

# Анафилактикалық шок



Анафилактикалық шок- жедел дамидын аллергиялык реакция түрі. Оған артериялык қан қысымының өте тез түсіп кетуі, орталық нерв жүйесі қызметінің бұзылуы, дене қызуының төмендеуі, қан ұюының төмендеуі, тамыр қабырғасының өткізгіштігінің артуы және бірыңғай салалы бұлшық еттердің тарылуы тән.

**Анафилактикалық шок (АШ)** - ағзаға аллергиялар енгенде жедел түрдегі аллергиялык реакцияны тудыратын, қанайналым, тыныс алу, орталық жүйке жүйесінің ауыр бұзылыстарымен сипатталатын, жедел дамидын, өмірге қауіпті патологиялык үрдіс.



Потеря сознания

Сыпь и опухоль

Опухоль языка,  
невозможность  
сглатывания

Быстрое опухание  
мышц глотки  
и дыхательных путей

## Этиологиясы.

● Дәрілік препараттар (антибиотиктер, новокаин, вакциналар, сарысулар, В тобы витаминдері, сульфаниламидтер, шөп тозаңының экстрактылары)





- Тағамдық (сүт, цитрустық тағамдар, тауық еті, жұмыртқа, т.б.)

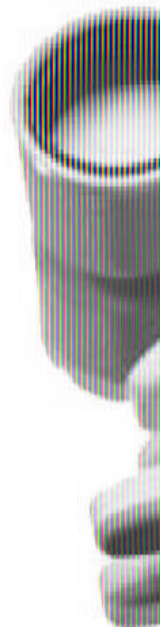
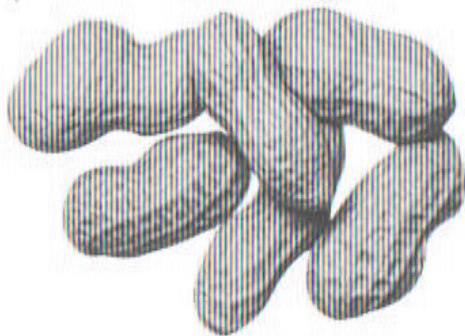


- Жәндіктер шаққанда (ара, кене)



