



АО “медицинский университет Астана”
Кафедра: Детская инфекция

ТЕМА: Анафилактический шок у детей.
Причины развития. Неотложная помощь.

Выполнил: Бейсехан Н.Б

Группа: 721 ВОП

ПЛАН:

- Анафилактический шок у детей
- Причины анафилактического шока у детей
- Симптомы детского анафилактического шока
- Алгоритм действий при оказании неотложной помощи при анафилактическом шоке у детей
- Механизм развития
- ЛИТЕРАТУРЫ

Анафилактический шок

- **Анафилактический шок (анафилаксия)** – болезненное состояние. Оно сопровождается резким повышением чувствительности организма. Ощущения проявляются при повторном введении вещества-аллергена. К ним относят какую-либо разновидность белков чужеродного характера.

Причины анафилактического шока у детей

- Использование определенных лекарств.
- Контакт с рентгенконтрастными веществами.
- Методика аллергологической диагностики.
- Прием антибиотиков (особенно на пенициллин).
- Пищевая аллергия.
- Укусы насекомых.
- Использование гамма-глобулина, ряда вакцин, сывороток.

- У детей такие проявления часто вызывают некоторые вакцины, сыворотки. Обычно шок очевиден при вторичном контакте с аллергеном. Часто у детей, чьи матери в периоды беременности и кормления грудным молоком использовали опасный препарат, анафилактический шок проявляется из-за первого же контакта с препаратом. Метод введения и доза не важны для сенсibilизированного (аллергизированного) пациента.
- Анафилактический шок из-за приема пищевых продуктов достаточно редок. Часто среди детей встречается непереносимость молока (сенсibilизация к бета-лактоглобулину), рыбных блюд, яичного белка.

Механизм развития. В основе развития клинической картины анафилактического шока лежит аллергическая реакция немедленного типа, обусловленная антителами класса иммуноглобулина И (на англ. IgE) и Джи (IgG). Первый контакт с аллергеном приводит к образованию в организме повышенной концентрации IgE. Повторное введение аллергена вызывает реакцию связывания аллергена и антитела с образованием иммунного комплекса. Этот комплекс оседает на мембране клеток, повреждает их и приводит к высвобождению большого количества биологически активных веществ, которые и вызывают различные клинические проявления шока. При инъекциях анафилактический шок наблюдается чаще и протекает стремительнее. Особенно опасно внутривенное введение препарата, при котором анафилактический шок может наступить немедленно (“на кончике иглы”). Обычно анафилактический шок возникает в течение 1 часа, а при ректальном (через задний проход), наружном кожном и пероральном (через рот) применении препарата спустя 1-3 часа (по мере всасывания аллергена). Как правило, анафилактический шок протекает тем тяжелее, чем меньше времени прошло от момента введения аллергена до развития реакции. Частота случаев анафилактического шока и его тяжесть увеличиваются с возрастом.

Состояния	Сходства с анафилаксией	Отличия от анафилаксии
Обморок	<ul style="list-style-type: none"> • тошнота; • бледность кожных покровов; • падение артериального давления; • слабый пульс 	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие зуда, крапивницы, бронхиальных спазмов; • обморок продолжается несколько секунд, потом малыш приходит в себя и начинает реагировать на окружающих людей
Приступ бронхиальной астмы	<ul style="list-style-type: none"> • бронхиальные спазмы; • шумное дыхание; • чувство страха 	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие зуда, крапивницы; • давление чаще всего остаётся в норме
Эпилепсия	<ul style="list-style-type: none"> • судорожные припадки; • непроизвольное мочеиспускание 	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие кожных аллергических проявлений, бронхоспазмов; • артериальное давление не снижается

Симптомы детского анафилактического шока

- Симптомы анафилактического шока у детей связаны с тем, как развивается это заболевание. Сначала аллерген попадает в организм. При кожном контакте, возникают зуд, припухлость и др. Если болезнь развилась из-за продукта – то начинаются соответствующие симптомы. **Можно выделить некоторые проявления болезни:**

- Признаки беспокойства, страха.
- Головная боль пульсирующего характера.
- Головокружение.
- Онемение губ и мускулатуры лица.
- Шум в ушах.
- Холодный пот.
- Нарушение работы желудочно-кишечного тракта.
- Отек Квинке.
- Крапивница.
- Приступы одышки.
- Спазм бронхов.
- Стеснение в области груди.
- Тошнота.
- Боли в животе.

- Рвота.
- Судороги.
- Пена изо рта.
- Пониженное артериальное давление.
- Бесконтрольное мочеиспускание.
- Кровянистые образования, выделяющиеся из влагалища (у взрослых).
- Пульс становится нитевидным.
- Потеря сознания.

Алгоритм действий при оказании неотложной помощи при анафилактическом шоке у детей

- 1. Прекратить введение вещества, вызвавшего анафилаксию.
- 2. Уложить ребенка в положение с приподнятым ножным концом кровати, тепло укрыть, обложить грелками, голову повернуть набок, дать увлажненный кислород.
- 3. Место инъекции «крестообразно» обколоть 0,1% раствором адреналина из расчета 0,1 мл/год жизни, разведенного в 5 мл изотонического раствора натрия хлорида. Наложить жгут выше места инъекции аллергена (если это возможно) на 30 минут, не сдавливая артерии. При введении аллергенного препарата в нос или в глаза необходимо их промыть водой и закапать 0,1% раствором адреналина и 1 % раствором гидрокортизона
- 4. Одновременно в любой другой участок тела вводить 0,1% раствор адреналина (0,1 мл/год жизни) через каждые 10-15 минут до улучшения состояния, при его прогрессивном ухудшении ввести 0,2% раствор норадреналин в/в в 20 мл 5-10% раствора глюкозы.









- 5. В/в вводить преднизолон (2-4 мг/кг) или гидрокортизон (10-15 мг/кг), при необходимости через 1 час повторить.
- 6. При обструктивном синдроме в/в струйно 2,4% раствор эуфиллина 3-4 мг/кг.
- 7. В/м вводить 2% раствор супрастина или 2,5% раствор тавегила (0,1 мл/год жизни).
- 8. При сердечной недостаточности 0,06% раствор коргликона (0,01 мг/кг) в/в медленно в 10 мл 10% глюкозы, лазикс (1-2 мг/кг) в/м. Госпитализация обязательна даже при исчезновении угрожающих жизни состояниях в связи с возможностью вторичного шока. В стационаре продолжить мероприятия, указанные выше. При необходимости проводят восполнение ОЦК путем капельного введения 5% раствора глюкозы, полиглюкина и реополиглюкина, при отсутствии стабилизации АД вводят в/в капельно 0,2% раствор норадреналина (0,5-1 мл), 0,1% раствор мезатона (1-2 мл), преднизолон (2-4 мг/кг). В тяжелых случаях при остановке дыхания больного переводят на ИВЛ.

Необходимые медикаменты:

- ✓ 0,18 % р-р адреналина гидротартрат
- ✓ 0,5 % р-р глюкозы
- ✓ 0,2 % р-р норадреналина гидротартрат р-р реополиглюкина
- ✓ 0,9% р-р натрия хлорида 3% р-р преднизолона
- ✓ 2,4 % р-р эуфиллина 2 % р-р супрастина
- ✓ 0,06 % р-р коргликона 1 % р-р фуросемида

Литературы

- Тактика оказания экстренной неотложной помощи в педиатрии.
Под редакцией проф. В.Н.Чернышова
- Биртанов Е.А., Новиков С.В., Акшалова Д.З.
Разработка клинических руководств и протоколов диагностики и лечения с учетом современных требования.
- Интернет

