

Современный взгляд на проблему анафилаксии.



Тимофеева Е.В.

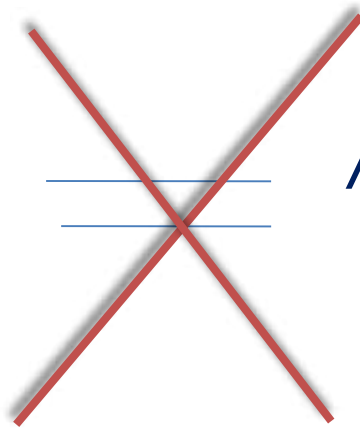
28.05.2020

Историческая справка

- В 2013 году исполнилось 100 лет с момента присуждения Нобелевской премии Шарлю Рише в знак признания его работ по анафилаксии.
- Ученые обнаружили феномен , который и получил название анафилаксия. Термин (с греч.) обозначает отсутствие защиты , беззащитность ([αναφυλαξια](#))
- На повторное введение антисыворотки к токсину морского анемона (*Physalia physalis*) подопытной собаке (ранее хорошо переносившей введение гораздо больших доз антисыворотки) произошла гибель животного «на кончике иглы».

Заблуждение!

АНАФИЛАКСИЯ



АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ
ШОК

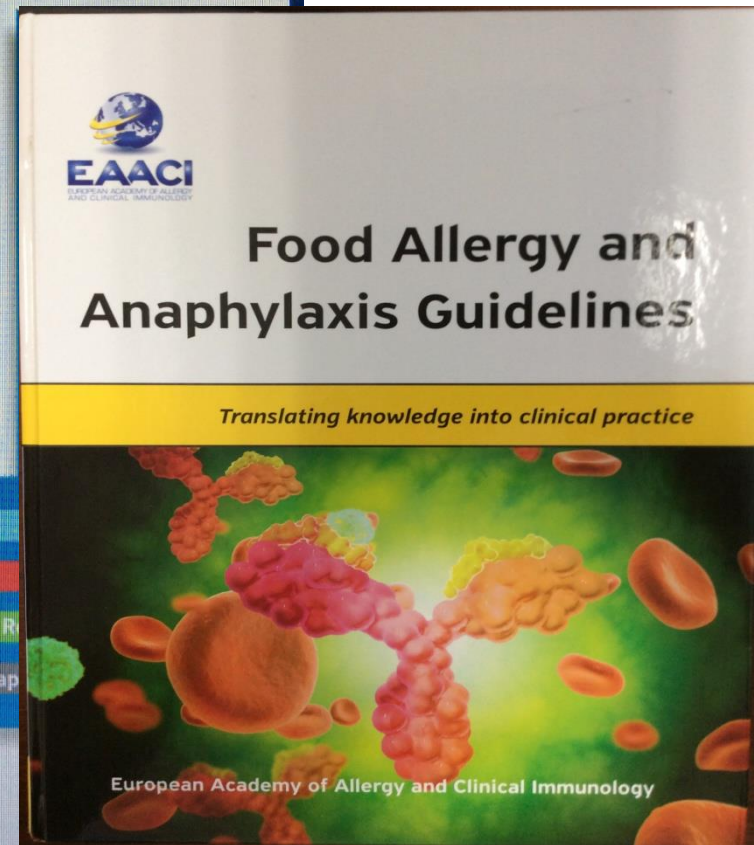
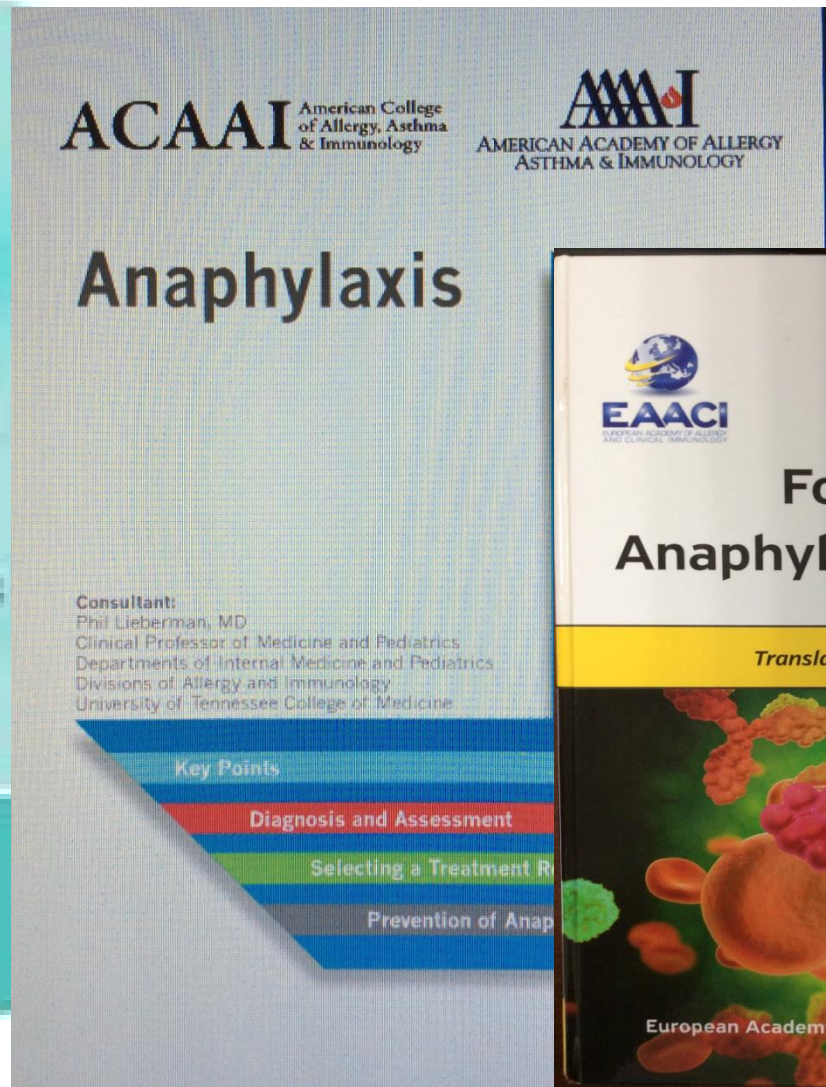
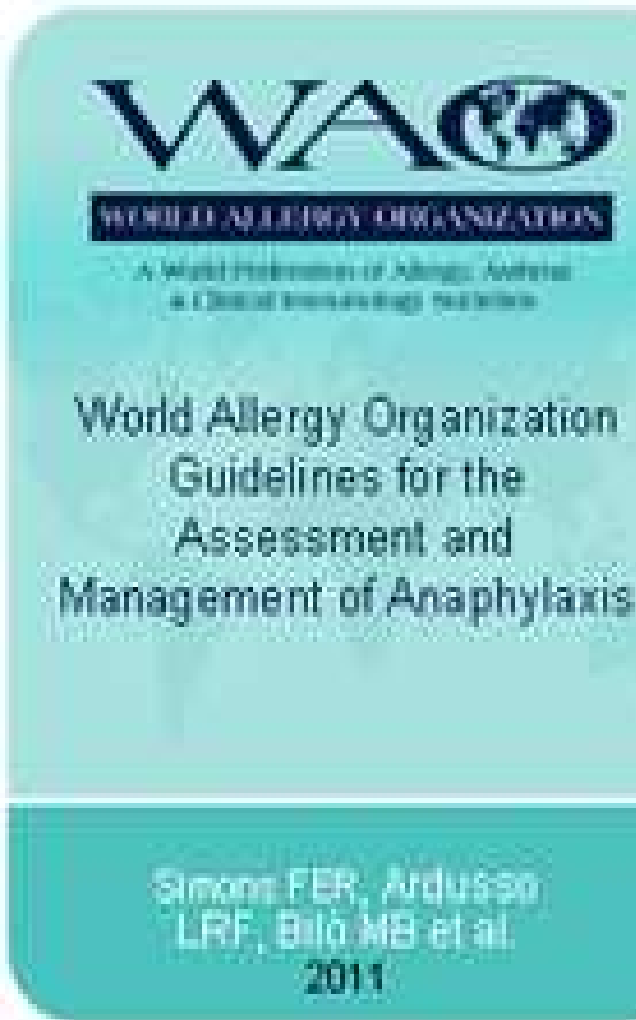
Коды МКБ

