

Қарағанды мемлекеттік медициналық
университеті
№ балалар аурулары кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: Анафилактікалық шок

Тексерген : Кизатова С.Т.

Орындаған: 6-120 топ ЖДТ интерні

Қолан Т.Б.

2017 жыл



Жоспар

- Кіріспе
- Негізгі бөлім
- Қорытынды
- Қолданылған әдебиеттер

Кіріспе

Анафилаксиялық шок (АШ) – өмірге қауіп төндіретін және айқын гемодинамикалық бұзылыстарға, сондай-ақ басқа ағзалар мен жүйелер қызметінің бұзылуына ұласатын, аллергенмен қайта жанасуға қарсы туындаған жіті жүйелік аллергиялық реакция

ЭТИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ ПАТОГЕНЕЗІ

Анафилактикалық шоктың жиі болу себебі:

- Тағамдық (балықтар, теңіз тағамдары, жаңғақтар, бал, сүт, жұмыртқа, бұршақтар және т.б.);
- Дәрілік (анальгетиктер, антибиотиктер, сульфаниламидтер, витаминдер және т.б.);
- өсімдіктердің тозанына;
- тұрмыстық (латекс, парфюмерия, тұрмыстық химия, шан, үй жануарларының жүні);
- жәндіктердің тістегенінен ағзаға түскен заттарға; үлкен ұлпалар үстінде антигеннің IgE байланыс;
- активтелген үлкен ұлпалардан медиаторлардың босауы (гистаминнің, простагландиндердің, лейкотриендердің, тромбоциттердің активация факторлары және т.б.);
- аллергиялық реакцияның сыртқы көрінісі тез дамуына (ерте фазасы) әкелетін тіндерге және мүшелерге медиаторлардың әсері;
- 6-8 және одан көп сағаттан кейін соңғы фазасы дамуы мүмкін, аллерген әсер ететін орында басқа ұлпалармен қайта медиаторлардың шығарылуы.

Жіктемесі

- **Анафилаксиялық шоктың клиникалық жіктемесі:
Клиникалық нұсқалары бойынша [1]:**

- кәдімгі;
- гемодинамикалық (коллаптоидтық);
- асфиксиялық;
- церебралды;
- абдоминалды.

Ағымы бойынша [1,2]:

- жіті қатерсіз;
- жіті қатерлі;
- ұзаққа созылған;
- қайталанатын (рецидивті);
- абортивтік.

Ауырлық дәрежесі бойынша [1]:

- I дәрежесі;
- II дәрежесі;
- III дәрежесі;
- IV дәрежесі.

Диагностикалық критерийлер:

Шағымдар және анамнез:

Шағымдар [1]:

кәдімгі нұсқасы:

қозу және мазасызданумен белгісіз ауырлық сезімдері (үрейлену, өлімнен қорқу, «қалақаймен күйдіру» немесе «ыстық қарып өту») түріндегі жіті туындайтын дискомфорт жағдайы;

- күрт әлсіреу, бастың айналуы;
- естің (сананың) бұзылуы;
- басқа, тілге және бетке келетін қанның толысуын сезіну;
- беттің, қол мен бас терісінің шаншуын және қышуын сезіну;
- бастың ауыруы;
- қинала тыныс алу;
- жанға батарлық жөтел;
- жүрек тұсындағы ауырсынулар немесе жүрек соғысы;
- төс артындағы ауырлық немесе кеуде қуысын қысу сезімі;
- лоқсу, құсу;
- құрсақ қуысындағы ауырсынулар.

гемодинамикалық (коллаптоидтық) нұсқасы (айқын гипотония және вегетативтік-тамырлық өзгерістер дамидын гемодинамикалық бұзылыстардың басым түсуімен):

жүрек тұсындағы күшті ауырсынулар.

· **асфиксиялық нұсқасы:**

жөтел;

дауыстың қырылдауы;

тұншығу.

· **церебралды нұсқасы:**

қорқудың/қозудың пайда болуы;

· **абдоминалды нұсқасы** («жалған жіті қарын» деп аталатын симптоматиканың дамуымен):

эпигастральді аймақтардағы жанға батарлық ауырсынулар.

Шоктың жіті қатерлі ағымы кезінде шағымдар кезеңі болмайды.

Кенеттен естен танып, жүректің тоқтауы және клиникалық өлім болады [1].

Анамнез:

Мына қауіп факторларының болуы:

- аллергиялық ауруларының болуы;
- сенсбилизациялаушы белсенділігі жоғары дәрілік препараттарды қабылдау;
- дәрілік заттарды ұзақ уақыт, әсіресе, қайталау курстарымен қолдану;
- депо-препараттарды пайдалану;
- полипрагмазия;
- дәрілік және химиялық заттармен ұзақ уақыт кәсіптік жанасыу

Физикалық зерттеп-қарау [1]:

Клиникалық нұсқаларына қарай:

қарапайым нұсқасы:

тамырдың жіптәрізді жиі соғуы (шеткі тамырларды);

тахикардия (сирек - брадикардия, ырғақсыздық (аритмия));

жүрек үні қатаң;

АҚ жылдам төмендейді (ауыр жағдайларда ДАҚ анықталмайды);

тыныс алудың бұзылуы (алқыну, ауыздан көбік ағумен қиналып қарлыға тыныс алу);

қарашықтар үлкейген және жарыққа жауап қайтармайды.

гемодинамикалық (коллаптоидтық) нұсқасы:

АҚ күрт төмендеуі;

тамыр соғуының әлсіз болуы және оның жиі жоғалып кетуі;

жүрек ырғағының бұзылуы;

шеткі тамырлардың спазмы (бозару) немесе олардың кеңеюі (жайылған «жалынды гиперемия») және

микроайналым қызметінің бұзылуы (тері жабындарының мәрмәрлығы, цианоз).

