# [Анафилактический шок: первая помощь](http://igiuv.ru/pervaya-pomoshh/1346-anafilakticheskij-shok-pervaya-pomoshh.html)

Анафилактический шок относится к острым, наиболее тяжелым и моментальным проявлениям аллергии в связи с применением лекарственных препаратов: антибиотиков, сульфаниламидов, анальгетиков, витаминов. Организм может реагировать на аллергены при проведении лечебных и диагностических процедур, некоторые пищевые продукты. Анафилактический шок может возникнуть при укусах насекомых (например, пчел, оводов или ос), укусах и ожогах обитателей морских и глубин океана (медуз, моллюсков, звезд, осьминогов, рыб и змей).

При анафилактическом шоке происходят:

* коллапс и потеря сознания (тяжелое течение шока);
* артериальная гипотензия  разной степени и оглушенность (среднее течение шока);
* асфиксия - резкое нарушение дыхания при наличии моментального отека гортани или тяжелого бронхоспазма;
* появляется сыпь в виде крапивницы с кожным зудом и боль в области живота.

Купируют анафилактический шок в два этапа:

* 1 этап – немедленная первичная терапия;
* 2 этап – последующая вторичная терапия.

## Немедленная первичная терапия

Неотложные мероприятия:

* Больного помещают на спину с приподниманием ног и запрокидыванием головы, фиксацией языка. Поверхность должна быть твердой. Вызывают скорую помощь.
* Дальнейший доступ аллергена в организм прекращают, включая аллергенный лекарственный препарат. Выше места введения аллергена накладывают жгут, который послабляют на несколько минут спустя каждые 10-15 минут.  Место, куда вводился аллергенный препарат, подвергают инфильтрации адреналином в дозе 0,3 мл (0,1% раствор). Это поможет замедлить сосудам всасывание антигена.

Адреналин вводится как первая немедленная скорая терапия при купировании анафилактического шока, поскольку  в организме происходит:

* стимулирование адренорецепторов сосудов,  повышение артериального давления (АД);
* стимулирование Р-адренорецепторов бронхов, вызывается бронходилактация;
* стимулирование адренорецепторов миокарда с оказанием инотропного действия;
* подавление выделения медиаторов из базофилов и  тучных клеток (активированных) посредством стимулирования внутриклеточного 3,5-цАМФ;
* торможение дегрануляции базофилов и тучных клеток.

Медики пользуются разной методикой введения адреналина, поэтому следует придерживаться следующих общих рекомендаций:

* Из шокового состояния с потерей сознания и тяжелого коллапса выводят внутривенным введением адреналина. При этом получают немедленный эффект восстанавливается давление:  коронарное перфузионное и церебральное.
* Этап первый - вводят адреналин внутримышечно или подкожно, доза - по 0,3-0,5 мл (0,1% р-р). Он быстро всосется при условии его введения в разные места и не более 1 мл, поскольку сосудорасширяющее действие адреналина будет тормозить собственное всасывание. Повторные инъекции выполняют спустя  каждые 20 минут.
* Если нарушено дыхание и присутствует резкая артериальная гипотензия, адреналин быстро всасывается  при введении его под язык (по 0,5 мл 1%-ного раствора) или внутривенном вливании (3-5 мл 0,01%-ного раствора) посредством бедренной, кубитальной или внутривенной яремной вены.
* Чтобы получить 0,01%-ный раствор к адреналину  -1 мл (0,1%-ный раствор) натрия хлорид (9 мл - изотонический р-р). Вводят медленно (5 мин) внутрь вены.
* Нормализуют АД одномоментным введением адреналина (0,01%-ного раствора) внутрь вены, доза – 5-10 мкг (0,05-0,1 мл 0,01%-ный р-р), затем повторно вливают в такой же дозе.
* Адреналин можно вводить с помощью внутривенного капельного введения 0,1%-ного раствора (1 мл), разведенного в глюкозе (5% р-р - 250 мл). Инфузия начинается с 0,1 мкг/кг/ мин, скорость можно отрегулировать в соответствии с АД.