- Код диагноза анафилаксии в МКБ-10 отсутствует, используются различные коды, соответствующие наиболее выраженным клиническим проявлениям.
- Например: острая крапивница, обострение бронхиальной астмы и т.д., которые не отражают полную клиническую картину анафилаксии, а именно системность поражения.

Коды МКБ

- T78.0 -Анафилактический шок, вызванный патологической реакцией на пищу;
- T78.2 – Анафилактический шок, неуточненный;
- T80.5 – Анафилактический шок, связанный с введением сыворотки;
- T88.6 – Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство.

Международные согласительные документы



Определение анафилаксии

- Тяжелая, опасная для жизни общая(системная) реакция (EUROPE)
 - Тяжелая комплексная реакция со стремительным началом и возможным летальным исходом (USA)
 - Это тяжелая, угрожающая жизни, генерализованная или системная реакция гиперчувствительности , которая развивается быстро и может привести к смерти (Россия)
 - Имеет 3 степени тяжести

Терминология

- В соответствии с современной номенклатурой аллергических реакций, Всемирная организация аллергии (World Allergy Organisation, WAO) предлагает использовать для описания иммуноопосредованных реакций с вовлечением IgE, IgG или ИК термин «аллергическая анафилаксия», а в отношении реакций с участием неиммунных механизмов — термин «неаллергическая анафилаксия».
- Термины «анафилактоидный» и «псевдоаллергический» в настоящее время не рекомендуются.
- Принципы диагностики и оказания медицинской помощи пациентам с аллергической и неаллергической анафилаксией аналогичны

