

Тақырыбы: Анафилактикалық шок

Орындаған: Омарова С.М

Тобы: ПҚ-603

Қабылдаған: Абралиева Г.И

Жоспар

2

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

▶ Анафилактикалық шок

▶ ЭТОЛОГИЯСЫ

▶ Патогенез

▶ клиникалық көрінісі

▶ диагностикасы,

▶ Жедел көмек көрсету ;

III. Қорытынды

IV. Қолданылған әдебиеттер

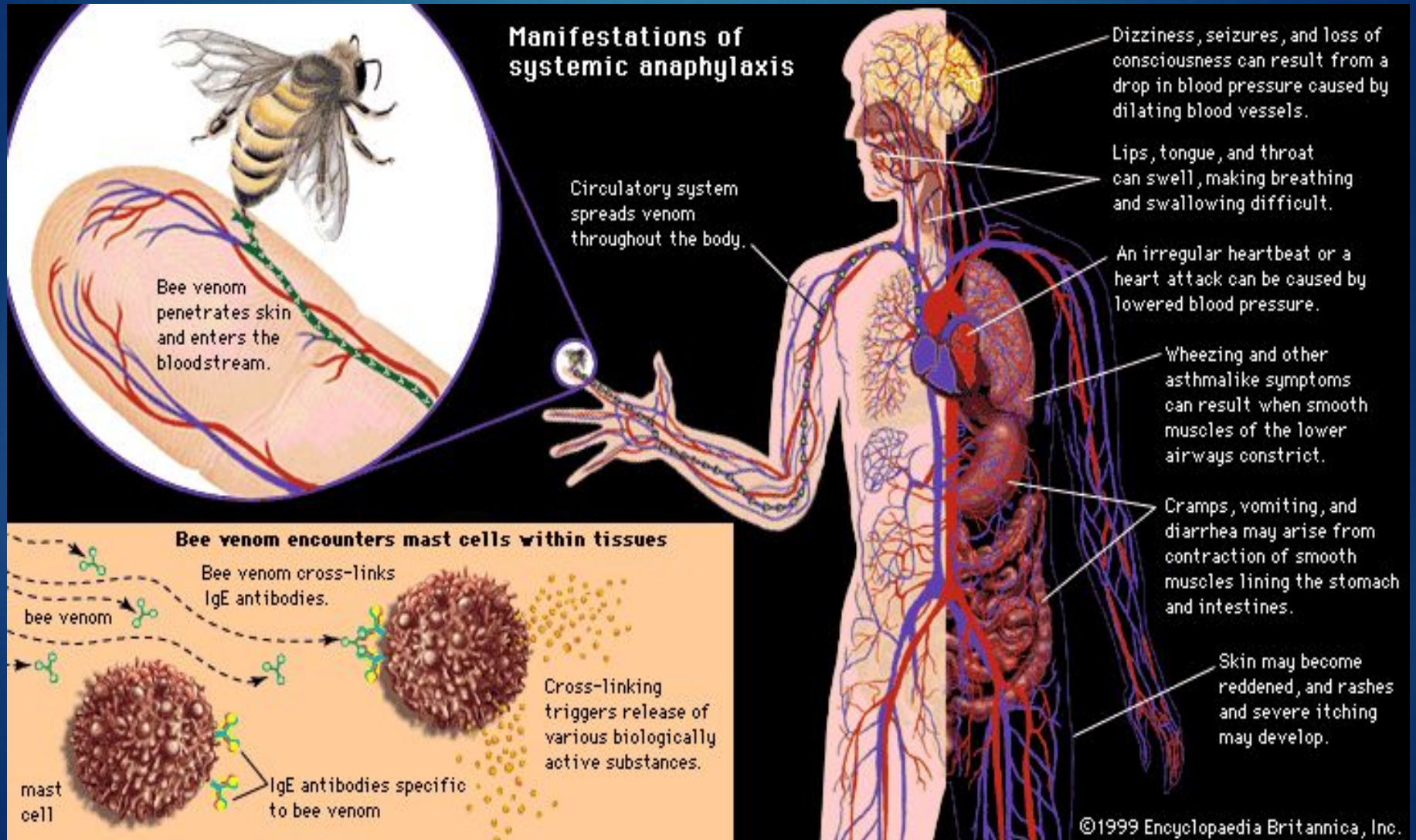


Анафилактикалық шок

- ▶ Анафилактикалық шок-ағзаға аллергендер енгенде жедел түрдегі аллергиялық реакцияны тудыратын, қанайналым, тыныс алу, орталық жүйке жүйесінің ауыр бұзылыстарымен сипатталатын, жіті дамидын, өмірге қауыпты патологиялық үрдіс.