асфиксиялық нұсқасы:

ларинго- және/немесе бронх спазмының дамуы;

тыныс алудың ауыр жіті жеткіліксіздігі белгілерінің пайда болуымен көмейдің ісінуі;

айқын гипоксиямен респираторлық дистресс-синдромның дамуы.

церебралды нұсқасы:

құрысу синдромының дамуы;

психомоторлық қозу;

науқас есінің (санасының) бұзылуы;

тыныс алудың ырғақсыздығы (аритмия);

вегетативтік-тамырлық бұзылыстар;

менингиалдық және мезенцефалдық синдромдар.

абдоминалды нұсқалары:

ішпердені тітіркендіру белгілерінің болуы

Ағымына қарай :

- **жіті қатерсіз:** клиникалық симптоматиканың шапшаң басталуы, шок тиісті қарқынды терапияның ықпалымен толық тоқтатылады.

- **жіті қатерлі:**

АҚ жылдам төмендеп кететін (диастолалық — 0 мм рт. ст. көрсеткішіне дейін) жіті басталумен, есінің (сананың) бұзылуымен және бронх спазмы құбылыстары бар тыныс алу жеткіліксіздігі симптомдарының өрістеуімен сипатталады; аталмыш нысаны қарқынды терапияға жеткілікті резистентті болып табылады және өкпенің ауыр ісінуінің, АҚ берік құлдырауының және терең коматоздық жай-күйдің дамуымен өрістейді;

АШ неғұрлым жылдам дамыса, өлімге әкеліп соқтыруы мүмкін ауыр АШ дамуының мүмкіндігі соғұрлым жоғары (сондықтан адекватты терапия жүргізіліп отырған кездің өзінде АШ-тың бұл ағымына жағымсыз нәтиженің болуы тән.

- **ұзаққа созылған ағымы:**

бастапқы белгілері кәдімгі клиникалық симптомдармен шапшаң дамиды, шокқа қарсы белсенді терапия уақытша және ішінара әсер береді; кейін клиникалық симптоматика онша жіті болмайды, бірақ емдік шараларға резистенттілігімен ерекшеленеді.

- **қайталанатын ағымы:**

симптомдарды алғашқы тоқтатқаннан кейін қайталанған жай-күйдің туындауы тән, салдарлы соматикалық бұзылыстар жиі туындайды.

- **абортивтік ағымы:**

шок тез өтеді және қандай да бір дәріні қолданбай-ақ жеңіл тоқтатылады.

Ауырлық дәрежесіне қарай :

I дәрежесі:

- гемодинамиканың аздап бұзылуы (САҚ және ДАҚ қалыпты мөлшерден 20-40 мм рт.ст. төмен);
- аурудың алдын ала хабаршылардан басталуы (бөртулер, тамақтық жыбырлауы және т.б.);
- есін біледі (санасы сақталған);
- жүректің қызметі сақталған;
- шокқа қарсы терапияға жеңіл көнеді;
- жеңіл дәрежедегі АШ ұзақтығы бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін.

II дәрежесі:

- САҚ 90-60 мм рт.ст. шегінде, ДАҚ 40 мм рт.ст мөлшеріне дейін;
- есін жоғалтудың болмауы;
- алқыну;
- асфиксия (көмейдің ісінуінің салдарынан);
- тахикардия, тахиаритмия;
- шокқа қарсы терапияға жақсы көнеді.

III дәрежесі:

- САҚ 60-40 мм рт.ст. шегінде, ДАҚ 0 мм рт.ст шамасында;
- цианоз;
- біртіндеп есін жоғалту;
- құрысу синдромы;
- тамырдың дұрыс емес, жіп тәріздес соғуы;
- шокқа қарсы терапияның әсері аз.

IV дәрежесі:

- клиникасы шапшаң дамиды;
- бірден есін жоғалту;
- АҚ айқындалмайды;
- шокқа қарсы терапияның әсері болмайды;
- 5-40 минуттың ішінде өлімге әкелетін нәтиже болады.

Мыналардың:

- демиелинизациялаушы үдерістің;
- аллергиялық миокардиттің;
- гепатиттің;
- невриттің **кейінгі асқынулары дамуы мүмкін.**

Диагностикасы

Анамнез: Бұрын аллергиялық реакция болған ба? Егер болса, онда аллергияны не шақырды және қалай пайда болды? Қандай дәрілер қабылдады (антигистаминдер, глюкокортикостероидтар, адреналин)? Бұл жолы аллергияның пайда болуына не себеп болды (тағамдар, қалыпты рационға кірмейтіндер, дәрі қабылдау, жәндіктер шағу)? Өз бетінше не қабылдады және әсері болды ма?

Артериальды қан қысымын өлшеу

Жалпы қан талдауы

• Барлық көрсеткіштер

Биохимиялық қан талдауы

Жіті жағдайды тоқтату кезеңінде ЭКГ-мониторинг, артериялық қысымды, ЖЖЖ, дене қызуын, несеп шығаруды бақылауды, пульсоксиметрия жүргізеді [2]. Көрсеткіштер бойынша мыналарды анықтайды

.

Оң жақ қарыншаның жүктемесін көрсететін орталық веналық қысымның үлкендігі. Инфузия жүргізу туралы шешім оның көрсеткіші болып табылады: төмен немесе асау үстіндегі жүктеме венаішілік инфузия тағайындау қажеттігінен хабар беруі мүмкін. Жоғарылау үстіндегі немесе жоғары жүктеме (15 мм рт. ст. мөлшерінен асатын) сұйықтықтың шамадан тыс жүктемесінің немесе жүрек қызметінің бұзылуының белгісі болуы мүмкін;

өкпе артериясындағы сыналану қысымы (жүрек шығарылымын оңтайландыру мақсатымен сол жақ қарыншаның жүктемесін бағалау үшін және сол жақ қарыншаның аяқ-қолдық және диастолалық қысымымен корреляцияны анықтау үшін қажет).

