ГБПОУ «Белореченский медицинский колледж»

министерства здравоохранения Краснодарского края

**Курсовая работа**

**Тема: «Сестринский уход при анафилактическом шоке»**

ПМ.02 Участие в лечебно – диагностическом и

реабилитационном процессах

МДК 02.01 Сестринский уход при различных

заболеваниях и состояниях

02.01.01 **Сестринский уход при заболеваниях терапевтического профиля**

**Специальность 34.02.01 «Сестринское дело»**

**Курс: 3**

Работа выполнена:

Сулежко Викторией Дмитриевной

группа С-31

Руководитель:

Сиденко Наталья Васильевна

г. Белореченск, 2019

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| ВВЕДЕНИЕ…………………………………………………………………..ГЛАВА 1. ПОНЯТИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА……………… 1.1. Этиология и патогенез анафилактического шока…………………….1.2. Классификация и клиническая картина …………………………… 1.3. Диагностика, лечение и профилактика ………………………………. | 355710 |
| ГЛАВА 2. ДЕЙСТВИЯ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА………………………………………………………………………… 13 |
| 2.1. Тактика медицинской сестры при анафилактическом шоке………... |  13 |
| 2.2. Анализ заболеваемости анафилактическим шоком по Белореченскому району…………………………………………………………………………. 16 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ……………………………………………………………..СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ …………..……………………………………… ПРИЛОЖЕНИЕ 1………………………………………………………….... ПРИЛОЖЕНИЕ 2…………………………………………………………… | 20212324 |

**ВВЕДЕНИЕ**

Анафилактический шок (анафилаксия) – это тяжелая системная аллергическая реакция немедленного типа, развивающаяся при контакте с чужеродными веществами-антигенами, которая сопровождается выраженными нарушениями кровообращения и функций органов и систем.

**Актуальность темы:**

Анафилактический шок развивается примерно у одного из 50 тысяч человек, причем количество случаев этой системной аллергической реакции растет с каждым годом. По данным статистики, примерно в 20% случаев причиной развития анафилактического шока является использование лекарственных препаратов. Нередко анафилаксия заканчивается летальным исходом.

Анафилактический шок стал часто наблюдаться при терапевтическом и диагностическом вмешательствах – применении лекарств, иммунных сывороток, йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ, при накожном тестировании и проведении гипосенсибилизирующей терапии с помощью аллергенов, при ошибках в трансфузии крови, кровезаменителей и др.

**Цель** **исследования**: изучение сестринского процесса при анафилактическом шоке (проведение сестринского обследования, выявление настоящих и потенциальных, социальных и психоэмоциональных проблем пациента и его семьи, определение цели, планирование и реализация сестринского процесса).

**Задачи исследования**:

1. Изучить этиологию и предрасполагающие факторы анафилактического шока.
2. Изучить клиническую картину и особенности диагностики анафилактического шока.
3. Изучить принципы оказания первичной медицинской помощи при анафилактическом шоке.
4. Проанализировать результаты заболеваемости анафилактическим шоком по Белореченскому району на основе статистических данных Станции скорой медицинской помощи г. Белореченска, структурное подразделение ГБУЗ «Белореченская ЦРБ» МЗ КК.
5. Разработать памятку для пациентов по профилактике анафилактического шока.

**Объект исследования**: сестринский процесс при анафилактическом шоке.

**Предмет** **исследования**: сестринский уход при анафилактическом шоке.

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА**

**1.1.Этиология и патогенез анафилактического шока**

**Этиология**

Аллергеном, приводящим к развитию анафилактической реакции, может стать любое вещество, попадающее в организм человека. Анафилактические реакции чаще развиваются при наличии наследственной предрасположенности (отмечается повышение реактивности иммунной системы – как клеточной, так и гуморальной).

Анафилактический шок могут вызвать любые лекарства при различных путях введения (парентеральном, ингаляционном, пероральном, накожном, ректальном и др.). Чаще всего его причиной являются антибиотики (пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины, левомицетин, ванкомицин и др.), нестероидные противовоспалительные средства (преимущественно производные пиразолона), общие анестетики, рентгеноконтрастные средства, миорелаксанты, плазмозаменители (полиглюкин, реополиглюкин и др.). Известны случаи развития анафилаксии при введении гормонов (инсулина, АКТГ, прогестерона и др.), ферментов (стрептокиназы, пенициллиназы, химотрипсина, трипсина, аспарагиназы), сывороток (противостолбнячной, противодифтерийной, антилимфоцитарного g-глобулина и др.), вакцин (противостолбнячной, противогриппозной, противокоревой, противококлюшной и др.), химиотерапевтических средств (винкристина, циклоспорина, метотрексата и др.), местных анестетиков, тиосульфата натрия.

