

30 НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У ТЕРАПІЇ

За редакцією
професора
Ю. М. Мостового

Анафілактичний шок
Біль у спині
Важке загострення бронхіальної астми
Геморагічний інсульт
Гіпертензивний криз
Гіпоглікемічний стан
Гостра серцева недостатність
Гостра шлунково-кишкова кровотеча
Гострий коронарний синдром
Діабетичний кетозидоз
Зневоднення
Колапс
Лихоманка
Непритомність
Ниркова колика

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова видала довідник-посібник «30 невідкладних станів у терапії», до якого увійшли найбільш інформативні дані щодо діагностики та лікування критичних станів, що виникають за різних захворювань людини. Під час написання довідника були використані державні та міжнародні узгоджувальні документи. Розділи посібника написані співробітниками кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, які мають великий практичний і науковий досвід з тієї чи іншої медичної спеціальності. Автори намагалися зробити викладений матеріал максимально зрозумілим і прийнятним у практичній діяльності. Видання адресоване лікарям будь-якого фаху і допоможе кваліфіковано надати допомогу в ситуаціях, що загрожують життю людини.

«Медична газета «Здоров'я України» запропонувала викласти на своїх сторінках певні розділи довідника-посібника. Ми щиро вдячні за пропозицію, але разом із тим усвідомлюємо, яка відповідальність лежить на нас як авторах, чия працю будуть читати та обговорювати тисячі лікарів нашої держави. Ми відкриті до діалогу і вдячні за конструктивні зауваження та побажання, які готові прийняти з розумінням.

Наукові публікації відкриває розділ «Анафілактичний шок», який написала доктор медичних наук, професор Тетяна Володимирівна Константинович.



Завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини ВНМУ ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор Ю.М. Мостовой

Т.В. Константинович, д.м.н., професор



Анафілактичний шок*

Визначення. Генералізована системна алергічна реакція негайного типу, яка виникає внаслідок швидкого IgE-опосередкованого вивільнення медіаторів із базофілів унаслідок повторного контакту з алергенами та супроводжується небезпечними для життя клінічними проявами (різким зниженням артеріального тиску (АТ), легеневою недостатністю, порушенням діяльності центральної та периферичної нервової системи тощо).

Діагностика

Виявлення «винного» алергену.

Варіанти АШ визначаються провідним клінічним синдромом.

Типовий варіант. Миттєвий розвиток, різке погіршення загального стану, скарги на відчуття жару, нудоту, блювання, гіперемія чи блідість шкіри, висип на шкірі (кропив'янка, інші екзантеми), набряк губ, нерідко судоми кінцівок, мимовільні сечовиділення та дефекація, дихання поверхневе з дистанційними хрипами, тахіпное, у разі аускультатії легень — сухі свистячі хрипи, які інколи зникають до формування «німої» легені; пульс слабкий та частий, тони серця ослаблені.

Гемодинамічний варіант. Симптоми серцево-судинної недостатності: блідість чи гіперемія шкіри, ниткоподібний пульс, тахікардія, артеріальна гіпотензія, можлива поява болю за грудиною, що імітує гострий коронарний синдром.

Асфіксичний варіант проявляється ознаками гострої дихальної недостатності: бронхоспазмом, набряком слизової оболонки бронхів, гіперсекрецією, набряком Квінке.

Церебральний варіант. Переважає психомоторне збудження, порушення свідомості, судоми, епілептоформні напади.

Абдомінальний варіант: різкий біль у животі, блювання, нудота, пронос, позитивні симптоми подразнення очеревини.

Основні принципи невідкладної допомоги

Етап первинної допомоги:

1) припинити доступ алергену до організму (введення ліків, видалити жало, провітрити приміщення тощо), хворого покласти на спину з піднятими нижніми кінцівками та валиком під шиєю, голову повернути набік, висунути нижню щелепу, зняти зубні протези;

2) у разі значного порушення або відсутності самостійного дихання, набряку гортані — ендотрахеальна інтубація, видалення слизу за допомогою електровідсмоктувача, проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ) 40% киснем;

3) якщо надходження алергену пероральне — промивання шлунка за допомогою шлункового зонда, через який ввести сорбент (порошок активованого вугілля 630-840 мг (3-4 таблетки) або аеросил 20 г (1 столова ложка), попередньо розчинені в 100 мл води.

