

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения,
медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО.

Рецензия д.м.н., профессора, заведующего кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО, Штегмана Олега Анатольевича на реферат ординатора первого года обучения по специальности «Скорая медицинская помощь», Куулар Дарыймаа Викторовна по теме: «Первая врачебная помощь при анафилактическом шоке»

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения включающий анализ степени раскрытия выбранной тематик, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке.

Ознакомившись с рефератов, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/Отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	не
3. Соответствие текста реферата по теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Удобен формат
книжки

Дата: 27.11.18

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Куулар.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф,
скорой помощи с курсом ПО.

РЕФЕРАТ на тему:

« Первая врачебная помощь при анафилактическом шоке»

Выполнил
ординатор

Куулар Д.В

Куулар 27.11.18
Подпись, дата

Проверил
преподаватель:

Хорошо
ОМ 27.11.18
Подпись, дата

Красноярск, 2018

План:

1. Определение
2. Этиология
3. Патогенез
4. Клиническая картина
5. Дифференциальная диагностика
6. Осмотр и физикальное обследование
7. Лечение
8. Способ применения и дозы лекарственных средств
9. Литература

Анафилактический шок — наиболее тяжёлая форма аллергической реакции немедленного типа, развивающаяся в результате повторного контакта с аллергеном и характеризующаяся острым нарушением гемодинамики, приводящим к недостаточности кровообращения и гипоксии всех жизненно важных органов.

Этиология:

Наиболее частыми причинами анафилактического шока служат:

- ЛС: антибиотики, НПВС и др.;
- пищевые аллергены: орехи, рыба, фрукты и др.;
- вещества, попадающие в организм при ужалениях насекомых;
- аллергены, используемые в быту (латекс, бытовые химикаты).

Патогенез:

При воздействии аллергена развивается IgE-опосредованная системная реакция гиперчувствительности, при которой одновременно активируется значительное количество эффекторных клеток. В результате выброса ими медиаторов аллергии (ранняя фаза) развивается коллапс, повышается проницаемость сосудов микроциркуляторного русла, что способствует выходу жидкой части крови в ткани и её сгущению. В результате этого ОЦК снижается, сердце вовлекается в патологический процесс вторично. Через 6-8 ч и более возможно развитие поздней фазы, обусловленной повторным выбросом биологически активных веществ из других клеток, привлечённых к месту действия аллергена.

Клинические проявления:

Клинические проявления анафилаксии чаще всего развиваются в течение нескольких минут — одного часа после взаимодействия с триггерным препаратом. Отсроченные клинические проявления обычно возникают при применении латекса, антибиотиков, коллоидов; при применении

миорелаксантов, напротив, ответ развивается очень быстро.

Основные симптомы анафилаксии:

- нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: резкое снижение АД, развитие острой сердечной недостаточности, нарушения ритма.
- нарушения со стороны дыхательной системы: одышка, бронхоспазм, гиперсекреция слизи, отек слизистой дыхательных путей
- нарушение мозгового кровообращения, судороги
- гастроинтестинальные симптомы (тошнота и рвота)
- состояние кожных покровов и слизистых: уртикарные высыпания, ангиоотеки, гиперемия, кожный зуд, на более поздних стадиях – бледность, холодный пот, цианоз губ.

Отсутствие симптомов со стороны кожных покровов не исключает диагноз анафилаксии!

Прочие симптомы:

- жалобы пациента (при сохраненном сознании) на беспокойство, чувство страха, тревогу, озноб, слабость, головокружение, онемение языка, пальцев, шум в ушах, ухудшение зрения, тошноту, схваткообразные боли в животе.
- нарушения в других органах и системах: рвота, непроизвольная дефекация, мочеиспускание, метроррагия.

Таблица 1. Степени выраженности клинических проявлений анафилаксии:

Степени:	Проявления:
I	Генерализованные кожные проявления: эритема, уртикарная сыпь ± ангионевротический отек
II	Умеренная полиорганная недостаточность: - кожные проявления - гипотензия, выраженная брадикардия - гиперреактивность бронхов (кашель, нарушение вентиляции)
III	Жизнеугрожающая ПОН, требующая интенсивной терапии: - коллапс, тахикардия или брадикардия, аритмии - бронхоспазм Кожные проявления могут отсутствовать или появиться только после стабилизации АД
IV	Остановка дыхания или кровообращения
V	Остановка дыхания или кровообращения