кеуде қуысы ағзаларының рентгенологиялық зерттеуін

құрсақ қуысы мен кіші жамбас ағзаларының УДЗ басқа аурулармен сараланған диагностика үшін,

санның алдыңғы-латералды бетіннің ортасына б/і, 0,3-0,5 мл (0,01 мл/салмақтың кг, ең жоғарғы мөлшері – 0,5 мл) (В), қажет болған кезінде эпинефринді енгізуді 5-15 минуттан кейін қайталауға болады;

жүргізіліп отырған терапияның әсері болмаған (тиімсіздігі) кезінде:

в/і сорғалатып, бөлшектеп, 5-10 минут бойына: 1 мл 0,1% ерітіндіні 10 мл 0,9% натрий хлориді ерітіндісіне ерітеді);

және/немесе клиникалық жауапқа немесе эпинефриннің жанама әсерлеріне қарай мөлшерді анықтай (есептей) отырып, енгізудің 30-100 мл/сағ бастапқы жылдамдығымен в/і тамшылы түрде енгізу (5-15 мкг/мин): 100 мл 0,9%.натрий хлориді ерітіндісінде 0,1% - 1 мл.

шеткі веналық қолжетімдік болмаған кезінде:
интубациялық түтік арқылы эндотрахеалды түрде;
сан венасына немесе басқа да орталық веналарға.

Дифференциалды диагноз

1-кесте. Анафилаксиялық шоктың сараланған диагностикасы [1,2,4].

Жай-күйі	Шағымдары	Клиникалық симптомдары	Диагностикасы	Этиологиясы
Анафилаксиялық шок	Бастың айналуы, бастың ауыруы, қинала тыныс алу, терінің қышуы, өлімнен қорқу, ыстықтау, тер шығуы да мүмкін	Ыстықтау сезімі, өлімнен қорқу, тері гиперемиясы, бастың ауыруы, төс артындағы ауырсынулар. Сананың қиналуы, артериялық қысымның құлдырауы, тамыр соғуы жіп тәріздес болады, құрысулар, ырқынан тыс кіші дәретін жіберіп қою	Зертханалық диагностика: - Т-лимфоциттердің саны және функционалдық белсенділігі азаяды, Т-супрессорлардың деңгейі төмендейді, иммуноглобулиндер (жалпы саны және жекелеген кластары) көтеріледі, лимфоциттердің бласттрансформация реакциясы күшейеді, айналымды иммундық кешендердің деңгейі ұлғаяды, әртүрлі ағзалардың ұлпаларына (миокардқа, бауырға, бауыр ұлпасының түрлі жасушалық компоненттеріне және т.с.с.) аутоантиденелер пайда болады.	Жәндіктердің шағуы және дәрілік препараттарды (пенициллин, сульфаниламидтер, іркіттер, екпелер және т.б. секілді) енгізу. Тағам өнімдеріне (шоколад, арахис, апельсиндер, манго, балықтың әртүрлі түрлері), тозаңдық немесе шаңды аллергендерді жұтуға мұндай реакциялар сирек туындайды.
		ЖОЖЗ-нің алты клиникалық нұсқасы бөліп көрсетіледі: Теңгерілмеген жіті	Зертханалық диагностика: - жалпы ақуыз, альбуминдер құрамының төмендеуі мүмкін, гипопротеинемия, - билирубин, аланин және	СЖЖ теңгерілмеуі. ЖИА өршуі (жіті коронарлық

Жіті жүрек жеткіліксіздігі (ЖЖЖз)

Алқыну, науқастардың тез шаршап қалуы, синусты тахикардия, түнде болатын тұншығу ұстамалары, жөтел, шеткі ісінулер, несеп бөлінуінің бұзылуы, ауырсынулар және ауырлық сезімі, оң жақ қабырға асты аймағындағы кернеулік.

жүрек жеткіліксіздігі (алғаш туындаған, созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің (СЖЖ) теңгерілмеуі): ЖЖЖз-нің кардиогенді шоктың, өкпенің ісінулеріне немесе гипертензиялық күрт асқынудың критерийлеріне сай келмейтін, әлсіз көрінетін симптомдары

Гипертензиялық ЖЖЖз: сол жақ қарыншаның салыстырмалы түрде сақталған қызметі бар науқастардағы жоғары артериялық қысыммен және өкпедегі іркілістің немесе өкпенің ісінуінің рентгенологиялық көрінісімен үйлескен ЖЖЖз симптомдары.

Өкпенің ісінуі (рентгенологиялық расталған): ылғалды сырыл, ортопноз және артериялық қанның оттегімен 90%-дан

аспарагин аминотрансферазалар, тимол сынаамасы, γ-глутамилтранспептидазалар, лактатдегидрогеназалар деңгейінің көтерілуі;
- протромбин деңгейінің төмендеуі;
- холестерин, төмен және өте төмен тығыздықтағы липопротеиндер, триглицеридтер деңгейінің көтерілуі;
- жоғары тығыздықтағы липопротеиндердің төмендеуі;
- ауыр жүрек жеткіліксіздігі кезінде қандағы креатинфосфокиназаның кардиотелімді МВ-фракциясы құрамының артуы; калий, натрий, хлоридтер, магний құрамының төмендеуі; креатинин мен несепнәр деңгейінің көтерілуі мүмкін.
ЭКГ: ЖЖЖз этиологиясын анықтау үшін.
Кеуде қуысының рентгенографиясы: өкпедегі іркілістің көріну дәрежесін айқындау үшін.
Мидың натрийуретикалық пептиді (МНП) деңгейін анықтау - жүрек жеткіліксіздігінің өрістеуі

синдромдар):
- миокард инфаркты немесе таралған миокард ишемиясымен тұрақсыз стенокардия;
- жіті миокард инфарктының механикалық асқынулары.
- оң жақ қарынша миокардының инфаркты.

Гипертензиялық күрт асқынулар.
Жіті туындайтын ырғақсыздық (аритмия).

Жіті туындайтын қалпақшалық (клапандық) регургитация, алдында болған қалпақшалық регургитацияның тереңдеуі.
Айқын көрінетін қолқа стеноз.
Ауыр жіті миокардит.

