Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

ANAFİLAKTİK ŞOK ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

(2-ci nəşr, yenilənmiş)



Bakı
2022

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 6 iyul 2022-ci il tarixli
14 saylı qərarı ilə təsdiq edilmişdir

ANAFİLAKTİK ŞOK ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

(2-ci nəşr, yenilənmiş)

Bakı - 2022

616-001.36
A 69

A69 Anafilaktik şok üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş). - B.:, 2022. – 32 səh.

Bu klinik protokol tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ceyhun Məmmədovun rəhbərliyi altında tərtib edilmiş və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 12 iyun 2009-cu il tarixli 17 saylı qərarı ilə təsdiq edilmiş "Anafilaktik şok üzrə klinik protokol"un yenilənmiş variantıdır.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

Rimma Nəsirova	Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Anasteziologiya və reanimatologiya kafedrasının dosenti, tibb elmləri doktoru
Billurə Yusifova	Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi, Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodist

Rəyçi:

İsrail Məhərrəmbəyli	Azərbaycan Tibb Universitetinin Anasteziologiya və reanimatologiya kafedrasının dosenti, tibb elmləri üzrə fəlsəfə doktoru

İxtisarların siyahısı

AÇF – angiotenzin çevirən ferment
ASİT – allergen spesifik immunoterapiya
AST – ağciyərlərin süni tənəffüsu
AŞ – anafilaktik şok
AT – arterial təzyiq
CPR – kardio-pulmonar reanimasiya
DV – dərman vasitələri
ExoKQ – exokardioqrafiya
EKQ – elektrokardioqrafiya
XBT-10 – Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (10-cu buraxılış)
İTRŞ – intensiv terapiya və reanimasiya şöbəsi
KÇ – kəskin damar çatışmazlığı
KFK – kreatinfosfokinaza
KT – kompüter tomoqrafiya
KTÇ – kəskin tənəffüs çatışmazlığı
QKS – qlükokortikosteroidlər
QSİP – qeyri-steroid iltihabəleyhinə preparatlar
MVT – mərkəzi venoz təzyiq
OAT – orta arterial təzyiq
RKT – randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlar
TT – tənəffüs tezliyinin
UİX – ürəyin işemik xəstəliyi

Protokol allerqoloq-immunoloqlar, anesteziologreanimatoloqlar, təcili tibbi yardım həkimləri, cərrahlar, stomatoloqlar, ilkin səhiyyə xidmətləri səviyyəsində çalışan terapevtlər, ailə həkimləri üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Protokolun məqsədləri

- ► Sübutlu təbabət prinsiplərinə əsaslanmış müasir metodlar tətbiq etməklə AŞ-nin diaqnostika, müalicə və profilaktikasının təkmilləşdirilməsi
- ► AŞ ilə bağlı ölüm hallarının azaldılması

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Tərif

Anafilaksiya – həyatı təhlükəli, sistemli hiperhəssaslıq reaksiyadır. Potensial olaraq hemodinamikanın həyatı təhlükəli dəyişikliklərinin sürətli inkişafı və/və ya tənəffüs sisteminin pozğunluqları ilə xarakterizə olunur. Anafilaksiyanın inkişafı hemodinamik və tənəffüs pozğunluqları olmadan dəri, selikli qişalar və mədə-bağırsaq traktının zədələnməsi ilə mümkündür.

Anafilaktik şok (AŞ) - anafilaksiya nəticəsində sistolik arterial təzyiqin (AT) 90 mm c.st.-dan aşağı olması və ya iş səviyyəsindən 30% azalması ilə özünü göstərən və həyati vacib orqanların hipoksiyasına səbəb olan qan dövranının kəskin çatışmazlığı.

Şiddətli hemodinamik pozuntular olmadan, şok diaqnozu qoyulmur: məsələn, övrə ilə həyati təhlükəli bronxospazm - anafilaksiyadır, AŞ deyil.

Epidemiologiya

Ümumi populyasiyada anafilaksiyanın rast gəlmə tezliyi dəyişkəndir - ildə 100 000 əhaliyə 1,5-7,9.

Anafilaktik şok, əsas allergik xəstəliklərdən əziyyət çəkən şəxslərdə inkişaf edir. Atopik xəstəlikləri olan şəxslərdə anafilaktik şokun inkişaf etmə tezliyi daha yüksəkdir.

Dərman mənşəli anafilaktik şokdan ölüm göstəricisi 25%-ə qədər çatır.İnsekt (arı sancması) anafilaksiyası səbəbindən ölüm göstəricisi 1 000 000 əhaliyə 0,4-2 hadisə təşkil edir.

Yaşlı insanlarda yanaşı xəstəliklərin olması səbəbindən anafilaktik şokdan ölüm riski daha yüksəkdir.

Etiologiya

Etioloji amillər:

- Tibbi preparatlar və materiallar, daha çox dərman vasitələr (DV) (31,2-46,5%)

  Parenteral yolla yeridilənən antibiotiklər (onların arasında beta-laktam antibakterial preparatlar - penisilinlər, sefalosporinlər), qeyri-steroid iltihabəleyhinə preparatlar (QSİP), yod tərkibli rentgenokontrast maddələr, miorelaksantlar, lateks (cərrahi əlcəklər, endotraxeal borular) ən çox AŞ səbəb olur. Digər DV - vitaminlər, albumin, benzodiazepin preparatları, yerli anestetiklər; heteroloji (heyvan qanından alınmış) zərdablar, vaksinlər

- Qida məhsulları (23,3-31%)

  Qida anafilaksiyanı daha çox törədən amillər - inək südü, balıq və dəniz məhsulları, qoz-fındıq, araxis (yerfındığı), yumurta.

- Zərqanadlı cücülərin(həşəratların) zəhəri (14,9-20%)

  Digər heyvanların zəhərlərinə qarşı (məsələn, ilanın) həyatı təhlükəli anafilaksiyanın inkişafı mümkündür.

- Bitki tozcuqları allergenləri
- Soyuğa qarşı reaksiyaya meylli şəxslərdə soyuğun təsiri ilə bağlı amillər
- Qeyri-adekvat aparılmış ASİT
- Anafilaksiyanın səbəbini müəyyən edilə bilməyən hallar da rast gəlinir (24-26% hallarda).

Ən çox anafilaksiyanı törədən trigger növü xəstənin yaşından asılıdır. Belə ki, uşaqlarda daha çox qida məhsulları, böyüklərdə isə DV və zərqanadlıların zəhəri anafilaksiyanın səbəbi olur.

Patogenez

Əvvəlcədən sensibilizasiya olmuş orqanizmə allergenin daxil olması bioloji aktiv maddələrin külli miqdarda ifraz edilməsinə və bu fonda anafilaktik şokun inkişafına gətirib çıxarır. Mediatorların ifrazının sürətlənməsi immun və qeyri-immun yolla baş verə bilər.

Adətən dərhal tipli hiperhəssaslıq reaksiyaları, bazofillərin və tosqun hüceyrələrinin membranların səthlərində fiksə olunan, immunoqlobulin E-nin iştirakı ilə davam edir (*Gell* və *Coombsa* görə hiperhəssaslıq reaksiyaların 1-ci tipi).

Anafilaktik reaksiya – konkret maddəyə qarşı sensibilizasiya olmuş şəxslərdə sürətli immun reaksiyadır.

Anafilaktoid reaksiyalar mediatorların bazofil və tosqun hüceyrələrdən ifrazı nəticəsində qeyri-immun mexanizmlərin işə düşməsi ilə baş verir.

Anafilaktik və anafilaktoid reaksiyalar inkişaf mexanizmlərinə görə fərqlənsələr belə, klinik əlamətləri tam bənzərdir .

Anafilaktoid reaksiyalar rentgenkontrast maddələr, dekstranlar, analgetiklər, iltihab əleyhinə qeyri-steroid preparatlar, AÇF inhibitorları, tubokurarin, hiperosmolyar maddələr, tiopental-natrium və s. tətbiq edərkən inkişaf edə bilər.

