

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**ANAFİLAKTİK ŞOK ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**



Bakı
2009

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 12 iyun 2009-cu il tarixli
17 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

ANAFİLAKTİK ŞOK ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

Bakı - 2009

52.5
A 69

A 69 Anafilaktik şok üzrə klinik protokol. – 28 səh.

Klinik protokol Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin səhiyyə islahatları çərçivəsində ictimai səhiyyə kadrlarının hazırlanması üzrə Tədbirlər proqramı əsasında tərtib edilmişdir.

Klinik protokolun redaktoru:

C.Məmmədov – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

A.Axundbəyli – ATU-nun I daxili xəstəliklər və reanimatologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.

İ.İsmayılov – ATU-nun I daxili xəstəliklər və reanimatologiya kafedrasının professoru, t.e.d.

A.Ağayeva – ATU-nun daxili xəstəliklərin propedeutikası kafedrasının assistenti, t.e.n.

F.Həsənov – M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin anesteziologiya- reanimasiya şöbəsinin rəhbəri

R.Abdullayeva – ATU-nun farmakologiya kafedrasının assistenti, İnnovasiya və Təchizat Mərkəzi dərman vasitələrinin planlaşdırılması və rasionall istifadəsi şöbəsinin müdiri

Z.Mustafayeva – Səhiyyə Sektorunda İslahatlar Layihəsinin İcra Qrupu, səhiyyə siyasəti, monitoring və qiymətləndirmə üzrə koordinator

R.Məmmədov – İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi təlim-resurs şöbəsinin müdiri

Rəyçi:

K.N.Hacimuradov – ADHTİ-nin Anesteziologiya və reanimatologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.

İxtisarlarmın siyahısı

AÇF	– angiotenzin çevirən ferment
ASİT	– allergen spesifik immunoterapiya
AŞ	– anafilaktik şok
AT	– arterial təzyiq
DV	– dərman vasitələri
ExoKQ	– exokardioqrafiya
EKQ	– elektrokardioqrafiya
XBT-10	– Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (10-cu buraxılış)
KTÇ	– kəskin tənəffüs çatışmazlığı
KFK	– kreatinfosfokinaza
KÇ	– kəskin damar çatışmazlığı
KT	– kompüter tomoqrafiya
QKS	– qlükokortikosteroidlər
MVT	– mərkəzi venoz təzyiq
RKT	– randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlar
UIX	– ürəyin işemik xəstəliyi

Sübutlarmın etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutlarmın etibarlılıq dərəcəsi	Sübutlarmın mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistematik icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı hallarmın öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	<ul style="list-style-type: none"> • RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistematik icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	<ul style="list-style-type: none"> • Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistematik icmalı, yaxud • Sistematik səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistematik səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud • Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud • Ekspertlərin rəyi. • Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

Protokol allerqoloq-immunoloqlar, anestezioloq-reanimatoloqlar, 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

Anafilaktik şok (AŞ):

- ▶ həyat üçün təhlükə yaradan kəskin böhranlı vəziyyətdir
- ▶ sürətlə inkişaf edərək ağır hemodinamik pozğunluqlar törədir
- ▶ orqanizmdə dərin hipoksiya yaradır
- ▶ həyati vacib orqanların zədələnməsi ilə müşayiət edilir.

AŞ sürətli immunoloji reaksiya kimi, sensibilizasiya olmuş orqanizmə allergenin təkrar daxil olması zamanı tosqun hüceyrələrdən və bazofillərdən mediatorların xaric olması nəticəsində əmələ gəlir (**B**).

Epidemiologiya

Anafilaktik şok, əksərən allergik xəstəliklərdən əziyyət çəkən şəxslərdə inkişaf edir (**A**).

Atopik xəstəlikləri olan şəxslərdə anafilaktik şokun inkişaf etmə tezliyi daha yüksəkdir (**C**).

Anafilaktik şok hospitalizə olunmuş 3000 xəstədən 1-də qeydə alınır.

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.

Anafilaksiya hər yaş qrupunda rast gəlir. Qida etiologiyalı anafilaksiya əsasən uşaqlarda, dərman mənşəli isə daha çox böyüklərdə müşahidə olunur. Yaşlı insanlarda yanaşı xəstəliklərin olması səbəbindən anafilaktik reaksiyadan ölüm riski daha yüksəkdir.