көрінісі.

Кардиогендік шок — сол жақ қарынша миокардының жиырылуы қабілетінің айтарлықтай төмендеуіне жауап ретінде туындайтын және систолалық АҚ-ның төмендеуімен (<90 мм рт.ст.), несеп шығарудың азаюымен [<0,5 мл/дк/хч] және тахикардиямен көрінетін клиникалық синдром.

Жүрек шығарылымы жоғары болатын жүрек жеткіліксіздігі: ЖШ жоғары науқастардағы, әдетте тахикардиямен, жылы тері жабынымен (соның ішінде қол мен аяқтың), өкпедегі іркіліспен және кейде төмен артериялық қысыммен (септикалық шок) үйлескен ЖЖЖЗ симптомдары.

Оң жақ қарынша жеткіліксіздігі — күретамырдағы

тығындалуы.

Қолқаның қатпарлануы.

Ауру тудыратын жүректік емес факторлар:

- емдеудегі кемшіліктер, дәрігердің ұсынымдарын сақтамау;
- көлемдермен шамадан тыс жүктеу;
- инфекциялық аурулар (әсіресе өкпенің қабынуы (пневмония) және септицемия);
- ауыр инсульт;
- ірі операциялық араласу;
- бүйрек функциясының жеткіліксіздігі;
- бронх демікпесінің немесе ӨСОА өршуі;
- дәрілік заттарды шамадан тыс мөлшерлеу;
- алкогольді артық қолдану;

		<p>жоғары қысыммен, бауырдың үлкеюімен және артериялық гипотензиямен үйлескен төмен ЖШ синдромы.</p>		<p>- феохромоцитома. Жоғары ЖШ синдромы: - септицемия; - тиреоуыттық күрт асқыну; - қаназдық; - қанды шунттау.</p>
<p>Миокард инфаркты</p>	<p>Негізгі шағымы — көбіне жүрек тұсында орналасатын, кеуде қуысындағы ангиналық ауырсынулар. Әдетте бұл ауырсынулар жаншитын, қысатын, күйдіретін сипатқа ие болады. Олар көбіне төс артында, кеуде қуысының сол жақ бөлігінде орналасады, алайда эпигастрияда да, жауырынаралық аймақта да, кеуде қуысының оң жақ бөлігінде де пайда болуы мүмкін. Кәдімгі ангиналық ауырсынулардың таралатын аймақтарына сол қолды, төменгі жақсүйекті, сол жақ жауырын тұсын, жауырынаралық</p>	<p>Өңі қуқыл тарту (бозару), тер бөлінудің жоғарылауы, прекардиалдық аймақта систолаға жиі тамыр соғуы пальпацияланады - жүрек қағысы, жүректің жоғарғы тұсында әлсіреген I және IV лүпілдері (үндері), III лүпілдің (үннің) пайда болуы, өкпенің негіздік бөлімдеріндегі дыбыссыз ылғалды сырылдар.</p>	<p>Зертханалық диагностика: - лактатдегидрогеназа, креатинфосфокиназа, тропонин 1 жоғарылуы. ЭКГ-өзгерістер: -Q-инфаркт: ST сегментінің көтерілуі, T тішшелерінің инверсиясы және Q кең тішшелері; -Q-инфаркты емес: ST сегменттерінің депрессиясы және патологиялық Q тішшелерінсіз T тішшелерінің негативтенуі.</p>	<p>Коронарлық бассейндегі атеротромбоз.</p>

жауырына аралық
кеңістікті сиректеу —
оң қолды жатқызады.
Өлімнен қорқу сезімі,
күрт әлсіреу,
тершілдік кейде
лоқсу, құсу немесе
түншығу, ЖІП,
коронарлық

синдромдардың
дамуын сипаттайтын,
аса маңызды
клиникалық белгілер
— тыныштықта не
физикалық жүктеме
кезінде немесе одан
кейін дереу,
ауырсынулардың
туындауы, олардың
ұзақтығы 20 минуттан
көп және
нитроглицериннің
әсер етпеуі.

Құлақтың
шыңылдауымен басы
айналу, бастың босап
қалуын сезіну, күрт
әлсіреу, есінеу, көз
алдының қарауытуы,
пысынау, салқын тер,
лоқсу, аяқ-қолдардың
жансыздануы, тыныс
алуы сиреп, үстірт

Зертханалық диагностика

Жүрек ырғағының,
қаназдықтың
бұзылуы (қанның

Талмалар (талып қалу)

Кеуденің тарылуы, әлсіздік, көз алдында шіркейлер ұшып жүргендей болу, аяқ-қолдардың жансыздануы, лоқсу, құсу, тері жабынының бозаруы, артериялық қысымның түсіп кетуі.

Құлақтың шыңылдауымен басы айналу, бастың босап қалуын сезіну, күрт әлсіреу, есінеу, көз алдының қарауытуы, пысынау, салқын тер, лоқсу, аяқ-қолдардың жансыздануы, тыныс алуы сиреп, үстірт болады. Терісі қуқыл, тамыр соғуы әлсіз. Кенеттен науқастың көзі аларып, салқын тер басадығ тамыр соғуы әлсірейді, аяқ-қолдары мұздайды, қарашықтарының тарылуы, кейін ұлғаюы болады. Мұндай жай-күй көбіне бірнеше секундтарға созылады, содан кейін науқас біртіндеп өзіне келіп, айналасындағыларға назар аудара бастайды.

Зертханалық диагностика: жүрек зақымданған кезде эритроциттер құрамының төмендеуі, глюкоза деңгейінің төмендеуі, тропинин 1 құрамының төмендеуі.

Холтеровлік мониторинг, мидың КТ, ЭхоКГ кезінде өзгерістер болуы мүмкін.