Risk amilləri:

- ► Anamnezdə allergik xəstəliklər.
- ► Dərman preparatlarının uzun müddət, xüsusən də, təkrar kurslar ilə istifadə olunması, depo-preparatların istifadəsi, polipraq-maziya.
- ► Penisillinə qarşı sensibilizasiya mənbəyi olan dermatomikozların mövcudluğu (epidermofitiya).
- ► Dərman preparatlarının parenteral, xüsusən venadaxili üsulla yeridilməsi.
- ► Allergenlə peşə ilə əlaqədar uzun müddətli təmas.

AŞ zamanı letal nəticənin risk amilləri:

- ► Anamnezdə allergik xəstəliklər, xüsusən müalicəyə çətin tabe olan bronxial astma
- ► Epinefrinin (adrenalinin) gec tətbiq edilməsi
- ► AŞ törədən preparatın parenteral yolla daxil edilməsi

XBT-10 üzrə təsnifat

T78.0 Qidaya qarşı patoloji reaksiya hesabına yaranan anafilaktik şok.
T78.2 Qeyri-müəyyən anafilaktik şok.
T80.5 Zərdab yeridilməsi ilə əlaqəli olan anafilaktik şok.
T88.6 Adekvat təyin olunmuş və düzgün tətbiq edilmiş dərman vasitəsinə qarşı patoloji reaksiya nəticəsində baş verən anafilaktik şok.

KLİNİK TƏSNİFAT

Hemodinamikanın pozulmasının ağırlıq dərəcəsinə, inkişaf sürətinə, klinik təzahürlərinə görə AŞ-nin müxtəlif təsnifatları var.

Ağırlıq dərəcəsinə görə:

- **AŞ-nin ağırlığının 1-ci dərəcəsi:** Hemodinamik pozğunluqlar cüzi, arterial təzyiq (AT) iş səviyyəsinin ölçülərindən 30-40 mm c.st.-na qədər az. AŞ-nin başlanğıcı xəbərediçi əlamətlərlə (dəri qaşınması, səpgi, boğaz ağrısı, öskürək və s.) müşayiət oluna bilər. Xəstənin huşu üstündə,oyanma və ya süstlük, narahatlıq, ölüm qorxusu və s. ola bilər. İstilik hissi, qulaqda küy, baş ağrısı, döş sümüyün arxasında sıxıcı ağrı qeyd olunur. Dəri örtüklərin hiperemiyası, övrənin, angioödemin, rinokonyunktivitin, öskürəyin və s.olması mümkündür.
- **AŞ-nin ağırlığının 2-ci dərəcəsi:** Hemodinamik pozuntular daha qabarıq şəkildə özünü göstərir. Arterial təzyigin azalması davam edir - 90-60/40 mm c.st.-dan aşağı. Huşun itməsi mümkündür. Xəstədə narahatlıq, qorxu, istilik hissi, zəiflik, dəri qaşınması, övrə, angioödem, rinit simptomları, udmanın çətinliyi, səsdə xırıltılılıq (afoniyaya qədər), başgicəllənmə, qulaqda küy, paresteziya, baş ağrısı, qarında, beldə, ürək nahiyəsində ağrı ola bilər. Baxış zamanı-dəri solğun, bəzən sianotik, təngnəfəslik, stridor tənəffüs, ağciyərlərdə hırıltılar. Ürək tonları karlaşmış, taxikardiya, taxiaritmiya. Qusma, qeyri-iradi sidik ifrazı və defekasiya ola bilər.
- **AŞ-nin ağırlığının 3-cü dərəcəsi:** Huşun itməsi, AT - 60-40/0 mm c. st. Çox vaxt qıcolmalar, soyuq, yapışqan tər, dodaqların

sianozu, bəbəyin genişlənməsi. Ürək tonları karlaşmış, qeyri-müntəzəm ürək ritmi, sapvari nəbz.

► **AŞ-nin ağırlığının 4-cü dərəcəsi:** AT müəyyən edilmir. Ürək tonları və tənəffüs eşidilmir. Qan dövranın və tənəffüsün dayanması- kardiopulmonar reanimasiya protokolu tətbiq edilir.

Uşaqlarda hipotoniya aşağıdakı kimi müəyyən edilir:

- ✓ <70 mm c.st. - 1 aydan 1 yaşa qədər;
- ✓ <70 mm c.st. + (2 × il ilə yaşa) - 1 yaşdan 10 yaşa qədər;
- ✓ <90 mm c.st. - 11 yaşdan 17 yaşa qədər.

Uşaqlarda hipotoniyanın ilk əlaməti sürətlə artan taxikardiya ola bilər.

Gedişata görə:

► **Bədxassəli gedişat.** AT-in sürətli düşməsi (diastolik AT- 0 mm c.st. qədər), huşun pozulması və bronxospazm təzahürləri ilə tənəffüs catışmazlığının əlamətlərinin artması ilə kəskin başlanğıcın olması xarakterikdir. Bu forma intensiv terapiyaya qarşı olduqca davamlıdır və AT davamlı düşməsi, ağır ağciyər ödemin və dərin komanın inkişafı ilə proqressivləşir. Anafilaktik şok nə qədər tez inkişaf edərsə, mümkün letal nəticə ilə ağır anafilaktik şokun inkişaf ehtimalı bir o qədər yüksəkdir. Buna görə anafilaktik şokun bu gedişatın nəticəsi qeyri-qənaətbəxşdir.

► **Kəskin xoşxassəli gedişat.** AŞ-nin tipik forması üçün xarakterikdir. Huşun pozulması sopor (keylik, süstlük) şəklində, damar tonusun orta funksional dəyişikliklərlə və tənəffüs çatışmazlığı əlamətləri ilə müşayiət olunur. Anafilaktik şokun bu gedişatında vaxtında və adekvat terapiya aparıldıqda yaxşı effekt əldə olunur, nəticəsi qənaətbəxşdir.

► **Uzunsürən gedişat.** Müvəqqəti və ya qismən təsir göstərən aktiv şokəleyhinə terapiyadan sonra müşahidə olunur. Sonrakı dövrdə əlamətlər AŞ-nin ilk iki gedişatda olduğu kimi o dərəcədə kəskin deyil, lakin terapevtik tədbirlərə qarşı davamlıdırlar, bu da çox vaxt pnevmoniya, hepatit, ensefalit kimi ağırlaşmaların yaranmasına səbəb olur. Bu gedişat uzunmüddətli təsir göstərən dərmanların yeridilməsi nəticəsində baş verən AŞ üçün xarakterikdir.

► **Residivləşən gedişat.** Şok əlamətlərini ilkin olaraq aradan qaldırılmasından sonra şok vəziyyətinin təkrar baş verməsi ilə xarakterizə olunur. Uzunmüddətli təsir göstərən DV istifadəsindən sonra tez-tez inkişaf edir. Residivlər klinik mənzərəsinə görə ilkin simptomatikasından fərqli ola bilər, bəzi hallarda daha ağır və kəskin gedişata malikdir, terapiyaya qarşı daha davamlıdır.

Abortiv gedişat daha qənaətbəxşdir. Tez-tez AŞ asfiksiya şəklində keçir, hemodinamik pozğunluqlar daha azdır. Kifayət qədər tez aradan qaldırılır.

Dominant klinik simptomatikasına görə:

► Tipik variant - hemodinamik pozuntular tez-tez dəri və selikli qişaların zədələnməsi (övrə, angioödem), bronxospazm ilə birğə olur.
► Hemodinamik variant - hemodinamik pozuntular ön plana çıxır və ya təcrid olunur.
► Asfiksik variant - kəskin tənəffüs çatışmazlığının simptomları üstünlük təşkil edir.
► Abdominal variant - hemodinamik və ya asfiksiya təzahürləri ilə birğə qarın boşluğu orqanların zədələnməsinın əlamətləri üstünlük təşkil edir.
► Serebral variant - hemodinamik və ya asfiksiya təzahürləri ilə birğə mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsinın əlamətləri üstünlük təşkil edir.