Чтобы исключить фибрилляцию желудочков при условии внутривенного введения адреналина, медиками подготавливается дефибриллятор. Если уровень АД падает незначительно, тогда введение адреналина будет внутримышечным или подкожным.

## Как обеспечить проходимость дыхательных путей

Это важное действие – эндотрахеальную интубацию – осуществляют, если резко нарушается или отсутствует самостоятельное дыхание из-за выраженного отека гортани. В случае отсутствия дыхания  больному выполняется искусственная вентиляция легких с подключением 100% кислорода. Электроотсосом удаляют слизь из дыхательных путей.

Выполняется трахеотомия, если эффект от введения  адреналина слабый и нет возможности провести интубацию трахеи при наличии отека гортани. Дыхание «изо рта в рот» выполняют, если нет возможности выполнить искусственную вентиляцию легких.

Восполняют объем циркулирующей крови капельным введением внутрь вены растворов: коллоидных или кристаллоидных (изотонического раствора Натрия хлорида (1000 мл), полиглюкина (400 мл), раствора Рингера). При малом эффекте применяют вазопрессорные амины.  Внутрь вены капельно вводят Допит (Дофамин) – 15-17 мкг/кг/мин. Стойкую гипотензию снимают капельным введением внутрь вены вводят Норадреналина для стимулирования А-адренорецепторов.  При скорости капель – 20-25 в мин – доза 1 мл 0,2% раствора в 250 мл.

Электрическую фибрилляцию и непрямой массаж сердца проводят при развитии фибрилляции желудочков и остановке работы сердца.

## Вторичные терапевтические мероприятия

Купируют кожный зуд, отек Квинке и уменьшают длительность шока  продолжением терапии: вводятся антигистаминные препараты при условии восстановления геодинамики, поскольку они создают гипотензивный эффект, особенно Пипольфен.

Внутримышечные введения Димедрола, Супрастина, Пипольфена выполняют по назначению врача и под контролем АД. Внутрь больные принимают Димедрол, Диазолин, Супрастин и Фенкарол.

Анафилаксию с длительными и непроходящими симптомами купируют блокаторами Н» - рецепторов гистамина, например, вливаниями внутрь вены Циметидина (300 мг) каждые 6 часов.

Уменьшают отечность гортани и бронхоспазмы, повышают АД и предупреждают рецидивы шока, тормозят дегрануляцию тучных клеток с помощью глюкокортикоидных препаратов. Вводится Преднизолон (Солю-медрол) внутривенными вливаниями (можно внутримышечными) – 240 мг, в течение 5 мин и с повторением каждые 6 часов.

При отсутствии эффекта адреналина, купируют бронхоспазмы введением Эуфиллина: 10 мл одновременно с 10 мл изотонического раствора Натрия хлорида – 10 мл. Давление контролируют для исключения его снижения. При наличии у больного цианоза, нужно применяются продолжительные ингаляции.

При настырной артериальной гипотензии и возможном метаболическом ацидозе,  что уменьшает эффект от применения вазопрессорных средств, необходимо применение Гидрокарбоната натрия, но после проверки  кислотно-щелочного равновесия в организме. Корректируют ацидоз с помощью капельного вливания внутрь вены Натрия гидрокарбоната  (4%-ный р-р) – 150-200 мл/сутки.

Прекращают интубацию и вентиляцию легких искусственными методами только после полной ликвидации отека гортани и дыхательных путей. Контролируется состояние гортани и дыхательных путей ларингоскопом.

Если шок вызывает Пенициллин - вводится Пенициллиназа в мышцу единократно – 1.000.000 Ед. вместе с Хлоридом натрия (2 мл, изотонический р-р). Если шок вызвал Бициллин -  Пенициллиназу вводят 3 дня по аналогичной дозе.

Больных выписывают из стационара спустя 10-12 дней и ставят на диспансерный учет у аллерголога,  выдают специальный аллергологический паспорт, где указываются аллергены, вызывающие анафилактический шок. Для предупреждения шока от укусов насекомых рекомендуется иметь при себе набор для самостоятельных инъекций с целью проведения специфической гипосенсибилизации.

*Материалы сайта: http://igiuv.ru/pervaya-pomoshh/1346-anafilakticheskij-shok-pervaya-pomoshh.html*