

# Анафилактический шок



Выполнила: Давлетзянова Н.М.

Группа 405

# Анафилактический шок

- Анафилактический шок (от греч. Anaphylaxis - обратный защита) - максимально тяжелое проявление аллергической реакции немедленного типа на повторное введение аллергена, которое сопровождается комплексом патологических изменений в организме, что очень быстро развиваются: резкое снижение артериального давления, нарушение деятельности центральной и периферической нервной систем, эндокринные расстройства, дыхательная недостаточность и т.д..

- *Этиология.* Причиной анафилактического шока является повторное попадание в организм человека некоторых веществ (аллергенов), к которым организм сенсibilизирован.
- *Патогенез.* В развитии анафилактического шока различают три стадии: иммунологическую, иммунохимическую и патофизиологическую.
- *Классификация.*
- Клинические формы: 1) типичная форма 2) атипичные формы: асфиктический, гемодинамический или коллаптоидный; болевой; церебральный.
- Тип течения: 1) острый доброкачественный 2) острый злокачественный 3) затяжной 4) рецидивирующий 5) обертивный



## *Клиника.*

- В зависимости от скорости развития аллергической реакции на аллерген различают следующие формы анафилактического шока:
- молниеносную, если шок развивается в течение 10 мин.;
- немедленную - дошоковый период длится до 30-40 мин.;
- замедленную - шок возникает через несколько часов.

# Клиническая картина



# *Диагностика.*

- Необходимо вывести пациента из шокового состояния, а затем уточнять диагноз.
- аллергологический анамнез, выявить наличие сопутствующих atopических заболеваний (бронхиальной астмы, atopического дерматита), данные о продолжительном употреблении лекарственных средств, наличие сопутствующих грибковых заболеваний кожи, слизистых.
- базофильные тесты, радиоаллергосорбентный тест, метод иммунотермистометрии, реакция преципитации при анафилактическом типе реакции.
- В острый период диагноз анафилактического шока можно подтвердить изучением в крови больного уровня гистамина, триптазы, ИЛ-5, специфических IgE и IgG-антител.

# Алгоритм помощи при анафилактическом шоке



# Лечение

- *Лечение анафилактического шока основано на: 1) блокировании поступления антигена в кровоток, 2) нейтрализации биологически активных веществ, поступающих в кровоток в результате реакции антиген - антитело, 3) восстановлении гипофизарно-надпочечниковой недостаточности, 4) выведении больного из коллапса 5) снятии бронхоспазма, ликвидации явлений асфиксии; 7) уменьшении проницаемости сосудистой стенки, 8) воздействии на психомоторное возбуждение, 9) предотвращении поздних осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, почек, желудочно-кишечного тракта, ЦНС.*

## Неотложная помощь

- Прекратить введение вещества, вызвавшего анафилаксию
- Уложить ребенка в положение лежа на спине с приподнятым ножным концом кровати, тепло укрыть, обложить грелками, голову повернуть набок, дать увлажненный кислород. При необходимости провести энергичный массаж живота и конечностей.
- Место инъекции крестообразно обколоть 0,1 % р-ром адреналина из расчета 0,005-0,01 мг/кг п/к (0,1 мл/год жизни)

## продолжение

- Наложить жгут выше места инъекции аллергена (если это возможно) не сдавливая артерии. Жгут ослабляют каждые 3-5 мин на 1-2 мин.
- При введении препарата в нос или глаза – промыть их водой, закапать 0,1 % р-р адреналина или 1 % р-р гидрокортизона

## продолжение

- Одновременно с вышеуказанными мероприятиями в любой другой участок тела ввести 0,1 % р-р адреналина в дозе 10 мкг/кг ( макс. доза 500мкг) . При необходимости повторять каждые 5-10 минут до улучшения состояния.
- При минимальном падении уровня АД предпочесть п/к или в/м введение адреналина.

## продолжение

- При выраженных нарушениях дыхания и резкой артериальной гипотензии адреналин можно вводить в/в в виде 0,01 % р-ра ( к 1 мл стандартного р-ра добавить 9 мл физ.р-ра) из расчета 10 мкг/кг (0,1 мл/кг). В/в введение производить медленно не менее 5 минут.
- В/в ввести преднизолон ( 10 мг/кг) или дексаметазон 0,4-0,6 мг /кг). При необходимости через 1 час повторить. Предпочтительна перфузия в составе инфузионной терапии

## продолжение

- После восстановления гемодинамики – антигистаминные препараты парентерально:

Дифенгидрамин-5 мг/кг/сут;

Хлоропирамина гидрохлорид 0,5-1 мг/кг (суточная доза-2 мг/кг),

Гидроксизин 2-4 мг/кг в сутки каждые 6-8 часов

- При угрозе отека- фуросемид – 1-2 мг/кг (0,05-0,1 мл/кг)

## продолжение

- При необходимости - восполнение ОЦК- 20 мл/кг/ч
- При резком нарушении или отсутствии самостоятельного дыхания – ИВЛ
- Если проведение вышеуказанных мероприятий не дает эффекта – в/в капельное введение допмина в дозе 4-6 мкг/кг/мин
- При остановке сердца или развитии фибрилляции желудочков – реанимационные мероприятия

**Спасибо за  
внимание!**