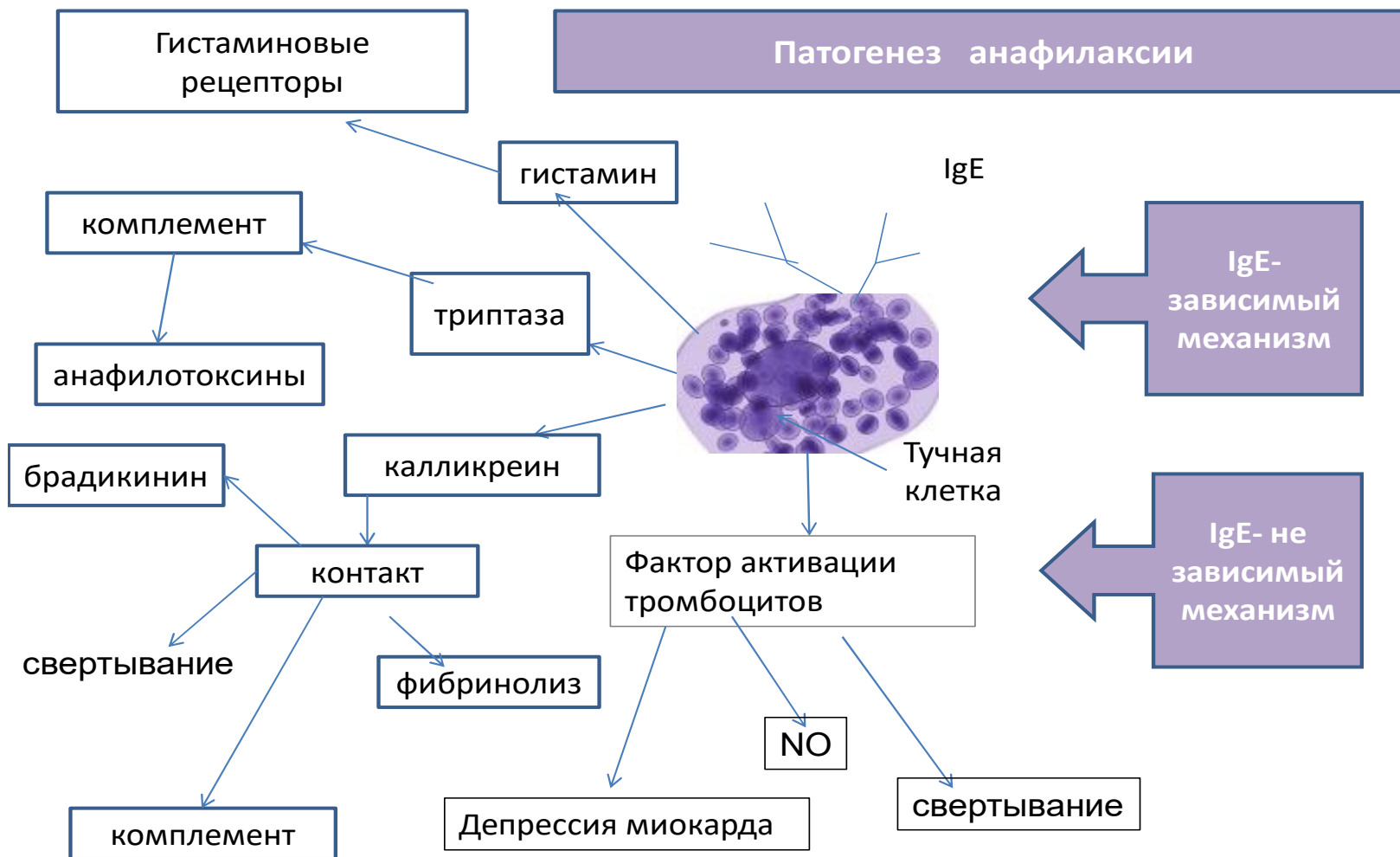
Федеральные клинические
рекомендации по диагностике
и лечению анафилаксии,
анафилактического шока

РААКИ 2018

Основы патогенеза анафилаксии

- Основной механизм развития состоит в высвобождении медиаторов из тучных клеток и базофилов с участием или без участия иммунных механизмов.
- Антитела, опосредующие анафилаксию, преимущественно относятся к изотипу IgE.
- Частые триггеры анафилаксии — пища, лекарства, латекс, укусы насекомых, но возможна идиопатическая анафилаксия.
- Симптомы могут развиваться в первые минуты после контакта с аллергеном или провоцирующим агентом, реже бывают отсроченными, двухфазными или затяжными.

Патогенез анафилаксии

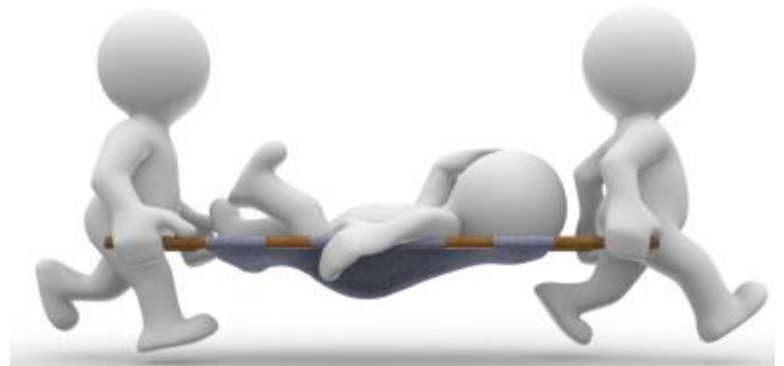


Классификация

- Степень тяжести
- Особенности течения:
 - затяжной характер течения(продленная анафилаксия)
 - Рецидивирующее течение (бифазная анафилаксия)

Диагноз

- Клиническая картина заболевания
- Обстоятельства, при которых возникла реакция.



