

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Анафилактикалық шок

Орындаған: Оскенбаева Э.Қ

Топ ст-12-001-02

Тексерген: Уразбаева Б.М

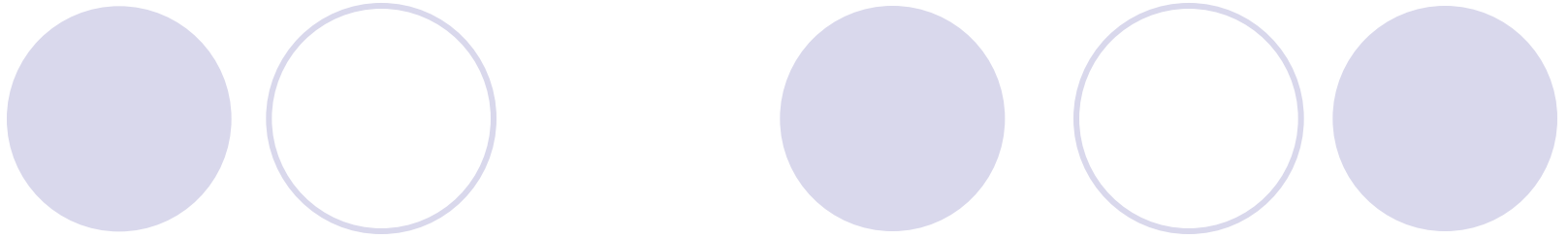
Анафилактикалық шок

- Анафилактикалық шок (АШ) - ағзаға аллергендер енгенде жедел түрдегі аллергиялық реакцияны тудыратын, қанайналым, тыныс алу, орталық жүйке жүйесінің ауыр бұзылыстарымен сипатталатын, жедел дамидын, өмірге қауіпті патологиялық үрдіс.



ЖІКТЕМЕСІ

- 1. Қасқағымды ағымы – жіті басталатын, тез үдейтін АҚ төмендеуі, есінен тану, тыныс жетіспеушілігінің үдеуімен жүреді. Қасқағымды шок ағымының ерекшелігі-шокқа қарсы қарқынды терапияға тұрақты болуы және терең коматозды жағдайға дейін тез өршуі. Өмірге маңызды мүшелердің зақымдалуына байланысты алғашқы минутта немесе сағатта өлімге әкеледі.
- АШ қасқағымды тәрізді ағымының варианттары басты клиникалық синдромдарға байланысты:
 - жіті тыныс жетіспеушілігі (ЖТЖ);
 - жіті қан тамыр жетіспеушілігі (ЖҚЖ).



- **АШ басты синдромы ЖТЖ** әлсіздік кенеттен пайда болады және үдейді, кеудеде қысқан тәрізді ауа жетіспеу сезімі, мазалайтын жөтел, экспираторлы ентігу, бастың ауыруы, жүрек аймағындағы ауыру сезімі, қорқыныш сезімі. Теріде кенеттен бозаруы мен цианозы, аузында көпіршіктер, тыныс шығару кезінде құрғақ сырылдар және қиындаған ысқырықты тыныспен байқалады. Бетте және дененің басқа бөліктерінде ангионевротикалық ісінулер дамуы мүмкін. ЖТЖ үдеуі анықталады және жіті бүйрек үсті безі жетіспеушілігінде өлімге әкелуі мүмкін.
- **ЖҚЖ мен дамидын АШ** кенеттен басталған әлсіздік, құлақта шу, ақпа термен сипатталады. Тері түсінің бозғылдығы акрацианоздың айқындылығымен, АҚ төмендеуінің, жіп тәрізді пульс, жүрек тондары кенеттен әлсіреген. Бірнеше минуттан кейін есінен тану, тырысулар болады. Жүрек – қан тамыр жетіспеушілігінен өлімге ұшырауы мүмкін.



- **2. Рецидивті ағымы** – клиникалық жағдайы жақсарған соң бірнеше сағат немесе тәуліктен кейін қайта шоктың пайда болуымен сипатталады. Кейде қайта дамыған шок алдыңғысына қарағанда ауыр өтеді және емге тұрақты болады.
- **3. Абортивті ағымы** - шоктың асфиксиялық варианты, науқастарда клиникалық симптомдар тез жойылады, көбінесе дәрілік препараттарды қабылдауды қажет етпейді.