Etiologiya

Anafilaktik şok vəziyyətini aşağıdakı səbəblər törədə bilər:

- ▶ Dərman preparatları (antibiotiklər, vitaminlər, albumin, benzodiazepin preparatları, yerli anestetiklər, iltihab əleyhinə qeyri-steroid preparatları)
- ▶ Heteroloji (heyvan qanından alınmış) zərdablar, vaksinlər
- ▶ Zərqanadlı həşəratların zəhəri
- ▶ Qida allergenləri (toyuq yumurtası, süd, soya, balıq və dəniz məhsulları, araxis və s.)
- ▶ Bitki tozcuqları allergenləri
- ▶ Lateks allergenlər (cərrahi əlcəklər, endotraxeal borular)
- ▶ Soyuğa qarşı reaksiyaya meyli şəxslərdə soyuğun təsiri ilə bağlı amillər
- ▶ Qida allergenlərinin təsirindən sonra fiziki gərginlik
- ▶ Qeyri-adekvat aparılmış ASİT

Bəzən AŞ-nin səbəbini təyin etmək mümkün olmur, belə ki, bir çox hallarda idiopatik AŞ IgE asılı olmayan xarakterli olur.

Patogenezi

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.

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

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

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

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.

RİSK AMİLLƏRİ

- ▶ Anamnezdə allergik xəstəliklər.
- ▶ Dərman preparatlarının uzun müddət, xüsusən də, təkrar kurslar ilə istifadə olunması, depo-preparatların istifadəsi, polipraqmaziya.
- ▶ 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 təbə olan bronxial astma (C)
- ▶ Epinefrinin (adrenalinin) gec tətbiq edilməsi (C)
- ▶ AŞ törədən preparatın parenteral yolla daxil edilməsi (B)

TƏSNİFAT

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.

Gedişi xüsusiyyətlərinə görə

- ✓ Kəskin bədxassəli gediş
- ✓ Kəskin xoşxassəli gediş
- ✓ Ləng gediş
- ✓ Residivləşən gediş
- ✓ Abortiv gediş

Kəskin bədxassəli (ıldırımvari) anafilaktik şok kəskin başlanğıc, AT-nin sürətlə düşməsi (diastolik AT-nin 0 mm c.süt. qədər düşməsi), huşun dərin pozulması, tənəffüs çatışmazlığı ilə səciyyələnir. İldırımvari şokun gedişinin fərqli xüsusiyyəti – **şok əleyhinə intensiv terapiyaya qarşı rezistentlik** və dərin komatoz

vəziyyətdəki progressiv inkişafdır. Həyatı vacib orqanların zədələnməsi ilə əlaqədar, adətən ilk dəqiqə və ya saatlarda ölüm baş verir.

Aparıcı klinik sindromdan – **kəskin tənəffüs çatışmazlığı (KTÇ)** və ya **kəskin damar çatışmazlığı (KDC)** – asılı olaraq, **AŞ-nin ildırımvari gedişinin** variantları ayırd edilir.

KTÇ sindromu üstünlüyü ilə gedən AŞ zamanı qəflətən əmələ gələn və artan zəiflik, hava çatışmazlığı, döş qəfəsində sıxıntı, üzücü öskürək, ekspirator tənəffüs, pulsasiya edən baş ağrıları, ürək nahiyəsində ağrı, qorxu hissi qeyd olunur. Dəri örtüklərinin kəskin avazıması və sianozu, ağız nahiyəsində köpük, çətinləşmiş fitvari tənəffüs və nəfəs vermə zamanı quru xırıltılar müşahidə edilir. Üzün və bədənin digər hissələrinin angionevrotik ödemə inkişaf edə bilər. Sonradan, KTÇ-nin progressivləşməsi əlamətləri davam etdikdə və kəskin böyrəküstü vəzi çatışmazlığı simptomları əlavə olunduqda, letal nəticə baş verə bilər.

KDC inkişafı ilə gedən AŞ zəiflik, qulaqlarda küy, şiddətli tərləmə ilə müşahidə olunan qəfil başlanğıc ilə səciyyələnir. Dəri örtüklərinin getdikcə artan solğunluğu, AT-nin progressiv sürətdə enməsi, sapvari nəbz, ürək tonlarının kəskin zəifləməsi qeyd olunur. Bir neçə dəqiqədən sonra huşun itməsi, qıcolmaların əmələ gəlməsi mümkündür. Letal nəticə ürək-damar çatışmazlığı əlamətlərinin güclənməsi fonunda baş verir.

Xoşxassəli anafilaktik şok zamanı AT-nin tədricən və mülayim dərəcədə enməsi, huşun əlaqədarlıq olması, tənəffüsün cüzi pozulması müşahidə edilir. Adətən şok əleyhinə tədbirlər müsbət effekt verir və proqnoz yaxşı olur.

Ləng gedişli anafilaktik şok damar tonusunun tədricən bərpa olunması ilə fərqlənir. Ona görə də uzun müddət (bir neçə günə qədər) adrenomimetiklərin yeridilməsi və onların dozasının tədricən azaldılaraq dayandırılması tələb olunur.

Residivləşən anafilaktik şok dalğavari gedişi ilə səciyyələnir. İlk müsbət nəticədən müəyyən vaxt (bəzən 6-8 saat) sonra hemodinamik pozğunluqlar təkrarlanır. Təkrar pisləşmə daha ağır gedişi və müalicəyə rezistentliyi ilə fərqlənir.

