# Анафилактикалық шок

**Хаттама коды:** E-001

**Кезеңнің мақсаты:** аллергеннің ағзаға түсуін тоқтату және барлық өмірлік жүйелер мен органдардың қызметін қалпына келтіру

# МКБ коды (кодтары)-10:

T78.0 Тамаққа патологиялық реакциядан туындаған анафилактикалық шок

T85 Басқа ішкі протездік құрылғылармен, импланттармен және трансплантациялармен байланысты асқынулар

T63 Улы жануарлармен байланыста болатын уытты әсер

W57 Улы емес жәндіктер мен басқа да улы емес буынаяқтылардың шағуы немесе шағуы

X23 Хорнеттермен, аралармен және аралармен байланыс

T78 Басқа айдарларда жіктелмеген жағымсыз әсерлер

**Анықтама:** Анафилактикалық шок (АШ) - ағзаға аллерген енгізген кезде дереу типтегі аллергиялық реакцияға байланысты, қан айналымының, тыныс алудың, орталық жүйке жүйесінің ауыр бұзылыстарымен сипатталатын жедел дамып келе жатқан, өмірге қауіп төндіретін патологиялық процесс.

Анафилактикалық шоктың клиникалық ағымы бойынша **жіктелуі**:

1. **Найзағай ағымы** - бұл жедел бастама, қан қысымының тез, үдемелі төмендеуі, сананың жоғалуы, тыныс алу жеткіліксіздігінің жоғарылауы. Шоктың найзағай ағымының айрықша ерекшелігі - **қарқынды шокқа қарсы терапияға** төзімділік және терең коматоздық күйге дейін прогрессивті даму. Өлім әдетте өмірлік маңызды органдардың зақымдалуына байланысты алғашқы минуттарда немесе сағаттарда болады.

**Жетекші клиникалық синдромға байланысты АШ** найзағай жылдамдығының нұсқалары**: жедел тыныс алу жеткіліксіздігі (ЖТЖ) және жедел тамыр жеткіліксіздігі (ЖТЖ).**

**Жетекші синдромы бар ash кезінде** ЖТЖ кенеттен әлсіздік пайда болады және күшейеді, ауа жетіспейтін сезіммен кеудедегі қысу сезімі, ауыр жөтел, экспираторлық ентігу; пульсирленген бас ауруы, жүрек аймағындағы ауырсыну, қорқыныш. Цианозбен терінің күрт бозаруы, аузында көбік, дем шығару кезінде құрғақ ысқырықпен сырылдау қиын. Беттің және дененің басқа бөліктерінің ангиоэдемасы дамуы мүмкін. Кейіннен бір прогрессия құбылыстарымен және жедел бүйрек үсті безінің жеткіліксіздігі белгілерінің қосылуымен өлімге әкелуі мүмкін.

**ЖТЖ дамуымен АШ** әлсіздіктің, құлақтың шуылының, қатты тердің пайда болуымен кенеттен басталуымен сипатталады. Терінің бозаруы, акроцианоз, қан қысымының біртіндеп төмендеуі, жіп тәрізді импульс, жүрек тондары күрт әлсіреді. Бірнеше минуттан кейін сананың жоғалуы, құрысулар мүмкін. Өлім жүрек-қан тамырлары жеткіліксіздігі құбылыстарының жоғарылауымен жүреді.

1. **Қайталанатын курс** - клиникалық жақсарғаннан кейін бірнеше сағаттан бірнеше күнге дейін қайталанатын шок жағдайының пайда болуы тән. Кейде шоктың қайталануы бастапқы кезеңге қарағанда едәуір ауыр, олар терапияға төзімді.
2. **Аборт ағымы** - науқастарда клиникалық симптомдар оңай басылатын шоктың асфиксиялық нұсқасы көбінесе ешқандай дәрі-дәрмектерді қолдануды қажет етпейді.

# Анафилактикалық шоктың 5 нұсқасы бар: типтік, гемодинамикалық, асфиксиялық, церебральды және іш қуысы.

# Тәуекел факторлары:

1. Дәрілік аллергия тарихы.
2. Дәрілік заттарды ұзақ уақыт қолдану, әсіресе қайталанатын курстар.
3. Депо препараттарын қолдану.
4. Полипрагмазия.
5. Препараттың жоғары сенсибилизациялық белсенділігі.
6. Дәрі-дәрмектермен ұзақ кәсіби байланыс.
7. Аллергиялық аурулардың тарихы.
8. Пенициллинге сенсибилизация көзі ретінде дерматомикоздардың (эпидермофитоз) болуы.