АШ ағымының 5 варианты бар:

- - типті;
- - гемодинамикалық;
- - асфиксиялық;
- - церебралды;
- - абдоминалды.

ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАР

- 1. Анамнезінде дәрілік аллергиясы бар.
- 2. Дәрілік заттарды ұзақ уақыт қолдану, әсіресе қайталау курсы кезінде.
- 3. Депо препараттарды пайдалану.
- 4. Полипрагмазия.
- 5. Дәрілік препараттар белсенділігінің жоғары сенсбилизациясы.
- 6. Дәрілермен ұзақ уақыт кәсіптік байланыс.
- 7. Анамнезінде аллергиялық ауруы бар.
- 8. Дерматомикоздың болуы (эпидермофитии), пенициллинге сенсбилизациясы бар.

ДИАГНОСТИКА



- **Диагностика критерилері**
- Шоктың жедел қатерлі ағымында шағымдары болмайды. Кенеттен естің жоғалуымен басталып, жүректің тоқтауы және клиникалық өлім болады.

Шок симптомдарының сипаттамасы (типті):

- - тері жабындысының түсі өзгереді (тері қызаруы немесе бозғылдық, цианоз);
- - әр түрлі экзантемалар;
- - қабақ, бет, мұрын шырышының ісінуі;
- - суық тер;
- - түшкіру, жөтел, қышу сезімі;
- - жас ағу;
- - құсу;
- - аяқ-қолдың клоникалық тырысулары (кейде тырысулық құлау);
- - қозғалыс бұзылыстары;
- - «өлімнен қорқу»;
- - еріксіз зәр, нәжіс, газ бөлінуі.

Объективті клиникалық зерттеуде анықталады:

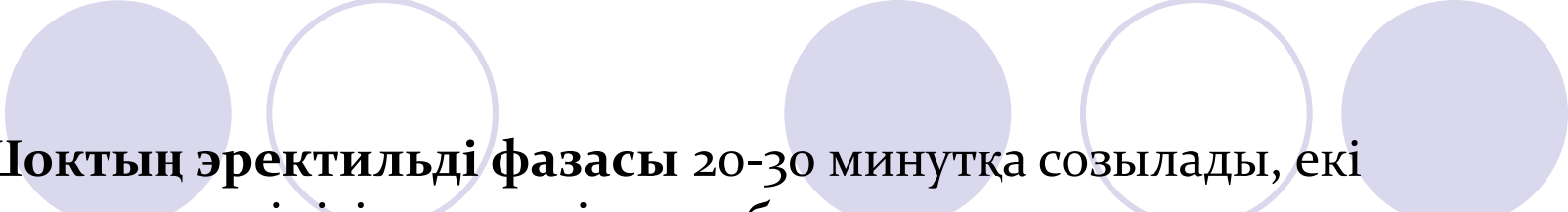
- - жиі жіп тәрізді пульс (перифериялық қан тамырларда);
- - тахикардия (сирек брадикардия, аритмия);
- - жүрек тондері тұйықталған;
- - артериалдық қысым тез төмендейді (ауыр жағдайда төмен қысым анықталмайды).
 - жеңіл жағдай кезінде салыстырмалы түрде АҚ төмендемейді, төменгі критикалық деңгей 90-80 мм.рт.ст. Алғашқы минуттарда кейде АҚ аздап төмендеуі мүмкін;
- - тыныс бұзылысы (ентігу, қиындаған сырылды тыныс, ауыздан көбік ағу);
- - қарашық кеңейген және жарыққа реакция жоқ.

АШ ағымының гемодинамикалық вариантында жүрек-қан тамыр бұзылыстарының симптомдары байқалады:

- - жүрек тұсындағы қатты ауыру сезімі;
- - ырғақ бұзылуы;
- - әлсіз пульс;
- - АҚ төмендеу;
- - жүрек тондары тұйықталған;
- - перифериялық қан тамырлар спазмы (тері бозғылдығы) немесе кеңейген (гиперемия, ісінулер).

Басқа клиникалық симптомдар көрінісі аз көрінеді.