KLİNİK MƏNZƏRƏ

AŞ adətən alergenin təsirindən sonra iki saat ərzində, qida allergiyasında 30 dəqiqə ərzində və parenteral tətbiq üçün DV və ya həşərat zəhərlərə qarşı reaksiyalarda daha sürətli inkişaf edir. Fatal (ölümcül) reaksiyalar hallarında qida məhsulları, həşərat zəhərləri və parenteral tətbiq olunan DV üçün ilk simptomlardan qan dövranının dayanmasına qədər orta vaxt müvafiq olaraq 30, 15 və 5 dəqiqədir.

Anafilaksiyanın və AŞ-nun inkişafının klinik mənzərəsinə üç diaqnostik meyarlardan birinin olması səçiyyəvidir:

► Xəstəliyin kəskin başlanğıcı (bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər), dəri və/və ya selikli qişaların (genirəlizə olunmuş övrə, qaşınma və ya hiperemiya, dodaqların, dilin, uvulanın (damaq dilçəyi) ödemi) cəlb olunması ilə birgə kombinasiyada:
  ✓ tənəffüs pozuntuları ilə (dispnoe, bronxospazm, fitverici xırıltılar, axının sürətinin azalması, hipoksemiya);
  ✓ AT azalması və ya onunla əlaqədar hədəf orqanların zədələnməsinin simptomları (hipotoniya, huşun itməsi, sfinkterlərin boşalmasına görə ifrazatların qacırması).
► Mümkün bir allergenlə təmasdan sonra kəskin şəkildə baş verən, lakin tənəffüs və / və ya qan dövranı tərəfindən həyatı təhlükəli pozuntuların mütləq olması ilə aşağıdakı simptomlardan ikisi və ya daha çoxu:
  ✓ Genirəlizəolunmuş övrə, qaşınma və/yaxud eritema, dodaqların, dilin, göz qapaqlarının, qulaqların, uvulanın (damaq dilçəyi) ödemi şəklində dərinin və/və ya selikli qişaların zədələnməsi;
  ✓ Respirator təzahürləri (tənəffüsün çətinliyi, təngnəfəslik, öskürək, burun tutulması, asqırma, döş qəfəsində xırıltılar, stridor, hipoksemiya);
  ✓ AT qəfil azalması və nəticədə kollapsın, sinkop hallarının (bayılma), sfinkterlərin boşalmasına görə qacırmanın inkişafı;
  ✓ Spastik qarın ağrısı, qusma şəklində davamlı (persistent) gastrointestinal pozuntuları.
► Pasiyentin məlum olan allergenlə təmasdan sonra AT azalması (AT azalma meyarları – "klinik təsnifat" bölməsinə baxın).

DİAQNOSTİKA

AŞ-nin diaqnozu xəstəliyin klinik mənzərəsi (triggerlə təmasdan bir neçə dəqiqə, saat sonra məxsus simptomların kəskin başlanğıcı) və reaksiyanın baş verdiyi hallar (DV istifadəsi, qida məhsulun qəbulu, zərqanadlı cücünün sancması, müəyyən edilmiş səbəb) əsasında qoyulur.

Diferensial diaqnostika aparılır:
► şokun digər növləri ilə (kardiogen, septik və s.);

- arterial hipotoniya, tənəffüs və şüurun pozulması ilə müşayiət olunan digər kəskin hallarla: kəskin ürək-damar çatışmazlığı, miokard infarktı, sinkop (bayılma) vəziyyətlər, ağciyər arteriyasının tromboemboliyası, epilepsiya, gün və isti vurma halları, hipoqlikemiya, hipovolemiya, DV-in artıq dozalanması, aspirasiya və s.;
- vazovagal reaksiyalarla;
- psixogen reaksiyalarla (isteriya, panik atak);
- sistemli mastositozla.

Cədvəl 1. Anafilaktik şokun differensial diaqnozu

Diaqnoz	Ehtimal olunan əlamətlər
Miokard infarktı	Döş arxasında anginoz ağrılar ilə müşayiət edilir, ağır formalarında kardiogen şoka xas olan aritmiyalar, kəskin sol mədəcik çatışmazlığı üzə çıxır. Diaqnozu dəqiqəşdirmək üçün EKQ, ExoKQ müayinələri aparılmalı və qanda fermentlər (KFK MB-fraksiyası, tropanin) yoxlanmalıdır.
Ağciyər arteriyasının tromboemboliyası	Qəflətən döş qəfəsinin müəyyən nahiyəsində ağrı, öskürək, təngnəfəslik, qanhayxırma baş verir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün döş qəfəsinin rentgen müayinəsi, spiral KT, angiopulmonoqrafiya edilir.
Müxtəlif mənşəli kəskin ürək-damar çatışmazlığı	Ürək-damar sisteminə aid göstəricilər (EKQ, ExoKQ və s.) öyrənilməli və anamnezdə ola bilən xəstəliklər (qüsurlar, miokarditlər, ÜİX, damar patologiyaları) nəzərə alınmalıdır.
Hipovolemiya	Qusma, diarreya, üzücü poliuriya olub-olmaması müəyyən edilməlidir.
Hipoqlikemiya	Anamnezlə (diabet, aclıq, pankreatit, xroniki böyrək çatışmazlığı) yanaşı qanda şəkər yoxlanmalıdır
Kəskin dərman zəhərlənmələri	Anamnezə, klinik əlamətlərə və toksiki-kimyəvi analizə əsasən təsdiq və ya inkar edilir.

Septik şok	İnfeksiya mənbəyinin olması, hərarət (yaxud hipotermiya), titrətmə, tərləmə, mikrosirkulyator və hemostaz pozğunluqlarının müşahidə olunması diaqnozun qoyulmasına əsas verir.
Nevroloji xəstəliklər	Beyin qan dövranının kəskin pozulması, epilepsiya, beynin kəskin iltihabi xəstəlikləri və s. zamanı özünəməxsus aparıcı beyin əlamətləri meydana çıxır. Diaqnoz əlavə müayinələr (likvorun müayinəsi, baş beynin kompüter tomoqrafiyası və s.) əsasında dəqiqləşdirilir.

Şikayətlər və anamnez

Anafilaksiya və ya AŞ-ka şübhəsi olan xəstələrdən bütün mümkün təkanverici amillərin yoxlanması məqsədilə onlar haqqında məlumatın toplanması tövsiyə olunur. Anamnez və şikayətlərin toplanması xəstənin vəziyyəti stabiləşəndən sonra mümkündür və anafilaksiya və AŞ diaqnozun qoyulmasında, onun inkişafının səbəbinin müəyyən edilməsində və təkrarlanan reaksiyaların qarşısının alınmasında mühüm rol oynayır.

Bütün xəstələrdə anamnez toplayarkən aşağıdakılara diqqət yetirilməsi tövsiyə olunur:

- AŞ-nin inkişaf etdiyi hallara (DV yeridilməsi, qida məhsulun qəbulu, həşərat sancması, ASİT);
- Reaksiyanın başlama vaxtına – triggerlərin təsirindən sonra məxsus simptomların qəfil inkişafı (dəqiqələrdən, saatlardan sonra), çox vaxt simptomların sürətli proqressivləşməsi;
- Ağır AŞ inkişaf riskini artıran amillərin olmasına (qocalıq, yanaşı gedən xəstəliklər (bronxial astma və tənəffüs orqanların digər xroniki xəstəlikləri, ağır atopik xəstəliklər, ürək-damar patologiyası, mastositoz, beta-adrenoblokatorların və AÇF (angiotenzin çevirici ferment) inhibitorlarının qəbulu və s.).

Diaqnozun qoyulması, gedişatın variantını, xarakterini və xəstəliyin ağırlıq dərəcisini müəyyən etmək üçün anafilaksiya və ya AŞ-ka şübhəsi olan xəstələrdə klinik məzərəsinə məxsus şikayətlərin qiymətləndirilməsi tövsiyə olunur.

Xəstənin şikayətləri AŞ-nin ağırıq dərəcəsindən, dominant klinik simptomatikasından və gedişatın xarakterindən asılıdır. Şüurun saxlanması ilə şikayətlər: dərinin qaşınması**,** dəridə səpgiləri, gözlərin, ağız boşluğunun selikli qişasının ödemi, burundan selikli axıntı, asqırma, öskürək, təngnəfəslik, döş qəfəsində, qarında ağrı, ağızda metal dad, narahatlıq, qorxu hissi, təşviş, titrəmə, zəiflik, başgicəllənmə, dilin, barmaqların keyləşməsi, qulaqda küy, görmənin pisləşməsi, ürəkbulanma, qarında sancılı ağrılar.