Анафилактический шок может развиться в результате ужаления перепончатокрылыми (пчелами, шмелями, шершнями, осами). Установлено, что аллергенная активность их яда обусловлена входящими в его состав ферментами (гиалуронидазой, кислой фосфатазой и др.). Кроме них, в состав яда входят пептиды (мелиттин, апамин, пептид, вызывающий дегрануляцию тучных клеток) и биогенные амины (гистамин, брадикинин и др.), которые, вероятно, обусловливают его токсическое действие и псевдоаллергические реакции.

Из пищевых продуктов наиболее частыми причинами анафилактического шока у детей являются орехи, арахис, ракообразные, рыба.

Описаны случаи анафилаксии при употреблении соевого белка у больных, имеющих повышенную чувствительность к арахису.

Следует помнить о возможности развития шока при введении вирусных вакцин, культивируемых на куриных эмбрионах, людям, сенсибилизированным к куриному белку.

 В последние годы установлено, что в ряде случаев причиной анафилактического шока может быть латекс, входящий в состав перчаток, катетеров, дренажей, пломб, бандажей и других медицинских и бытовых изделий. Системные реакции развиваются при ингаляционном или контактном (при повреждении кожи) пути поступления антигенов.

Группами риска развития латексной аллергии являются медицинские работники, дети с аномалиями развития (нарушения развития мочевыделительной системы и др.), имеющие в анамнезе многочисленные операции, работающие на производстве резиновых изделий и имеющие профессиональный контакт с латексом.

Описаны случаи анафилактического шока, возникающего при физической нагрузке (беге, быстрой ходьбе, катании на велосипеде, на лыжах и др.). Причины и механизмы его развития изучены недостаточно.

**Патогенез**

В его течении АШ условно выделяют три стадии: иммунологическую, патохимическую и патофизиологическую. Иммунологическая стадия в ответ на введение аллергена в организм больного характеризуется образованием реагинов (IgE, реже IgG), которые фиксируются на тучных клетках и базофилах. Это лежит в основе сенсибилизации, т.е. формирования повышенной чувствительности к антигену. При повторном поступлении он связывается с двумя молекулами реагинов, что приводит к выделению первичных (гистамин, хемоаттрактанты, химаза, триптаза, гепарин и др.) и вторичных (цистеиновые лейкотриены, простагландины, тромбоксан, фактор активации тромбоцитов и др.) медиаторов из тучных клеток и базофилов (патохимическая стадия). Медиаторы вызывают падение сосудистого тонуса, сокращение гладких мышц бронхов, кишечника, матки, повышение проницаемости сосудов, перераспределение крови и нарушение ее свертывания (патофизиологическая стадия). Гистамин, действующий через H1 и H2-рецепторы, уменьшает коронарный кровоток и повышает частоту сердечных сокращений

**1.2.Классификация и клиническая картина**

**Классификация**

В зависимости от выраженности клинических проявлений выделяют **4 степени тяжести течения АШ**:

1 степень (легкая форма АШ) – систолическое артериальное давление снижено, но выше 90 мм Hg

2 степень (АШ средней тяжести) – уровень систолического артериального давления в пределах 90-60 мм Hg

3 степень (тяжелая форма АШ) – уровень систолического артериального давления ниже 60-40 мм Hg

4 степень (крайне тяжелая форма АШ, переходящая в терминальное состояние) – артериальное давление не определяется

По **характеру течения** различают:

* острое злокачественное течение АШ;
* острое доброкачественное течение АШ;
* затяжное течение АШ;
* рецидивирующее течение АШ;
* абортивное течение АШ.

Для острого злокачественного течения АШ характерно острое начало в течение 5-15 минут от введения антигена с быстрым падением артериального давления (диастолическое часто понижается до 0). Симптоматика шока резистентна к интенсивной противошоковой терапии и прогрессирует с развитием тяжелого отека легких, стойкого снижения АД и глубокого коматозного состояния.

Острое доброкачественное течение отличается от злокачественного менее выраженной симптоматикой и адекватной реакцией на противошоковую терапию.

Затяжное (> 6 ч) течение АШ сопровождается временным и частичным эффектом от проведения противошоковой терапии. Данный вариант течения выявляется только в процессе лечения.