Анафилактикалық шок



ЭТИОЛОГИЯСЫ

Анафилактикалық шок әртүрлі аллергиялар әсерінен пайда болуы мүмкін: дәрілік, тағамдық, физикалық, жұқпалы т.б. Анафилактикалық шок аллергиялогиялық диагностика және арнайы гипосенсибилизация жасағанда да шығады. Ол ара шағуынан да болады. Анафилактикалық шоктың себебі көбіне дәрілік аллергиялар болады, әсіресе пенициллин және оның қатары, сульфаниламидтер, пиразолон туындылары (анальгин, амидопирин, реопирин), новокаин, в тобындағы витаминдер, с витамині, аминазин, йодиттер, паск, кортизон, белок гидролизаттары.

Нәрестелерде тағамдық аллергиялар де (жұмыртқа, сүт, балық, жаңғақ) анафилактикалық шок беруі мүмкін. Суыққа сенсибилизациясы бар адамдарда жылы жерден суыққа шыққан кезде шок дамуы байқалады.

Патогенезі

- ▶ Анафилактикалық шок жалпы аллергиялық реакцияның жедел I типіне жатады, тетігі критериялық, демек гуморальдық. Анафилактикалық қарсы денелер тері, кейбір тіндер мен ағзаларға жабысуы мүмкін. Денеге антигеннің жеткілікті мөлшері түскенде спецификалық антиген-антидене реакциясы дамиды, бұл «шок нысаналарына» (тамыр, нерв, миокард, өкпе, тері, асқазан, ішек, т.б) әсер етеді. Реакция салдарынан тін клеткалары мен сұйық тіндік орталарда зат алмасулары күрт бұзылады, протеолитикалық ферменттер белсеніп, мес клеткалардан биологиялық белсенді заттар (гистамин, гепарин, серотонин, жай әсер ететін субстанция, т.б) бөлініп шығады.

Анафилактикалық шоктың клиникалық ағымы бойынша жіктелуі:

- Жіті басталатын, тез үдейтін АҚҚ төмендеуі, есінен тану, ТЖ-ң үдеуімен жүреді. Ол шокқа қарсы қарқынды терапияға тұрақты болуы және терең коматозды жағдайға дейін тез өршуі. Алғашқы минутта не сағатта өлімге әкеледі.

Рецидивті ағымы

- Клиникалық жағдайы жақсарған соң бірнеше сағат не тәуліктен кейін қайта шоктың пайда болуымен сипатталады. Кейде қайта дамыған шок алдыңғысына қарағанда ауыр өтеді және емге тұрақты болады.

Абортивті ағымы

- Шоктың асфиксиялық варианты, науқастарда клиникалық симптомдар тез жойылады, көбінесе дәрілік препараттарды қабылдауды қажет етпейді.

Қауып - қатер факторлары

- ▶ Анамнезінде дәрілік аллергиясы бар;
- ▶ Дәрілік заттарды ұзақ уақыт қолдану, әсіресе қайталау курсы кезінде;
- ▶ Депо препараттарды пайдалану;
- ▶ Полипрагмазия;
- ▶ Дәрілік заттар белсенділігінің жоғары сенсibiliзациясы;
- ▶ Дәрілермен ұзақ уақыт кәсіптік байланыс;
- ▶ Дерматомикоздың болуы, пенициллинге сенсibiliзациясы.



Анафилактикалық шок дамуының 2 фазасы:

- ▶ Шоктың эректильді фазасы: 20-30 минутқа созылады, екі түрлі синдром көрінісімен өтеді.
- ▶ Церебралды
- ▶ Кардиоваскулярлы
- ▶ Торпидті фаза: Шоктың барлық негізгі патогенетикалық механизмінің қосылуымен ерекшеленеді, бірнеше сағатқа созылатын, көмек көрсетпеген жағдайда өлімге әкелетін фаза. шоктың торпидті фазасы 3 аурлық дәрежеден тұрады.
- ▶ Шоктың I дәрежесі;
- ▶ Шоктың II дәрежесі;
- ▶ Шоктың III дәрежесі;

Шоктың эректільді фазасы



Церебралды түріне: қозу, эйфория, рефлексстердің жоғрылауы, қарашықтардың кеңуі тән. Науқастың есі анық, қозған, мазасыз, қорқыныш сезімі болады.