Fizikal müayinə

Diaqnozun qoyulması, gedişatın variantını, xarakterini və xəstəliyin ağırlıq dərəcisini müəyyən etmək üçün anafilaksiya və ya AŞ-ka şübhəsi olan xəstələrdə fizikal müayinənin aparılması tövsiyə olunur.

Anafilaksiya / AŞ-nin vacib meyarı digər orqan və sistemləri tərəfindən pozuntular ilə birgə həyati təhlükəli tənəffüs pozuntusu və / və ya AT azalması:

- ► Ürək-damar sistemi tərəfindən: taxikardiya, bradikardiya, ürək aritmiyası, döş sümüyü arxasında sıxıcı ağrılar, qulaqda küy, paresteziya, sidik qaçırma, nəcisin saxlamaması, ürəyin dayanması;
- ► Dəri və selikli qişalar tərəfindən: eritema və hiperemiya, dəri və selikli qişaların genirəlizəolunmuş qaşınması, urtikar səpkilər, dodaqların, dilin angioödemi, periorbital ödem, konyunktivit, daha gec mərhələlərdə - solğunluq, soyuq tər, dodaqların siyanozu;
- ► Tənəffüs sistemi tərəfindən: rinit, rinoreya, asqırma, təngnəfəslik, öskürək, bronxospazm, seliyin hipersekresiyası, disfoniya, stridor, tənəffüs yollarının ödemi (laringeal ödemi zamanı asfiksiya inkişaf edə bilər);
- ► Mərkəzi sinir sistemi tərəfindən: baş ağrısı, başgicəllənmə, davranış dəyişikliyi, oyanma, süstlük, ölüm qorxusu, qıcolmalar, huşun itməsi, midriaz;
- ► Mədə-bağırsaq traktı tərəfindən: qarında ağrı, ürəkbulanma, qusma, ishal;
- ► Digər orqan və sistemlər tərəfindən: ağızda metal dad, metrorragiya

Laborator qiaqnostik müayinələr

Şokun digər növləri ilə differensial diaqnostikası üçün Anafilaksiya / AŞ-ka şübhəsi olan xəstələrə ilk simptomların başlanmasından 15 dəqiqə - 3 saatdan və sağaldıqdan sonra qanda zərdab triptazanın aktivliyinin təyini tövsiyə olunur. Triptaza səviyyəsinin (1,2 × triptazanın bazal səviyyəsi +2 mq/dl)-dan yüksək olması qiaqnostik cəhətdən əhəmiyyətlidir. Zərdab triptazanın səviyyəsinin normal olması AŞ diaqnozunu istisna etmir. Zərdab triptaza digər hallarda da yüksələ bilər (miokard infarktı, travma, amniotik maye ilə emboliya, qəfil körpə ölümü sindromu, mastositoz). Hal-hazırda test ümumi klinik praktikada təcili istifadə üçün mövcud deyil.

Şok vəziyyətinə qarşı yönəlmiş terapiya ilə eyni vaxtda aşağıdakı laborator müayinələr aparılır:

- ► Qanın ümumi analizi (bəzi hallarda hematokritin artması qeyd olunur), respirator və metabolik asidozun, su-elektrolit balansının və intensiv terapiyanın adekvatlığının qiymətləndirilməsi üçün turşu-qələvi müvazinəti, pH, $PaCO_2$, pO_2-nin təyini, qanın laxtalanma sisteminin müayinəsi;
- ► Qanda ümumi və spesifik IgE təyin etməklə, allerqoloji müayinənin aparılması mümkündür. Daha ətraflı allerqoloji müayinə reaksiyanın aradan qaldırılmasından sonra aparılır. Dəri testləri 6 həftədən az olmayan müddətdən sonra keçirilir.

İnstrumental diaqnostik müayinələr

- ► Təcili yardım göstərmək üçün anafilaksiya / AŞ olan xəstələrdə AT, nəbzin, tənəffüs tezliyinin izlənməsi tövsiyə olunur.

Monitoru qoşmaq mümkün olmadıqda hər 2-5 dəqiqədən bir əl ilə AT, nəbzi ölçmək, oksigenləşmə səviyyəsinə nəzarət etmək.

Digər diaqnostik müayinələr

Aparılmır.

MÜALİCƏ

Konservativ müalicə

Hər hansı bir şəxs tərəfindən anafilaksiya, AŞ-nin meyarları aşkar olduqda ilkin tibbi yardım göstərmək üçün köməyə çağırmaq lazımdır.

- ► Anafilaksiya / AŞ olan bütün xəstələrə Anafilaksiya / AŞ aradan qaldırılması üçün dərhal epinefrinin (adrenalin) yeridilməsi tövsiyə olunur.
- ► Anafilaksiya / AŞ olan bütün xəstələrə Anafilaksiya / AŞ aradan qaldırılması üçün budun yuxarı üçdə biri anterolateral (ön-yan) səthinə (deltayabənzər əzələyə və dərialtı yeridilmə ilə müqayisədə bu lokalizasiya daha üstündür),ehtiyac olduqda paltarın üstündən,epinefrinin (adrenalin) ə/d (intramüsküler və ya əzələdaxili) yeridilməsi tövsiyə olunur.
- ► Anafilaksiya / AŞ olan bütün xəstələrə Anafilaksiya / AŞ aradan qaldırılması üçün 0,01 mq/kq dozada epinefrinin(adrenalin) yeridilməsi tövsiyə olunur. Epinefrinin (adrenalin) birdəfəlik maksimal dozası: böyüklər üçün 0,5 mq, 6 yaşa qədər - 0,15 mq, 6-12 yaşlı uşaqlar üçün - 0,3 mq.
- ► Anafilaksiya / AŞ olan xəstəyə, ilk dozaya cavab olmadıqda, klinik effekt əldə etmək üçün ən azı 5 dəqiqədən sonra ə/d epinefrinin(adrenalin) təkrar dozasının yeridilməsi tövsiyə olunur.
- ► Əzələdaxili olaraq epinefrinin (adrenalin) 2 və ya daha çox dozasına qarşı kifayət qədər cavab olmadıqda epinefrinin (adrenalin) venadaxili yeridilməsi yalnız ürək fəaliyyətinin monitorinqi ilə aparılması tövsiyə olunur.
- ► Anafilaksiya / AŞ olan xəstəyə Anafilaksiya / AŞ aradan qaldırılması üçün epinefrini (adrenalin), onun əzələdaxili yeridilməsi zamanı effekti olmadıqda, 1:10.000-ə qədər həll edilmiş şəkildə (10 ml 0,9% natrium xlorid məhlula 1 ml epinefrin məhlulu) v/d (venadaxili) yeridilməsi tövsiyə olunur.
- ► Anafilaksiya / AŞ olan xəstəyə Anafilaksiya / AŞ aradan qaldırılması üçün, epinefrinin (adrenalin) üç boluslu v/d və ya ə/d yeridilmədə effekti olmadıqda, dozanın titrlənməsi ilə

(1 mkq/kq/dəq-ə qədər) 0,1 mkq/kq/dəq dozada epinefrin (adrenalin) infuziyasına başlamaq tövsiyə olunur.

- ► Anafilaksiya / AŞ olan xəstəyə Anafilaksiya / AŞ aradan qaldırılması üçün təxmin edilən allergenin qəbulunu (daxil olmasını) dayandırmaq tövsiyə olunur.