# Диагностикалық критерийлер:

Шоктың жедел қатерлі ағымында шағымдар кезеңі болмайды. Кенеттен сананың жоғалуы, жүректің тоқтауы және клиникалық өлім пайда болады.

# Шоктың тән белгілері (типтік):

* + терінің түсінің өзгеруі (терінің гиперемиясы немесе бозаруы, цианоз);
  + әр түрлі экзантемалар;
  + қабақтың, беттің, мұрынның шырышты қабығының ісінуі;
  + суық жабысқақ тер;
  + түшкіру, жөтел, қышу;
  + лакримация;
  + құсу;
  + клоникалық аяқ-қолдың құрысуы (кейде ұстамалар);
  + қозғалыс мазасыздығы;
  + «өлімнен қорқу»;
  + зәрдің, нәжістің, газдың еріксіз бөлінуі.

# Объективті клиникалық тексеру кезінде мыналар анықталады:

* + жиі жіп тәрізді импульс (перифериялық тамырларда);
  + тахикардия (сирек брадикардия, аритмия) ;
  + жүрек тондары саңырау;
  + қан қысымы тез төмендейді (ауыр жағдайларда төменгі қысым анықталмайды). Салыстырмалы түрде жеңіл жағдайларда қан қысымы сыни деңгейден 90-80 мм сын.бағ. төмендемейді. ст. алғашқы минуттарда кейде тозақ аздап көтерілуі мүмкін;
  + тыныс алудың бұзылуы (ентігу, аузынан көбікпен тыныс алудың қиындауы);
  + оқушылар кеңейіп жарыққа жауап бермейді.

АШ ағымының **гемодинамикалық** нұсқасында клиникалық көріністе жүрек-қан тамырлары қызметінің бұзылуының белгілері пайда болады:

* жүрек аймағындағы қатты ауырсыну,
* нарушақтың бұзылуы,
* әлсіз импульс,
* тозақтың құлауы,
* жүрек тондарының саңырауы,
* перифериялық тамырлар спазмы (терінің бозаруы) немесе кеңеюі мүмкін (гиперемия, ісіну)

Шоктың басқа клиникалық белгілері аз байқалады.

**Асфиксиялық** нұсқада жетекші орын-бұл көмейдің ісінуімен, бронхтың спазмымен, бронхтың шырышты қабығының ісінуімен немесе өкпенің ісінуімен байланысты. Мұндай шоктағы жағдайдың ауырлығы тыныс алу жеткіліксіздігінің дәрежесімен байланысты. Ауыр гипоксиясы бар ересектердің тыныс алу дистресс синдромының дамуы мүмкін.

АШ ц**еребральды** нұсқасы сирек байқалады, орталық жүйке жүйесі (ОЖЖ) тарапынан тән бұзылулар байқалады: қозу, сананың жоғалуы, мидың жедел ісінуі және ісінуі, тыныс алу мен жүректің тоқтауымен эпилепсиялық статус.

**Абдоминальды** АШ нұсқасында «өткір іштің» белгілері алдыңғы қатарға шығады: эпигастрий аймағында немесе бүкіл іште ауырсыну, құсу, нәжіске деген ұмтылыс, бұл көбінесе диагностикалық қателіктерге әкеледі. Көбінесе анафилактикалық шоктың іштің формасы бар науқастар операциялық үстелге түседі.

20-30 минутқа созылатын шоктың **эректильді фазасы** екі синдром ретінде көрінеді – **церебральды және кардиоваскулярлық**.

**Церебральды синдром** қозу, эйфория, рефлекстердің жоғарылауы, жоғары сезімталдық, оқушылардың кеңеюі түрінде көрінеді. Зардап шеккен адам саналы, қозған, мазасыз, кез-келген жанасуға, "өлім қорқынышына"жауап береді.

**Кардиоваскулярлық синдром** қалыпты немесе жоғары қан қысымымен, тахикардиямен немесе пульстің баяулауымен сипатталады; терінің, беттің бозаруы, сирек гиперемиясы.

**Торпидтік фаза** шоктың барлық негізгі патогенетикалық механизмдерінің (шынайы шок) қосылуын білдіреді, бірнеше сағатқа созылады және сырттан көмек болмаған кезде өліммен аяқталады. Торпидті фазада шоктың үш дәрежесі бөлінеді:

**I дәрежелі шок**, компенсацияланған, вазоконстрикция басым: ауыр жалпыжағдай, бозару, ерін мен тырнақ фалангтарының цианозы, Үстірт тыныс алу, гипотермия белгілері. ОЖЖ симптоматологиясы: әлсіздік, кешіктірілген реакция, оқушылардың тарылуы. Кардиоваскулярлық көріністер: сәл төмендетілген немесе қалыпты қан қысымы, импульстің баяулауы.

