

Анафилактический шок (АШ) — остро развивающаяся и угрожающая жизни генерализованная аллергическая реакция немедленного типа, характеризующаяся снижением артериального давления и нарушением кровоснабжения жизненно важных органов.

Точные данные о частоте АШ среди населения в целом и различных возрастных групп отсутствуют. Он наблюдается у 1 из 2700 госпитализированных пациентов, в 1% случаев сопровождается летальными исходами, количество которых составляет 154 на 1 млн госпитализаций в год.

Наиболее частые причины АШ:

- парэнтеральное введение лекарственных средств (антибиотиков — пенициллинов и др., сульфаниламидов, анальгетиков и анестетиков, нестероидных противовоспалительных и белковых препаратов, вакцин и др.) и рентгеноконтрастных веществ;
- укусы (яд) насекомых (пчел, шершней и др.);
- использование некоторых пищевых продуктов (орехи, яйца, рыба, морепродукты, молоко, грибы, земляника и др.);
- интенсивная физическая нагрузка;
- латекс, содержащийся в резиновых изделиях (перчатках, катетерах, игрушках, презервативах и др.);
- аллергены при неправильном проведении специфической иммунотерапии.

С точки зрения патогенеза (механизмов развития), АШ в преобладающем большинстве случаев является IgE-зависимой (реагиновой) аллергической реакцией, развивающейся в сенсibilизированном — с повышенной чувствительностью к определенному антигену — организме. Повторное поступление антигенов лекарственного, пищевого и др. происхождения и их связывание с антителами (IgE) сопровождается высвобождением из тучных клеток и базофилов биологически активных веществ — медиаторов (гистамин, триптаза, химаза, лейкотриены и др.). Последние вызывают падение тонуса и повышение проницаемости сосудов, спазм гладкой мускулатуры бронхов, кишечника и матки, нарушение микроциркуляции (тромбоз мелких сосудов) с последующим отеком и повреждением тканей и органов. Наиболее значимыми в клиническом плане являются поражения сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Диагностика

Существенную роль в диагностическом плане играет правильно собранный аллергологический анамнез. При его сборе выявляют:

- были ли раньше у пациента или его родственников аллергические реакции;
- какие причины способствовали их возникновению (определенные виды лекарственных средств и пищевых веществ, укусы насекомых и др.);
- клинические признаки аллергических реакций;
- время появления, причины и клинические особенности последней аллергической реакции;
- применялось ли лечение, в том числе самолечение, его особенности.

Наличие у пациента в предыдущие годы аллергических реакций на лекарственные, пищевые и др. аллергены, укусы насекомых является поводом для тщательного сестринского наблюдения за ним, исключения поступления соответствующего антигена в организм. Медицинская сестра сообщает врачу об обнаруженной повышенной чувствительности больного к определенным аллергенам. Нередко при расспросе пациента не удается выявить сведений об аллергических реакциях в предыдущие годы, а сбор аллергологического анамнеза невозможен при остром развитии ЛШ.

Клиническая картина

Клинические проявления АШ возникают в среднем через 3-30 мин после парэнтерального введения лекарственных веществ и через 2 ч и более после употребления пищи. В это время может наблюдаться короткий период предвестников АШ: больные жалуются на общую слабость, недомогание, чувство тревоги и страха, головные боли, головокружения, шум в ушах, боли в грудной клетке и животе, ощущения жара, онемение и покалывание пальцев, языка и губ, зуд кожи и др. При осмотре пациента выявляют бледность кожи и видимых слизистых оболочек, нередко отек кожи и элементы крапивницы, признаки ринита и конъюнктивита.

Дальнейшее течение (разгар) АШ характеризуется ухудшением клинической картины. Наряду с усилением выраженности симптомов появляются признаки острой сосудистой недостаточности: резкая бледность кожи и видимых слизистых оболочек с синюшным оттенком, холодный липкий пот, нитевидный пульс, падение артериального давления (менее 90/60 мм рт. ст.), тахикардия. Возникают выраженная одышка, удушье, стридорозное дыхание (отек гортани) с опасностью развития асфиксии, рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, тонические и клонические судороги. В легких выслушиваются сухие и влажные хрипы, тоны сердца глухие. Происходит нарушение («помутнение») или полная потеря сознания.

