

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік  
университеті

Тақырыбы: Анафилактикалық және  
гиповолемиялық шок



Орындаған: Тұрғынбаева Л  
Қабылдаған: Мухатова А  
Тобы: ТҚ-605

---

**Шок - өмірге маңызды  
ағзалардың тін аралық қан  
мен  
метаболикалық қажеттілігінің  
сәйкессіздігіне байланысты  
бұзылысынан туатын  
СИМПТОМО КОМПЛЕКС**

# Шоктың патогенезі

Тін перфузиясының белсенділігі тіннің оксигенациясының жеткіліксіздігінен АТФ және цАМФ туындылары төмендейді

Жасуша мембранасының иондық насосы бұзылады

Калий иондары жасушадан шығады, су мен натрий иондары ішіне кіреді, жасушада кальций ионының концентрациясы көтеріледі

Лактат өнімі көбейіп, жасуша ішілік ацидоз күшейеді

Жасуша ішілік органеллалар зақымдалады, әсіресе лизосомалар

Жасушалардың өзін-өзі жойуы жүреді

## Шок сатысы

1. Компенсация - өмірге маңызды ағзалардың перфузиясыкомпенсациялық механизімі арқасында сақталады (жалпы тамырлық күшеюіне байланысты айқын гипотензия байқалмайды)
2. Декомпенсация – компенсациялық механизм жеткілікті дәрежеде перфузияны сақтауға мүмкіндігі жетпейді, шок дамитын барлық патогенетикалық механизмдер іске қосылып күшейеді
3. Қайтымсыз – жасушаның көбейіп жайылуы жүріп, полиоргандық жетіспеушілікке әкеледі.

### Шоктың патогенетикалық түрі:

- Гиповолемиялық;
- Кардиогенді;
- Вазогенді;
- Аралас ;

# Шоктың клиникалық жіктелуі:

---

- Травматикалық
- Геморрагиялық
- Гипогидратациялық
- Күйіктік
- Инфекция-токсикалық
- Анафилактикалық
- Экзотоксинді

**Анафилаксиялық шок – артериялық қысымның төмендеуімен, қан тамырлары өткізгіштігінің жоғарылауымен, тыныстық гемодинамиканың, орталық жүйке жүйесі қызметінің бұзылыстарымен, тегіс бұлшық еттердің жиырылуымен сипатталатын жалпы клиникалық көрініс.**

## □ Анафилаксиялық шоктың ең жиі себептері:

---

ақуыздар және ақуыз дәрімектер (сары сулар, плазма, глобулин, жануардан алған АКТГ)

Антибиотиктер

## Анафилаксиялық шоктың басқа себептері:

**пирозолон қатарының дәрімектері  
(анальгин жәнет.б.)**

**жергілікті анестезиялық дәрімектер  
(новокаин, дикаин, лидокаин)**

**рентгеноконтрасттық заттар**

**бұлшық ет релаксанттары**

**витаминдер**

---

□ Анафилаксиялық шок  
жедел типті аллергиялық  
реакцияға жатады.



# Анафилаксиялық шоктың негізгі клиникалық көрінісі:

- науқас бірден мазасызданады, үрейленеді, өлім қорқынышы билейді
- қалтырайды
- кенет әлсіздік, денесі қызарады бетінің, қолының, басының қышынуын және шаншуын сезінеді
- басы ауырады, айналады, жүрегі айниды
- көкірек қуысы қысылып , тынысы тарылады
- жүрек тұсы ауырсынады
- кейде эпигастрий, бел аймақтарының, ішінің аурыуына шағым айтады
- ауыр жағдайларда эпилепсиялық құрысулар болып, құрысулар кезінде нәжісін, несесін ұстай алмайды
- өте ауыр жедел ағымды анафилаксиялық шокта науқас бірден есінен айрылып, жүрегі тоқтап, клиникалық өлімге алып келеді. Мұндай жағдайда шоктың алғашқы белгісінен 5-10 минуттан соң науқас өледі.

