафилактического шока**

1. Молниеносная (коллаптоидная):
  - развивается в течение 10 минут;
  - предвестники (могут отсутствовать) – жар, покраснение кожи, зуд, пульсация в голове, тошнота, чувство страха;
  - клиника – нарастающая бледность, цианоз, тахикардия, резкое снижение артериального давления.
2. Немедленная:
  - развивается через ~ 30 минут;
  - клиническое течение может сопровождаться проявлениями других форм аллергических реакций: крапивница, отек Квинке и т.д.
3. Замедленная
  - длительный предколлаптоидный период (несколько часов).

# АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

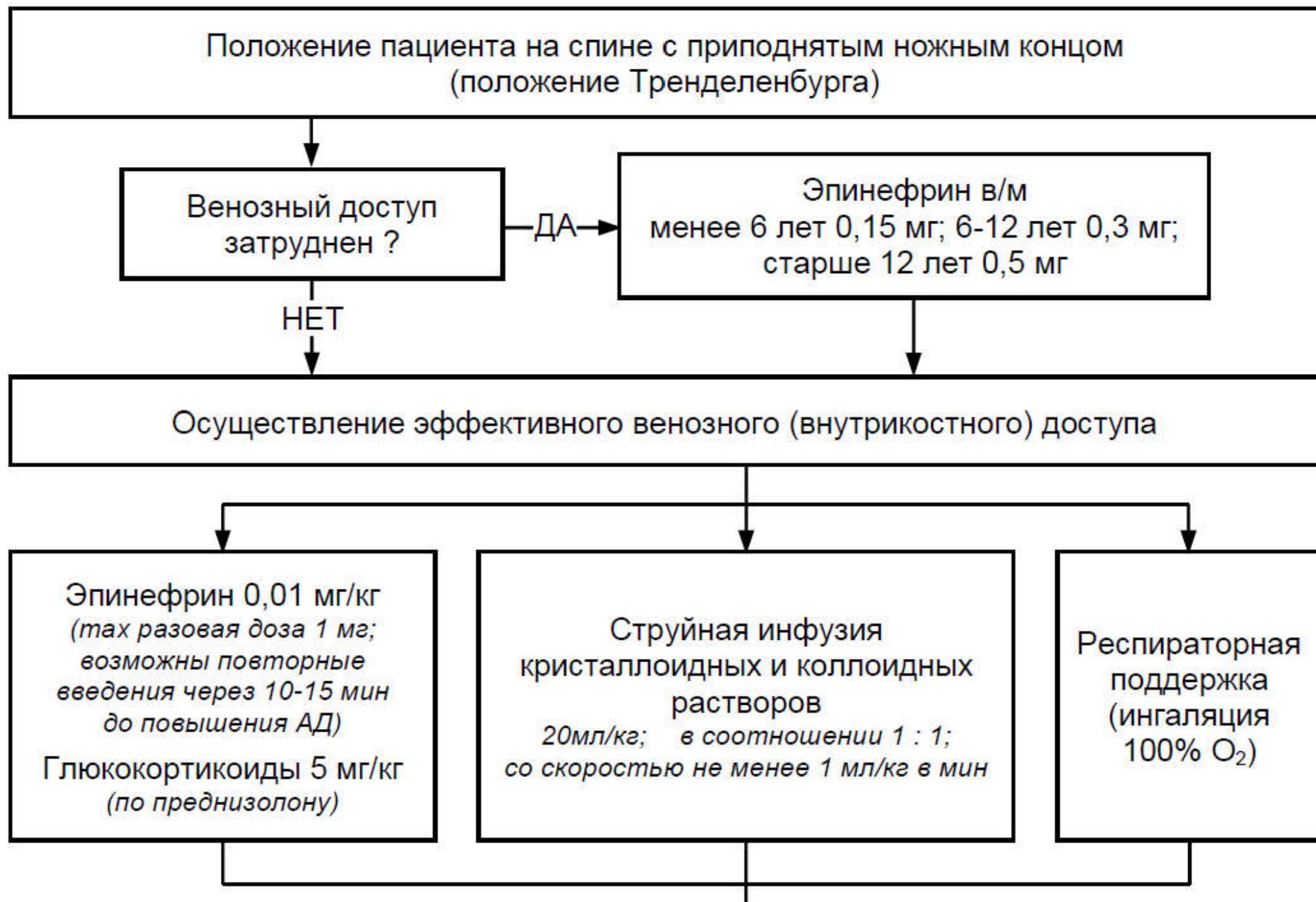
В развитии тяжести анафилактического шока решающее значение имеет не доза аллергена, а время продромального периода и скорость развития клинических проявлений.