Жүрек ырғағының, қаназдықтың бұзылуы (қанның ағзаның ұлпаларына оттегі жеткізу қабілетінің нашарлауына ұласатын қандағы эритроциттер мен гемоглобин деңгейінің төмендеуі), қандағы қант деңгейінің төмендеуі және басқа да аурулар.

Көлемді эмболияның классикалық синдромы (коллапс, төс артындағы ауырсынулар).

Зертханалық диагностика: D-димер концентрациясын анықтау. D-димер концентрациясының 500 мкг/мл-ден көп көбеюі жоғары

**Өкпе
артериясының
тромбоэмболиясы**

Сырқат аз уақытқа
естен танудан немесе
талып қалудан, төс
артындағы немесе
жүрек тұсындағы
ауырсынудан,
тахикардиядан,
алқынудан,
тұншығудан
басталады

ауырсынулар,
тұлғаның жоғарғы
жартысының цианозы,
тахипноэ,
Мойын веналарының
ісініп кетуі).
Артериялық қысымның
төмендеуі < 90
мм.рт.ст. қан түкіру,
аяқтың аздап
домбығуы,
тахикардия. Жүрек пен
өкпенің
аускультациясы үш
жармалы қақпаша мен
өкпе артериясы үстінде
II үннің (лүпілдің)
күшеюін немесе
акцентін, осы
нүктелердегі
систолалық шуылды
анықтауы мүмкін.
II үннің (лүпілдің)
бөлшектенуі, дүбірлі
ырғақ — жаман
болжаулық белгілер.
Эмболия аймағының
үстінде тыныс алудың
әлсіреуі, ылғалды

мкг/мл-ден көп көбеюі жоғары
ықтималдықпен ӨАТЭ-на
күдіктенуге мүмкіндік береді.
ЭКГ-өзгерістер: оң жақ
қарыншаның жүктемесінің
жіті артуының белгілері I
әкетудегі теріс S, III әкетудегі
теріс Q, III әкетудегі теріс Г
арқылы, V, -V әкетулеріндегі
теріс Т (Гис будасының оң
жақ немесе сол жақ алдыңғы
тармағының өткізгіштігінің
бұзылуымен) үйлесетін
өтпелі аймақтың ауысуымен
(V5-V6 әкетулеріндегі терең
S) көрінеді.
Бірқатар науқастарда сол жақ
әкетулердегі S-T сегментінің,
кейде Г тісшесінің
инверсиясымен бірге
болатын депрессиясы
немесе жоғарылауы
тіркеледі, ол сол жақ
қарынша миокардының
ишемиясы ретінде түсініледі.
ЭхоКГ: оң жақ бөлімдердің
және өкпе артериясының
кеңеюі (дилатациясы)

Өкпенің тамыр
арналарының үлкен
қанайналым
шеңбері
веналарында не оң
жақ жүректің
қуыстарында
алғаш пайда
болған және оған
қан ағымымен
өкелінген
тромбтармен
окклюзиясы

сырылдар мен өкпеқап
үйкелісінің шуылы
болуы мүмкін. Айқын
оң жақ қарынша

қарынша аралық қалқаның
парадоксалды қозғалысы, үш
жармалы қақпақшаның
жеткіліксіздігі, ал кей

жеткіліксіздігінде мойын веналары ісінеді және соғады; бауыр үлкеюі мүмкін.

жағдайларда ашық сопақ терезе.

Кеуде қуысы ағзаларының рентгенографиясы:

зақымданған жақтағы диафрагма күмбезінің жоғары тұруымен, жүректің оң жақ бөлімдері мен өкпе түбірлерінің кеңеюімен,

тамыр көрінісінің жұтаңдануымен, диск тәрізді ателектаздардың болуымен көрінуі мүмкін. Өкпенің қалыптасқан инфарктық қабынуы (пневмониясы) кезінде үшбұрышты көлеңкелер, инфаркт жағындағы қойнау (синуста) сұйықтық көрінеді.

Өкпені перфузиялық сканерлеу: өкпе өрісінің қандай да бір бөлігінде препарат қордалануының азаюы немесе оның мүлде болмауы сол аймақтағы қанайналымның бұзылуынан хабар береді. Екі немесе одан көп сегментте ақаулардың болуы өзіне тән сипаттары болып саналады.

Өкпе артерияларының контрастық спиральді компьютерлік томографиясы өкпенің төмендеген перфузиялық

			<p>бшақтарын және ОА-дағы тромболиттік массаны айқындауға мүмкіндік береді. Эмболия көзін анықтау және оның сипатын айқындау үшін пен жамбас веналарын ультрадыбыстық ангиосканерлеу.</p>	
<p>Эпилепсиялық мәртебе (ЭМ)</p>	<p>Психиканың жалпы баяулық, тұтқырлық, сөйлеудегі байыптылық, аффекттердің кереғарлығы, педантты жинақылық түріндегі телімді эпилепсиялық өзгерістері (брадипсихизм), сондай-ақ тұқым қуалаушылық, бала кезіндегі түсінде жүру немесе түнде дәретін жіберіп қою, жоғары температураға жауап ретіндегі құрысу талмалары, бастың жарақаттары туралы анамнездік мәліметтер.</p>	<p>Ұстамалар және ұстамалардың психикалық эквиваленттері (екеуі де Пароксизмальдік сипатта). Тұлғаның өзгеруі (ұзақ, тұрақты, өрістеуші бұзылыстар). Ағымының ерекшеліктері: 1) қазан-қарашадан бастап симптоматиканың өрістеуі мен наурыз-сәуір айларында оның ең жоғарғы көрінуі болатын спазмофилияның белгілі бір маусымдылығы; 2) электрқозғыштығы жоғары (Эрб симптомы) және механикалық кайтакөзғыштық</p>	<p>Зертханалық диагностика - құрысу синдромы бар науқастарда қандағы глюкоза, натрий, кальций, магний құрамын анықтау; - қанды уытты заттардың болуына зерттеу; - метаболизмдік ацидоз бұлшықеттердің шамадан тыс жиырылуымен және гликоген қорларының таусылуымен, анаэробты гликолизбен және сүт қышқылының қордалануымен байланысты дамыған. Құрысу синдромы жағдайында рН деңгейінің 7,2-ге дейін төмендеуі жүрек ырғағының ауыр бұзылыстарына сирек ұласады; - респираторлық ацидоз. Респираторлық драйвтың құрысуға қарсы препараттармен бұзылуы</p>	<p>ЭМ-нің сирек жағдайларында — қояншықтың (эпилепсияның) алғаш көрінуі (инициалды ЭМ). ЭМ туғызатын негізгі бассүйекшілік факторлар — қанқұйылу және қабыну үдерістері, десек те мидың келген органикалық ауруы ЭМ-ні асқындыра алады. Жіті және созылмалы улану (ішімдікке салыну, наркомания, токсикомания, туберкулездік улану және т.б.) ЭМ-мен жиі асқынады. Қарқынды ем алғашы науқастар</p>