В зависимости от характера течения АШ:

1. Острое злокачественное течение с возможным летальным исходом (С):
 - острое начало
 - нарушение сознания вплоть до комы
 - быстрое падение АД (диастолическое — до 0 мм рт.ст.)
 - прогрессирование симптомов дыхательной недостаточности с явлениями бронхоспазма
 - частая резистентность к терапии
 - неблагоприятный исход
2. Острое доброкачественное течение - типичная форма АШ:
 - нарушение сознания: оглушение или сопор
 - умеренные изменения сосудистого тонуса

- признаки дыхательной недостаточности.
- хороший эффект от своевременной и адекватной терапии
- благоприятный исход.

3. Затяжной характер течения:

- выявляется после проведения активной противошоковой терапии, которая дает временный или частичный эффект
- в последующий период симптоматика не такая острая, как при первых двух разновидностях АШ
- возможна резистентность к терапии
- нередко приводит к формированию таких осложнений, как пневмония, гепатит, энцефалит
- характерно для АШ, вследствие введения препаратов пролонгированного действия.

4. Рецидивирующее течение:

- развитие повторного шокового состояния после первоначального купирования его симптомов
- часто развивается после применения ЛС пролонгированного действия

5. рецидивы по клинической картине могут отличаться от первоначальной симптоматики, в ряде случаев имеют более тяжелое и острое течение, более резистентны к терапии.

6. Абортивное течение:

- наиболее благоприятное
- часто протекает в виде асфиксического варианта типичной формы АШ
- минимальные нарушения гемодинамики
- быстро купируется.

Дифференциальная диагностика:

Дифференциальную диагностику между анафилактическим шоком и системной анафилактоидной реакцией (обусловленной другими типами аллергической реакции, которые могут развиваться уже при первом введении некоторых ЛС) не проводят, ввиду того, что при обоих состояниях требуется проведение одного и того же комплекса неотложных лечебных мероприятий. Отличительной чертой анафилактического шока служит частое наличие кожных проявлений в виде сыпи, эритемы, отёка или развитие бронхоспазма перед либо одновременно с гемодинамическими нарушениями. Прочие симптомы анафилактического шока неспецифичны и характерны для любого другого вида шока.

Осмотр и физикальное обследование:

1. Оценивают состояние сознания (состояние оглушённости, потеря сознания).
2. Осматривают кожные покровы (бледные, иногда с синюшным оттенком).
3. Оценивают кожные покровы и конъюнктивы на предмет наличия эритемы, сыпи, отёка, симптомов ринита и конъюнктивита.
4. Производят оценку пульса (нитевидный), измеряют ЧСС (тахикардия).
5. Осматривают ротоглотку (отёк языка, мягкого нёба), оценивают наличие затруднённого глотания.
6. Оценивают проходимость дыхательных путей по наличию стридора, диспноэ, свистящего дыхания, одышки или апноэ.
7. Измеряют АД. Снижение АД на 30—50 мм рт.ст. от исходного расценивают как признак анафилактического шока. При тяжёлом

течении АД не определяется.

8. Помимо перечисленных мероприятий, в обязательном порядке уточняют наличие таких симптомов, как рвота, непроизвольная дефекация и/или мочеиспускание, кровянистые выделения из влагалища.

Лечение :

Прекращение дальнейшего поступления аллергена в организм.

В зависимости от этиологии, данный этап состоит из следующих действий.

- Останавливают парентеральное введение ЛС, накладывают жгут выше места инъекции на 25 мин (каждые 10 мин ослабляют жгут на 1—2 мин).
- Удаляют из ранки жало насекомого с помощью инъекционной иглы. Удаление пинцетом или вручную нежелательно, так как при таком способе возможно выдавливание яда из оставшегося на жале резервуара ядовитой железы насекомого.
- К месту инъекции ЛС или ужаления прикладывают пузырь со льдом или грелку с холодной водой на 15 мин.
- Обкалывают в 5-6 точках и инфильтрируют место инъекции или ужаления 0,5 мл 0,1% р-ра эpineфрина (адреналина) с 5 мл изотонического раствора натрия хлорида.