Рецидивирующее течение АШ характеризуется возникновением повторного шокового состояния после первоначального купирования его симптомов.

При абортивном течении наблюдается быстрый и легкий выход из состояния шока.

В зависимости от проявлений анафилаксии, которые сопутствуют основным (гемодинамическим) нарушениям, различают **5 форм** АШ: гемодинамическая форма, асфиктическая форма, церебральная форма, абдоминальная форма, АШ с поражением кожи и слизистых.

**Клиническая картина**

При классическом варианте у больных внезапно возникает состояние дискомфорта с ощущениями тревоги, страха смерти. Больные могут на фоне внезапно наступившей слабости ощущать покалывание и зуд кожи, чувство жара или озноба, тяжесть и стеснение грудной клетки, боль в области сердца, затрудненность дыхания или невозможность сделать вдох. Больные также отмечают головокружение или головную боль, ухудшение зрения, потерю слуха. В дальнейшем появляется тошнота, рвота. Объективно отмечается тахикардия и снижение артериального давления. В более тяжелых случаях наступает потеря сознания, и нарастают все симптомы сердечно-сосудистой недостаточности: нитевидный пульс, холодный пот, цианоз, резкая гиперемия или бледность кожных покровов, частое свистящее дыхание, тоны сердца становятся глухими. При этом в легких выслушиваются сухие и влажные хрипы, потом нарастают симптомы отека легких. В дальнейшем наблюдаются судороги, пена у рта, непроизвольные мочеиспускание и дефекация, расширение зрачков, отек языка, гортани. При сильной анафилактической реакции смерть может наступить в течение 5–30 минут при явлениях асфиксии или через 24–48 и более часов в связи с тяжелыми необратимыми изменениями в жизненно важных органах, чаще всего от возникновения острой почечной недостаточности, желудочно-кишечных профузных кровотечений или симптомов острых сердечно-сосудистых расстройств.

Симптомы развиваются обычно через несколько минут от начала воздействия причинного фактора и достигают пика в течение 1 часа. Способ поступления причинного вещества играет определённую роль. Наиболее опасны внутривенные инъекции, т.к. при внутривенном введении анафилактогена симптоматика развивается быстрее, как правило, в пределах 3 минут.

Чем короче промежуток от момента поступления анафилактогена в организм и до возникновения анафилактической реакции, тем тяжелее клиническая картина. Наибольший процент летальных исходов анафилактический шок дает при развитии его спустя 10–15 минут после контакта с анафилактогеном.

После шока и обратном развитии всех угрожающих признаков у больного еще длительное время (2-4 недели) могут сохраняться остаточные явления в виде слабости, лихорадки, адинамии, нарушений функции ЦНС. В этот период не исключено наступление рецидивов. Именно поэтому больные после исчезновения клинических проявлений анафилактического шока еще в течение 10-14 дней должны оставаться под наблюдением врача в условиях стационара.

После перенесенного анафилактического шока могут развиться осложнения в виде аллергического миокардита, гепатита, гломерулонефрита, невритов и диффузного поражения нервной системы, вестибулопатии и др. В некоторых случаях анафилактический шок является как бы пусковым механизмом латентно протекающих заболеваний, аллергического и неаллергического генеза.

**1.3.Диагностика, лечение и профилактика**

**Диагностика**

Непосредственная связь бурной реакции с инъекцией лекарственного препарата или укусом насекомым, характерные клинические проявления без труда позволяют поставить диагноз анафилактического шока. В постановке правильного диагноза одно из главных мест отводится аллергологическому анамнезу. Как правило, развитию анафилактического шока в анамнезе предшествуют более легкие проявления аллергической реакции на какой-либо лекарственный препарат, пищевой продукт или ужаление насекомым. При развитии молниеносных форм шока, когда больной не успевает сказать окружающим о контакте с аллергеном, диагноз может быть поставлен только ретроспективно. Заключение о причинной значимости тех или иных специфических стимулов делают на основе специфического обследования. Специфическая диагностика анафилактического шока состоит из следующих этапов:

1.  Сбор аллергологического анамнеза

2.  Постановка кожных аллергических проб

3.  Проведение провокационных аллергических тестов

4.  Лабораторные методы

**Лечение**

Лечебные мероприятия при анафилактическом шоке направлены на скорейшее устранение нарушений функции жизненно важных органов и систем организма. В первую очередь необходимо устранить контакт с аллергеном (прекратить введение вакцины, лекарственного средства или рентгеноконтрастного вещества, удалить жало осы и т. п.), при необходимости – ограничить венозный отток путем наложения жгута на конечность выше места введения лекарства или ужаления насекомым, а также обколоть это место раствором адреналина и приложить холод. Необходимо восстановить проходимость дыхательных путей (введение воздуховода, срочная интубация трахеи или трахеотомия), обеспечить подачу в легкие чистого кислорода.