		қайтақозғыштық (Труссо және Хвостек симптомдары) симптомдардың	препараттармен бұзылуы және бұлшықеттердің құрысулық жиырылуы кезінде көмірқышқылы түзілуінің	алушы науқастарда гипонатриемия, гипокальциемия, гипофосфатемия
		смазмофилиясы болған кезде; 3) Смазмофилияға тән ларингоспазмдар және әсіресе кальций алмасудың айтарлықтай бұзылыстары.	жоғарылығы көмірқышқыл газының бөлінуінің кешеуілдеуіне алып келеді. - құрысу ұстамалары жұлын сұйықтығында плеоцитоздың пайда болуына ұласуы мүмкін. Эритроциттерде, лейкоциттерде пайда болуы сипатталған. ЭЭГ: эпибелсенділік ошақтары	және гипогликемия ЭМ-нің дамуына алғышарт жасайды.
Күн және ыстық өту	Басы айналу, бастың қатты ауыруы, беттің қызаруы. Көз алдының қарауытуы, лоқсу, кейде құсу пайда болады. Көру қабілетінің юзылуы және мұрынна қан кету пайда болуы мүмкін.	Бастың ауыруы, енжарлық, лоқсу, дене қызуының көтерілуі (кейде 40 °С-тан жоғары), тамыр соғуының тыныс алудың бұзылуы, құрысулар, қозу және т.б. симптомдар. Ауыр жағдайларында - кома. Қатты қызып кету симптомдары қоршаған ортаның жоғары	Зертханалық диагностика: тромбоцитопения, лейкоцитоз, гипофибриногенемия. Жалпы несеп анализіндегі цилиндрурия, лейкоцитурия, протеинурия.	Күннің көлегейленбеген басқа тікелей әсері; Ауа- райының жоғары ылғалдылығы; Гипертониялық аурулардың, Вегетотамырлық дистонияның, эндокриндік бұзылыстардың, жүрек ақауының, семіздіктің болуы;

Гипогликемия

Ашығу сезіміне, бастың ауыруына, басы айналуына, «тұман», көз алдында «шіркейлер» мен «нүктелердің» көлбеңдеуі түрінде көрінеті көру қабілетінің тез орын алатын бұзылыстарына, диплопияға шағымдар

күшейеді.

Нейрогликопения интеллектуалдық белсенділіктің, танымдық қызметтің, зейінді шоғырландыру қабілетінің төмендеуімен және жүре пайда болған психомоторлық дағдыларды ішінара жоғалтумен сипатталады. Науқастар аяқ астынан өтіп жатқан оқиғаларға қатысусыз, енжар және ұйқышыл болады. Гипогликемияның аталған белгілері жиі науқастың өзіне қарағанда, айналасындағыларға көбірек байқалады. Нейрогликопения бейадекватты көңіл-күймен және жүріс-тұрыспен (уәжсіз жылау, эйфория, агрессивтілік, аутизм, негативизм) жиі байқалады.

Қант диабетінен зардап шегетін науқастың өзін сезінуі қанағаттанарлық болған жағдайда кенеттен есің жоғалтуы, ең алдымен, гипогликемиялық кома туралы ой салуы тиіс. Егер гипогликемиялық команың алдында қан диабетінің теңгерілмеуі (декомпенсациясы) болған жағдайда, тері жабыны бірқалыпты ылғал, әдеттегі түсінде болады, тіндердің тығыздығы қанағаттанарлық, көз алмасының қысымы сипаған кезде қалыпты, тыныс алуы біртекті, жиілемеген, тамыр соғуы жиі, толысуы мен кернеулігі қанағаттанарлық, АҚ қалыпты немесе көтерілу тенденциясы бар, қарашықтардың жарыққа реакциясы сақталған болады. Науқастардың кей бөлігінде кома жағдайында айқындалатын бұлшықеттердің гипертонусы

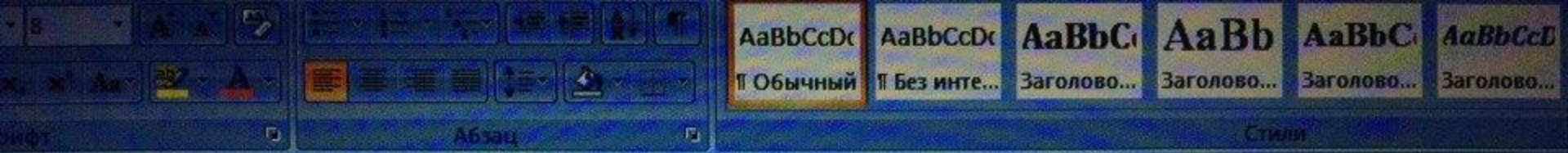
қауіптер: 1 жасқа дейінгі, әсіресе жаңа туған сәбилер және егде адамдар

Гипогликемиялық кома дамуының ең жиі себептері:

Инсулинді шамадан тыс мөлшерлеу немесе оны ендіру әдістемесіндегі қателіктер (инсулинді құтыда алдын ала шайқамай енгізу; препарат инъекциясының дененің оны жылдам кері соруы (резорбциясы) орын алуы мүмкін аймағына жасалуы);

Инсулиннің теріастына және вена ішіне үйлескен (қатар) енгізілуі;

Егер инсулин алғаш рет енгізіліп отырған болса, оның кез келген мөлшердегі



<p>Септикалық шок</p>	<p>Дене қызуының 39-41 0 С-қа дейін күрт көтерілуі. Сол жақ қарыншаның жіті жеткіліксіздігінің ерте дамуы (жүрек демікпесі, өкпенің ісінуі, жүрек шекарасының кеңеюі, жүрек үнінің қатандығы). Өлімнен қорқу.</p>	<p>байқауы мүмкін.</p> <p>Диагностикалау үшін төменде аталған симптомдардың кемінде екеуі қажет болатын жүйелік қабыну реакциясы синдромы (ЖҚРС):</p> <ul style="list-style-type: none"> -қызуы > 38,5 0 С немесе < 36,0 0 С; -тахикардия > минутына 90 рет соғу; -тахипноз > минутына 20 - лейкоциттердің саны жастық қалыпты мөлшерге қатысты көбейген немесе төмендеген; - ЖҚРС туғызуы мүмкін болатын басқа себептер жоққа шығарылуы тиіс; -ағзалық жеткіліксіздіктің болуы; -берік гипотензия. 	<p>Зертханалық өзгерістер: артериялық қысымдағы лактаттың, қан сарысуындағы билирубин мен креатининнің, оттегі беру коэффициентінің – өкпенің зақымдану дәрежесінің негізгі критерийінің деңгейі, көп ағзалық жеткіліксіздік маркерлерін анықтау.</p>	<p>Тіндер перфузиясының ұлпаларға оттегі мен басқа да заттектердің жеткізілуін бұзатын және көп ағзалық жеткіліксіздік синдромының дамуына әкелетін төмендеуі.</p>
-----------------------	---	---	---	--

Емдеу тактикасы

Емі

Тамыртарылтқыш терапия:

айқын гипотонияның, тыныс алу және жүрек жеткіліксіздігінің аллергенді енгізуден (немесе ағзаға түсунен) бастап даму кезеңі қаншалықты қысқа болса, емнің болжамы соншалықты жағымды болады;

адреналин гидрохлориді ерітіндісі 0,1% (таңдау препараты болып табылады);

эпинефрин ерітіндісі 0,1%:

санның алдыңғы-латералды бетіннің ортасына б/і, 0,3-0,5 мл (0,01 мл/салмақтың кг, ең жоғарғы мөлшері – 0,5 мл) (В), қажет болған кезінде эпинефринді енгізуді 5-15 минуттан кейін қайталауға болады;

АҚ көтеру мақсатымен қысымдық аминдерді енгізу (в/і тамшылы):

· **норэпинефрин**, 2-4 мг (0,2% ерітіндінің 1-2 мл), 500 мл 5% глюкоза ерітіндісінде немесе 0,9% натрий хлориді ерітіндісінде еріте отырып, инфузияның 4-8 мкг/мин жылдамдығымен АҚ тұрақтанғанға дейін.

Допамин (в/і тамшылы):

400 мг-ды 500 мл 0,9% натрий хлориді ерітіндісінде немесе 5% глюкоза ерітіндісінде ерітіп, енгізудің 2-20 мкг/кг/мин бастапқы жылдамдығымен, систолалық қысым 90 мм рт.ст. деңгейінен жоғары болуы үшін мөлшерді анықтай (есептей) отырып; анафилаксияның ауыр ағымы кезінде мөлшері 50мкг/кг/мин дейін және одан көп мөлшерге ұлғайтылуы мүмкін; тәуліктік мөлшері 400-800 мг (ең жоғарғы - 1500 мг).

Гемодинамикалық көрсеткіштер тұрақтанған кезде мөлшерін біртіндеп азайтуға ұсынылған.

Қысымдық аминдерді ендірудің ұзақтығы гемодинамикалық көрсеткіштермен айқындалады.

Инфузиялық терапия (қант мөлшерінің азаюын (гиповолемияны) жою мақсатымен) (коллоидты және кристаллоидты ерітінділер:

декстран, орташа молекулалық массасы 35000-45000
Дальтон;

натрий хлориді ерітіндісі 0,9% (немесе басқа да
изотониялық ерітінділер), 1-2 литр (алғашқы 5-10
минуты 5-10 мл/кг).

Гормондық терапия:
бастапқы мөлшерінде: дексаметазон 8-32 мг в/і
тамшылы;

преднизолон 90-120 мг в/і сорғалатып;
· метилпреднизолон 50-120 мг в/і сорғалатып;
· бетаметазон 8-32 мг в/і тамшылы;

Бронхолиттік терапия

H1-гистаминді рецепторлары бөгеуіштерін тек гемодинамика толық тұрақтанған жағдайда және көрсетімдер болған кезінде ғана қолдану мүмкін болады.

Таңдау препараттары:

- клемастин 0,1%-2 мл (2 мг), вена ішіне немесе бұлшықет ішіне;
-

- хлоропирамин гидрохлориді 0,2%, вена ішіне немесе бұлшықет ішіне 1-2 мл;
-

- дифенгидрамин 25-50 мг.
Эпинефриннің енгізілуіне қарамастан, сақталып отырған бронхообструктивті синдром кезінде:
-

- аминофиллин
вена ішіне 5-6 мг/кг 2,4% ерітіндіні 20 мин бойына сорғалатып, баяу;
вена ішіне тамшылы түрде сағатына 0,2-0,9 мг/кг (бронх спазмы жойылғанға дейін).