Противошоковые мероприятия:

- Обеспечивают проходимость дыхательных путей: укладывают больного (с опущенной головной частью), поворачивают его голову в сторону, во избежание аспирации рвотными массами, выдвигают нижнюю челюсть больного, удаляют съёмные зубные протезы при их наличии.
- Немедленно вводят 0,3-0,5 мл 0,1% р-ра эpineфрина (адреналина) в/м в область латеральной поверхности бедра, причем допускается введение через одежду (допустимо подкожное введение). При

необходимости повторные инъекции делают каждые 5—20 мин, контролируя АД.

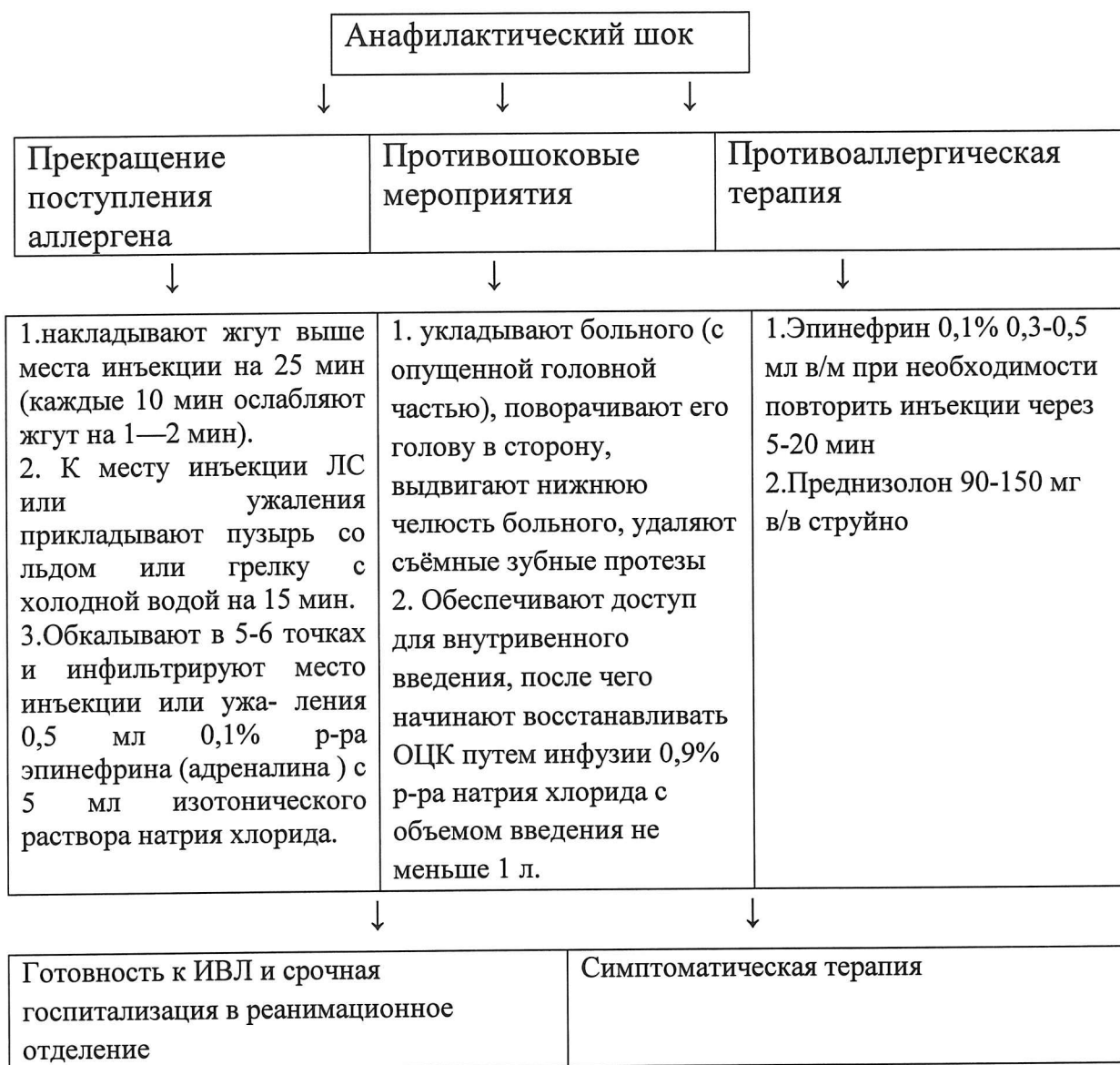
- Обеспечивают доступ для внутривенного введения, после чего начинают восстанавливать ОЦК путем инфузии 0,9% р-ра натрия хлорида с объемом введения не меньше 1 л для взрослых и из расчёта 20 мл на 1 кг массы тела - для детей.