Анамнез

- Необходимо детально изучить, что предшествовало развитию анафилаксии
- Время возникновения анафилаксии – внезапное развитие характерных симптомов (через минуты, часы) после воздействия аллергена и ,возможно, быстрое прогрессирование симптомов
- Наличие факторов, повышающих риск развития анафилаксии

Три основные причины развития анафилаксии

- Пищевые продукты (33.2-56 %)
- Укусы и ужаления насекомых (18,5%)
 - пчеловоды(15-43%.)
- Лекарственные средства (13,7%). (не зависит от дозы и способа введения)
- Другие (Латекс, иммунотерапия, чистящие вещества, и экологические аллергены)



Примеры риск-факторов и ко-факторов развития анафилаксии

Образ жизни	✓ Физические нагрузки ✓ Алкоголь ✓ холод
Лекарственные средства	✓ НПВС ✓ Ингибиторы АПФ ✓ В-блокаторы
Зависящие от пациента	✓ Подростковый период ✓ Сопутствующие инфекции ✓ Гормональный статус ✓ Стресс
Сопутствующие состояния	✓ Астма и другие IgE-зависимые заболевания ✓ СССЗ ✓ Мастоцитоз и повышенный базальный уровень триптазы крови

Заболевания ССС, как фактор риска

- Именно от кардиоваскулярной функции зависит тяжесть проявлений симптомов анафилаксии и их прогноз
- Большое количество тучных клеток преимущественно вокруг адвентиции больших коронарных сосудов, атеросклеротических бляшек делает сердечную мышцу органом-мишенью
- Прием инг-АПФ, НПВС и т.д.

Потенциальные факторы риска развития анафилаксии при проведении АСИТ (сублингвальной АСИТ (СЛИТ)) [18]

Факторы

Связанные непосредственно с АСИТ или СЛИТ

- Использование смеси аллергенов
- Проведение по ускоренной схеме
- Передозировка аллергена
- Применение нестандартизированного аллергена
- Перерывы в режиме дозирования

Непосредственно с самим пациентом

- Системные реакции в прошлом, включая АФ на АСИТ (СЛИТ)
- Предыдущие тяжелые локальные реакции
- Острая инфекция (например, ОРВИ)
- Повышение температуры тела
- Инфекции или повреждения слизистой полости рта (например, язвы, периодонтит, гингивит и т. п.) во время проведения СЛИТ
- Бронхиальная астма, особенно, тяжелая или неконтролируемая
- Мастоцитоз
- Предменструальный статус
- Молодой возраст
- Эмоциональный стресс
- Физическая нагрузка
- Высокая концентрация пыльцы в воздухе

Симптомы анафилаксии

Органы и системы	Симптомы и их описание	Фото
Кожа и слизистые оболочки	Высыпания в виде крапивницы, зуда или эритемы Отек в области лица, шеи (губы, веки, гортань), языка, небного язычка . При быстро развивающемся анафилактическом шоке кожные проявления могут отсутствовать или возникнуть позже. 90% анафилактических реакций сопровождаются крапивницей и отеком.	 
Дыхательная система	Заложенность носа, одышка, чихание, хрипы, кашель, чувство отека горла, затрудненное дыхание, гипоксемия. Данные симптомы встречаются у 50% пациентов с анафилаксией.	

Симптомы анафилаксии

Органы и системы	Симптомы и их описание	Фото
Сердечно-сосудистая система	Слабость, головокружение, внезапное снижение АД, коллапс, возможна потеря сознания, паралич сфинктеров. Поражение сердечнососудистой системы встречается у 30-35% пациентов с анафилактическим шоком.	
Желудочно-кишечный тракт	Нарушения глотания, тошнота, рвота, симптомы диспепсии, спазмы кишечника, боли в области живота. Нарушения со стороны ЖКТ встречаются у 25-30% пациентов с анафилактическим шоком.	
Центральная нервная система	Головная боль, слабость, туман перед глазами, возможны судороги	

Критерии снижения АД

- Взрослые: систолическое давление ниже 90 мм рт.ст. или снижение более, чем на 30% от исходного систолического АД
- Дети: снижение систолического АД более, чем на 30% от нормы
- Низкое систолическое давление у детей:
 - <70 мм рт.ст. – от 1 мес. до 1 года;
 - <70 мм рт.ст. + 2кр. возраст – от 1 до 10 лет
 - <90 мм рт.ст. – от 11 до 17 лет

Оценка тяжести клинических проявлений анафилаксии

Степень тяжести	Симптомы кожные	гастроинтестинальные	респираторные	сердечно-сосудистые	со стороны ЦНС
Легкая	Внезапный зуд глаз, носа или генерализованный, крапивница, ангиоотеки	Зуд во рту, чувство покалывания во рту, легкий отек губ, тошнота, легкая боль в животе	Заложенность носа или ринорея, зуд в горле, свистящее дыхание	Тахикардия	Изменение активности и чувство тревоги
Средняя	Любые проявления из указанных выше	Любые проявления из указанных +выраженная боль в животе, диарея,	Любые проявления из указанных + дисфония, лающий кашель, трудность при	Тахикардия	Спутанность сознания, ощущение приближающейся смерти

Оценка тяжести клинических проявлений анафилаксии(продолжение)

