

Анафилаксия. Рекомендации ФАР.

УГМУ

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и
токсикологии

Интерн Лобов Н.А.

2016г.

Анафилаксия — жизнеугрожающая реакция гиперчувствительности. Анафилактический шок (АШ) - анафилаксия, сопровождающаяся выраженными нарушениями гемодинамики: снижение систолического артериального давления ниже 90 мм рт.ст или на 30% от исходного уровня, приводящими к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах.

Механизмы развития:

- IgE-опосредованная реакция (анафилактическая реакция)
- прямая дегрануляция тучных клеток (анафилктоидная реакция).

Медиаторы аллергии вызывают: бронхоспазм, вазодилатацию, увеличение проницаемости сосудов, перемещение большого объема плазмы за пределы сосудистого русла.

Наиболее часто анафилактические реакции в периоперационном периоде можно наблюдать при применении миорелаксантов (62,0%), латекса (16,5 %), анестетиков (7,4%), антибактериальных препаратов (4,7%), опиатов(1,9%); крайне редко – местных анестетиков (0,7 %).

Основные симптомы анафилаксии:

- нарушения со стороны ССС: резкое снижение АД, развитие ОШН, нарушения ритма.
- нарушения со стороны дых. системы: одышка, бронхоспазм, гиперсекреция слизи, отек слизистой дых. путей
- нарушение мозгового кровообращения, судороги
- тошнота и рвота
- состояние кожи и слизистых: уртикарные высыпания, ангиоотеки, гиперемия, зуд, на поздних стадиях – бледность, холодный пот, цианоз губ

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.

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, артимии - бронхоспазм
Кожные проявления могут отсутствовать или появиться только после стабилизации АД	
IV	Остановка дыхания или кровообращения
V	Смерть в результате неэффективности СЛР

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 и
- 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.

Лабораторная диагностика:

Экстренная диагностика: анализ крови на сывороточную триптазу (через 1–4 ч после возникновения анафилактической реакции).

Значимое повышение уровня триптазы сыворотки (> 25 мкг/л) с большой вероятностью предполагает аллергическую анафилаксию. Для определения уровня триптазы необходимо осуществить забор крови однократно (через 1–2 ч после возникновения симптомов) или трёхкратно (в идеале): так быстро, как возможно; через 1–2 ч, через 24 ч после начала симптомов или при выписке (для определения фонового уровня триптазы, так как у некоторых людей она исходно повышена).

Отсроченная диагностика (не менее чем через 6 недель после эпизода анафилаксии из-за высокой вероятности ложноотрицательных результатов): кожные тесты, тест активации базофилов аллергенами *in vitro*, провокационные тесты (с осторожностью).

Лечение:

- Прекратить введение триггерного препарата**
- Уложить пациента. 100% O₂.**
- Адреналин в/м 0.3-0.5 мг (если нет венозного доступа), в/в 0.1-0.2 мг.**
- NaCl 0.9% 500-2000 мл быстрая инфузия**
- инфузия адреналина 0.1-1 мкг/(кг*мин)**
- при умеренном бронхоспазме ингаляция сальбутамола 0.5%-0.5мл в 2.5мл 0.9% NaCl**
- при декомпенс. ДН- немедленная интубация**
- при выраженном отеке ВДП- коникотомия**
- ГКС и антигистаминные- препараты второй линии**
- лечения**

Профилактика:

- тщательный сбор аллергоанамнеза
- при отягощенном аллергоанамнезе за 30-60 минут до оперативного вмешательства дексаметазон 4-8мг, или преднизолон 30-60мг; тавегил 2мг или супрастин 10-20мг в/в
- при ОАА проведение кожных диагностических проб и провокационных тестов (только в период полной ремиссии заболевания).