# ● Өсімдіктер, шаң-тозандарға аллергиялық реакция (амброзия, акация, т.б.)

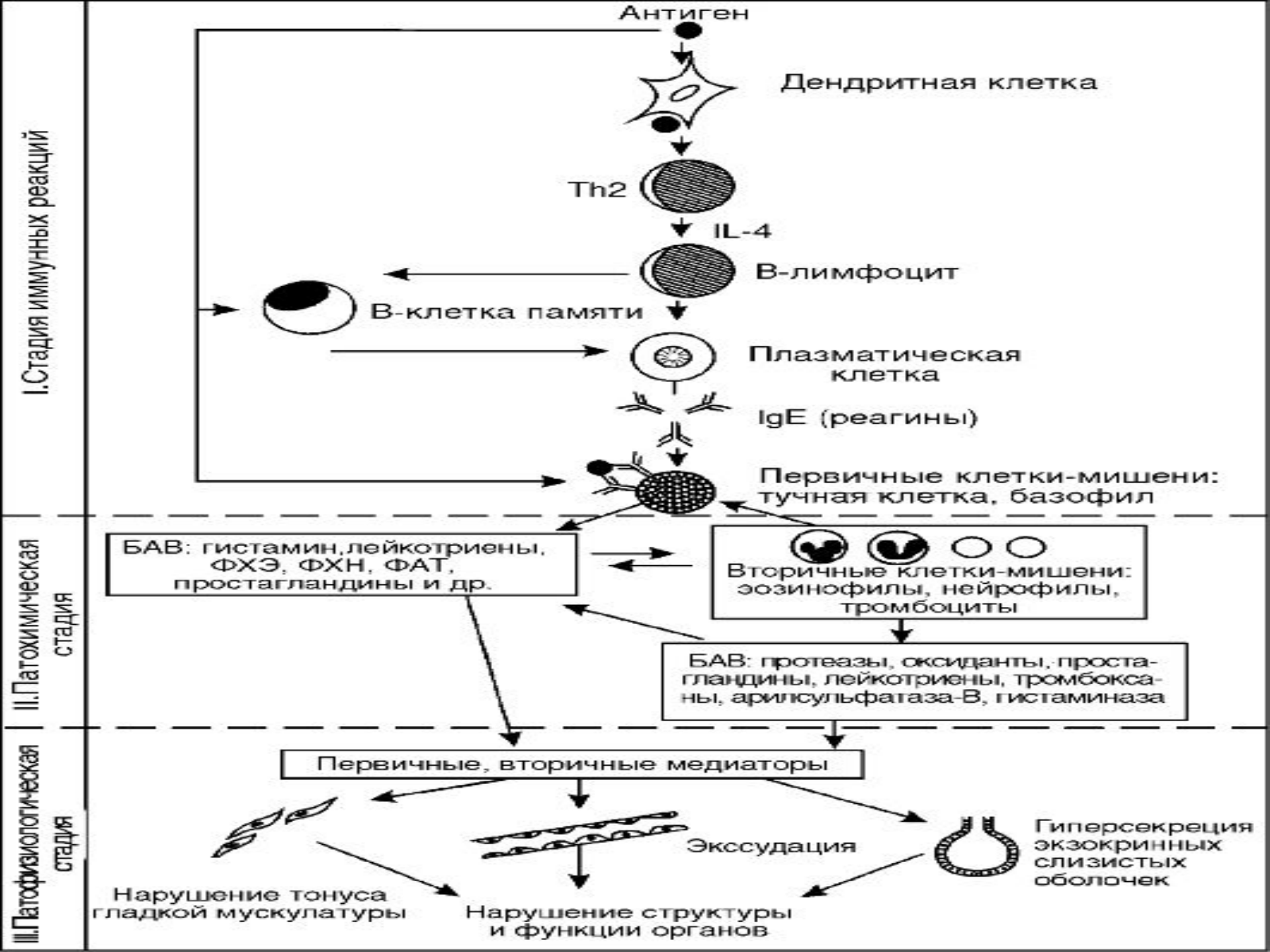






## Патогенезі

Анафилактикалық шок реакиндік типті аллергиялық реакция түрінде дамиды. Мес клеткаларынан, базофильдерден, басқа клеткалардың үстінде антиген-антидене комплексінің пайда болуы, бұл клеткалардан биологиялық активті заттардың (гистамин, серотонин, брадикинин, т.б.) бөлініп шығып, патофизиологиялық әсер етуін тудырады.





- Патофизиологиялық әсердің ішіндегі ең бастылары бірыңғай салалы бұлшықеттердің түйілу және тамырлар қабырғалары өткізгіштігінің артуы. Биологиялық активті заттардың тамыр жүйесіне таңдаулы әсер етуі -жүректің қан айдау қызметін азайтуы және тіндерде оттегінің сіңірілуін бұзуы болып табылады.

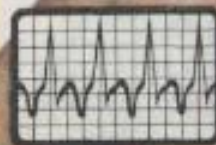


## ПРИЧИНЫ



## КЛИНИКА

Парестезии и зуд кожи лица, рук, головы, языка, покраснение лица. Отек век и зева, бледность. Ощущение тяжести. Боль в груди и области сердца, тахикардия, гипотензия, Шок. Тошнота, рвота, боль в животе.



## ЛЕЧЕНИЕ



Жгут проксимальнее места введения лекарства или укуса насекомого.

0,5 мл 1:1000 р-ра адреналина гидрохлорида в/м или п/к.

Адекватная легочная вентиляция.

Катетеризация центральной вены для введения лекарств, жидкостей и контроля ЦВД.



Глюкокортикоиды: преднизолон по 5 мг/кг в 1 сут, противогистаминные препараты, нсантины. Кальция хлорид.