- **Асфиксиялық** вариантында басты орын ЖТЖ, ол көмей ісінумен, бронхтардың спазмымен, бронхтардың шырышты қабатының ісінуімен немесе өкпе ісінумен байланысты болып табылады. Ересектерде респираторлы дистресс – синдромы айқын гипоксияның дамуымен жүреді.
- АШ-тың **церебральды** варианты сирек оқшауланып анықталады, ОЖЖ жағынан бұзылыстармен сипатталады: қозғыштық, есінен тану, жедел ісіну және ми ісігі, эпилептикалық статус, тыныс және жүрек тоқтауы.
- АШ-тың **абдоминальды** вариантында бірінші орынға «жедел іш» симптомы: іштің барлық аймағында немесе құрсақ үсті аймақта ауыру сезімі, құсу, үлкен дәретке шақырулар, жиі диагностикалық қателіктермен өтеді. Осы вариантында жиі операция жасалынады.
-

- 
- **Шоктың эректілді фазасы** 20-30 минутқа созылады, екі синдром көрінісімен өтеді - церебралды және кардиоваскулярлы.
 -
 - **Церебралды синдром** қозғыштықпен, эйфория, гиперрефлексиямен, гиперэстезиямен, қарашықтың кеңеюімен жүреді. Зардап шегуші есі анық, қозғыш мазасыз, кез келген жағдайға реакциясы бар, «өлімнен қорқу» сезімімен жүреді.
 - **Кардиоваскулярлы синдром** қалыпты немесе жоғары АҚ, тахикардия немесе пульс баяулаған, бозғылдық, тері жабындысы, беті қызарған.
 -
 - **Торпидті фаза** шоктың (шынайы шок) барлық негізгі патогенетикалық механизмінің қосылуымен ерекшеленеді, бірнеше сағатқа созылатын, көмек көрсетпеген жағдайда өлімге әкелетін фаза.

Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Ақыл-есін бағалау (есін жоғалту).
- 2. Тері жабындысын қарау (бозғыл кейде көгерген), көзге көрінетін шырышты қабаттарда эритемалар, бөртпелер, ісінулер, ринит симптомы, конъютивит белгілерін анықтау.
- 3. Тыныс алу және жұтынудың қиындауы анықталады.
- 4. Пульсті бағалау (жіп тәрізді) жүрек жиырылу жиілігі өзгереді (тахикардия), артериялық қысым 30-50 мм.с.б. дейін төмендеген.
- 5. Құсу еріксіз дефекация және зәр шығару, қынаптан қанды бөлінділер бөлінеді.

Анафилактикалық шоктың емдеу алгоритмі

- **Шұғыл көмек:**
- 1. Науқасты Тренделенбург қалпына келтіру: аяқ басын көтерген күйде, басын бүйіріне қаратып, тілін артқа кетуінің алдын алу үшін, асфиксия, құсық массалары мен аспирация болдырмау үшін төменгі жақты алға тарту, таза ауаның келуін қаматамасыз ету. Оксигенотерапия жүргізу.
- 2. Ағзаға аллергиялардың ары қарай түсуін тоқтату:
 - а) аллергияларды парентеральды енгізу:
 - — аллергия енгізген жердің жоғарғы бөлігіне артерияны қыспайтын етіп, 30 минутқа жгут салу (әр 10 минут сайын жгутты бір-екі минутқа босатып отыру қажет);
 - — «крест тәрізді» инъекция орнына (шағу) 0,18 % эпинефрин ертіндісін 0,5 мл (мүмкіндігінше к\т-ға– гипоперфузия!) 5,0 мл изотониялық ертінді натрий хлориді 5,0 мл және мұз қояды (бірінші емдік тағайындау!).
 - б) аллергиянді медицинаменттерді мұрын қуысына тамшылату және конъюктиваны сумен жуу керек.
 - в) аллергияндерді пероральды қабылдағанда науқастың жағдайы көтерсе асқазанды жуу керек.



- **3) Шокка қарсы іс-шаралар:**

- а) бұлшық етке тез арада егу:

- — 0,18 % эпинефрин ертіндісі 0,3 – 0,5 мл (1,0 мл-ден аспау керек).
Эпинефринді қайталап енгізу аралығы 5 - 20 минут, АҚ бақылау;

- — антигистаминді препараттар: 1% дифенгидрамин ертіндісі 1,0 мл-ден аспау керек (өршіген үрдісті ары қарай болдырмау).
Пипольфен қабылдауға қарсы көрсеткіш айқын гипотензивті әсер!