Abortiv anafilaktik şok ən xoşxassəli formadır. Özünü əsasən asfiksik variantda nümayiş etdirir, zəif hemodinamik pozğunluqlar ilə gedir, qarşısı asan alınır.

Anafilaksiyanın klinik təzahürlərinə görə

Anafilaksiyanın klinik təzahürlərindən asılı olaraq, anafilaktik şokun 5 gediş variantı ayırd edilir:

- ✓ Hemodinamik variant
- ✓ Asfiksik variant
- ✓ Serebral variant
- ✓ Abdominal variant
- ✓ Dəri və selikli qişaların yanaşı zədələnməsi ilə gedən variant

Hemodinamik variant kəskin ürək-damar çatışmazlığı simptomlarının üstünlüyü ilə keçir: tezləşmiş zəif nəbz, dəri örtüklərinin solğunluq ilə əvəz olunan hiperemiyası, şiddətli tərləmə, arterial təzyiqin enməsi, huşun itməsi.

Asfiksik variant – tənəffüs orqanları funksiyasının pozğunluqları üstünlük təşkil edir (bronxospazm, qırtlaq ödemi, ağ ciyər ödemi).

Serebral variant. Xəstələrdə psixomotor oyanıqlıq, qorxu hissi, qıcolmalar, beyin ödemi simptomları (baş ağrıları, qusma, epileptiform tutmalar, hemiplegiya, afaziya və s.) qeyd olunur.

Abdominal variant – mədə-bağırsaq pozğunluqları üstünlük təşkil edir (ürəkbulanma, qusma, kəskin qarın klinikası dərəcəsinə kimi inkişaf edən mədə-bağırsaq ağrıları).

Dəri və selikli qişaların yanaşı zədələnməsi ilə gedən variant – intensiv qaşınma, urtikar səpgi, Kvinke ödemi, o cümlədən, qırtlağın ödemi.

Hemodinamik pozğunluqların intensivliyinə görə

Hemodinamik pozğunluqların intensivliyindən asılı olaraq, AŞ-nin 4 ağırlıq dərəcəsi mövcuddur:

- ✓ Yüngül
- ✓ Orta ağır
- ✓ Ağır
- ✓ Çox ağır

Anafilaktik şokun ağırlıq dərəcəsi, allergenin orqanizmə daxil olmasından sonra şokun hansı vaxt ərzində əmələ gəlməsi ilə birbaşa bağlıdır (C).

Ən çox ölüm halları ildırımvari formada və allergenin orqanizmə daxil olmasından sonra 3-10 dəqiqə ərzində baş verən şok zamanı rast gəilir.

DİAQNOSTİKA

Anafilaktik şokun diaqnozu klinik əlamətlərin və anamnestik məlumatların düzgün qiymətləndirilməsi əsasında qoyulur. Anafilaktik şokun əlamətləri və ağırlıq dərəcəsi allergenin növündən asılı olmur.

Anamnez

Çox zaman allerqoloji anamnezin toplanması kəskin vəziyyətin aradan qaldırılmasına yönəlmiş terapiya aparıldıqdan sonra mümkündür. Anamnez toplayarkən aşağıdakı sualların cavablandırılması vacibdir:

- ✓ Əvvəllər allergik reaksiyalar olubmu?
- ✓ Onları nə törətmişdi?
- ✓ Onlar nə ilə təzahür edirdi?
- ✓ Müalicə məqsədi ilə hansı preparatlardan istifadə olunmuşdu (antihistaminlər, qlükokortikosteroidlər, adrenalin və s.)?
- ✓ Bu dəfə allergik reaksiyanın inkişafı nə ilə əlaqədardır (adi rasiona daxil olmayan qida məhsulu, həşəratın sancması, dərman qəbulu və s.)?
- ✓ Xəstə hansı özünümüalicə tədbirlərindən istifadə etmiş və onlar nə dərəcədə effektiv olmuşdur?

AŞ diaqnozu aşağıdakı üç klinik meyar mövcud olduqda ehtimal olunur:

- ▶ Şok simptomlarının qəflətən başlanması və sürətlə progressivləşməsi
- ▶ Tənəffüs və/və ya ürək-qan damar sistemində həyatı təhlükəli pozuntular
- ▶ Dəri və/və ya selikli qişaların zədələnməsi (hiperemiya, övrə, Kvinke ödemi)

Nəzərə almaq lazımdır ki, dəri və selikli qişaların təcrid olunmuş şəkildə zədələnməsi AŞ deyil; sürətlə progressivləşən şok dəri və selikli qişalar zədələnmədən inkişaf edə bilər; mədə-bağırsaq traktı pozuntuları müşahidə oluna bilər (qusma, qarın nahiyəsində ağrılar, diarreya).

Tənəffüs yolları keçiriciliyinin pozuntuları qırtlaq və dilin tənəffüsü v udmanı çətinləşdirən ödem, səs tutqunluğu və stridor ilə təzahür olunur.