Кардиоваскулярлы түріне: артериалдық қысымның қалыпты немесе жоғары болуы, тахикардия немесе тамыр соғысының баяулары, тері жабындарының бозаруы немесе қызаруы тән.

Торпидтік кезенді 1 дәрежесі

- ▶ 1 дәрежелі шок. Компенсирленген, вазоконстрикция. басым. Жалпы жағдайы ауыр, тері жабындары бозарған, еріннің, тырнақ фалангаларының цианозы, тыныс алуы беткей, гипотермия белгілері, орталық жүйке жүйесі жағынан әлсіздік, реакциясы баяулаған, қарашықтардың тарылуы. Кардиоваскулярлы белгілері: артериалдық қысым біраз төмендеген немесе қалыпты, тамыр соғысы баяулаған.

Торпидтік кезенді 2 дәрежесі

- ▶ 2 дәрежелі шок. Субкомпенсирленген, вазодиятация басым. Жағдайы өте ауыр, цианоз өршиді (таралған цианоз), тыныс алуы жиі, беткей, гипотермия, шөлдеу, олигоанурия. Церебралды синдром: есеңгіреген, қарашықтары кеңейген, жарыққа реакциясы баяулаған. Кардиоваскулярлы синдром: жүрек тондары тұйықталған, гипотония, тахикардия, экстрасистолия. Қанда метоболикалық ацидоз, гипокалиемия, гипоксия.

Торпидтік кезенді 3 дәрежесі

3 дәрежелі шок. Декомпенсирленген, вазотония басым. Жағдайы өте ауыр, таралған цианоз, гипотермия, тыныс алуы беткей, жиі Чейн-Стокс тынысы түрінде, анурия. Церебралды синдром: есі жоқ, адинамия, қарашықтары кеңейген, жарыққа реакциясы жоқ, сезімталдық жойылған. Кардиоваскулярлы синдром: тамыр соғысы анықталмайды немесе жіп тәрізді, систолалық артериалдық қысым 50 мм-ден төмен, жүрек тондары тұйық, аритмия. Қанда айқын метоболикалық ацидоз, ауыр гипоксемия.

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»;

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.

Анафилактикалық шок

- ▶ Шоктің дифференциальды сатысында Альговер критерийі (пульс жиілігі мен систолалық АҚҚ арасындағы қатынас) көмектеседі:
- ▶ Қалыптыда Альговер критерийі – 0,5;
- ▶ Шоктың I дәрежесінде 1,0-ге дейін;
- ▶ Шоктың II дәрежесінде- 1,0-ден 1,5-ке дейін;
- ▶ Шоктың III дәрежесінде-1,5 –тен жоғары.

Диагностикасы

- ▶ Ақыл – есін бағалау (есін жоғалту);
- ▶ Тері жабындысын қарау (бозғылт кейде көгерген), көзге көрінетін шырышты қабаттарда эритемалар, бөртпелер, ісінулер, ринит симптомы, конъюнктивит белгілерін анықтау;
- ▶ Тыныс алу және жұтынудың қиындауы анықталады.
- ▶ Пульсті бағалау (жіп тәрізді) жүрек жиырылу жиілігі өзгереді (тахикардия), АҚҚ 50-30 мм.с.б.дейін төмендеген.
- ▶ Құсу еріксіз дефекация және зәр шығару.

Жедел жәрдем

- ▶ Ағзаға аллергендердің ары қарай түсуін тоқтату;
- ▶ Тыныс жолдарының өткізгіштігін қалпына келтіру, таза ауаның келуін қамтамасыз ету;
- ▶ Науқасты аяғын көтерген күйде **Тренделенбург** қалпына келтіру, тілін артқа кетуінің алдын алу үшін басын бүйіріне қарату, асфикция, құсық массаларымен аспирация болдырмау үшін төменгі жақты алға тарту;
- ▶ Оттегімен емдеу;
- ▶ Аллерген парентеральды енген жағдайда 0,1% **адреналин** ертіндісімен 0,1мл/жасына сәйкес мөлшерде 5,0 мл натрий хлориді изотониялық ертіндісіне араластырып аллерген енген жерді айналдіріп егіп шығады;