Степень тяжести	Симптомы кожные	гастроинтестинальные	респираторные	сердечно-сосудистые	со стороны ЦНС
Тяжелая	Указанные симптомы	Указанные симптомы + непроизвольная дефекация	Указанные симптомы+ цианоз или сатурация менее 92%, остановка дыхания	Гипотензия и/или коллапс, аритмия, выраженная брадикардия и/или остановка сердца	Потеря сознания

Анафилактический шок(АШ)

- Самый тяжелый вариант анафилаксии
- ОПРЕДЕЛЕНИЕ- острая, тяжелая, системная, угрожающая жизни реакция гиперчувствительности, сопровождается выраженными нарушениями гемодинамики, приводящим к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах

Анафилактический шок

- Скорость возникновения анафилактического шока — от нескольких секунд или минут до 2 часов от начала контакта с “аллергеном”.
- В развитии анафилактической реакции у больных с высокой степенью сенсibilизации ни доза, ни способ введения аллергена не играют решающей роли.

Клиника: формы АШ

- Гемодинамическая – для нее не характерны сопутствующие проявления анафилактической реакции.
- Асфиксическая (астмоидная) форма АШ – помимо нарушений гемодинамики, регистрируют выраженные симптомы поражения респираторного тракта с развитием острой дыхательной недостаточности.
- Церебральная форма – нарушения гемодинамики сочетаются с тяжелым поражением ЦНС.
- Абдоминальная форма – наблюдаются значительные нарушения со стороны органов ЖКТ.
- Типичная форма – нарушения гемодинамики сочетаются с поражением кожных покровов (чаще генерализованная крапивница) и слизистых оболочек.

Характер течения

- **Острое злокачественное:** быстрое падение АД (диастолическое до 0), нарушение сознания и дыхательная недостаточность, резистентная к терапии, неблагоприятный исход
- **Острое доброкачественное:** характерно для типичной формы
- **Затяжное:** часто осложнения, часто вследствие введения пролонгированных препаратов
- **Рецидивирующее:** повторное после первоначального купирования
- **Абортивное:** чаще асфиксический вариант, купируется быстро

Выраженность гемодинамических нарушений определяет степень тяжести АШ

Критерий	1-ая степень	2-ая степень	3 степень	4 степень
Артериальное давление	Ниже нормы на 30-40 мм.рт.ст (Норма 110-120/ 70-90 мм.рт.ст)	90-60/40 мм.рт.ст и ниже	Систолическое 60-40 мм.рт.ст, диастолическое может не определяться.	Не определяется
Сознание	В сознании, беспокойство, возбуждение, страх смерти.	Оглушенность, возможна потеря сознания	Возможна потеря сознания	Немедленная потеря сознания
Эффект от противошоковой терапии	Хороший	Хороший	Лечение мало-эффективно	Практически отсутствует

Лабораторные методы исследования.

- Проведение лабораторных тестов для подтверждения анафилаксии целесообразно лишь в оптимальные сроки после начала развития реакции:
- Для определения уровня сывороточной триптазы забор крови должен проводиться через 15 минут - 3 часа после возникновения первых симптомов анафилаксии максимум до 6 часов после развития реакции.
- Для определения уровня сывороточного гистамина забор крови должен осуществляться в течение 15-60 минут после возникновения первых симптомов анафилактической реакции.
- Увеличение уровня концентрации гистамина и триптазы наиболее типично при развитии анафилаксии на фоне парентерального введения аллергена (введение ЛС, инсектная аллергия).
- Данные методы мало информативны в случае пищевой анафилаксии.
- Нормальные уровни гистамина и триптазы, определяемые в оптимальные сроки, не исключают диагноза анафилаксии.
- Через 1,5-2 месяца, после перенесенного эпизода анафилаксии, показано обследование у врача аллерголога-иммунолога для определения возможной причины анафилактической реакции.

Дифференциальный диагноз

С заболеваниями, для которых характерны схожие симптомы со стороны различных органов и систем:

- острый бронхоспазм у больных бронхиальной астмой, острая крапивница и обострение хронической
- системный мастоцитоз
- другие виды шоков (кардиогенный, септический и др.)
- другие острые состояния, сопровождающиеся острой гипотензией, нарушением дыхания и сознания (острая ССН, инфаркт миокарда, синкопальные состояния, ТЭЛА, эпилепсия, солнечный и тепловой удары, гипогликемия, гиповолемия, передозировка ЛС, аспирация и др.)
- вазовагальные реакции
- психогенные реакции

Дифференциальный диагноз

- **обморочные состояния** (потеря сознания при вазовагальных обмороках наблюдается после болезненных инъекций, нервно-психического напряжения и не сопровождается падением артериального давления, отмечается брадикардия)
- **паническая атака** (необъяснимый и мучительный для больного приступ тяжелой тревоги, сопровождаемый страхом, в сочетании с различными вегетативными, соматическими симптомами)
- **«синдромом ресторана»**- употребление пищи, с усилителем вкуса: **глутамат натрия**, обуславливающий появление головной боли, миалгии, эозинофилии, **или сульфиты**, провоцирующие бронхоспазм вследствие образования такого ирританта, как SO₂.