  AŞ-nin aşağıdakı hallarda inkişaf zamanı :
  - ✓ DV-nin venadaxili yeridilmədə – DV yeridilməsini dərhal dayandırmaq;
  - ✓ Zərqanadlıların zəhəri – həşaratlar tərəfindən sancılan iynəni çıxartmaq (əgər varsa), ətrafı (yuxarı və ya aşağı) sancma yerindən yuxarıdakı nahiyyədə venoz jqutla bağlamaq.
  - ✓ Allergenin xaric olunmasına daha çox vaxt gərəkirsə (məs., mədə yuyulması), bunu etmək lazım deyil.
- ► Anafilaksiya / AŞ olan bütün xəstələrin kürəyi üstündə uzanması, aşağı ətrafları yuxarı qaldıraraq, tövsiyə olunur. Xəstə huşsuzdursa, tənəffüs yollarının keçiriliyicini təmin etmək üçün Safara üsulunu həyata keçirmək.
- ► Xəstəni qaldırmaq və ya oturaq vəziyətə keçirmək olmaz, çünki bu hallar bir neçə saniyə ərzində fatal nəticəyə səbəb ola bilər. Xəstə huşsuzdursa, dilin qatlanmasını, asfiksiyanın, qusuntu kütlələrin aspirasiyasının qarşısını almaq üçün başını yana çevirmək, alt çənəni qabağa çəkmək lazımdır. Xəstədə diş ptotezləri varsa, onları çıxartmaq lazımdır.
- ► Anafilaksiya / AŞ olan bütün xəstələrə bədən toxumalarını oksigenlə təmin etməsi üçün üz maskası vasitəsilə orta axınla oksigenin verilməsi tövsiyə olunur.
- ► Anafilaksiya / AŞ olan xəstəyə hipovolemiyanın qarşısını almaq üçün epinefrini (adrenalin) yeridəndən sonra venadaxili duzlu məhlulların boluslu yeridilməsi* tövsiyə olunur.

Allergiyaya səbəb olan dərman venadaxili yeridilibsə, venadaxili girişi saxlamaq lazımdır. Kolloid və kristalloid məhlullar dövr edən qanın maye həcmini bərpa etmək, hemokonsentrasiyanı normallaşdırmaq və AT-ni effektiv şəkildə sabitləşdirmək məqsədi ilə infuziya edilir. Duzlu məhlulların tövsiyə olunan dozası, o

* boluslu yeridilmə (*intravenous bolus*, bolus injection) - dərmanın böyük həcmdə və / və ya yüksək konsentrasiyada sürətli venadaxili yeridilməsi

çümlədən uşaqlarda - 20 ml/kq. Əgər xəstənin çəkisi bilinmirsə tövsiyə olunan balanslaşdırılmış duzlu məhluldan aşağıdakı həcmdə istifadə olunur:

- ► normotenziyası olan xəstələrdə 500-1000 ml,
- ► arterial hipotenziyası olan xəstələrdə 1000-2000 ml
- ► anamnezdə ürək çatışmazlığı varsa- 5-10 dəqiqə ərzində 250 ml-dən çox olmayaraq.

Və ya isidilmiş (mümkünsə) 0,9% natrium xlorid məhlulu. Yeridilmiş həcminin sürətlə ekstravazasiyası səbəbindən dekstroza məhlulları tövsiyə edilmir.

- ► Anafilaksiya / AŞ olan xəstəyə tənəffüs təzahürlərinin uzun fazasının riskini azaltmaq üçün epinefrini (adrenalin) yeridəndən sonra sistemli istifadə üçün kortikosteroidlərin yeridilməsi tövsiyə olunur.

İlkin dozalar: böyüklər üçün:

- ✓ deksametazon 8-32 mq v/d damcı və ya prednizolon 90-120 mq v/d damcı və ya bolus, və ya metilprednizolon 50-120 mq v/d bolus,
- ✓ hidrokortizon 200 mq ə/d və ya v/d yavaş-yavaş betametazon 8-32 mq v/d damcı.

İlkin dozalar: uşaqlar üçün:

- ✓ metilprednizolon 1mq/kq, maksimum 50mq və ya prednizolon 2-5 mq/kq və ya
- ✓ hidrokortizon - 12 yaşdan yuxarı uşaqlar - 100 mq, 6-12 yaş - 50 mq, 6 yaşdan kiçik uşaqlara- 25 mq ə/d və ya v/d yavaş-yavaş və ya betametazon 20-125 mkq/kq və ya 0,6-3,75 mq/ml 12 və ya 24 saatdan sonra.

Sistemli istifadə üçün kortikosteroidlərin müddəti və dozası klinik təzahürlərin şiddətindən asılı olaraq fərdi olaraq seçilir.

- ► Anafilaksiya / AŞ olan xəstəyə sistemli istifadə üçün kortikosteroidlərin puls-terapiyası tövsiyə edilmir.
- ► Anafilaksiya / AŞ olan xəstəyə, dəri və selikli qişalar tərəfindən təzahürlər olduqda, kapilyar keçiriciliyi, toxuma ödemini, qaşınma və hiperemiyanı azaltmaq üçün AT sabitləşəndən sonra sistemli antihistamin preparatların yeridilməsi tövsiyə olunur.

Tövsiyə olunan dozalar:

- ✓ klemastin (tavegil) 0,1% - böyüklər üçün 2 ml (2 mq) ə/d və ya v/d, uşaqlar üçün - 2 inyeksiyaya bölərək ə/d gündə 25 mkq / kq;
- ✓ xloropiramin (suprastin) 2% - 1 ml (20 mq) v/d və ya ə/d tətbiqi üçün, böyüklər üçün 1-2 ml, uşaqlar üçün - 5 mq (0,25 ml) dozada müalicəyə başlamak;
- ✓ difenhidramin (dimedrol) - böyüklər üçün - 25-50 mq, çəkisi 35-40 kq-dan az olan uşaq üçün - 1 mq / kq, maksimum 50 mq.

Antihistamin preparatların başlanğıc təsiri epinefrinin (adrenalin) başlanğıc təsirini əhəmiyyətli dərəcədə üstələyir, buna görə də bu halda Anafilaksiya / AŞ epizodun başlamasından sonra onların dərhal yeridilməsinin faydası yoxdur. Sürətli venadaxili yeridilmə zamanı hipotenziyanın şiddətlənməsi mümkündür, bu səbəbdən:

- ✓ Difenhidramin (dimedrol) böyüklər üçün yavaş-yavaş venadaxili 25-50 mq dozada təyin olunur;
- ✓ 35-40 kq-dan az olan uşaqlara - 1 ml / kq, maksimum 50 mq.
- ✓ Vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqlara və neonatal dövrdə qadağandır.
- ✓ Anafilaksiya / AŞ olan xəstələrə davamlı bronxospazm zamanı, epinefrinin (adrenalin) yeridilməsinə baxmayaraq, selektiv beta2-adrenergik stimulyatorun istifadəsi tövsiyə olunur.

Qırtlaq ödemin əlamətləri başlansa (stridoroz tənəffüs, asfiksiya) situasiyadan aslı olaraq traxeyanın intubasiyası, krikotireotomiya yaxud traxeostomiya aparılmalıdır.

Tənəffüs və ürək fəaliyyəti dayandıqda dərhal ürək-ağciyər reanimasiyasına başlanmalıdır.

TİBBİ YARDIMIN TƏŞKİLİ

Reanimasiya briqadasını və ya təcili tibbi yardımı çağırmaq.

Hospitalizasiya göstərişlər

Anafilaksiya / AŞ zamanı intensiv terapiya və reanimasiya şöbəsi olan xəstəxanaya təcili hospitalizasiya göstərilir. Ən azı 24 saat ərzində reanimasiya şöbəsində hospitalizasiya.

AŞ-nin diaqnozu qoyulduqda bütün xəstələrə xəstəxanaya, intensiv terapiya və reanimasiya şöbəsinə yerləşdirilməsi, orqanizmin vital funksiyalarının bərpası və saxlanması məqsədi ilə tədbirlərin aparılması göstərilir.

İTRŞ-də AŞ olan xəstələrə AŞ ilə bağlı mümkün fəsadların qarşısını almaq üçün hər 2-5 dəqiqədən bir hemodinamikanın (AT, OAT, nəbz, EKQ), tənəffüs sisteminin (tənəffüs tezliyi, oksigenləşmə səviyyəsi, turşu-qələvi balansı) monitoringin aparılması tövsiyə olunur. Ehtiyac olduqda, orqanizmin digər sistemlərin göstəricilərinin monitoringi aparılsın.