Жедел жәрдем

- ▶ Аллерген енген жердің жоғарғы бөлігіне артерияны қыспайтын етіп, 30 минутқа жгут салу (әр 10 минут сайын жгутты бір-екі минутқа босатып отыру қажет);
- ▶ Көктамырды тауып 0,1% **адреналин ертіндісін** 0,1 мл/жасына (0,01-0,02 мл /кг) сәйкес мөлшерде бірақ, 1,0 мл-ден аспауы керек;
- ▶ Глюкокортиоидты гормондар енгізу **преднизолон** 5-10 мл /кг , әсері болмаса қайталау;
- ▶ Антигистаминды дәрілер енгізу: 2 % **супрастин** 0,1-0,15 мл / жасына немесе 1% **димедрол** ертіндісін 0,05 мл /кг көктамырға немесе бұлшық етке, бірақ бір жасқа дейінгі балаларға 0,5 мл-ден, бір жастан асқан балаларға 1,0 мл –ден.

Жедел жәрдем

- ▶ Инфузионды терапия 0,9 % **натрий хлориді** ертіндісі 1 л- ден аз болмау керек. Қан тамыр ішілік көлемді қайта қалпына келтіру үшін.
- ▶ Алғашқы 10 минут ішінде гемодинамика тұрақтылығы жойылғанда шоктың ауырлығына байланысты қайталап **коллоидты ертінді** (пентакрахмал) 1-4 мл/кг/мин енгіземіз. Инфузионды терапия жылдамдығы және көлемі АҚҚ жоғарылауымен, орталық венозды қысым жоғарарлауымен және науқастың жағдайының жақсаруымен анықталады.

Симптоматикалық ем

- ▶ Артериалды гипотензияда циркуляциядағы қан көлемі қабынуынан кейін **вазопрессорлы аминді**, систолалық АҚҚ > 90 мм.с.б. келгенше көктамырға титрлеп енгізеді.
- ▶ **Допамин** көктамырға тамшылатып 4-10 мкг/кг/мин, 15-20 мкг/кг/мин жылдамдықпен (200 мг допамина 400 мл 0,9% натрий хлориді) аспау керек – инфузионды минутына 2-11 тамшы жылдамдықпен енгізеді.

Симптоматикалық ем

- ▶ Брадикардия дамыса 0,1% атропин ертіндісі 0,5 мл тері астына;
- ▶ Бронхоспатикалық синдромда көктамырға 2,4 % **аминофиллин ертіндісі** 1,0 мл (10.0 мл -ден аспау керек) 20 мл изотоникалық ертінді натрий хлоридіне еріту немесе ингаляциялық бета2 - адреномиметиктер – сальбутамол 2,5 – 5,0 мг **небулайзер** арқылы енгізу.
- ▶ Цианоз, диспноэ немесе аускультацияда құрғақ сырылдар анықталғанда оттегі емі жасау; тыныс алу тоқтаған жағдайда өкпені жасанды желдендіру, көмей ісінуінде – **трахеостомия** жасау.

Симптоматикалық ем

- ▶ Тыныс қызыметін, жүрек – қан тамыр жүйесінің жағдайын (жүрек жиырылу және АҚҚ өлшеу) міндетті түрде бақылау !
- ▶ Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері: науқасты реанимация және қарқынды емдеу бөліміне жатқызу.

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, м3.
- ▶ 8. *Пентакрахмал 500,0 мл, фл.
- ▶ 9. *Атропин сульфаты 0,1% - 1,0 мл, амп.
- ▶ 10. *Адреналин 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.

Пайдаланылған әдебиеттер

1. Б.Н. Айтбембет “Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы” Алматы – 2007 ж. (25-32с.)
2. Қ.А. Жаманқұлов “Ішкі аурулар пропедевтикасы” Ақтөбе – 1992 ж. (256-261с.)
3. Қ.М.Тұрланов “Жедел медициналық жәрдем” 2-басылым, Алматы,2011ж (127-134б.)
4. А.Л.Верткин Скорая помощь: руководство для фельдшеров и медсестер (96-102с.)
5. *Патологическая физиология. Под редакцией проф. Н.Н.Зайко и проф. Ю.В.Быця. Москва 2004 г.(112-121с.)*
6. *ҚР денсаулық сақтау министірілігінің протоколы Н-Т-001*