Противоаллергическая терапия.

Парентеральные глюкокортикоиды: преднизолон в дозе 90-150 мг (детям 2-12 мес — 2-3 мг на 1 кг массы тела, детям с 1 года до 14 лет — из расчёта 1-2 мг/кг массы тела) в/в струйно.

Симптоматическая терапия

- При сохраняющейся артериальной гипотензии, после восполнения ОЦК применяют вазопрессорные амины до достижения систолического АД >90 мм рт.ст: допамин в/в капельно со скоростью 4—10 мкг/кг/мин, но не более 15—20 мкг/кг/хмин. Раствор готовят из расчёта 200 мг допамина на 400 мл 0,9% р-ра натрия хлорида или 5% р-ра глюкозы, инфузию проводят со скоростью 2—11 капель в минуту.
- При развитии брадикардии вводят атропин в дозе 0,5 мг подкожно, при необходимости — вводят ту же дозу повторно через 5—10 мин.
- При манифестировании бронхоспазма показано ингаляционное введение β₂-адреномиметиков (сальбутамол 2,5-5,0 мг предпочтительно через небулайзер).
- В случае развития цианоза, появления диспноэ или сухих хрипов при аускультации показана кислородотерапия. В случае остановки дыхания показано проведение ИВЛ.
- Необходимо осуществлять постоянный контроль за функциями дыхания, состоянием сердечно-сосудистой системы (измеряя ЧСС и АД).
- Быть готовым к проведению ИВЛ и реанимационных мероприятий.



- 1.При сохраняющейся гипотонии только после восполнения ОЦК вазопрессорные амины (допамин)
- 2.При бронхоспазме В2-агонисты через небулайзер (сальбутамол 2 мг/2,5 мг)
- 3.При брадикардии возможно п/к введение атропина в дозе 0,5 мг

Способ применения и дозы лекарственных средств:

- **Эпинефрин** (адреналин) назначают при анафилактическом шоке, ангионевротическом отёке гортани детям в дозе 0,1—0,3 мл 0,1% р-ра в/м или п/к (или из расчёта 0,01 мг/кг массы тела), взрослым в дозе 0,3—0,5 мл 0,1% р-ра в/м или п/к. При неэффективности следует повторить введение через 20 мин.
- **Преднизолон** показан при анафилактическом шоке, генерализованной крапивнице, ангионевротическом отёке детям в/в в возрасте 2—12 мес в дозе 2—3 мг/кг массы тела, в возрасте 1 — 14 лет по 1—2 мг/кг массы тела, взрослым по 60—150 мг в/в, струйно.
- **Бетаметазон** (бетаметазона динатрия фосфат 2 мг + бетаметазона дипропионат 5 мг, дипроспан и др.) назначают при генерализованной крапивнице в/м детям в возрасте 1-5 лет по 2 мг, в возрасте 6-12 лет по 4 мг, взрослым в дозе 7—14 мг.
- **Аквивастин** (семпрекс) показан при аллергическом рините, аллергическом конъюнктивите, крапивнице и ангионевротическом отёке детям в возрасте 2—12 лет по 5 мг внутрь, в возрасте старше 12 лет по 8 мг внутрь, взрослым в дозе 8 мг внутрь.
- **Цетиризин** (аллертек и др.) назначают при аллергическом рините, аллергическом конъюнктивите, крапивнице и ангионевротическом отёке детям в возрасте 2—6 лет по 5 мг внутрь, в возрасте старше 6 лет и взрослым по 10 мг внутрь. Острые аллергические заболевания
- **Хлоропирамин** (супрастин и др.) показан при аллергическом рините, аллергическом конъюнктивите, крапивнице детям в дозе 0,1 мл/год жизни 2% р-ра в/м (не более 1 мл), взрослым по 1-2 мл 2% р-ра в/м.

Литература:

- Руководство по скорой медицинской помощи / под.ред. С.Ф.Багненко , А.Л.Верткина, А.Г.Мирошниченко, М.Ш.Хубутии. – М. : ГЭОТАР, Медиа, 2007. – 816 с.
- «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д. м. н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к. м. н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
- Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь: Учебное пособие / Под ред. В.Д. Малышева. — М.: Медицина.— 2000.— 464 с.: ил.— Учеб. лит. Для слушателей системы последиplomного образования.