# Объективті:

- терінің гиперемиясы, цианоздануы
  - мұздай жабысқақ тер
- 
- экзантемалар, мұрынның кілегей қабаты, бет, көз қабақтар ісінеді
  - көз қарашығы кеңейеді, жарыққа баяу реакция береді
  - жиі қыл тәрізді пульс
  - тахикардия, кейде брадикардия
  - жүрек тондары әлсіз
  - АҚ өте төмен, кейде тонометрмен анықтауға келмейді
  - тыныс алуы қиындап, қылырдайды, аузынан көбік ағады
  - тоталдық бронхоспазмға байланысты "мылқау" өкпе анықталады
  - АҚ 90-80 мм.сын. бағ. төмендейді, ал ауыр түрінде АҚ анықталмайды, жүрек тоқтайды

---

# Анафилаксиялық шоктың түрлері

# Гемодинамикалық түрі:

---

- жүрек тұсының ауруы
- жүрек тондары әлсіз
- АҚ күрт төмендейді
- пульс әлсірейді, жойылады
- жүрек ырғағы бұзылады
- шеткі тамырлар спазмы, жайылма гиперемия, терінің мраморлануы, цианоздық дақтар
- шоктың бұл клиникалық түрінде сыртқы тыныс алу және орталық жүйке жүйесі декомпенсация белгілері шамалы болады.

# Церебралық түрі:

---

- психомоторлық қозу белгілері
- қорқыныш сезім
- есінің бұзылуы
- құрысулар
- тыныстық аритмиялар
- ауыр жағдайда бас миының ісіну симптомдары пайда болады
- эпилепсиялық статус
- тыныс алу, жүрек қызметінің тоқтауы
- кейде ми қан айналымының бұзылуына тән симптомдар пайда болады
- кенет есінен айрылу
- менингеальдық симптомдар

## Асфиксиялық түрі:

---

- жедел тыныс жетіспеушілігі (апноэ)
- бронхоспазм
- өкпе шемені

## Абдоминалді түрі:

---

- іш өту симптомдары
- еріксіз дефекация, несеп бөлу
- ішектен қан кету
- жатырдан қан кету

# Анафилаксиялық шоктың ағымдарына қарай түрлері:

---

- Жедел қатерлі ағымында шоктың белгілері дәрі енгізілгеннен кейін 5-15 минут өткен соң дамиды. Квалификациялық емді толық көлемде жүргізгенмен бірнеше сағаттан соң өлімге алып келеді.
- Жедел қатерсіз ағымында шоктың клиникасы тез дамиды, бірақ қарқынды терапия нәтижелі болады.
- Рецидивті ағымында шоктың белгілері басылғаннан кейін қайталануы болады. Нәтижесінде айығумен немесе өлумен аяқталады.
- Созылыңқы ағымында шокты ұзақ уақыт нақтылап емдегенде ғана науқасты құтқаруға болады.
- Аборттивті ағымында шок белгілері минималды медициналық жәрдеммен басылады.



## *Анафилаксиялық шоктың емі:*

---

- Жүрек-қан тамырдың жедел тонустық бұзылыстарын және тыныс мүшелері қызметін қалыптастыру
- Адрено-кортикалдық жетіспеушілікті компенсациялау
- Қандағы биологиялық активті токсиндерді нейтрализациялау (антиген+антидене реакциясы)
- Қанға дәрілік антигеннің түсуін тоқтату
- Клиникалық өлім дамығанда организмнің өмірге қажетті негізгі қызметтерін реанимациялау