Респираторный ацидоз, тромбоцитопения, уменьшение количества нейтрофильных гранулоцитов

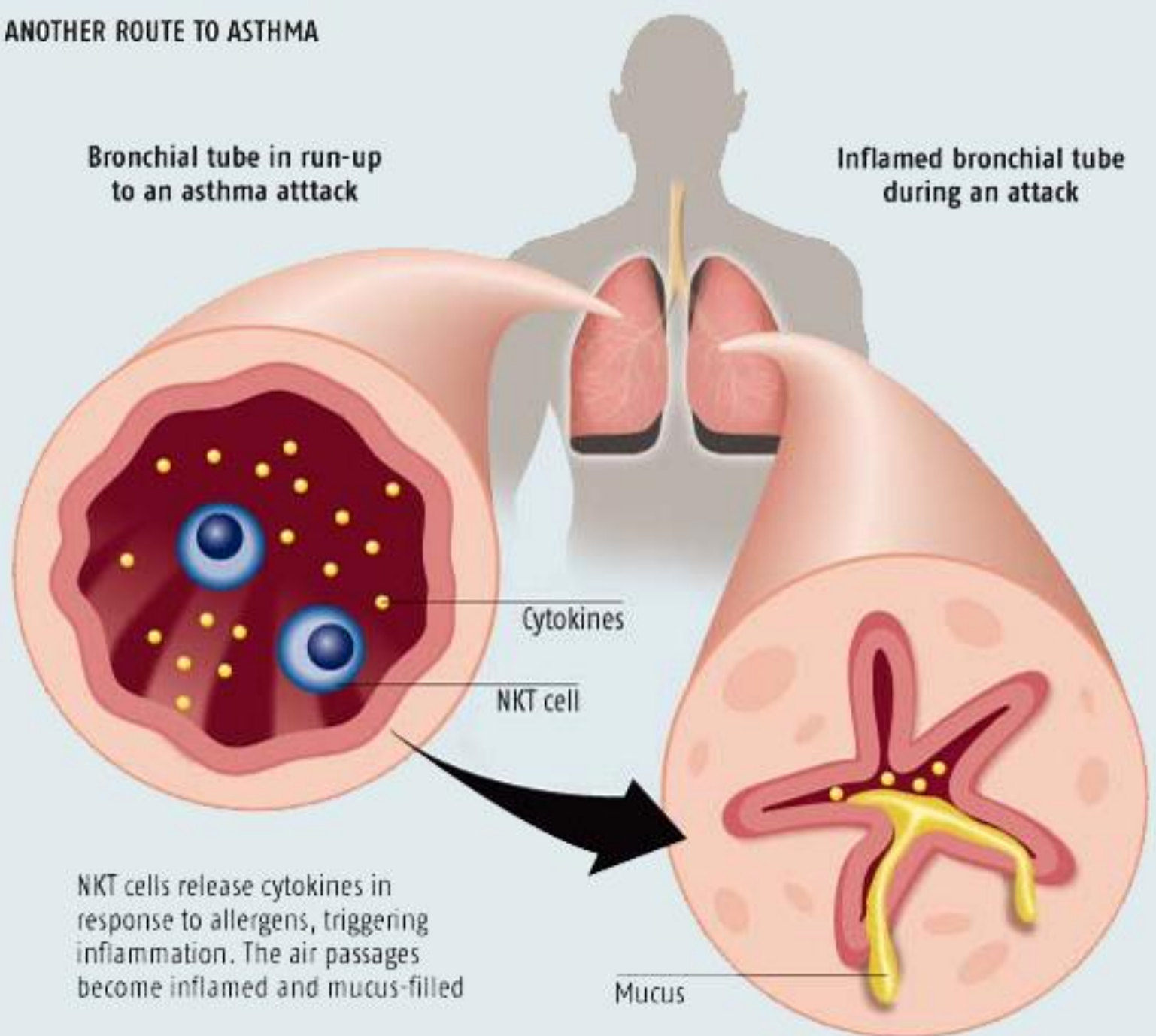


Непрерывный контроль ЭНГ

## Патанатомиясы

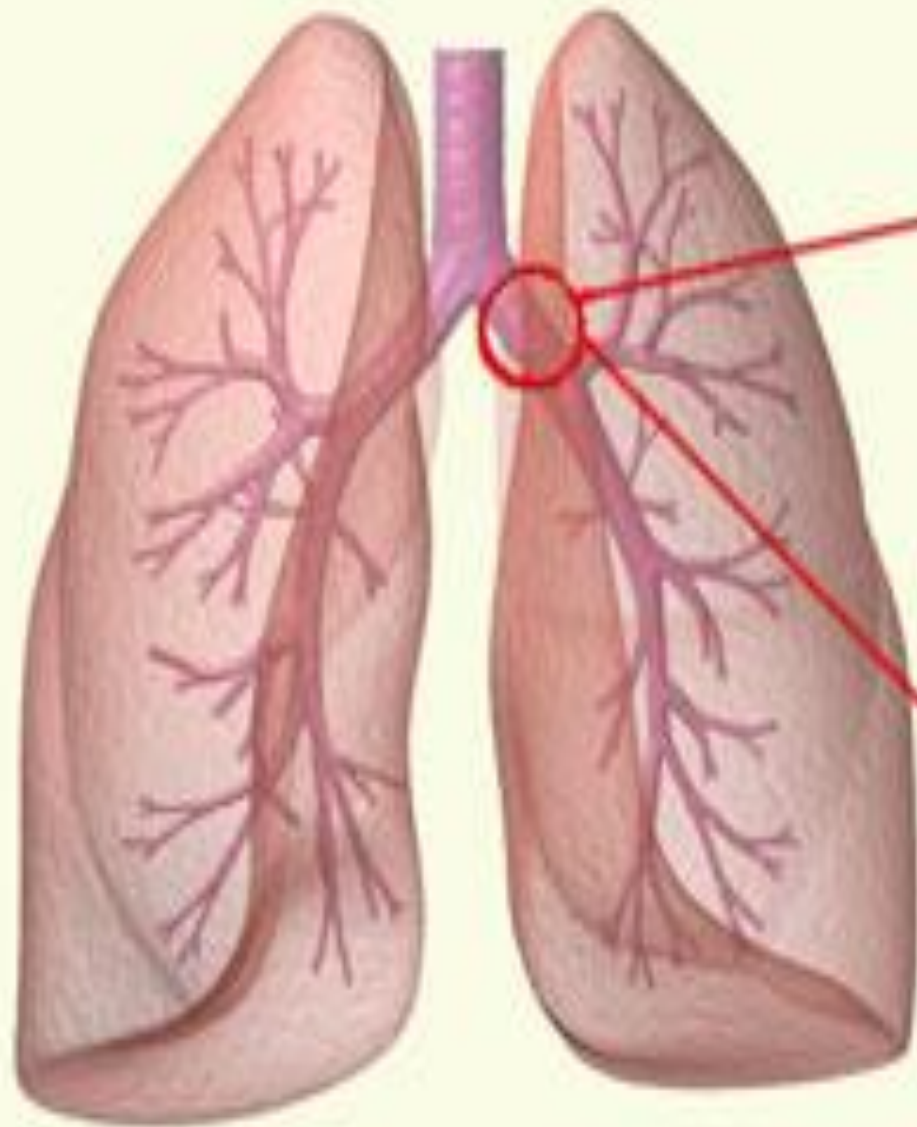
Әр түрлі органдар мен тканьдерде тамыр қабырғаларының өте қатты ісінуі, ұсақ бронхтар мен бронхиолдардың түйілуі мен ісінуі, бронх қабырғасының бойында эозинофильдердің шоғырланып жиналуы, жедел өкпе эмфиземасына тән белгілердің болуы. Кейде мидың ісініп, кебінгені байқалады.

## ANOTHER ROUTE TO ASTHMA





**труба здорового человека**



**труба при бронхоспазме**





## ● ЖІКТЕМЕСІ

**Анафилактикалық шоктың клиникалық ағымы бойынша жіктелуі:**

- **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 еңтігу, 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 дамитын 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.

## Клиникасы.

- Тынышсыздық, үрей
- Бас ауыруы, бас айналу
- Құлақ шулау
- Салқын тер шығудан басталады.





- Терінің қышынуы
- Есекжем
- Аллергиялық бөртпе
- Квинке ісігі қысқа уақытта бой көрсетеді.