Проводится введение симпатомиметиков (адреналина) подкожно повторно с последующим внутривенным капельным введением до улучшения состояния. При тяжелой форме анафилактического шока внутривенно вводится допамин в индивидуально подобранной дозе. В схему неотложной помощи включаются глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон, бетаметазона), проводится инфузионная терапия, позволяющая восполнить объем циркулирующей крови, устранить гемоконцентрацию и восстановить приемлемый уровень артериального давления. Симптоматическое лечение включает использование антигистаминных средств, бронхолитиков, диуретиков (по строгим показаниям и после стабилизации АД).

Стационарное лечение пациентов с анафилактическим шоком проводится в течение 7-10 дней. В дальнейшем необходимо наблюдение для выявления возможных осложнений (поздние аллергические реакции, миокардит, гломерулонефрит и т. д.) и их своевременного лечения.

**Профилактика**

**Профилактика у детей**

Для того чтобы уменьшить риск возникновения в будущем диагноза аллергия, необходимо с рождения соблюдать некоторые правила:

* Минимум 6-8 месяцев кормить ребенка грудным молоком;
* Своевременно и правильно давать прикорм (избегать яичный белок до 1 года, коровье молоко до 8-12 месяцев, цитрусовые до 1-2 лет и т.п.);
* Не употреблять в пищу заведомо вредные продукты питания, такие как чипсы, сухарики и прочее;
* При возникновении каких-либо симптомов, которых ранее не было, как можно быстрее обращаться к врачу.

**Профилактика повторных эпизодов аллергии**

* При аллергии на продукты питания, если аллерген или аллергены установлены, достаточно устранить их употребление и забыть про симптомы аллергии навсегда. Прежде, чем употребить в пищу вне дома или не своего приготовления, желательно узнать заранее наличие запрещенных составляющих;
* При аллергии на животных достаточно не заводить их дома и избегать закрытых помещений, где они могут находиться. Проходящее мимо животное по улице возобновления симптомов болезни не вызовет;
* При аллергии на пылевых клещей необходимо соблюдать несколько важных правил. Профилактика аллергии в данном случае будет эффективной, если ежедневно проводить влажную уборку жилого помещения, желательно в специальной маске. Также следует разместить все книги на полки со стеклом и раз в неделю обрабатывать и их. Пылесос лучше всего приобрести с хорошими фильтрами, моющий и использовать его минимум 1 раз в неделю. При этом чистить необходимо не только ковры, но и мягкие игрушки, занавески и другие предметы, на которых скапливается пыль;
* При аллергии на пух животных все подушки и матрацы в доме необходимо заменить искусственными материалами. Это же касается и одеял;
* При аллергии на пыльцу растений рекомендуется избегать контакта с домашними цветущими растениями, не держать дома букеты из свежих цветов. В период цветения аллергенных растений по возможности выезжать из города или страны на отдых, где этих растений нет.

Большое значение имеет правильный режим труда и отдыха.

**ГЛАВА 2 . ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ПРИ НАСТУПЛЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА**

**2.1. Сестринский уход при анафилактическом шоке**

Поскольку анафилактический шок возникает в большинстве случаев при парентеральном введении лекарственных препаратов, первую помощь пациентам оказывают медсестры процедурного кабинета. Действия медсестры при анафилактическом шоке делятся на самостоятельные и действия в присутствии врача.

Сначала нужно немедленно прекратить введение препарата. Если шок наступил во время внутривенной инъекции, игла должна оставаться в вене для обеспечения адекватного доступа. Шприц или систему следует заменить. Новая система с физиологическим раствором должна быть в каждом процедурном кабинете. В случае прогрессирования шока, медсестра должна проводить сердечно-легочную реанимацию в соответствии с действующим протоколом. Важно не забывать о собственной безопасности; применить средства индивидуальной защиты, например, одноразовый прибор для искусственного дыхания.