## Анафилаксиялық шоктың емі:

- АШ-тың емін қан айналысы бұзылыстарын қалыптастыру мақсатында адреналинді 0,5 мл –0,1% салып бастау. Адреналин қан тамырларының тонусын жоғарылатады. Преднизолонды б/е 0,5-1 мг/кг дене салмағына сәйкестеп салады немесе дексаметазонды 4 –20 мг немесе гидрокортизонды 100 ден 300 мг дейін салады. Бір мезгілде димедрол (2,0-1%) немесе супрастин 2%-2мл немесе пипольфен 2,5%-2мл және 1-2 мл-24% эуфиллин салынады.
- ЖШ дамыса жүрек гликозидтері және диуретиктер беріледі. Б/е және т/а салынған дәрмектен соң дамыған АШ дәрмек енгізілген жерден пульс жойылғанша дисталді жгут саланады. Дәрі енгізілген жерді айналдыра адреналиннің 0,1%-1 мл+9 мл физиологиялық ерітіндімен араластырылаған қоспасын енгізеді.
- Егер АШ дәріні к/т тамшылатып екенде дамыса инені вена ішінде қалдырып шокты басатын дәрмектерді жібереді.

# Травматикалық шок

Травматикалық шок – ағзаның тіндерінің жарақаттарынан және гиповолемиясынан дамидын гиповолемиялық шоктың түрі

## Анафилаксиялық шоктың емі:

- Аллерген дәрмек per os қабылдаған болса, асқазанды жуу қажет. АШ пенициллинен дамыған болса, адреналин мен ГКС енгізілген соң, 1 млн ЕД пенициллиназа 2 мл физ. ерітіндіге араластырып тез арада енгізіледі. Шартты шокқа қарсы дәрмектерді б/е енгізгеннен нәтиже болмаса келесілерін к/т енгізу керек. Тамырлардың тонусын қалыптастыру үшін норадреналиннің 0,2% 1-2 мл ерітіндісін 250 мл натрий хлориді ерітіндісіне араластырып к/т тамшылатып егеді. Бұл дәрмек болмаса мезатон 1% 1-2 мл + натрий хлориді 250 мл к/т тамшылатып енгізіледі. Тамшылатып егуге мүмкіндік болмаса норадреналиннің 0,2% 1 мл+ 4,0% -20 мл глюкозаны к/т өте жай енгізіледі, сонан соң натрий хлориді ерітіндісіне антигистаминдік дәрмектерді қосып салады. 0,5-1 мг/кг дене салмағына сәйкестеп ГКС беріледі. Преднизолонды 10 мг/кг дене салмағына дейін сәйкестеп салуға болады.
- *Оксигенотерапия.* Өкпе шемені дамыса оттегіні спирт арқылы өткізіп демалдырады, ГКС дозасын жоғарылатады, диуретиктер және жүрек гликозидтері беріледі.

# Травматикалық шоктың фазасы

1. Эректильді фаза – бірнеше минутқа созылады және қозғалыс пен сөйлеудің қозуымен, тахикардия, тыныстың күшеюімен сипатталады. Қан жоғалту болмасада гемодинамика көрсеткіші қанағаттанарлық, есі сақталған, қарашықтары ұлғайған, гиперрефлексия, бұлшық ет гипертониясы байқалады.
2. Торпидті фазасгиподинамияның, тахикардияның, олигурия, ентігу, гипотензия, әлсіздікпен сипатталады. Қарашық ұлғайған, жарыққа реакция баяу, терісі бозарып, цианоз пайда болады. Суық, жабысқақ тер басады.

# Геморрагиялық шок

---

- Айналымдағы қанның 10% дан көбін жоғалтқанда дамидын гиповолемиялық шоктың бір түрі.

Класс 1 – Клиникалық симптомдары болмайды және тыныштық жағдайда горизонтальді жағдайдан вертикалды жағдайға ауысқанда тахикардия дамиды

Класс2 – Басты клиникалық белгісі ортостатикалық гипотензия немесе горизанальді күйден вертикальді күйге ауысқанда АҚҚ 15 мм.с.б-нан төмендеуі. Диурез сақталған