В зависимости от выраженности клинических симптомов существуют 3 степени тяжести АШ:

- легкая степень характеризуется наличием периода предвестников (5-10 мин), снижением артериального давления (90/60-50/0 мм рт. ст.), отсутствием или кратковременной потерей сознания, хорошим эффектом лечения;
- при АШ средней степени тяжести период предвестников короткий (секунды, минуты), артериальное давление не определяется, потеря сознания длится десятки минут, замедленный эффект лечения;
- тяжелому течению АШ свойственно молниеносное развитие тяжести клинической симптоматики, как правило, без предвестников, отсутствие артериального давления, длительная (1 ч и более) потеря сознания, неэффективность лечебных мероприятий. При тяжелом течении АШ больные, как правило, погибают.

Лечение

Лечение АШ предусматривает максимально быстрое и последовательное проведение ряда мероприятий, способствующих восстановлению и поддержанию жизненно важных функций организма, в первую очередь сердечно-сосудистой, нервной систем, органов дыхания. Оно включает меры по прекращению поступления в организм предполагаемого аллергена, противошоковые мероприятия, противоаллергическую и симптоматическую терапию, относящиеся к компетенции врача. Медицинская сестра должна заподозрить (или диагностировать) АШ, срочно сообщить об этом врачу, знать принципы противошоковых мероприятий, оказать пациенту неотложную доврачебную помощь, содействовать его быстрой госпитализации.

Меры по прекращению поступления аллергена в организм:

- прекратить парэнтеральное введение лекарственных средств или удалить из ранки жало насекомого;
- наложить на 25-30 мин венозный жгут на конечность выше места инъекции или укуса насекомого, обколоть эти места раствором 0,1 % адреналина (0,5 мл), разведенного в 5 мл физиологического раствора, и положить на них пузырь со льдом или грелку с холодной водой на 15-20 мин.

Перечисленные действия относятся к неотложной доврачебной помощи и осуществляются нередко медицинской сестрой, в то время как противошоковые мероприятия выполняются непосредственно врачом или под его контролем.

Характер и последовательность противошоковых мероприятий:

- уложить пациента на ровную поверхность (кровать), приподнять ноги, повернуть голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть, удалить зубные протезы, фиксировать язык;
- немедленно ввести внутримышечно или подкожно в латеральную поверхность бедра непораженной конечности 0,3-0,5 мл 0,1% раствора адреналина, при необходимости повторять инъекции каждые 5-20 мин под контролем артериального давления;
- обеспечить внутривенный доступ и болюсное введение не менее 1 л жидкости (0,9% раствор поваренной соли, 5% раствор глюкозы и др.) с целью восполнения объема циркулирующей крови;
- осуществить внутривенную струйную инъекцию глюкокортикоидных гормонов (90-150 мг преднизолона, 200-400 мг гидрокортизона гемисукцината и др.);
- ввести парэнтерально антигистаминные препараты (1-2 мл 2% раствора супрастина внутривенно или внутримышечно, 1-2 мл 1% раствора димедрола внутримышечно; для устранения кожных аллергических реакций (крапивница, ангионевротический отек и др.);
- постоянно использовать ингаляции увлажненного кислорода со скоростью 5-10 л/мин.

По показаниям дополнительно к перечисленным мероприятиям используют внутривенное введение 0,05% раствора дофамина или 0,2% раствора норадреналина в 5% растворе глюкозы с целью повышения артериального давления и поддержания систолического давления на уровне 90-100 мм рт. ст. и выше. Для купирования бронхообструктивного синдрома применяют бронхорасширяющие средства; внутривенные инъекции 2,4% раствора эуфиллина, ингаляции сальбутамола, беродуала.

Медицинская сестра при наблюдении за больным оценивает его общее состояние, динамику клинических проявлений АШ, постоянно контролирует состояние сердечно-сосудистой системы (пульс, артериальное давление) и органов дыхания (характер и частота дыхания, наличие одышки и хрипов в легких).

При отеке гортани возможна трахеостомия, при остановке дыхания — искусственная вентиляция легких, при клинической смерти проводят легочно-сердечную реанимацию.

Период выхода из АШ может осложняться острым нарушением мозгового кровообращения (инсульт), поражением сердца (инфаркт миокарда, миокардит), печени (гепатит), почек (гломерулонефрит) и других органов. В этих случаях применяют разнообразное, нередко длительное немедикаментозное и медикаментозное лечение с участием врачей различных специальностей (терапевт, аллерголог, кардиолог, невропатолог, нефролог и др.).