Pasiyentin xəstəxanadan çıxarılması üçün göstərişlər

Anafilaksiya / AŞ aradan qaldırıldıqda, onların uzun sürən və ya residivləşən gedişatını proqnozlaşdırmağın mümkünsüzlüyünü nəzərə alaraq, ən azı 12-24 saat müddətində hospitalizasiya göstərilir. Lazım gələrsə, 2-3 gün uzadılması mümkündür. Müxtəlif orqan və sistemlərin funksional pozuntuları 3-4 həftə davam edə bilər , bu səbəbdən ambulator müşahidə tələb olunur.

Pasiyentin xəstəxanada daha uzun müddət qalması aşağıdakı hallarda tələb olunur:

- ► Davamlı hipotoniya ilə müşayiət olunan ağır gedişli anafilaktik şok, xüsusən etioloji amil təyin olunmayan zaman
- ► Anamnezində ağır bronxial astma xəstəliyi olan pasiyentlər
- ► Allergenin uzun müddətli təsiri zamanı
- ► Anamnezdə residiv gedişli anafilaksiya epizodu olduqda

Sonrakı mərhələdə həyata keçirilən tədbirlər

Stasionar müalicənin müddəti hemodinamik göstəricilərin tam sabitləşməsi və anafilaksiyanın digər əlamətlərinin aradan qaldırılmasının müddətindən asılıdır. Adətən bu müddət 1 gündən 10 günədək təşkil edir.

Stasionarda hər 6 saatdan bir 1-2 mq/kq dozada prednizolon, pasiyentin çəkisinə görə hesablanmış 5-10 ml/kq dozada qlükoza və ya fizioloji məhlul ilə infuzion terapiya aparılır; venadaxili antihistamin preparatlar yeridilir. Davamlı hipotoniya zamanı arterial təzyiqə nəzarətlə (AT> 90 mm c. süt. saxlamaqla) dopamin (400 mq preparat 500 ml fizioloji məhlulda həll edilir və 2-20 mkq/kq/dəq sürətlə yeridilir) və ya qlükaqon (şırnaq üsulu ilə 15 mq 5 dəq., sonra damcı üsulu ilə 5-15 mkq/dəq) arterial təzyiqin davamlı sabitləşməsinə qədər yeridilir.

Daha sonra prednizolon ilə hormonal terapiya 10-15 mq dozada 7-10 gün ərzində peroral olaraq davam etdirilir; ikinci nəsil antihistamin preparatlar təyin edilir (loratadin, setirizin və s.); böyrək, qaraciyər, ürək və digər həyati əhəmiyyətli orqanların funksiyasına nəzarət olunur.

Pasiyentin vəziyyəti sabitləşdikdən sonra xəstənin sensibilizasiya spektrini dəqiqləşdirmək məqsədi ilə *in vitro* allerqoloji müayinə aparılır. Anafilaktik şokun inkişaf səbəbi aşkar olunduqdan sonra xəstəyə, üzərində mövcud allergik reaksiyalar haqqında məlumat, kəskin allergik reaksiya baş verdiyi zaman təxirəsalınmaz yardım tədbirləri qeyd olunmuş "Allergik xəstənin pasportu" verilir. Anamnezdə zərqanadlıların sancması və ya soyuğa qarşı reaksiyalar mövcud olduqda, pasportda bu haqda müvafiq qeydlər edilməlidir. Sonradan xəstənin ASİT terapiyası aparılması haqqında qərar qəbul edən allerqoloq/immunoloqun nəzarəti altında müayinə olunması məsləhətdir. Eyni zamanda aşağıda göstərilmiş hallarda da xəstənin allerqoloq/immunoloq nəzarəti altında qalmağı zəruridir:

- ✓ Diaqnoz şübhəlidir və ya tam deyil;
- ✓ Əlamətlər residiv verir və ya nəzarətə tabe olmur;
- ✓ Həkim göstərişlərinə əməl edilməsində kömək zəruridir;
- ✓ Allergen faktorların dəqiqləşdirilməsində yardıma ehtiyac vardır;
- ✓ Xəstə profilaktika üçün gündəlik preparatlara ehtiyac duyur;

- ✓ Müalicənin məqsədinə tam nail olunmayıb;
- ✓ Anafilaksiya digər patoloji vəziyyət ilə fəsadlaşır;
- ✓ Anafilaksiya psixoloji amillər ilə fəsadlaşır;
- ✓ Xəstə məsləhət üçün müraciət edir.

Stasionardan çıxmazdan əvvəl xəstə həkim müayinəsindən keçməlidir. Şok əlamətlərinin təkrarlanması zamanı klinikaya qayıtmaq haqqında ona dəqiq göstərişlər verilməlidir. Evdə qəbul etmək üçün xəstəyə antihistamin preparatlar və 3 gün ərzində peroral steroidlər təyin edilir. Bu, urtikar övrə hallarında və şok əlamətləri residivinin preventiv terapiyası üçün zəruridir.

Pasiyentin dərman qutusunda olması tələb edilən dərmanlar

0,1%-li adrenalin, prednizolon (deksametazon), tavegil və aminofillin məhlulları, steril şprislər. Hər preparatdan ən azı 4-5 ampul olmalıdır. Anafilaktik şok baş verdikdə müalicə tədbirləri qaydası haqqında xəstəyə göstərişlər verilir.

Pasiyentin təlimi

Keçirilmiş anafilaktik şokdan sonra xəstə allerqoloq-immunoloq nəzarəti altında olmalıdır. Xəstəliyin təbiəti, onun profilaktikası tədbirləri, müalicə üsulları haqqında xəstə ilə söhbət aparılmalıdır.

Anamnezdə zərqanadlıların sancması və ya soyuğa qarşı reaksiyalar mövcud olduqda, xəstənin özü ilə daimi olaraq şok əleyhinə dəst gəzdirməsi zərurəti qeyd olunur. Xəstəyə inyeksiya texnikasını öyrətmək, bud nahiyəsinin ön-yan üçdə bir hissəsinin dərin qatına adrenalinin 0,1%-li məhlulunun 0,3-0,5 ml dozada yeridilməsini qeyd etmək lazımdır. Zərurət olduqda inyeksiyanı 20-30 dəqiqədən sonra təkrar etmək olar. Fövqəladə hallarda preparatın yeridilmə yerini geyimdən azad etmədən və spirt ilə silmədən adrenalini paltarı deşib keçməklə yeritmək olar. Adrenalin inyeksiyasını anafilaksiyanın ilk simptomları zamanı təcili etmək lazımdır. Əvvəllər xəstədə həşərat sancmasına qarşı həyat üçün təhlükəli reaksiyalar baş vermişdirsə, o, simptomları gözləmədən, sancmadan dərhal sonra adrenalin daxil etməlidir.

PROFİLAKTİKA

- ► Anafilaksiya / AŞ olan bütün xəstələrə AŞ səbəb olan allergeni müəyyən etmək üçün allerqoloq-immunoloq həkimin konsultasiyası və gələcəkdə allergenlə təmasının qarşısının alınmasına görə məsləhət verilməsi tövsiyə olunur.
- ► Anafilaksiya / AŞ olan bütün xəstələri təkrarlanan AŞ zamanı ilk yardımın öyrədilməsi tövsiyə olunur.
- ► Ağırlaşdırılmış allergik anamnezi ilə bütün xəstələrə əməliyyatdan,rentgenokontrast müayinəsindən əvvəl premedikasiya tövsiyə olunur: müdaxilədən 1 saat əvvəl deksametazon 4-8 mq və ya prednizolon 30-60 mq ə/d və ya v/d damcı 0,9% natrium xlorid məhlulunda; klemastin 0,1% - 2 ml və ya xloropiramin 0,2% - 1-2 ml ə/d və ya v/d 0,9% natrium xlorid məhlulunda və ya 5% dekstroza məhlulunda yeritmək.

Allergiyadan əziyyət çəkən bütün xəstələrə öz yanlarında içərisində adrenalin olan şpris-tübiklər gəzdirmələrini məsləhət görmək lazımdır. Hər bir xəstənin allerqoloji anamnezini ətraflı toplamaq lazımdır. Bununla yanaşı, orqanizmin gizli sensibilizasiyası və istənilən farmakoloji preparata qarşı şok vəziyyətinin inkişafı da mümkündür.