Tənəffüs pozğunluğu tənəffüsün, fitvari tənəffüs, ağır hallarda diffuz sianoz və tənəffüsün dayanması şəklində üzə çıxır.

Qan dövrəni pozuntuları əlamətləri solğunluq, soyuq yapışqan tər, taxikardiya, bradikardiya (çox zaman qan dövrəni fəaliyyətinin dayanmasından əvvəl qeyd olunur), hipotoniya, miokardın işemiyası (EKQ ilə təsdiqlənir) və ürək dayanmasıdır.

Yuxarıda göstərilənlər sonda beyin qan dövrəninə pozulması nəticəsində **nevroloji pozğunluqlara** gətirib çıxara bilər. Xəstələrdə psixomotor oyanıqlıq, klonik qıcolmalar, ölüm qorxusu, huşun pozulması və ya itirilməsi qeyd oluna bilər.

Digər orqanlar tərəfindən təzahür edən anafilaksiya əlamətləri qaraciyər venalarının sayə əzələlərinin spazmı, qarın boşluğu damarlarının genişlənməsi və onlarda qanın depolaşması, sidik kisəsi və bağırsaqların sayə əzələlərinin spazmı (qeyri-ixtiyarı sidik ifrazı və defekasiya), uşaqlığın sayə əzələlərinin spazmı (uşaqlıq yolundan qanlı ifrazat), hemorragik fəsadların inkişafı ilə nəticələnən hipokoaqulyasiya ola bilər.

AŞ-nin ən qorxulu simptomları – tənəffüs yollarının ödemə nəticəsində tənəffüsün çətinləşməsi və arterial təzyiqin progressiv enməsidir. Bunların hər biri adekvat müalicə aparılmadıqda fatal nəticəyə gətirib çıxara bilər (**A**).

AŞ-nin ağırlıq dərəcəsi

AŞ-nin ağırlıq dərəcəsi hemodinamik pozuntuların qabarıqlığı ilə müəyyənləşir.

I dərəcə (yüngül) – inkişaf müddəti bir neçə dəqiqədən 2 saata qədər olur. Sistolik AT 90 mm c.süt.-na qədər enir. Xəstənin huşu aydındır, qaşınma, övrə, baş ağrıları, baş gicəllənməsi, baş nahiyəsində istilik hissi, qulaqlarda küy, taxikardiya, artan zəiflik qeyd olunur. Bu vəziyyət şok əleyhinə terapiya ilə asanlıqla aradan qaldırılır.

II dərəcə (orta ağır): sistolik AT 90-70, diastolik – 40 mm.c.süt.-dan aşağıdır. Huşun itməsi dərhal baş vermir və ya qeyd olunmur. Taxikardiya, aritmiya, kəskin zəiflik qeyd edilir. Qırtlağın ödemi və bronxospazm hesabına asfiksiya, qusma, qeyri-ixtiyari sidik ifrazı və defekasiya baş verə bilər.

III dərəcə (ağır): huşun itməsi, kəskin tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı (təngnəfəslik, sianoz, stridoroz tənəffüs, sapvari nəbz, sistolik AT kəskin sürətdə 60 mm.c.süt.-dan aşağı enir, diastolik AT təyin olunmaya bilər) ilə təzahür edir. Şok əleyhinə terapiya çox zaman az effektivdir.

IV dərəcə (çox ağır): ildırımvari şəkildə kollaps (solğunluq, sianoz, sapvari nəbz, AT-in sıfıra qədər kəskin şəkildə enməsi), komatoz vəziyyət (huşun itməsi, qeyri-ixtiyari sidik ifrazı və defekasiya, göz bəbəklərinin genişlənməsi və işığa reaksiya verməməsi), sonda ürək və tənəffüs fəaliyyətinin dayanması baş verir.

Əsas və əlavə diaqnostik meyarlar

- ▶ Huşun səviyyəsinin qiymətləndirilməsi (yuxululuq, huşun itməsi).
- ▶ Dəri örtükləri və selikli qişaların vəziyyətinin qiymətləndirilməsi (solğun və bəzən sianotik, eritema, səpgi, ödem, rinit, konyunktivit simptomlarının aşkar edilməsi)
- ▶ Udma və tənəffüsün qiymətləndirilməsi (udmanın çətinləşməsi, KTÇ əlamətləri)
- ▶ Nəbzın xarakteri (sapvari, ritmin pozulması və s.) və arterial təzyiqin (30-50 mm c. süt. qədər aşağı enməsi) təyini.
- ▶ Qusma, qeyri-ixtiyari defekasiya və/və ya sidik ifrazı, uşaqlıq yolundan qanlı ifrazat kimi simptomların təyini.