- Кейін кеуде қысылып, ұстамалы түншықпа пайда болады.



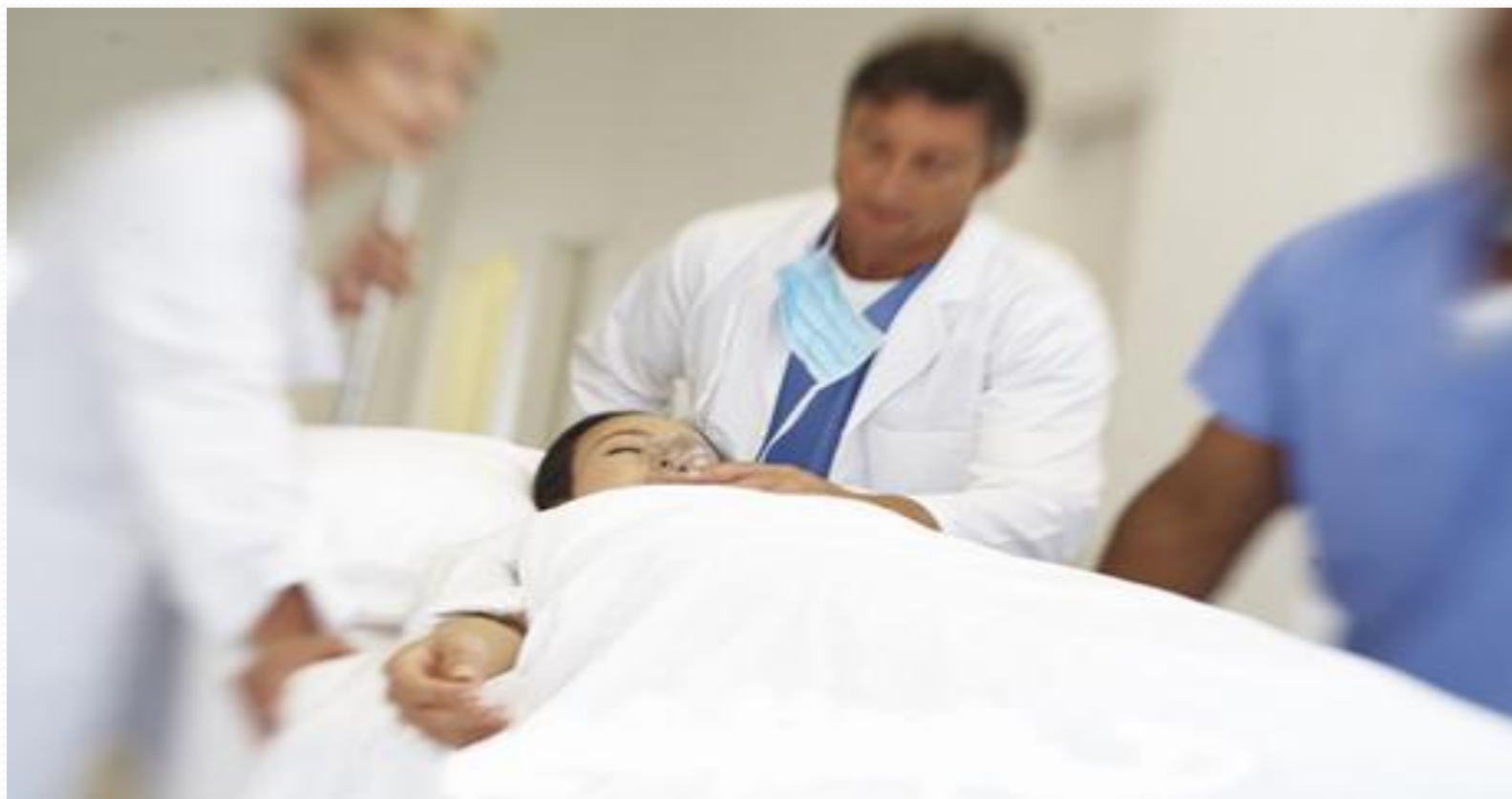
- Іштің ұстамалы ауыруы
- Жүрек айну, құсу
- Мидриаз
- Еріксіз ұлы және кіші дәретке отыру
- Қынаптан қан кету белгілері де байқалуы мүмкін