Алдын алу шаралары

Операциялық араласу немесе контрастық заттарды қолданумен рентгенологиялық зерттеу алдында анамнез жинау әдістемесі:

- этиологиялық маңызы бар аллергияларды қамтитын дәрілік заттарды, тағам өнімдерін алып тастау мақсатымен аллергиялогиялық анамнезді жинау;

- фармакологиялық анамнезді жинау (премедикация мәселесін және тағайындаудан және пайдаланудан алып тастау керек болатын препараттар немесе олардың туындары, айқасқан реакция беретін қасиеттері бар препараттар туралы ақпарат жинау мәселесін шешу мақсатымен);

- ауырлаған аллергиялогиялық анамнез кезінде келесі деректерді нақтылау қажет:

қай препаратқа реакция дамыды;

препаратты енгізу жолы;

препарат не үшін қолданылды;

препарат қандай мөлшерде қолданылды;

реакцияның клиникалық көрінуі;

дәрілік затты қабылдағаннан кейін қандай уақыт аралығында реакция туды;

реакция немен тоқтатылды;

бұрын дәрілік заттарға реакциялар болды ма;

реакциядан кейін осы топтағы препараттар қолданды ма;

қандай препараттарды қабылдайды және жақсы көтереді.

Тері тесттерін қолдану қағидалары:

- анамнезде дәріні көтере алмаушылыққа нұсқаулар болмаған кезіндегі дәрілік препараттармен тері тесттері ақпараты жоқ және көрсетілмеген;
- себептік маңызы бар аллергияны нақтылауға бағытталған барынша егжей-тегжейлі аллергиялық зерттеуді жіті реакцияны тоқтатқаннан кейін және қасарыс (рефрактерлік) кезеңі аяқталғаннан соң өткізеді, диагностикалаудың зертханалық әдістерін пайдаланған дұрысырақ болады;
- оң фармакологиялық анамнез кезінде дәрілік аллергия диагнозын нақтылау үшін күдікті препаратпен провокациялық тесттер: тері, тіласты және толық терапевтік мөлшердегі тесттер жоспарланған тәртіпте, тек қана көрсетімдер бойынша, реанимация және қарқынды терапия блоктарына жақындатылған жағдайларда аллерголог–иммунолог дәрігермен өткізіледі, өйткені анафилаксиялық шоктың даму мүмкіндігі жоққа шығарылмаған.

Медициналық кабинеттерді жарақтандыруға қойылатын талаптардың сақталуы:

- шокқа қарсы жинақтың және анафилаксия дамуы кезінде алғашқы көмек көрсету жөніндегі нұсқаулықтың тек емшара бөлмелерінде ғана емес, гистамин бөлінуін ынталандырушы әсерге ие препараттарды қолданумен диагностикалық зерттеулер (мысалы, рентгенді-контрастық зерттеулер) жүргізілетін кабинеттерде де, стоматологиялық кабинеттерде де міндетті түрде болуы [3].

Фармакотерапия қағидаларын сақтау:

- полипрагмазиядан сақтану;
- ДЗ тек көрсетімдер бойынша ғана тағайындау;
- ДЗ енгізгеннен кейін пациентті кемінде 30 минут бойына бақылау;

АШ қайта дамуының профилактикасы:

Пациентті мыналарға үйрету:

- пациентке туындаған реакцияны тоқтату жөніндегі ұсынымдарды түсіндіру қажет;
- дәрілік препараттарға, жарғаққанатты жәндіктердің шағуына және тағам өнімдерін анафилаксиясы бар пациентті шокқа қарсы, 1,0 мл ампулалардағы 0,1% адреналин гидрохлоридін қамтитын жинақпен қамтамасыз ету;
- себептік маңызы бар немесе айқасқан реакция беретін дәрілік заттарды қолданбау (бұл ретте дәрілік заттың әртүрлі фармацевтикалық компаниялармен өндірілетін синонимдерін ескеру);
- себептік тағам өнімін тұтынбау;
- жарғаққанатты жәндіктердің шағуынан сақтану және т.б.

Ауырлаған аллергологиялық анамнезі бар пациенттердің медициналық құжаттамасын таңбалау:

- науқастың амбулаторлық және/немесе стационарлық картасының сыртқы бетінде аллергиялық реакция тудырған дәрілік затты, реакция болған күні мен оның клиникалық көрінуін көрсету қажет.

Десенсебилизациялаушы терапия:

- себептік маңызы бар дәрілік затты өмірлік көрсетімдер бойынша қолдану қажеттілігі кезінде;
- аллерголог-иммунолог дәрігердің бақылауымен жүргізіледі.

Қолданылған әдебиеттер

- Н.А. Геппе, Н.С. Подверняевой пропедевтика детских болезней
- А.Д. Петрушкина Л.А. Мальченко «Неатложные состояния детей»
- А.Д Царегородцева «Фармокотерапия детских болезней»
- [www/google/kz](http://www.google/kz)
- <https://www.yandex.kz/>
- <https://www.google.kz>
- Шабалов Н.П. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. / Н.П.Шабалов. – 5-е изд., испр. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. Том 1. – 2009. – 736 с.
- Шабалов Н.П. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. / Н.П.Шабалов. – 5-е изд., испр. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. Том 1. – 2009. - 768 с.
- kahashi D, Shirahata A, Itoh S, Takahashi Y, Nishiguchi T, Matsuda Y. Vitamin K prophylaxis and late vitamin K deficiency bleeding in infants: fifth nationwide survey in Japan. *Pediatr Int. Dec 2011;53(6):897-901. [Medline]*.
- Darlow BA, Phillips AA, Dickson NP. New Zealand surveillance of neonatal vitamin K deficiency bleeding (VKDB): 1998-2008. *J Paediatr Child Health. Jul 2011;47(7):460-4. [Medline]*.
- Alatas FS, Hayashida M, Matsuura T, Saeki I, Yanagi Y, Taguchi T. Intracranial Hemorrhage Associated With Vitamin K-deficiency Bleeding in Patients With Biliary Atresia: Focus on Long-term Outcomes. *J Pediatr Gastroenterol Nutr. Apr 2012;54(4):552-7*