**II дәрежелі Шок**, субкомпенсацияланған, вазодилатация басым: жағдайы өте ауыр, цианоз (төгілген цианоз), тыныс алу жиі Үстірт, гипотермия, қатты шөлдеу, олигоанурия. Церебральды синдром: тежелу, сананың аздап күңгірттенуі, қарашықтардың жарыққа баяу жауап беруімен кеңеюі. Кардиоваскулярлық синдром: жүрек тондарының саңырауы, гипотония, тахикардия, экстрасистолия, Пульс нашар пальпацияланады, құлаған перифериялық тамырлар. Қандағы метаболикалық ацидоз, гипокалиемия, гипоксия.

**III дәрежелі Шок**, декомпенсацияланған, вазоатония басым: жағдайы өте ауыр, жалпы цианоз, гипотермия,Үстірт тыныс алу, жиі Чейн - Стокс, анурия. Церебральды синдром: сана жоқ, толық адинамия, кең қарашықтар жарыққа жауап бермейді, сезімталдықтың жоғалуы. Кардиоваскулярлық синдром: анықталмаған немесе жіп тәрізді импульс, систолалық қан қысымы 50 мм.сын. бағ. төмен. бағаналар, саңырау жүрек тондары, аритмия. Қанда айқын метаболикалық ацидоз, ауыр гипоксемия және соның салдарынан олар тіндер мен мүшелердегі қайталама қайтымсыз өзгерістер болып табылады.

Альговер критерийі соққы сатыларының дифференциациясында айтарлықтай пульсацияланады-импульс жиілігі мен систолалық қан қысымы арасындағы байланыс. Нормативті критерийде Алговера-0,5; шок кезінде I градус – 1,0 дейін; II градус – 1,0-ден 1,5-ке дейін; III градус-1,5-тен жоғары.

# Дифференциалды диагностика:

АШ және жүйелік аллергиялық реакция арасындағы дифференциалды диагностика (кейбір дәрі-дәрмектерді алғаш енгізген кезде дамуы мүмкін аллергиялық реакцияның басқа түрлеріне байланысты) жүргізілмейді, өйткені екі жағдайда да шұғыл емдеу шараларының бірдей кешенін жүргізу қажет.

АШ айрықша ерекшелігі-бөртпе, эритема, ісіну немесе гемодинамикалық бұзылулармен бір мезгілде бронхоспазмның дамуы түрінде тері көріністерінің болуы. АШ-ның басқа белгілері спецификалық емес және кез-келген басқа шок түріне тән.

# Негізгі және қосымша диагностикалық іс-шаралар тізімі:

1. Бағалау сана күйі (саңырау күйі, сананың жоғалуы).
2. Эритема, бөртпе, ісіну, ринит, конъюнктивит белгілері үшін теріні (бозғылт, кейде цианотикалық реңкпен), көрінетін шырышты қабықтарды тексеру.
3. Анықтау жұтылу мен тыныс алудың қиындауы.
4. Импульсті бағалау (жіп тәрізді), жүрек соғу жиілігін өлшеу (тахикардия), қан қысымы (қан қысымын 30-50 мм сын.бағ. төмендету.ст. түпнұсқадан-анафилактикалық шоктың белгісі).
5. Белгілеу құсу, еріксіз дефекация және/немесе зәр шығару, қынаптан дақтар сияқты белгілердің болуы.

# Медициналық көмек көрсету тактикасы:

Анафилактикалық шокты емдеу алгоритмі:

1. **Шұғыла көмек:**
2. Науқасты Тренделенбург жағдайына қойыңыз: аяғының ұшын көтеріп, басын бір жаққа бұрыңыз, тілдің енуіне, асфиксияға жол бермеу және құсу арқылы аспирацияның алдын алу үшін төменгі жақ сүйегін итеріңіз. Таза ауаны қамтамасыз ету немесе оттегі терапиясын жүргізу.

# Аллергеннің Ағзаға одан әрі түсуін тоқтату керек:

а) аллергенді парентеральды енгізу кезінде:

- артерияларды қыспастан (әр 10 минут сайын турникетті 1-2 минутқа босатыңыз) аллергенді енгізу орнынан 30 минутқа проксимальды турникетті жағыңыз (егер локализация мүмкіндік берсе);

- 0,18% эпинефрин ерітіндісі 0,5 мл инъекция (шаншу) орнын "крест тәрізді" тесіңіз (мүмкіндігінше көктамыр ішіне – гипоперфузия!) натрий хлоридінің 5,0 мл изотоникалық ерітіндісінде және оған мұзды жағыңыз (**бірінші мақсаттағы терапия!**).