Profilaktik tədbirlər etioloji amil ilə müəyyənləşir. Zərqanadlı həşəratların zəhərinə qarşı allergik reaksiyaların profilaktikası üçün həşəratların zəhərindən alınmış allergenlər ilə spesifik immun terapiyası aparılır. Spesifik immun terapiyası allergik reaksiyası IgE mexanizmli olan pasiyentlərdə aparılır. Sancma ehtimalını əhəmiyyətli dərəcədə azaltmaq və ya ondan tamamilə qaçmaq üçün, xəstə bir sıra sadə təhlükəsizlik qaydalarına riayət etməlidir:

- ► Arı pətəklərindən və həşəratların digər toplanma yerlərindən (bazarlar, zibilxanalar) uzaq olmaq;
- ► Ot üzərində ayaqyalın gəzməmək (həşəratı basmaq təhlükəsi səbəbindən);
- ► Arıların bal yığma mövsümündə evdə pəncərələri tor ilə pərdələmək;
- ► Açıq yerlərdə qidalanmamaq və qida hazırlamamaq (qida arıları cəlb edir);

- Arıların bal yığma mövsümündə ətirli maddələrdən istifadə etməmək (ətirlər, saç üçün laklar, şampunlar və s. həşəratları cəlb edir);
- Bağ və ya bostanlarda işləyərkən bədənin çox az hissəsini açıq saxlamaq, qalın parçadan şalvar və uzun qollu paltarlar, ayaqlara isə qalın altlıqlı ayaqqabı geymək, baş örtüyündən istifadə etmək vacibdir;
- Arı sancması zamanı neştəri barmaqlar ilə tutaraq çıxarmaq olmaz, çünki bu zaman zəhər kisəsi sıxılır və qalmış zəhər yaradan sorulur. Neştəri bıçaq, dırnaq mişarı və ya dırnağın dəri səthi üzərində sürüşkən hərəkətləri vasitəsilə xaric etmək lazımdır.
- Dərmandan AŞ keçirmiş xəstələrə müəyyən dərman preparatları və ya həlledicilərin təkrar daxil edilməsindən ölüm təhlükəsinin olması haqqında xəbərdarlıq edilməlidir. Dərman preparatına qarşı təyin edilmiş həqiqi allergiya zamanı həmin preparatın, onun daxil olduğu müxtəlif kompleks preparatların və onunla eyni kimyəvi qrupdan olan bütün preparatların tətbiqi qadağan olunur.
- Qida məhsuluna qarşı allergik reaksiya zamanı bu qida məhsulu ömürlük və ya uzun illər müddətinə rasiondan çıxarılır.

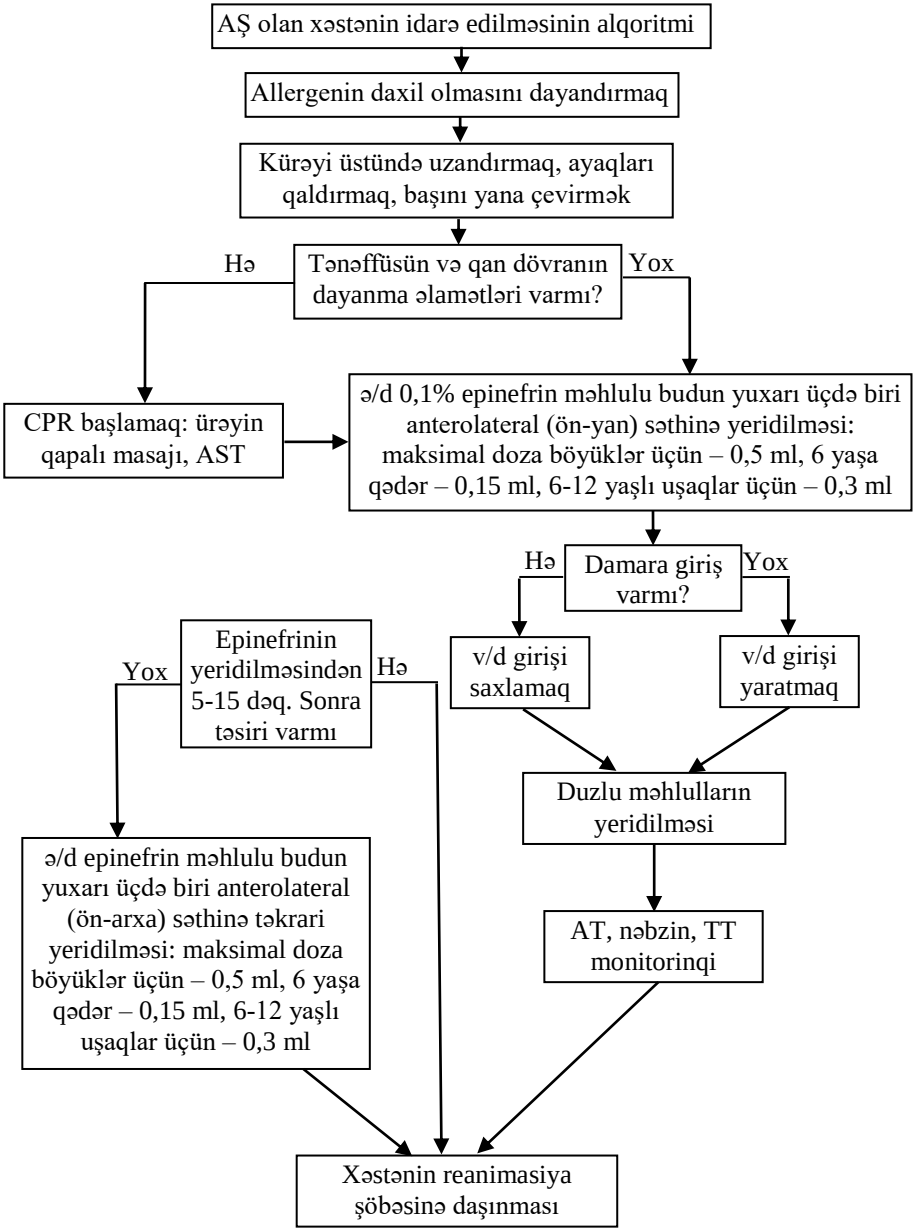
Xəstələrə özləri ilə identifikasiya kartları və ya anafilaksiyaya meyllilik və onun səbəb agenti qeyd olunmuş qolbaqlar gəzdirmək tövsiyə edilir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, AÇF inhibitorları və beta-blokatorlar qəbul edən xəstələrdə anafilaksik reaksiyaların inkişaf riski yüksəkdir .

PROQNOZ

Anafilaktik şokun proqnozu ciddidir. Onun nəticəsi gedişinin ağırlığı, digər orqan və sistemlərin yanaşı gedən xəstəliklərinin mövcudluğu, müalicənin adekvatlığı və vaxtında aparılmasından asılıdır. Letal nəticənin əsas səbəbləri kəskin ürək çatışmazlığı, kəskin tənəffüs çatışmazlığı, həyati vacib orqanlara qansızmalar, trombozlardır. Hətta düzgün göstərilmiş tibbi yardım zamanı letal nəticə mümkündür.

Keçirilmiş anafilaktik şokdan sonra miokardit, hepatit, qlomerulonefrit və sinir sisteminin diffuz zədələnməsi (demiyelinizəedici proses) kimi fəsadlar inkişaf edə bilər. Təkrar anafilaktik şok halları zamanı xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi artır.

AŞ zamanı həkimin hərəkət addımlarının alqoritmi



IgE-asılı AŞ inkişafında rolu sübut olunmuş allergenlər

Tam zülal allergenlər

- Qida – yumurta, inək südü, qoz, xərçəngkimilər, molyusklar, paxlalılar
- Zəhərlər – arılar və s.
- Vaksinlər – qızılca, qrip, tetanus
- Hormonlar – insulin, kortikotropin, tireotropin
- Antizərdablar – at qlobulini, antitimositar, antilimfositar qlobulin, zəhərlərə qarşı
- Fermentlər – streptokinaza, hemopapain
- Lateks – cərrahi əlcəklər, endotraxeal borular
- Allergen ekstraktlar – ev tozu, otların tozu, heyvan kəpəyi.