4) за парентерального надходження алергену (лікарський препарат, отрута комах) — накласти жгут на 25 хв вище місця введення алергену (кожні 10 хв послабляти жгут на 1-2 хв), прикласти до цього місця лід (міхур з льодом) на 15 хв; обколоти адреналіну гідрохлоридом 0,3-0,5 мл 0,1% р-ну, розчиненого в 4,5 мл 0,9% р-ну NaCl;

5) адреналіну гідрохлорид 0,3-0,5 мл 0,1% р-ну на 10-20 мл 0,9% р-ну NaCl або 5% р-ну глюкози в/в струминно повільно (альтернатива адреналіну гідрохлориду — глюкагон 1-5 мг в/в струминно з наступним в/в крапельним введенням на 200 мл 0,9% р-ну NaCl зі швидкістю 5-15 мкг/хв під контролем АТ); за відсутності терапевтичного ефекту або неможливості в/в введення препаратів виконувати

повторні в/м або п/ш введення адреналіну гідрохлориду 0,3-0,5 мл 0,1% р-ну кожні 10-15 хв 3-5 разів (до нормалізації АТ); загальна доза адреналіну — 2 мл 0,1% р-ну;

6) за відсутності стабілізації АТ налагодити введення норадреналіну 4-8 мкг/хв (0,05-0,1 мкг/кг/хв) або мезатону 2,0 мл 1% р-ну на 200,0 мл 0,9% р-ну NaCl або 5% р-ну глюкози в/в крапельно;

7) преднізолон 60-180 мг або метилпреднізолон 1 г, або 8-32 мг дексаметазон, або 250-1000 мг гідрокортизону гемісукцинату на 200,0 мл 0,9% р-ну NaCl в/в крапельно;

8) за констатації клінічної смерті провести реанімаційні заходи (непрямий масаж серця, ШВЛ);

9) натрію гідрокарбонат 2-3 мл/кг (4% р-ну на 200,0 мл 0,9% р-ну NaCl в/в крапельно під час масажу серця кожні 5 хв);

10) відновлення об'єму циркулюючої крові (ОЦК) — кристалоїдні (5% р-н глюкози, р-н Рінгера, лактасол, 0,9% р-н NaCl) та/або колоїдні р-ни (рефортан, венофундин, стабізол) 25-30 мл/кг на 200,0 мл 0,9% р-ну NaCl в/в крапельно; об'єм рідини, що вводиться, визначається станом хворого та проводиться до стабілізації показників гемодинаміки під контролем діурезу.

Етап спеціалізованої допомоги:

1) клемастин 2 мл 0,1% р-ну або хлоропірамін 2 мл 2% р-ну під контролем АТ ($\geq 90/60$ мм рт. ст.);

2) продовжити введення глюкокортикостероїдів (ГКС) кожні 6 год у вищезазначених дозах;

3) еуфілін 10,0 мл 2,4% (240 мг) р-ну на 10,0 мл р-ну NaCl, β_2 -агоністи — вентолін 5 мг через небулайзер, якщо виникає бронхоспазм;

4) дофамін 25 мг на 125 мл 0,9% р-ну NaCl в/в крапельно зі швидкістю 4-8 мкг/кг/хв у разі розвитку лівошлункової недостатності.

Госпіталізація до відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ). Спостереження за хворими з метою виявлення пізньої фази анафілаксії та подальша комплексна фармакотерапія після ліквідації гострої симптоматики анафілактичного шоку проводяться в спеціалізованому стаціонарі протягом 10-14 діб і включають введення дезагрегантів, реологічно активних препаратів, серцево-судинних засобів, гідрокарбонату натрію, сорбентів.

Післямова

Статистичні дані щодо анафілактичного шоку в різних державах суттєво розрізняються. За даними епідеміологічних досліджень в Росії було встановлено, що поширеність анафілактичного шоку становить 1 випадок на 70 тис. населення в рік. У штаті Онтаріо (Канада) зафіксовано 4 випадки анафілактичного шоку на 10 млн населення, у м. Мюнхені (Німеччина) — 79 випадків на 100 тис.; у США у 2003 р. анафілаксія стала причиною 1500 летальних випадків, причому 2,8-42,7 млн американців мали ризик виникнення хоча б одного епізоду анафілаксії протягом життя. Ретроспективні дослідження свідчать, що смертність від анафілактичного шоку становить 3-4,3%. Після тяжкого перебігу анафілактичного шоку можливий розвиток уражень внутрішніх органів, таких як енцефаліт, міокардит, інфаркт міокарда, нефрит, гепатит, гемопатії, васкуліт тощо. У випадках рецидиву шоку перебіг завжди тяжкий, тому анафілаксію краще попередити, ніж лікувати. У цьому нам допоможе ретельно зібраний алергологічний анамнез (особистий і сімейний); у хворих із обтяженим алергологічним анамнезом на сигнальному листі історії хвороби ставлять штамп «алергія» і зазначають медикаментозні препарати, що викликають алергію; після ін'єкції антибіотика необхідно спостерігати за хворим протягом 20-30 хв; медперсонал процедурних, хірургічних, алергологічних та інших кабінетів, медпунктів повинен бути спеціально підготовленим для надання невідкладної медичної допомоги у разі медикаментозного анафілактичного шоку і лікування подібних станів; в усіх процедурних, хірургічних та інших кабінетах, а також у медпунктах необхідно мати протишокову аптечку для надання невідкладної допомоги у випадку шоківих станів.

* Матеріал викладено відповідно до Протоколу надання медичної допомоги хворим на анафілактичний шок, затвердженого ІІІ з'їздом алергологів України 29.09.2011 р.