Класс3 – Жатқан қалыпта гипотензия мен олигурия пайда болады

Класс4 – Коллапс пен естің кома жағдайына дейін бұзылуы

## Жедел көмек

1. Зақымдалған аймақтан жоғары артерияны сүйекке жақындата отырып артериальді жгут салып немесе зақымдалған аймақтан жоғары бұрау арқылы артериялық қанды тоқтату. Бұл жағдайда жгут салынған уақытты белгілеу қажет
2. Ағзаның өмірлік қабілетін бағалау (перифериялық және орталық артериялық пульсін, естің қалпын, тыныс алу жолдарының өткізгітігін анықтау)
3. Жәбірленушінің қалпының дұрыс қалыпта тұруын қамтамасыз ету. Ес-түссіз жағдайда бір қырына бұрып, басын артына шалқайтып, кеуденің жоғарғы жағын аздап түсіру керек
4. Зақымданған аяқ қолды стандартты шиналармен иммобилизациясын қамтамасыз ету.
5. Жараға асептикалық таңу салу. Венозды немесе капиллярлы қан кету кезінде жақсы таңу қан тоқтатқыш ретінде де әсер етді
6. Ашық пневмоторакста герметикалық лейкопластер салу, ал жабықта II қабырға аралыққа плевралық пункция жасау (Бюлау клапоны)

## 7. Белсенді түрде науқастың ауруын басу

- Жергілікті жансыздандыру 10-20 мл 0,5-1% новокаин ерітіндісі немесе 1-2% лидокаин ерітіндісі:
- 

- Жансыздандыруға көп дағдайда 2-10 мг мординді 0,5 мл 0,1% атропин сульфат ерітіндісімен немесе нейролептиктермен бірге (2-3 мл 0,25 дроперидол, 0,0025 фентамин) тамыр ішіне баяу енгізеді:

## 8. Белсенді трансфузиялық терапия

- Кристаллоидты ерітінділерден: натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісі, дисоль, трисоль, ацесоль, хлосоль. Коллоидты ерітінділерен: полиглюкин, реополиглюкин т.б:

## 9. Метаболикалық ацидозды үш жолмен тоқтатуға болады:

- жалпы және микроциркуляциядағы қанды қалпына келтіру;
- өкпе вентиляциясын және газ алмасуны қалпына келтіру;
- бейтараптандыратын ерітінділерді тамыр ішіне енгізу;



10. Патологиялық кининдерді бейтараптандыру:

- контрикал 30-60мың Б.Д тамыр ішіне баяу енгізіледі. Тамыр ішіне тамшылатып 300-500 мл натрий изотоникалық ертітіндісімен бірге;
- трасилол 100-200 мың Б.Д. (200-400 мл натрий изотоникалық ертітіндісімен максималды жылдамдықпен 5-10мл мин тамыр ішіне баяу тамшылатып енгізеді);

11. ТШҚҰ синдромының терапиясы:

- реополиглюкин 400 мл тамшылатып т/і;
- креоплазма 100 мл т/і тамшылатып;
- гидроксипрохлорид ертітіндісін 250 мл т/і тамшылатып;
- гепарин аз дозада (2500-5000 Б.Д т/і тамшылатып);

12. Миокардтың жирылу қабілеті (анамнезінде жүрек ауруы бар) және қарт науқастарға дигоксин 0,003 және 0,008 мг/кг тәулігіне

13. Инфекциялық асқынудың алдын алу үшін тырысқақ және гангренозды иммунизацияға қарсы, антибактериалды терапия (кең спектрлі әсері бар антибиотиктер: цефалоспорины, (цефотоксин, цефтриаксон, цефтазидин;), фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин), карбапенемы);

## 14. Олигуриядан кейін жалпы қан

айналымын жеткіліксіздігін қалпына келтірген соң диурезді манитор арқылы стимулдау керек алғашқы 10-15 мин т/і 100 мл 20% маннитол ерітіндісін енгізіді. Егер осыдан кейін науқас 30 мл сағатына зәр бөлсе, маннитол ерітіндісін 10% т/і баяу енгізуге ауысады. Жалпы дозасымен енгізілуін диурезге қарай белгіледі, бірақ тәул доза 1000 мл 10% ерітіндісінен аспауы қажет.

Назар  
аударғандарыңыз  
үшін  
рахмет