Если шок развился в ответ на укус насекомого, нужно принять меры, чтобы яд не распространялся по организму потерпевшего:

* удалить жало, не сжимая его и не пользуясь пинцетом;
* на место укуса приложить пузырь со льдом или холодный компресс;
* выше места укуса наложить жгут, но не более чем на 25 минут.

Положение пациента при шоке.

Пациент должен лежать на спине с повернутой головой набок. Чтобы облегчить дыхание, освобождают грудную клетку от сжимающей одежды, открыть окно для притока свежего воздуха. При необходимости следует проводить оксигенотерапию, если есть возможность.

Действия медсестры для стабилизации состояния пострадавшего.

Нужно продолжить извлечение аллергена из организма в зависимости от способа его проникновения: обколоть место инъекции или укуса 0,01% раствором адреналина, промыть желудок, поставить очистную клизму, если аллерген находится в ЖКТ.

Для оценки риска здоровья пациента, нужно проводить исследования:

* проверить состояние показателей АВС;
* оценить уровень сознания (возбудимость, тревожность, торможение, потеря сознания);
* обследовать кожу, обратить внимание на её цвет, наличие и характер сыпи;
* установить тип отдышки;
* подсчитать количество дыхательных движений;
* определить характер пульса;
* измерить артериальное давление;
* при возможности – сделать ЭКГ.

Медицинская сестра налаживает постоянный венозный доступ и начинает вводить препараты по назначению врача:

* внутривенно капельно 0,1% раствор адреналина 0,5 мл в 100 мл физиологического раствора;
* в систему ввести 4-8 мг дексаметазона (120 мг преднизолона);
* после стабилизации гемодинамики — использовать антигистаминные препараты: супрастин 2% 2-4 мл, димедрол 1% 5 мл;
* инфузионная терапия: реополиглюкин 400 мл, натрия гидрокарбонат 4%-200 мл.

После осуществления обязательной противошоковой терапии больного переводят в реанимационное отделение, где в течение 1–2 дней осуществляют интенсивную терапию: внутривенное введение глюкокортикоидов (преднизолон 1–2 мг/кг массы тела или эквивалентные дозы других стероидов каждые 6 ч), жидкости (физиологический раствор, раствор глюкозы и др. 5–10 мл/кг массы тела внутривенно быстро в течение 5 мин, затем внутривенно капельно медленно, всего до 7000 мл/сутки), антигистаминных препаратов первого поколения (супрастина и др.), симптоматических средств.

Необходимость такого лечения определяется тем, что после перенесенного шока в течение 1–8 ч может развиваться поздняя фаза реакции гиперчувствительности немедленного типа. При наличии гипотонии, резистентной к адреналину и плазмозаменителям, показано назначение допамина (400 мг в 500 мл физиологического раствора со скоростью 2–20 мкг/кг/мин) под контролем уровня систолического артериального давления, который должен быть выше 90 мм рт ст. Если больной ранее получал b-блокаторы, то внутривенно вводят глюкагон (струйно 1–5 мг каждые 5 мин, затем капельно 5–15 мкг/мин до нормализации артериального давления).

При дыхательной недостаточности нужно подготовить набор для интубации и ассистировать врачу во время проведения процедуры. Продезинфицировать инструменты, заполнить медицинскую документацию.

После стабилизации состояния пациента, нужно транспортировать его в отделение аллергологии. Наблюдать за основными жизненными показателями до полного излечения. Научить правилам профилактики угрожающих состояний.

**2.2 Анализ заболеваемости анафилактическим шоком по Белореченскому району**

Материалами исследования взяты карты вызовов за 2014-2018 год. Базой исследования определена Станция скорой медицинской помощи г. Белореченска, структурное подразделение ГБУЗ «Белореченская ЦРБ» МЗ КК

Диаграмма 1

**Количество вызовов по поводу наиболее часто встречающихся аллергических реакций за последние 5 лет.**



Из 160000 вызовов бригадой СМП был поставлен диагноз «анафилактический шок» 76 пациентам.

На основе данных диаграммы можно сделать вывод: не смотря на то, что анафилактический шок по встречаемости стоит на 4 месте, тем не менее, представляет опасность, так как составляет 7% выше указанных аллергических реакций и является наиболее угрожающим состоянием для жизни.

Диаграмма 2

**Динамика статистических данных по диагнозу анафилактический шок по данным Станции скорой медицинской помощи**

**ГБУЗ «Белореченская ЦРБ» МЗ КК** **за 2014-2018 год.**

На представленной выше диаграмме отмечается рост численности пациентов с анафилактическим шоком. В 2017 году, однако, произошел небольшой спад в 4 человек, по сравнению с 2016 годом, после чего снова произошло резкое увеличение количества пациентов. Пик встречаемости пришелся на 2018 год.