Дифференциальный диагноз

- Некоторые рыбы семейства скумбриевых (лат. *Scombridae*), например тунец, макрель, скумбрия, хранящиеся при повышенной температуре, накапливают гистамин, который образуется из мышечного гистидина .
- Повышение эндогенного гистамина при системном мастоцитозе, лейкемии, эхинококкозе.
- Синдромы с «приливами» (перименопаузальные, карциноидные, вегетативная эпилепсия, тиреоидная медуллярная карцинома)

Дополнительные признаки при дифференциальной диагностике

- Для острого приступа астмы не характерно появление крапивницы, ангиоотека, болей в животе, гипотензии
- Для панических атак не характерно появление крапивницы, ангиоотека, свистящего дыхания, гипотензии
- Для обмороков характерно появление бледности и потливости, отсутствие крапивницы, эритемы, респираторных симптомов со стороны ЖКТ

Диагноз Идиопатическая анафилаксия

Правомочен, когда исключена связь симптомов с нарушениями, которые имитируют анафилаксию:

- Вялотекущий системный мастоцитоз
- Карциноидный синдром
- Феохромоцитома
- Наследственные и приобретенные ангиоотеки, в рамках ПИД
- Приступы панических атак

Анализ ошибок при анафилаксии

- Бифазные реакции- реакция, которая может развиваться повторно при мнимом улучшении в период от 1 часа до 72 часов.
- Описываются у 11% случаев в педиатрической практике.
- Бифазным реакциям отводится 25 % всех крайне-тяжелых реакций, а также реакций со смертельным исходом в случае пищевой аллергии, 23% -ЛС
- Всего 6% встречаемость при сочетанных причинах и не характерны при инсектной аллергии
- Чаще всего сопровождаются гипотензией и обструктивным синдромом

Возможные факторы риска бифазных реакций АН

- Тяжелое течение первичного эпизода. Пациенты, перенесшие бифазную АН, в начальный период испытывали потребность в более чем одной дозе эпинефрина и в больших объемах инфузионной терапии для коррекции гипотонии [2].
- Субоптимальное или отсроченное лечение первичной реакции у пациентов с бифазными реакциями (позднее введение эпинефрина) по сравнению с пациентами с однофазным течением
- Длительное разрешение симптомов первого эпизода, которое характерно для бифазных реакций. При однофазном течении АН пациенты отвечают на терапию быстрее, чем пациенты с бифазным течением

Группой риска при бифазной АН

- Пациенты, которым требуется несколько доз эпинефрина, внутривенное введение жидкости для терапии гипотонии, или которые имеют отек гортани и/или значительное нарушение дыхания.
- Пациенты, имеющие бифазные реакции в анамнезе.
- Пожилые пациенты с АН, пациенты с ССС заболеваниями или те, кто принимает препараты из группы бета-блокаторов.
- Алгоритм ведения пациентов после выписки из стационара с затяжной и бифазной АН, не отличается от применяемого для других категорий пациентов с АН, и описан в соответствующих разделах.

Неотложная терапия

- Скорость оказания помощи
- Препарат выбора – р-р Адреналина 0.1%
- Обязательно ведение письменного поминутного протокола по оказанию помощи
- Все пункты рекомендаций выполнять одновременно!

Экстренные мероприятия

1. Прекратить поступление предполагаемого аллергена
2. Оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и массу тела пациента
3. Срочно вызвать реанимационную бригаду
4. Максимально быстро ввести в/м Адреналин
5. Уложить больного
6. Доступ свежего воздуха или кислорода
7. В/в доступ
8. Готовность к проведению сердечно-легочной реанимации

Неотложная терапия первой линии

ВВЕДЕНИЕ АДРЕНАЛИНА!!!!!!!

Раннее введение при всех эпизодах анафилаксии и при рисках перехода аллергической реакции в системную

Внутримышечное введение адреналина

Введение адреналина каждые 5-15 мин при необходимости

При неадекватном ответе на 2 и более инъекции в/м, адреналин может быть введен в/в под постоянным кардиомониторингом

Неотложная терапия второй линии

Исключить триггер

Не терять связь с пациентом при возможности

Позиция на спине с приподнятыми нижними конечностями
(нарушения гемодинамики)

Позиция сидя при симптомах со стороны респираторного
тракта

Кислородотерапия при всех вариантах анафилаксии

В/в инфузии (0.9% р-р хлорида натрия) вводятся 20 мл/кг при
сердечно-сосудистых расстройствах

Ингаляционно β -агонисты при обструктивных нарушениях

Неотложная терапия второй линии

- Системные ГКС для снижения риска и профилактики реакций поздней фазы (дети -преднизолон 2-5 мг/кг, метилпреднизолон 1 мг/кг не более 50 мг,
- ГКС через небулайзер
- Ингаляционно - бетта 2 – агонистов короткого действия

Неотложная терапия **Третьей** линии

Применение пероральных антигистаминных препаратов H1- и H2- при кожных симптомах на фоне полной стабилизации гемодинамики

Внутримышечное введение

- раствор адреналина содержит 1 мг в мл и может быть маркирован 1:1000.
- Рекомендуемые дозы для взрослых эпинефрина (**1мг на мл**) **0,3-0,5 мг на одно введение внутримышечно** в передне-латеральную поверхность бедра (musculus vastus lateralis).
- доза может быть введена повторно через интервал 5-15 минут. Обычно необходимо ввести две или одну дозы.
- Для детей рекомендуемая доза эпинефрина (1мг на мл) 0,01 мг на кг массы тела до 0,5 мг на одно введение у детей весом 50 кг и более, внутримышечно в передне-латеральную поверхность бедра. Доза должна быть разведена в объеме 1 мл в одном шприце. Доза может быть повторена через 5-15 минут

Внутривенные инъекции

Пациенты, которые не отвечают на внутримышечные инъекции эпинефрина и инфузионную терапию, имеют сниженную функцию всасывания мышечной ткани, что часто бывает при выраженной гипотонии или признаках угрозы развития шока (головокружения, недержание мочи и/или кала).