Laborator tədqiqatlar və digər müayinələr

- ▶ Anafilaksiya klinik diaqnozdur və laborator tədqiqatlara əsaslanmır. Diaqnoz tipik klinik mənzərə və allergenin bilinən təsiri haqqında məlumatlar əsasında dəqiqləşdirilir. Laborator tədqiqat reaksiyanın ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirməkdə yardımçı əhəmiyyətə malikdir, həmçinin şübhəli hallarda differensial diaqnostikanın aparılması üçün tətbiq olunur **(C)**.
- ▶ Anafilaktik reaksiya zamanı yeganə potensial faydalı təxirəsalınmaz tədqiqat, tosqun hüceyrələrin zərdab triptazalarının təyini **(B)**. Triptaza, həm anafilaktik, həm də anafilaktoid reaksiyalar zamanı tosqun hüceyrələrdən ifraz olunur. Onun qan zərdabının tərkibindəki səviyyəsi, xəstənin vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsi ilə korrelyasiyada olur.
- ▶ Şok vəziyyətinə qarşı yönəlmiş terapiya ilə eyni vaxtda aşağıdakı laborator tədqiqatlar 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, PaCO₂, pO₂-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 **(D)**.

Laborator tədqiqatlardan başqa, daimi olaraq xəstənin vəziyyətinin monitorinqi həyata keçirilir: fizikal müayinə, EKQ, AT-yə nəzarət, auskultasiya, zərurət olduqda – mərkəzi venoz təzyiqin təyini və digər instrumental müayinə üsulları.

Ürək-damar sisteminin monitorinqi ağır gedişli anafilaktik şok və ciddi kardiovaskulyar patologiyası olan xəstələrdə, xüsusən davamlı olaraq adrenoblokatorlar qəbul etmiş şəxslərdə aparılır **(B)**.

DİFFERENSİAL DİAQNOSTİKA

Tənəffüs pozuntuları, arterial hipotoniya və ya huşun pozulması ilə müşayiət olunan bütün xəstəliklərlə differensial diaqnostikanın aparılması zəruridir (C).

Anafilaktik şok diaqnozu qoyarkən arterial hipotenziya, tənəffüs pozğunluqları və huşun pozulması ilə müşayiət olunan bütün kəskin xəstəliklər (miokard infarktı, ağ ciyər arteriyasının tromboemboiyası, kəskin ürək-damar çatışmazlığı, hipovolemiya, hipoqlikemiya, kəskin dərman zəhərlənmələri, sepsis, epilepsiya, günvurma, beyin qan dövranının pozulması və s.) ilə differensial diaqnostika aparılmalıdır.

<i>Diaqnoz</i>	<i>Ehtimal olunan əlamətlər</i>
Miokard infarktı	Döş arxasında anginoz ağrılar ilə müşayiət edilir, ağır formalarında kardiogen şoka xas olan aritmiyalar, kəskin sol mədəcik çatışmazlığı üzə çıxır. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün EKQ, ExoKQ müayinələri aparılmalı və qanda fermentlər (KFK MB-fraksiyası, tropanin) yoxlanmalıdır.
Ağ ciyər arteriyasının tromboemboiyası	Qəflətən döş qəfəsinin müəyyən nahiyəsində ağrı, öskürək, tənəffüzlük, qanhayırma baş verir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün döş qəfəsinin rentgen müayinəsi, spiral KT, angiopulmonografiya edilir.
Müxtəlif mənşəli kəskin ürək-damar çatışmazlığı	Ürək-damar sistemində aid göstəricilər (EKQ, ExoKQ və s.) öyrənilməli və anamnezdə ola bilən xəstəliklər (qüsurlar, miokarditlər, ÜIX, 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.

AŞ-nin MÜALİCƏSİ

AŞ – təxirəsalınmaz şəkildə qiymətləndirmə və müdaxilə tələb edən, həyat üçün təhlükəli vəziyyətdir (**A**).

Ağırılıq dərəcəsindən asılı olmayaraq AŞ zamanı hospitalizasiya, reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsində müalicə mütləq göstərilir.

Yardım zamanı bütün preparatların inyeksiyası ilk növbədə əzələ daxilinə (daha tez icra olunmasının mümkünlüyü baxımından) edilməlidir. Yalnız bundan sonra periferik və ya mərkəzi venaların kateterizasiyası və sonrakı dərmanların vena daxilinə vurulması məqsədəuyğundur.

AŞ ilə xəstənin aparılması algoritmi

Təxirəsalınmaz yardım:

- ▶ Ayaq nahiyyələrini azca qaldıraraq xəstəni uzanıqlı vəziyyətə gətirmək, dilin arxaya sallanması, asfiksiya və qusuntu kütlələri ilə aspirasiyanın qarşısını almaq məqsədi ilə başını yan tərəfə çevirmək, alt çənəni irəli çəkmək. Təmiz havanın daxil olmasını təmin etmək və ya imkan varsa, oksigen terapiyası aparmaq.
- ▶ Tənəffüs pozulması olan xəstələrdə tənəffüsün asanlaşması məqsədi ilə oturaq vəziyyətə üstünlük verilə bilər.
- ▶ Hamilə qadınlarda kaval kompressiyanın qarşısını almaq məqsədi ilə onların sol böyrü üstə uzadılması.