Диаграмма 3

**Количество вызовов по поводу анафилактического шока в зависимости от наиболее распространенных причин**

Самой распространенной причиной развития анафилактической реакции в период с 2014 по 2018 год являются различные лекарственные средства, что составляет 41%, на втором месте – укусы насекомых (38%), и лишь на третьем – продукты питания (21%), что представлено на выше указанной диаграмме.

Таблица 1.1

**Динамика обращений на Станцию скорой медицинской помощи ГБУЗ «Белореченская ЦРБ» МЗ КК** **в период за 2014-2018 год среди женского и мужского населения по поводу анафилактического шока**.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2014 г.** | **2015 г.** | **2016 г.** | **2017 г.** | **2018 г.** |
| общее количество | 10 | 11 | 18 | 14 | 22 |
| из них женщины | 7 | 9 | 12 | 9 | 14 |
| из них мужчины | 3 | 2 | 6 | 5 | 8 |

Из представленных данных следует, что общее количество вызовов с диагнозом анафилактический шок держится в диапазоне 10-22. Пик обращений за помощью приходится на 2018 год. Также следует отметить, что женщины страдают данной патологией чаще мужчин приблизительно на 36%.

Таблица 1.2

**Динамика обращений на Станцию скорой медицинской помощи ГБУЗ «Белореченская ЦРБ» МЗ КК** **в период за 2014-2018 год среди женского и мужского населения по поводу анафилактического шока в зависимости от возраста.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2014 г.** | **2015 г.** | **2016 г.** | **2017 г.** | **2018 г.** |
| 8 – 19 лет | Жен | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| Муж  | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| 20 – 55 лет | Жен | 3 | 4 | 5 | 4 | 6 |
| Муж | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 |
| Старше 55 лет | Жен  | 2 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| Муж | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 |

На представленной выше таблице видно, что чаще анафилактическим шоком страдает женское население любого возраста, но особенно встречаемость возрастает в период 20-55 лет, что особенно видно в 2016 и 2018 году.

Диаграмма 4

**Средняя частота летальности при анафилактическом шоке в период за 2014-2018 год**

Как видно на диаграмме № 4, с каждым годом растет численность пациентов всех возрастов со смертельным исходом при анафилактическом шоке. Это связано с тем, что увеличилось количество людей, страдающих аллергией. Зачастую бывает практически невозможно оказать необходимую медицинскую помощь быстро и качественно даже с учетом достаточного набора знаний, из-за трудности мгновенно распознать в клинической картине анафилактическую реакцию, а также из-за стремительного развития симптоматики.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В результате проведенного мною исследования по теме: «Сестринский уход при анафилактическом шоке» можно сделать ряд выводов:

1. Аллергические заболевания являются актуальной проблемой современной медицины. В последнее время отмечается сильный рост аллергических реакций. И если XX век был веком сердечнососудистых заболеваний, то XXI по прогнозам Всемирной организации здравоохранения станет веком аллергии.

2. Анализ роли этиологических факторов доказывает их влияние на распространенность аллергических заболеваний и не позволяет надеяться на снижение заболеваемости в ближайшие годы.

3. Анафилактический шок представляет угрозу для жизни человека, поэтому требуют неотложной помощи, которая должна производиться четко, быстро, в правильной последовательности.

4. Оказание помощи больным с анафилактическим шоком на этапе до приезда СМП является сложным и многосторонним мероприятием, обучению которому нужно посвящать как можно больше времени в образовательных учреждениях.

Успех в лечении анафилактического шока зависит от как можно более раннего осуществления мероприятий. А это не всегда возможно. Анализ смертности от анафилактического шока свидетельствует о том, что подавляющее большинство погибающих – это лица, у которых шок возник во внебольничных условиях, особенно в местах, отдаленных от лечебных учреждений.