Раствор эпинефрина для внутривенных инфузий содержит 0,1 мг/мл и может быть обозначен как 1:10 000.

- Для взрослых начальная доза внутривенного введения эпинефрина составляет от 2 до 10 микрограмм в минуту, титруется согласно уровню АД и другим показателям постоянного неинвазивного мониторинга
- Для детей начальная доза внутривенного введения эпинефрина составляет от 0,1 до 1,0 микрограмма на килограмм массы в минуту, титруется согласно уровню АД и другим показателям постоянного неинвазивного мониторинга.

Мониторинг

- Длительность наблюдения и мониторинга – 6-8 часов, при симптомах со стороны ССС – 12-24 часа
- При выписке должен быть выписан рецепт на эпинефрин
- Пациенты должны быть проинформированы в отношении диагноза и направлены на консультацию к врачу аллергологу-иммунологу.



ЕріPen и ЕріPen детский

- Ауто-инджекторы - форма доставки раствора адреналина, разрешенная в Европе и США для самостоятельного введения пациентами с 2010г.
- Введение ЕріPen при первых признаках серьезной аллергической реакции может обеспечить пациентам дополнительное время для получения дальнейшего лечения
- Они доступны в обеих формах:
 - взрослых(при $>25\text{kg}$ $=0.30\text{mg}$)
 - детских дозах(при $< 25\text{kg}$ $=0.15\text{mg}$).
- Рецепт врача требуется для покупки.



Чего делать нельзя

1. **Нельзя** назначать лекарственное средство, ставшее причиной развития анафилактического шока, комбинированные средства, его содержащие, перекрестнореагирующие препараты.
2. **Нельзя** употреблять пищевой продукт, вызвавший развитие АШ.
3. **Нельзя** использовать лекарственные средства, содержащие пыльцу растений у больных с подтверждённой сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам.
4. **Нельзя** начинать лечение АШ с введения антигистаминных препаратов.

Профилактика

- Консультация врача аллерголога-иммунолога
- Анамнестические факторы (настороженность при любом аллергоанамнезе)-
Премедикация: за 60 минут - 1 час до вмешательства вводят дексаметазон 4-8 мг или преднизолон 30-60 мг в/м или в/в капельно на 0,9%-растворе натрия хлорида;
- Избегать полипрагмазии. Назначение ЛС строго по показаниям.
- Обязательно наличие противошокового набора и инструкции по оказанию первой помощи при развитии анафилаксии не только в процедурных кабинетах, но и в кабинетах, где проводятся диагностические исследования с применением препаратов, обладающих гистаминолиберирующим действием (например, рентгеноконтрастные исследования), стоматологических кабинетах.
- Кожные тесты при отсутствии указаний на лекарственную гиперчувствительность неинформативны и не показаны
- АШ в анамнезе является противопоказанием к проведению тестов *in vivo*
- Наблюдение за пациентом в течение 30 мин. после введения ЛС

Рекомендации по предотвращению анафилаксии у лиц группы риска

- предписание по использованию Адреналина;
- обучение родителей и окружения (инструкции по исключению аллергена, по распознаванию симптомов анафилаксии)
- регулярный тренинг по самостоятельным инъекциям Адреналина;
- ежегодный пересмотр рекомендаций
- контроль за наличием набора для оказания неотложной помощи
- индивидуальный план действий, план действий для окружающих при развитии у ребенка (или взрослого пациента) анафилаксии

Стратегии по предотвращению повторных эпизодов анафилаксии

- Для профилактики пищевой аллергии необходимо требовать от производителей четкой маркировки компонентов, входящих в пищевые продукты.
- При анафилаксии, индуцированной физической нагрузкой, — рекомендовать больному не употреблять ассоциированные с анафилаксией продукты в течение 4 часов, предшествующих физической нагрузке, исключить продукты с перекрестной реактивностью, не заниматься спортом в одиночку.

Оценка дыхательной и сердечно-сосудистой функций

Кардио-
респираторные
нарушения

Терапия по
протоколу

Адреналин в/м
0.01 мл/кг (1 мг/кг)
Или
7.5 на 25 кг: 0.15 мг
через адреналиновый
автоинжектор
Более 25 кг : 0.3 мг
через адреналиновый
автоинжектор

при наличии
респираторной
симптоматики
наблюдение в течение
6-8 часов. При наличии
кардиальной
симптоматики
наблюдение в течение
12-24 часов.