Allergenin orqanizmə daxil olmasının qarşısının alınması zəruridir:

- ▶ Allergenin parenteral daxil olması zamanı allergen daxil olan yerdən (lokalizasiya imkan verirsə) yuxarı, 30 dəqiqədən çox olmayan müddətə, arteriyaları sıxmadan turna bağlamaq (hər 10 dəqiqədən bir turnanı zəiflətməklə);
- ▶ İnyeksiya və ya sancma yerinin ətraflarına "xaçvari" şəkildə (baş, boyun, əl və pəncələr istisna olmaqla) 5,0 ml izotonik natrium-xlorid məhlulu ilə qarışdırılmış 0,1%-li 0,5 ml epinefrin (adrenalin) inyeksiya etmək (mümkün olduqda venadaxili – hipoperfuziya!);
- ▶ Arı sancması zamanı neştəri bıçaq, dırnaq mişarı və ya dırnağın özü ilə dəri səthi üzərində sürüşən hərəkətlərlə çıxarmaq (**D**);
- ▶ Allergen xüsusiyyətli dərmanlar burun yollarına və ya konyunktival kisəyə düşərsə, onları axar su ilə yumaq;
- ▶ Allergenin peroral qəbulu zamanı xəstənin mədəsinin yuyulması məsləhət deyil.

Şok əleyhinə tədbirlər:

Adrenalin seçim preparatı olaraq şokun ilkin əlamətləri aşkar edilən kimi yeridilməlidir (AT-yə nəzarətlə). Adrenalin inyeksiyası hətta şokun diaqnozuna şübhə olduqda belə həyati göstərişlə aparılmalıdır (**C**).

Adrenalinin uzun iynə ilə, bud nahiyyəsinin ön-yan səthinə, əzələdaxili yeridilməsi daha yaxşıdır. Preparatın əzələdaxili yeridilməsi digər daxil edilmə yolları (dərialtı, inhalyasion,

sublinqval) ilə müqayisədə daha üstündür, çünki bu yol preparatın maksimal dərəcədə tez və tam absorbsiyasına nail olmağa imkan verir (C).

Adrenalin 0,3-0,5 ml (0,3-0,5 mq) dozada ə/d yeridilir. Yaxşı olar ki, preparatın 0,1-0,2 ml-i allergenin təsir etdiyi tərəfə və 0,3 ml-i isə əks tərəfin bud nahiyəsinə yeridilsin. Zərurət olduqda preparat təkrarən hər 5 dəqiqədən bir, **maksimum 1,2 mq dozaya qədər** yeridilə bilər.

Davamlı hipotoniya zamanı vena daxilinə adrenalinin 1:10 000 nisbətində olan məhlulunun yeridilməsi göstərişdir (**1:1000 nisbətində həll olunmuş məhlulu bu şəkildə v/d tətbiq etmək olmaz!**). Bu məqsədlə 1:1000 nisbətində olan 1 ml adrenalin məhlulu 10 ml fizioloji məhlulda həll edilir. Alınmış məhlul (1:10 000) 5-10 dəqiqə ərzində AT-yə nəzarətlə v/d yeridilir.

Böhranlı vəziyyətlərdə adrenalin məhlulunun v/d infuziyasına başlanılır. Bunun üçün 1:1000 nisbətində olan 1 ml adrenalin məhlulu 250 ml 5%-li qlükoza məhlulunda və ya 0,9%-li natrium-xlorid və ya Ringer məhlulunda qarışdırılır (alınmış adrenalin məhlulunun qatılığı 4 mkq/ml təşkil edir). İlk daxil etmə sürəti – 1 mkq/dəq təşkil edir. Effektiv nəticə əldə edilmədikdə və əks-təsirlər olmazsa, dozanı 4 mkq/dəq qədər artırmaq olar.

AŞ zamanı hətta nisbi əks-göstərişlər olduqda belə adrenalin həyati göstərişlə tətbiq edilir, çünki potensial fayda mümkün risklərdən əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir (C).

Adrenalinə kifayət kədər müsbət cavab reaksiyası olmadıqda, noradrenalin (ilkin doza 0,05-0,1 mkq/kq/dəq), yaxud vazopressin (2-10 BV v/d – cavab alana qədər), yaxud qlükaqon (1-2 mq v/d – cavab alana qədər) tətbiq edilməsi tövsiyə olunur. Qlükaqonun tətbiqi anamnezində beta-blokatorların qəbulunu qeyd edən pasiyentlərə xüsusilə göstərişdir.

Adrenomimetiklərin istifadəsi ilə yanaşı orta dozalarda **qlükokortikosteroidlər tətbiq edilir**. QKS seçimi prinsipial deyil, aşağıdakı preparatlardan biri göstərilən ekvivalent dozalarda istifadə olunur:

- ✓ Deksametazon 8-32 mq;
- ✓ Hidrokortizon 250 mq;
- ✓ Prednizolon 90-120 mq;
- ✓ Betametazon 8-32 mq.