Отсюда вытекает важность предвидения возможности анафилаксии. Прогнозирование такой потенциальной возможности очень сложно. Наиболее важным в этом является аллергологический анамнез, он должен быть введен в историю болезни, являющуюся основным документом для врачей всех без исключения специальностей.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Артомасова А. В. Инсектная аллергия/Пыцкий В. И., Адрианова Н. В., Артомасова А. В. Аллергические заболевания. — М.: Медицина, 1999. – С. 162-187.
2. Горячкина Л. А. Анафилактический шок (пособие для врачей). — М.: РМАПО, 2000. – 34 С.
3. Леви Дж. X. Анафилактические реакции при анестезии и неотложной терапии: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1990. 176 С.
4. Лопатин А. С, Пермяков Н. К. Лекарственный шок (клиника, патморфология, лечение, профилактика). — Методические рекомендации. — М.: МЗ СССР, 1987 – 32 С.
5. Положение об аллергологическом кабинете и аллергологическом отделении больницы. — М.: Минздрав СССР, 1991.
6. Емельянов А. В. Анафилактический шок. Пособие для врачей. – М.: СПМО, 2001. – 5-11 С.
7. Хаитов Р. М., Игнатьева Г. А., Сидорович И. Г. Иммунология. – М.: Москва "Медицина", 2000. – 345-348 С.
8. Хаитов Р. М., Ильина Н. И. Аллергология и иммунология. – Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 482-492 С.
9. https://medportal.ru/enc/allergology/conuctivit/6/.
10. http://med-books.by/referati\_allergologiya-immunologiya/6763-referat-anafilakticheskiy-shok.html.
11. https://allbest.ru/o-3c0b65625b3ac68b4d43a89421216d37.html.
12. https://www.lvrach.ru/2006/04/4533707/.
13. http://doctorpiter.ru/diseases/130/.
14. https://www.ozon.ru/context/detail/id/27906285/.
15. <https://cyberleninka.ru/article/n/anafilakticheskiy-shok-1>.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**Состав укладки оказания экстренной помощи (противошоковая)**

1. Эуфиллин 2,4% – 1 упаковка 10 ампул по 5 мл;
2. Глюкоза 40% – 1 упаковка 0,1% раствор адреналина 10 ампул по 1 мл;
3. Супрастин (хлоропирамин), димедрол – 1 упаковка;
4. Атропин 0,1 % – 1 упаковка;
5. Адреналин 0,1 % – 1 упаковка;
6. Норадреналин (в укладках АРО) – 1 флакон;
7. Преднизолон – 1 упаковка;
8. Раствор глюкозы 5% – 500 мл;
9. Раствор натрия хлорида 0,9% - 500,0; 200,0 мл;
10. Раствор аммиака (нашатырный спирт) 10% - 40,0 – 1 флакон;
11. Воздуховод – 1 штука;
12. Роторасширитель – 1 штука;
13. Мешок – Амбу (с маской) – 1 штука;
14. Периферический венозный катетер (все размеры) – по 1 штуки;
15. Системы, шприцы – всех по два;
16. Жгут – 1 штука;
17. Перчатки стерильные – 2 пары;
18. Кожный антисептик, салфетки;
19. Алгоритм действий.
* Обеспечить приток свежего воздуха к пациенту – открыть окно или форточку;
* Расслабить, расстегнуть на больном одежду, чтобы обеспечить свободу для дыхательных движений;
* По возможности проследить, чтобы ничто во рту пациента не препятствовало дыханию (убрать съемные зубные протезы, если они сместились, голову повернуть влево или вправо или приподнять, если у больного запал язык, при судорогах – постараться поместить между зубами твердый предмет).
* Если известно, что аллерген попал в организм вследствие укола медпрепарата или укуса насекомого, то выше места укола или укуса можно наложить жгут или приложить к этой области лед, чтобы уменьшить скорость поступления аллергена в кровь.
* Если пациент находится в амбулаторном медицинском учреждении, или если прибыла бригада СМП, можно переходить к этапу первой медицинской помощи – её должны оказывать только медицинский персонал.

**Что должно быть в медицинской аптечке на случай анафилактического шока**

 Во всех медицинских учреждениях в обязательном порядке формируются аптечки для оказания экстренной медицинской помощи. В соответствии со стандартами, разработанными Министерством Здравоохранения, в состав аптечки при анафилактическом шоке должны входить следующие препараты и расходные материалы:

* Эуфиллин 2,4% – 1 упаковка 10 ампул по 5 мл;
* Глюкоза 40% – 1 упаковка 0,1% раствор адреналина 10 ампул по 1 мл;
* Супрастин (хлоропирамин), димедрол – 1 упаковка;
* Атропин 0,1 % – 1 упаковка;
* Адреналин 0,1 % – 1 упаковка;
* Норадреналин (в укладках АРО) – 1 флакон;
* Преднизолон – 1 упаковка;
* Раствор глюкозы 5% – 500 мл;
* Раствор натрия хлорида 0,9% - 500,0; 200,0 мл;
* Раствор аммиака (нашатырный спирт) 10% - 40,0 – 1 флакон;
* Воздуховод – 1 штука;
* Роторасширитель – 1 штука;
* Мешок – Амбу (с маской) – 1 штука;
* Периферический венозный катетер (все размеры) – по 1 штуки;
* Системы, шприцы – всех по два;
* Жгут – 1 штука;
* Перчатки стерильные – 2 пары;
* Кожный антисептик, салфетки;
* Алгоритм действий.