- б) инфузионды терапия 0,9% натрий хлориді ертіндісі 1 литрден аз болмау керек. Қан тамыр ішілік көлемді қайта қалпына келтіру үшін. Алғашқы 10 минут ішінде гемодинамика тұрақтылығы жойылғанда шоктың ауырлығына байланысты қайталап коллоидты ерітінді (пентакрахмал) 1-4 мл/кг/мин енгіземіз. Инфузионды терапия жылдамдығы және көлемі АҚ жоғарылауымен, ЦВД жоғарылауымен және науқастың жағдайының жақсаруымен анықталады.

- **4. Аллергияға қарсы ем:** к\тамырға преднизолон 90-150 м

5. Симптоматикалық ем:

- а) артериалды гипотензияда циркуляциядағы қан көлемі қабынуынан кейін-вазопрессорлы аминді, систолалық АҚ ≥ 90 мм.с.б. келгенше к\тамырға титрлеп енгізеді. Допамин к\т тамшылатып 4-10 мкг/кг/мин, 15-20 мкг/кг/мин жылдамдықта (200 мг допамина 400 мл 0,9% натрий хлоридаі немесе 5% декстроза ертіндісі) аспау керек – инфузионды минутына 2-11 тамшы жылдамдықпен енгізіледі;
- б) брадикардия дамыса 0,1% раствор атропин ертіндісі 0,5 мл тері астына, қажет болған жағдайда – осы мөлшерді 5-10 минуттан кейін қайталап енгіземіз;
- в) бронхоспастикалық синдромда к\т 2,4 % аминофиллин ертіндісі 1,0 мл (10,0 мл-ден аспау керек) 20 мл изотоникалық ертінді натрий хлоридіне еріту немесе ингаляциялық β_2 -адреномиметиктер – сальбутамол 2,5 – 5,0 мг небулайзер арқылы енгізу.
- г) цианоз дамыса диспноэ немесе аускультацияда құрғақ сырылдар анықталса оксигенотерапия жасалады. Тыныс алу тоқтаған жағдайда өкпені жасанды желдендіру өткізіледі. Көмей ісінуінде – трахеостомия.
- д) міндетті түрде барлық уақытта тыныс қызметін, жүрек-қан тамыр жүйесінің жағдайын (жүрек жиырылу және АҚ өлшеу)!

Шұғыл госпитализацияға көрсетімдер:

- анафилактикалық шок - реанимация және қарқынды терапия бөлімінде жағдайының тұрақтануы науқасты госпитализациялаудың абсолютті көрсеткіші болып табылады.

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

- 1. *Эпинефрин 0,18% - 1,0мл, амп.
- 2. *Натрий хлориді 0,9% - 400 мл, фл.
- 3. *Натрий хлориді 0,9% - 5,0 мл, амп.
- 4. *Преднизолон 30 мг, амп.
- 5. *Аминофиллин 2,4% - 5,0 мл, амп.
- 6. *Дифенгидрамин 1% - 1,0 мл, амп.
- 7. *Оттегі, мз.
- 8. *Пентакрахмал 500,0 мл, фл.
- 9. *Атропин сульфаты 0,1% - 1,0 мл, амп.
- 10. *Допамин 0,5% - 5 мл, амп.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

- 1. *Дексаметазон 1мл, амп.
- 2. *Фенилэфрин 1 % - 1,0-2,0 мл.
- 3. *Декстроза 5% - 400,0, фл.
- 4. *Гидрокортизон 2,5%-2мл, амп.
- 5. *Сальбутамол 3 мг, неб.

Пайдаланылган әдебиеттер тізімі:

- 1. Биртанов Е.А., Новиков С.В., Акшалова Д.З. Разработка клинических руководств и протоколов диагностики и лечения с учетом современных требования. Методические рекомендации. Алматы, 2006, 44 с.
- 2. Anaphylaxis/Allergic Reactions. Guidelines reflect the current Resuscitation Council UK Guidelines. June 2004
- 3. Anaphylaxis guideline/ Guideline team James Thomas, Melanie Darwent, Helen Carter, Sally Bateman, Liza Keating/ Date of publication January 2004, version 1.0, and review date January 2006
- 4. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хайтова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. —1248 с.: ил.

The image features a decorative arrangement of seven circles. The top row consists of three circles: an empty circle with a light purple outline on the left, and two solid light purple circles on the right. The bottom row consists of three circles: two solid light purple circles on the left, and one empty circle with a light purple outline on the right. The text "Назарларыңызға рахмет!!!" is centered horizontally between the two rows of circles.

Назарларыңызға рахмет!!!