## **Степень тяжести в зависимости от времени продромального периода**

<b>Степень анафилактического шока</b>	<b>Легкий</b>	<b>Средний</b>	<b>Тяжелый Крайне тяжелый</b>
<b>Продромальный период</b>	более 10 минут	3-10 минут	менее 3 минут

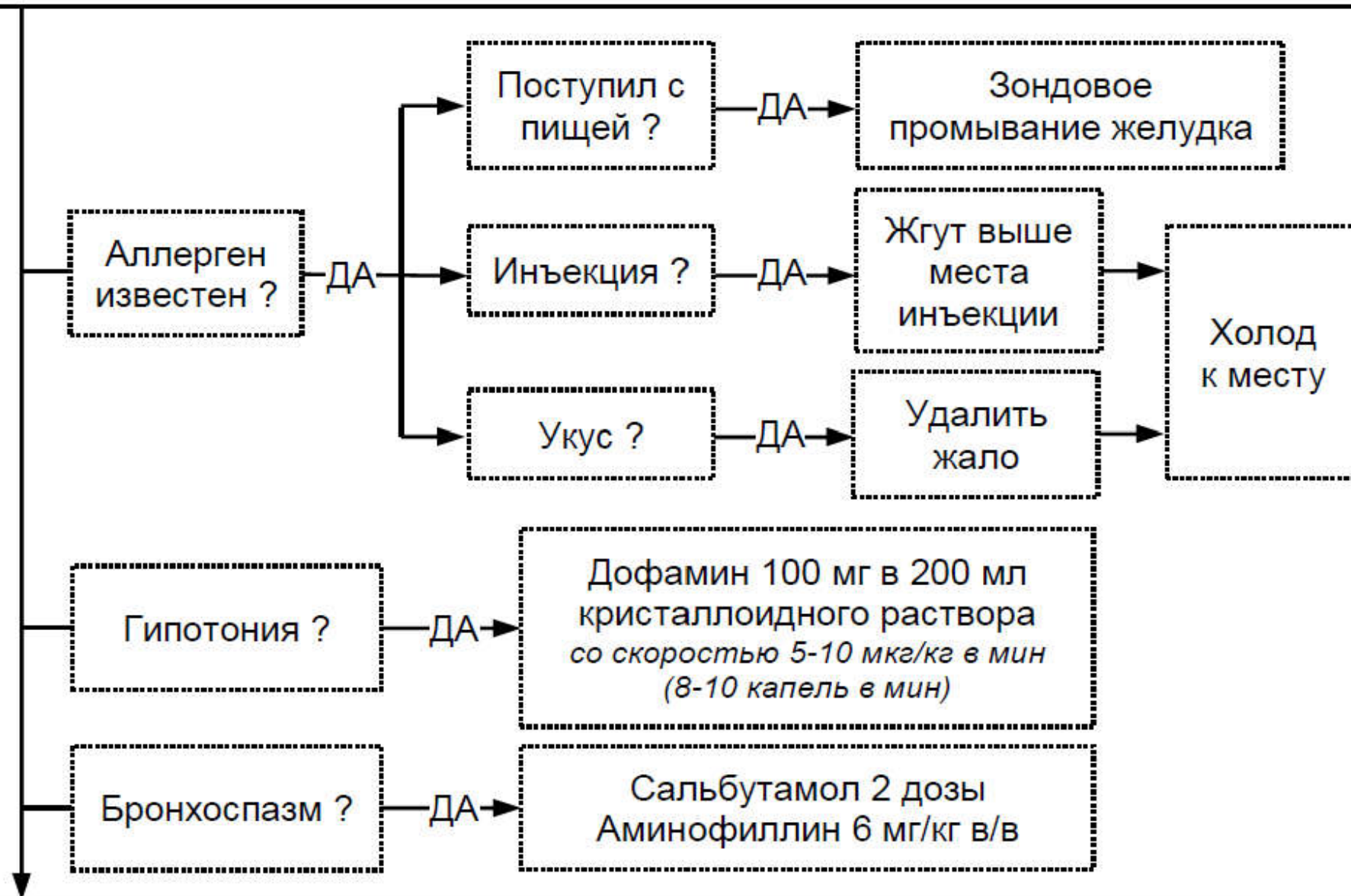
***Течение анафилактического шока может быть двухфазным,  
когда после некоторого улучшения состояния  
вновь развиваются гемодинамические нарушения***

# АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ





Информирование оперативного отдела о шоковом пациенте  
для принятия тактического решения о необходимости прибытия бригады АиР



Транспортировка в стационар. Готовность к ИВЛ и реанимации

# АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

## АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

Анафилактический шок — остро развивающийся, угрожающий жизни процесс, возникающий как резко выраженное проявление анафилаксии и характеризующийся тяжёлыми нарушениями деятельности центральной нервной системы (ЦНС), кровообращения, дыхания и обмена веществ.

### ДИАГНОСТИКА

Анафилактический шок проявляется чувством страха, беспокойством, головокружением, шумом в ушах, ощущением жара, нехваткой воздуха, чувством стеснения за грудиной, тошнотой. Отмечают липкий холодный пот, бледность видимых слизистых оболочек и кожи, нитевидный пульс, резкое снижение АД.

### НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Прекратить введение аллергена.
- Обеспечить проходимость дыхательных путей; при невозможности интубации трахеи — коникотомия.
- Больного уложить с приподнятыми под углом 15–20° нижними конечностями.
- Ингаляция 100% кислорода (не более 30 мин).

- Обеспечить доступ к вене.
- Начать внутривенное струйное введение жидкости: декстрана [ср. мол. масса 50 000–70 000] (полиглюкин\*), декстрана [мол. масса 30 000–40 000] (реополиглюкин\*), 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы.
- Ввести эпинефрин (адреналин\*) 1 мг в 20 мл любого раствора внутривенно (при необходимости повторно).
- При распространении отёка на область гортани ввести эндотрахеально эпинефрин 2–3 мг в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида.
- Ввести глюкокортикоиды внутривенно струйно (преднизолон 90–120 мг или гидрокортизон 125–250 мг), при неэффективности — повторно.
- Ввести внутривенно 2 мл 1% раствора дифенгидрамина (димедрол\*) и 2 мл 10% раствора циметидина.
- После стабилизации состояния транспортировать больного в стационар.

### ПРИМЕЧАНИЕ

При задержке с венепункцией следует, не теряя времени, ввести 0,5 мг эпинефрина внутримышечно в латеральную поверхность бедра).

# КРАПИВНИЦА. ОТЕК КВИНКЕ

## КРАПИВНИЦА И ОТЕК КВИНКЕ

### ДИАГНОСТИКА

Локальные высыпания на коже в виде волдырей и эритемы, в результате их слияния могут появляться обширные очаги поражения, сопровождающиеся зудом. Аллергическая сыпь обычно появляется на туловище, конечностях, иногда на ладонях и подошвах. Высыпания могут сохраняться на одном участке в течение нескольких часов, затем исчезать и вновь появляться в другом месте. Крапивница нередко сопровождается отёком Квинке (ангионевротическим отёком), который характеризуется высыпаниями, подобными крапивнице, но с более обширными участками отёка, захватывающего как кожу, так и

подкожные структуры. Набухание подкожной клетчатки и соединительной ткани чаще происходит на тыльной стороне кистей рук или ступней, слизистых оболочках языка, носоглотки, гортани, а также половых органов и желудочно-кишечного тракта. При вовлечении в процесс области гортани может развиваться асфиксия. При её появлении отмечают беспокойство больного, одутловатость лица и шеи, нарастающую осиплость голоса, кашель, затруднённое стридорозное дыхание, цианоз лица.

### НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Прекратить введение аллергена.
- Ввести внутривенно 2 мл 1% раствора дифенгидрамина (димедрол\*) и 2 мл 10% раствора циметидина.
- При присоединении отёка Квинке — преднизолон 30–60 мг внутримышечно или внутривенно.
- При распространении отёка на гортань и глотку:
  - ввести эпинефрин (адреналин\*) 0,3 мг в 20 мл любого раствора внутривенно;
  - обеспечить проходимость дыхательных путей;
  - обеспечить готовность к интубации трахеи или коникотомии и ингаляции кислорода.
- При отёке глотки или гортани показана экстренная госпитализация больного.