QKS-lər anafilaksiya, müxtəlif lokalizasiyalı ödemlər, bronxoobstruktiv sindromun tezliklə aradan qaldırılması və anafilaktik reaksiya dalğalarının profilaktikası üçün əhəmiyyətlidir.

Müalicəyə cavab verməyən və ya vəziyyəti qeyri-sabit olan xəstələrdə qanın həcmnin kolloid və kristalloid mayelərlə adekvat tənzimlənməsi və pasiyentlərin xəstəxanaya təcili çatdırılması zəruridir (**B**).

Kolloid və kristalloid məhlullar dövr edən qanın maye həcmi bərpa etmək, hemokonsentrasiyanı normallaşdırmaq və AT-ni effektiv şəkildə sabitləşdirmək məqsədi ilə infuziya edilir. Venadaxili yol mövcud olduqda, venadaxili infuzion terapiya təxirə salınmadan həyata keçirilir. 1000 ml fizioloji məhlulun yeridilməsi tövsiyə olunur, bu zaman məhlulun ilk 500 ml-i sürətlə infuziya edilir. Kiçik molekullu dekstran və ya Ringer məhlulunun yeridilməsi də mümkündür. Infuziya edilən mayenin miqdarı AT və mərkəzi venoz təzyiqin (MVT) göstəriciləri, həmçinin xəstənin ümumi vəziyyətinə əsasən müəyyən edilməlidir.

Antihistamin preparatlar AŞ-nin müalicəsində ikinci sıra vasitələrə aiddir. Antihistamin preparatlar ilə terapiya AT-nin tam sabitləşməsi və AT-ni artıran preparatların yeridilməsinin dayandırılması fonunda aparılır. 1%-li dimedrol məhlulu, yaxud tavegil və ya 2%-li suprastin məhlulu ə/d və ya v/d üsulla yeridilir.

Fenotiazin törəmələrinin (pipolfen, diprazin) qabarıq hipotonik effekti, mərkəzi sinir sistemində göstərdiyi ləngidici təsir və sensibillizasiyaedici qabiliyyəti ilə əlaqədar olaraq, onların anafilaktik reaksiyaların müalicəsində parenteral tətbiqi məqsəduyğun sayılmır.

Adrenalin yeridilməsinə baxmayaraq bronxoobstruktiv sindrom davam edərsə, bu zaman 2,5-5 mq dozada (zərurət olduqda təkrar edilir) salbutamol, yaxud albuterol ilə (inhalyasion və ya v/d) bronxolitik terapiyanın aparılması göstərişdir. Bu zaman 20 dəqiqə ərzində v/d 5-6 mq/kg dozada aminofillin yeridilməsi də mümkündür. Ürək ritminin pozğunluqları ehtimalı ilə əlaqədar olaraq onu ehtiyatla tətbiq etmək lazımdır.

AŞ-nin penisillin istifadəsi nəticəsində inkişafı zamanı 1 000 000 TV dozada penisillinazanın ə/d yolla yeridilməsi göstərişdir. Bisillin təyini fonunda şok yaranıbsa, penisillinazanın 2 sutkalıq intervalla 3 dəfə istifadə edilməsi mümkündür.

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.

Sonrakı mərhələdə həyata keçirilən tədbirlər:

Anafilaktik şok keçirmiş xəstələr əlamətlərin tam aradan götürülməsindən sonra 6 saatdan az olmayan müddət ərzində həkim nəzarəti altında olmalıdırlar. Nəzarətin məqsədi şokun residivinin olub-olmamasının monitorinqidir.

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 olan pasiyentlər
- ▶ Allergenin uzun müddətli təsiri zamanı
- ▶ Anamnezdə residiv gedişli anafilaksiya epizodu olduqda

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 (şırınaq 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 qalması 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 çıxmadan 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.

ANAFİLAKTİK ŞOKUN PROFİLAKTİKASI

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 mexanizmlili 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 yığıma mövsümündə evdə pəncərələri tor ilə pərdələmək;
- ▶ Açıq yerlərdə qidalanmamaq və qida hazırlamamaq (qida arıları cəlb edir);