Элиминация
триггера(аллергена)

Коллапс
-Обеспечить доступ к
кислороду
- положение пациента
лежа, конечности подняты
-Введение физ р-ра
20мл/кг
- поддержка ОРИТ

Отсутствие эффекта 5-
10 мин:
-Повторное введение
адреналина
-Повторная инфузия
физ р-ра

Симптомы наиболее вероятные при
развитии анафилаксии
Необходимо введение адреналина в/м

Стридор
-обеспечить доступ к
кислороду
-положение пациента
сидя
-Ингаляции адреналина
-Ингаляции будесонида

Отсутствие эффекта 5-10
мин:
-адреналин в/м
- в/в доступ
- перевод в ОРИТ

Отсутствие эффекта 5-10
мин:
-Повторить ингаляцию
адреналином
- продолжить введение
адреналина

Хрипы
-Обеспечить доступ к
кислороду
-Положение пациента
сидя
- ингаляции бета2-
агонистами

Отсутствие эффекта 5-
10 мин
-Адреналин в/м
- в/в доступ

Отсутствие эффекта 5-
10 мин:
- повторить ингаляцию
бета2- агонистами
- продолжить введение
адреналина
-Перевод в ОРИТ

Возможно раннее
введение
адреналина в
случае:
-подобных
реакций в
анамнезе
-Воздействия
установленного
аллергена
-Наличия астмы

Ангиоотек или
крапивница
-Прием
антигистаминных
п/о
-В случае наличия
астмы ингаляции
бета2-агониста
- наблюдение в
течение 4х часов,
данные симптомы
могут быть
ранними
симптомами
развития
анафилаксии

-В случае
появления болей
в животе,
развития рвоты –
введение
адреналина в/м

Клинический случай



- Мальчик Александр 15 лет
- Находился на стационарном лечении в отделении оториноларингологии ГБУЗ НО НОДКБ с 10.02.2016 по 22.02.2016 г.
- Диагноз: Искривление носовой перегородки.

Анамнез заболевания

- Наследственность: мама – аллергия на новокаин
- Пищевая аллергия: отр..
- Лекарственная аллергия: новокаин, цефтриаксон (запись на 1 стр. истории болезни) в виде кожных проявлений
- Проф. прививки: без патологических реакций

Анамнез заболевания

- 12.02 мальчик был прооперирован
- По возвращении в палату по назначению врача ему сделана инъекция цефтриаксона, разведенного 5% р-ром новокаина в/м
- Через 5 мин. м/с обнаружила мальчика в палате с генерализованными высыпаниями

Введен супрастин 2% р-р 2.0 в/м

- Через 1 мин. вызов из ЛОР – отделения:
Острая крапивница

Объективные данные

- Мальчик : рост 186 см, вес 88 кг
- Возбужден
- Генерализованная крапивница
- Кожные покровы горячие, влажные
- Пульс на периферии не определялся
- АД=80/40 мм рт. ст.(АД перед операцией 140/88мм рт. Ст.)
- При аускультации сердечные тоны не выслушиваются

Мероприятия

1. Поднять ноги на спинку кровати
2. Постоянное поддержание контакта с мальчиком
3. Адреналин 0.1% р-р 0.5 в/м – на конце иглы появилось сердцебиение, пульс на периферии
4. Преднизолон 90 мг в/в струйно
5. В/в капельно р-р натрия хлорида 0.9% 200.0 + преднизолон 60 мг, 5% р-р глюкозы 200.0

Итог

- У мальчика имел место:
- Анафилактический шок , типичная форма, доброкачественное течение, средней степени тяжести (вероятно, на лекарственное средство)
- Отягчающие факторы: подростковый возраст, оперативное вмешательство, аллергологический анамнез

НАБОР ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКСИИ

1. Раствор эпинефрина (0,1 %, 1 мг/мл) в ампулах №10.
2. Раствор норэпинефрина 0,2% в ампулах №10.
3. Раствор фенилэфрина 1% в ампулах №5.
4. Раствор допамина 5 мл (200 мкг) в ампулах №5.
5. Раствор хлоропирамина 2% в ампулах №10.
6. Раствор клемастина 0,1% в ампулах №10.
7. Раствор преднизолона (30 мг) в ампулах №10.
8. Раствор дексаметазона (4 мг) в ампулах №10.
9. Гидрокортизон 100 мг №10 (для внутривенного введения).
10. Раствор аминофиллина 2,4% в ампулах №10.
11. Сальбутамол аэрозоль для ингаляций дозированный 100 мкг/доза №2.
12. Раствор строфантина-К 0,05% в ампулах №5.
13. Раствор кордиамина 25% в ампулах №5.
14. Раствор декстрозы 40% в ампулах №20.
15. Раствор хлорида натрия 0,9% в ампулах №20.
16. Раствор декстрозы 5% 250 мл (стерильно) №2.
17. Раствор хлорида натрия 0,9% 400 мл №2.
18. Раствор атропина 0,1% в ампулах №5.

НАБОР ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКСИИ

- 19. Этанол 70% 100 мл.
- 20. Роторасширитель №1.
- 21. Языкодержатель №1.
- 22. Кислородная подушка №2.
- 23. Жгут №1.
- 24. Скальпель №1
- 25. Шприцы одноразового пользования 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл и иглы к ним по 5 шт.
- 26. Внутривенно катетер или игла (калибром G14–18; 2,2–1,2 мм) №5.
- 27. Система для внутривенных капельных инфузий №2.
- 28. Пузырь со льдом №1.
- 29. Перчатки медицинские одноразовые, 2 пары.







Небо и Земля

www.neboizemlya.ru

Будьте
здоровы!
Берегите себя!