Haptenlər

- Antibiotiklər: penisillinlər, sefalosporinlər və s.
- Əzələ relaksantları
- Vitaminlər – tiamin
- Sitostatiklər – sisplatin, siklofosfamid, sitozin, arablenozid
- Opiatlar

Polisaxaridlər

- Dekstranlar
- Dəmirtərkibli dekstranlar

Çarpaz-reaksiyalı DV cədvəli

Penisillinlər (*Benzilpenicillin*)	Bütün təbii, yarımsintetik, dürant penisillinlər, sefalosporinlər (50% hallarda, xüsusən, birinci nəsil preparatlar), pivə, maya, qursaq pendirləri, kombikorm ilə yetişdirilmiş quş və heyvan əti
Levomisetin (*Chloramphenicol*)	Bütün levomisetin qrupu, antiseptik məhlul, sintomisin
Sulfanilamidlər	Hipotiazid, furosemid, triampur, bukarban, orabet, butamid, novokain, dikain, anestezin, paraamino-azobenzol, novokainamid, bellastezin, biseptol, almagel-A, solutan, PASK, karboanhidraza inhibitorları (azetazolamid), antabus
Streptomisin (*streptomycin*)	Aminoqlikozidlər qrupu
Tetrasiklin (*tetracycline*)	Rondomisin, metasiklin, morfosiklin, oletetrin, kombikorm ilə yetişdirilmiş quş və heyvan əti
Aspirin (*Acetylsalicilic acid*)	Digər qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar, analgin, reopirin, butadion, teofedrin, skutamil-C, brufen, baralgin, antastman, sitramon, sarı rəngli qida boyası – tartrazin
Etilendiamin	Prometazin, aminofillin, tripellenamin, şokolad, kakao, kola, krem konservantları, məlhəm konservantları
İnsulin	Mal əti, donuz əti, protamin, sink
Pipolfen (*Promethazine*)	Fenotiazin sıra preparatları (aminazin, frenolon, teralen)
Teofillin (*Theophylline*)	Suprastin
Fenobarbital (*Phenobarbital*)	Bütün barbituratlar qrupu, teofedrin, antastman, valokardin, pentalgin
Virus vaksinləri	Yumurta, toyuq, ördək, ev dovşanı, antibiotiklər (gentamisin)

Müalicənin "tipik" səhvləri

- Ağır kəskin allerqozlar və bronxoobstruktiv sindrom zamanı təkcə antihistamin preparatlarının təyini əsassız vaxt itkisinə gətirib çıxarır.
- Kiçik dozalı qlükokortikosteroidlərin gecikmiş təyini və ya əsassız tətbiqi proqnozu pisləşdirir və ağır kəskin allergik xəstəliklərin əlamətlərinin aradan qaldırılması müddətini uzadır.
- Kalsium-qlükonat, kalsium-xlorid, natrium-tiosulfat, hemodez kimi preparatların tətbiqi, onların effektsiz olması və kəskin allerqozun proqnozuna göstərdiyi əvvəlcədən bəlli olmayan təsirə görə tövsiyə edilmir.
- Diprazinin (pipolfen) istifadəsi hipotoniyanın dərinləşməsi ilə təhlükəlidir.
- Topik inhalyasion qlükokortikosteroidlərin istifadəsindən imtina qırtlağın allergik stenozu və bronxospazm zamanı aparılan terapiyanın effektini azaldır.
- Allergik ödemlər zamanı ilgək diuretiklərinin istifadəsi ciddi səhv hesab olunur, çünki xəstənin vəziyyətinin pisləşməsinə gətirib çıxarır.

Tövsiyə olunan şok əleyhinə dəst (prosedur otağlar, stomatoloji kabinetlər üçün)

1. Epinefrin (adrenalin) məhlulu 0,1% ampula № 10
2. Prednizolon məhlulu (30 mq) ampula № 10
3. Deksametazon məhlulu (4 mq) ampula № 10
4. Hidrokortizon məhlulu 100 mq - № 10
5. Betametazon məhlulu (təsiredici maddələr: betametazon dipropionat 6,43 mq və betametazon natrium fosfat 2,63 mq) ampula № 10
6. Difenhidramin (dimedrol)1% ampula № 10
7. Klemastin (tavegil) 0,1% - 2 ml
8. Xloropiramin (suprastin) 2% - 1 ml
9. Salbutamol inhalyasiya üçün aerozol 100 mkq/dozada №2
10. Dekstroza məhlulu 40% ampula № 20
11. Natrium xlorid məhlulu 0,9% ampula № 20
12. Dekstroza məhlulu 5% - 250 ml (steril) №2
13. Natrium xlorid məhlulu 0,9% - 400 ml №2
14. Atropin məhlulu 0,1% ampula № 5
15. Etanol 70% - 100 ml
16. Ağızgenişləndirən aləti № 1
17. Dili tutmaq üçün alət № 1
18. Jqut № 1
19. Birdəfəlik şprislər 1 ml, 2 ml, 5 ml, 10 ml və onlar üçün iynələr, 5 ədəd
20. v/d kateter və ya iynə (G14 kalibrli -18; 2.2-1,2 mm) № 5
21. v/d damcı infuziyalar üçün sistemi № 2
22. Birdəfəli istifadə üçün tibbi əlcəklər 2 cüt
23. Tibbi hava yolları (hava ötürücü) alətləri
24. Tənəffüs aparatı (əllə, AMBU növü)
25. Larengial maska

Ədəbiyyat

1. Anafilaktik şok üzrə klinik protokol. Bakı, 2009. https://www.isim.az/ upload/File/reports/25_Anafilaktik_Shok.pdf
2. Allergology and clinical immunology. Clinical guidelines. Ed. by R.M. Khaitov, N.I. Ilyina. Moscow; 2019. P. 52-69. (In Russ).
3. Bayalieva AZh, Zabolotskikh IB, Lebedinsky KM, et al. Prevention and treatment of perioperative anaphylaxis and anaphylactic shock. Russian Journal of Anaesthesiology and Reanimatology. 2018;(1-2):82–90. (In Russ). doi:17116/ anaesthesiology201801-02182
4. Fischer D, Vander Leek T, Ellis A, Kim H. Anaphylaxis. Allergy Asthma Clin Immunol. 2018;14(S2):54. doi: 10.1186/s13223-018-0283-4
5. Kolawole H, Marshall S, Crilly H, et al. Australian and New Zealand Anaesthetic Allergy Group / Australian and New Zealand College of anaesthetists perioperative anaphylaxis management guidelines. Anaesth Intensive Care. 2017;45(2):151–158. doi: 10.1177/0310057X1704500204
6. Nezabudkin SN, Galustyan AN, Nezabudkina AS, et al. Anaphylactic shock, modern view. Medicine: theory and practice. 2018;3(4):143–150. (In Russ).
7. Shaker M, Wallace D, Golden D, et al. Anaphylaxis. a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis. J Allergy Clin Immunol. 2020;145(4):1082–1123. doi: 10.1016/j.jaci.2020.01.017
8. Tactics of diagnosis and treatment of allergic diseases and immunodeficiency. Practical guide. Ed. by R.M. Khaitov. Moscow: GEOTAR-Media; 2019. P. 90–95. (In Russ).
9. Turner P, Gowland M, Sharma V, et al. Increase in anaphylaxis-related hospitalizations but no increase in fatalities: An analysis of United Kingdom national anaphylaxis data, 1992–2012. J

Allergy Clin Immunol. 2015;135(4):956–963.e1. doi: 10.1016/j.jaci.2014.10.021

10. Дж.Эдвард Морган-мл., Мэгид С.Михаил, Майкл Дж.Марри Клиническая Анестезиология, 4-е издание. Перевод с английского Научный редактор кан мед наук А.М.Цейтлин. Москва Издательство БИНОМ 2020

QEYDLƏR