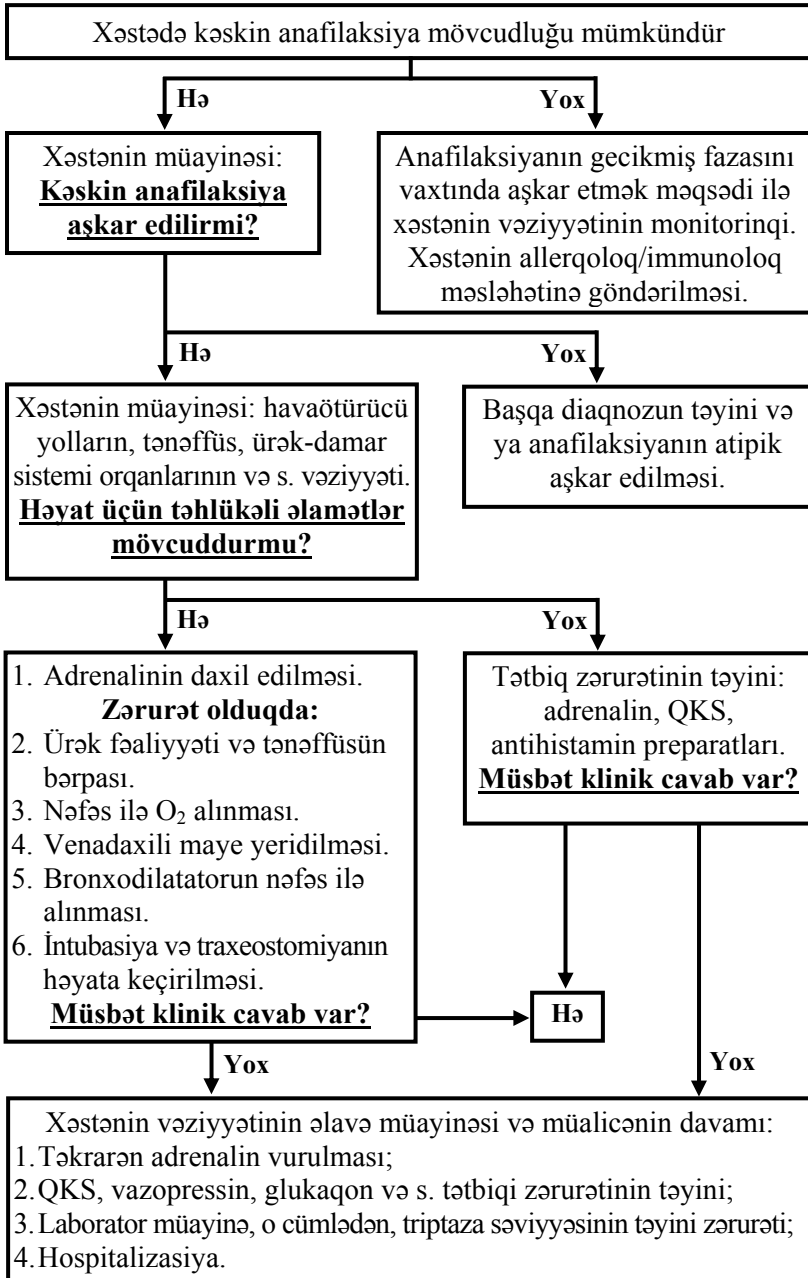
- ▶ Arıların bal yığıma mövsümündə ətirli maddələrdən istifadə etməmək (ətirlər, saç üçün laklar, şampunlar və s. həşəratları cəlb edir);
- ▶ Bağ və ya bostanlarda işləyərkən bədənin çox az hissəsini açıq saxlamaq, qalın parçadan şalvar və uzun qollu paltarlar, ayaqlara isə qalın altlıqlı ayaqqabı geymək, 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 meyillik və onun səbəb agentı qeyd olunmuş qolbaqlar gəzdirmək tövsiyə edilir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, AÇF inhibitorları və beta-blokatorlar qəbul edən xəstələrdə anafilaksik reaksiyaların inkişaf riski yüksəkdir (C).

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.

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

AŞ zamanı ilk yardım algoritmi



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 qlöbulini, antitimositar, antilimfositar qlöbulin, 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, qurşaq 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)	Randomisin, metasiklin, morfosiklin, oletetrin, kombikorm ilə yetişdirilmiş quş və heyvan əti
Aspirin (Acetylsalicylic 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.

Ədəbiyyat:

1. Anaphylaxis guidelines for children's services.-2007. – access mode: <http://www.community.nsw.gov.au>
2. Emergency treatment of anaphylactic reactions - guidelines for healthcare providers. Resuscitation Council.-2008.– access mode: <http://www.resus.org.uk>
3. EMS Evidence Based Protocols . – access mode: <http://www.emergency.medicine.dal.ca>
4. Lieberman P. Use of epinephrine in the treatment of anaphylaxis. Curr Opin Allergy Clin Immunol.- 2003 Aug; 3(4): 313-8-Medline
5. Scandinavian Clinical Practice Guidelines on the diagnosis, management and follow-up of anaphylaxis during anaesthesia. - 2007. – access mode: <http://www.ingentaconnect.com>
6. Stephen C Dreskin, G William Palmer. Anaphylaxis. - 2005.– access mode: <http://www.emedicine.medscape.com>
7. The diagnosis and management of anaphylaxis: An updated practice parameter. - 2005. – access mode: <http://www.guideline.gov>
8. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. - 2003.- 604 стр.