- Қарағанда:
- Тері мен кілегей қабаттардың қуқыл тартуы, кейде цианоз
- Терінің әр жерінде аллергиялық ісік
- Есекжемнің болуы
- Өкпе үстінде қорап дыбыс, құрғақ сырылдар естілуі мүмкін
- Жүрек тондары әлсіреген, таикардия
- Қан қысымының төмендеп кетуі



- Пульс толықтылығы азайып, бара-бара жіп тәрізді пульс анықталады.
- Дене құрысып, ауру адам есінен танады



- Кейде науқас дер кезінде көмек көрсетілмесе өліп кетуі мүмкін. Өлімнің себептері:
- Гемодинамиканың тез бұзылуы
- Мидың ангионевроздық жедел ісінуі
- Өкпе шемені
- Миға қан құйылу
- Жүрек және ми тамырларының жедел тромбозы.



## Диагностикасы

Клиникалық белгілеріне байланысты 5 варианты ажыратылады:

- Типтік
- Гемодинамикалық (коллаптоидты)
- Асфиксиялық
- Церебральды
- Абдоминальды



- Шоктың эректілікті кезеңі 2 түрде дамиды - церебралды немесе кардиоваскулярлы.
- Церебралды түріне қозу, эйфория, рефлексстердің жоғарылауы, қарашықтардың кеңуі тән. Науқастың есі анық, қозған, мазасыз, қорқыныш сезімі болады.
- Кардиоваскулярлы түріне артериалдық қысымның қалыпты немесе жоғары болуы, тахикардия немесе тамыр соғысының баяулауы, тері жабындарының бозаруы немесе қызаруы тән.
- Торпидтік кезеңде шоктың барлық негізгі патогенетикалық механизмдері қосылады (нағыз шок). Бірнеше сағатқа созылады және жедел көмек болмаған жағдайда өлімге әкеледі.

- Торпидтік кезенді 3 дәрежеге бөледі:
- I 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.

- **II дәрежелі шок.** Субкомпенсирленген, вазодиллятация басым. Жағдайы өте ауыр, цианоз өршиді (кең жайылған цианоз), тыныс алуы жиі, беткейлі, гипотермия, шөлдеу, олигоанурия. Церебралды синдром: есеңгіреген, қарашықтары кеңейген, жарыққа реакциясы баяулаған. Кардиоваскулярлы синдром: жүрек тондары тұйықталған, гипотония, тахикардия, экстрасистолия. Қанда метоболикалық ацидоз, гипокалиемия, гипоксия.

● **III 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, систоликалық артериалдық қысым 50 ммсынбағ-нан төмен, жүрек тондары тұйық, аритмия. Қанда айқын метоболикалық ацидоз, ауыр гипоксемия.



## Инструментальды зерттеу

- ЭКГ мониторинг
- АҚҚ бақылап отыру
- ЖСЖ
- Температураны өлшеу
- Диурезді есептеу
- Пульсоксиметрия
- Рентгенологиялық зерттеу
- УДЗ (көрсеткіш бойынша)



Meduniver.com  
Телемедицина

- Медициналық көмек көрсету тактикасы
- 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 аллергендердің ары қарай түсуін тоқтату:

а) аллергендерді парентеральды енгізу:

- — аллерген 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) аллергенді медикаменттерді мұрын қуысына тамшылату және конъюктиваны сумен жуу керек.
- в) аллергендерді 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\т тамырға преднизолон 90-150 мг струйно.
- 5. Симптоматикалық ем:
- а) артериалды гипотензияда циркуляциядағы қан көлемі қабынуынан кейін-вазопрессорлы аминді, систолалық АҚ  $\geq 90$  мм.с.б. келгенше к\т 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  $\beta_2$ -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)!
-



*MedUniver.com*  
*Все по медицине...*



- **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.
- 
- **Ем тиімділігінің индикаторлары: науқас жағдайын тұрақтандыру.**



[nmedicine.ru](http://nmedicine.ru)



Назарларыңызға  
рахмет!