Источник: https://allergolife.ru/pervaya-pomoshh-pri-anafilakticheskom-shoke/

ГБПОУ «Белореченский медицинский колледж» министерства здравоохранения Краснодарского края



Выполнила: студентка 3 курса, группа С-31

Сулежко В.Д.

г. Белореченск,

2019 г.

Самым грозным проявлением аллергии по праву считается анафилактический (аллергический) шок. Каждому человеку, даже не имеющему медицинского образования, желательно знать, что делать при анафилактическом шоке, поскольку это может сыграть решающее значение при спасении собственной жизни или жизни кого-то из окружающих. Аллергический шок относится к так называемым реакциям гиперчувствительности немедленного типа и развивается у аллергически настроенных людей при повторном попадании в их организм какого-либо вещества, ставшего для данного человека аллергеном. Даже зная и четко выполняя алгоритм действий при анафилактическом шоке, не всегда можно спасти жизнь больного, настолько быстро развиваются в его организме крайне тяжелые патологические процессы.

**Причины и формы анафилактического шока**

Считается, что чаще всего анафилактический шок развивается в ответ на повторное попадание в организм следующих типов аллергенов:

* Лекарственные препараты на основе белковых молекул (препараты для десенсибилизации при аллергиях, сыворотки-противоядия, некоторые вакцины, препараты инсулина и т.д.);
* Антибиотики, особенно пенициллин и другие, имеющие схожую структуру. К сожалению, встречается так называемая «перекрестная аллергия», когда антитела к одному веществу распознают другое, схожее по своему строению, как аллерген, и запускают реакцию гиперчувствительности.
* Обезболивающие препараты, особенно новокаин и его аналоги;
* Яды жалящих перепончатокрылых насекомых (пчел, ос); Редко – пищевые аллергены.

**Признаки анафилактического шока**

Симптомы-предвестники:

* Кожные симптомы: зуд, быстро распространяющаяся сыпь по типу крапивницы, или сливная сыпь, или резкое покраснение кожных покровов.
* Отек Квинке: быстрое развитие отечности губ, ушей, языка, рук, ног  и лица.
* Чувство жара;
* Покраснение глаз и слизистых носа и носоглотки, слезотечение  и выделение жидкого секрета из ноздрей, сухость во рту, спазм голосовой щели и бронхов, спастический или лающий кашель;
* Изменение настроения: угнетение или, наоборот, тревожное возбуждение, иногда сопровождающееся страхом смерти;
* Болевые ощущения: это может быть схваткообразная боль в животе, пульсирующая головная боль, сжимающая боль в области сердца.

В дальнейшем, при острой и подострой форме анафилаксии, и мгновенно – при молниеносной развиваются следующие признаки:

* Резкое падение артериального давления (иногда оно может не определяться);
* Учащенный, слабый пульс (частота сердечных сокращений может возрастать свыше 160 ударов в минуту);
* Угнетение сознания вплоть до полного его отсутствия;
* Иногда – судороги;
* Выраженная бледность кожных покровов, холодный пот, синюшность губ, ногтей, языка. Если на этой стадии пациенту не будет оказана экстренная медицинская помощь – вероятность летального исхода возрастает многократно.

**Оказание помощи при анафилактическом шоке**

Необходимо знать, что действия при анафилактическом шоке подразделяются на доврачебную помощь, первую медицинскую помощь и стационарное лечение.

Доврачебную помощь должны оказывать люди, находящиеся рядом с пациентом в момент запуска аллергических реакций.

Первым и главным действием будет, разумеется, **вызов бригады скорой медицинской помощи**.

Доврачебная помощь при аллергическом шоке заключается в следующем:

* Необходимо уложить пациента на спину на ровную горизонтальную поверхность, под ноги подложить валик или другой предмет, чтобы они находились выше уровня туловища. Это будет способствовать притоку крови к сердцу;