б) аллергенді дәрі-дәрмекті мұрын жолдарына және конъюнктивалық қапшыққа енгізген кезде ағынды сумен шаю керек;

в) аллергенді ауызша қабылдаған кезде, егер оның жағдайы мүмкіндік берсе, науқастың асқазанын шайыңыз.

# Противошоковые мероприятия:

а) дереу бұлшықет ішіне енгізіңіз:

- 0,18% эпинефрин ерітіндісі 0,3-0,5 мл (1,0 мл артық емес). Эпинефринді қайта енгізу қан қысымын бақылай отырып, 5-20 минут аралығында жүзеге асырылады;

- антигистаминдер: 1% дифенгидрамин ерітіндісі 1,0 мл-ден аспайды **(процестің одан әрі дамуын болдырмайды**). Пипольфенді қолдану оның айқын гипотензивті әсеріне байланысты қарсы!

б) тамырішілік көлемді қалпына келтіруді енгізу көлемі кемінде 1 л болатын натрий хлоридінің 0,9% ерітіндісімен көктамырішілік инфузиялық терапия жүргізуден бастау керек. алғашқы 10 минутта гемодинамиканың тұрақтануы болмаған кезде шоктың ауырлығына байланысты коллоидты ерітінді (пентакрахмал) 1-4 мл/кг/мин қайта енгізіледі. инфузиялық терапияның көлемі мен жылдамдығы АҚ, ОВД және т. б. мөлшерімен анықталады. науқастың жағдайы.

# Аллергияға қарсы терапия:

* + Преднизолон 90-150 мг көктамыр ішіне реактивті.

# Симптоматикалық терапия:

# а) артериялық гипотензия сақталған жағдайда, айналымдағы қан көлемін толтырғаннан кейін – вазопрессорлық аминдер систолалық қан қысымы ≥ 90 мм сын.бағ. жеткенге дейін көктамыр ішіне титрленген енгізу.ст.: 4-10 мкг/кг/мин жылдамдықпен көктамыр ішіне тамшылатып допамин, бірақ 15-20 мкг / кг / мин аспайды (400 мл 0,9% натрий хлориді ерітіндісіне немесе 5% декстроза ерітіндісіне 200 мг допамин) - инфузия минутына 2-11 тамшы жылдамдықпен жүргізіледі;

# б) брадикардия дамыған кезде 0,1% атропин ерітіндісі 0,5 мл тері астына енгізіледі, қажет болған жағдайда сол дозаны 5-10 минуттан кейін қайта енгізеді;

# 

# в) бронхоспастикалық синдромның Манифестінде 20 мл натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісіне 2,4% аминофиллин 1,0 мл (10,0 мл-ден аспайтын) ерітіндісін көктамыр ішіне ағынмен енгізу көрсетілген; немесе β2 - адреномиметиктерді ингаляциялық енгізу – небулайзер арқылы 2,5 – 5,0 мг салбутамол;

# г) цианоз дамыған жағдайда, аускультация кезінде диспноэ немесе құрғақ сырылдар пайда болған жағдайда оттегі терапиясы көрсетіледі. Тыныс алу тоқтаған жағдайда өкпені жасанды желдету көрсетіледі. Көмейдің ісінуі үшін-трахеостомия;

# д) тыныс алу функцияларын, жүрек-қантамыр жүйесінің күйін (жүрек соғу жиілігін және қан қысымын өлшеу арқылы) міндетті түрде тұрақты бақылау!

**Шұғыл госпитализацияға көрсеткіштер:** анафилактикалық шок-реанимация және қарқынды терапия бөлімшесіне жағдайды тұрақтандырғаннан кейін науқастарды госпитализациялаудың абсолютті көрсеткіші.

# Негізгі дәрі-дәрмектердің тізімі:

1. \*Эпинефрин 0,18% - 1,0мл, амп
2. \*Натрия хлорид 0,9% - 400 мл, фл
3. \* Натрия хлорид 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. \*Кислород, м3
8. \*Пентакрахмал 500,0 мл, фл
9. \*Атропина сульфат 0,1% - 1,0 мл, амп
10. \*Допамин 0,5% - 5 мл, амп

# Қосымша дәрі-дәрмектердің 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

**Медициналық көмек көрсету тиімділігінің индикаторлары:** науқастың жағдайын тұрақтандыру.