

Xəstəlik sinifi (XBT-10)	ST - Travmalar, zəhərlənmələr
---------------------------------	--------------------------------------

İlkin versiyanın tərtibatçı (İSİM)	Yusifova B.
---	--------------------

XBT-10 rubrikası	Xəstəliklər
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.

Müalicə

Konservativ müalicə

- Anafilaksiya / AŞ olan bütün xəstələrə Anafilaksiya / AŞ aradan qaldırılması üçün dərhal epinefrinin (adrenalin) yeridilməsi tövsiyə olunur. Epinefrini (adrenalin) ə/d (intramüskülər və ya əzələdaxili) budun yuxarı üçdə biri anterolateral (ön-yan) səthinə (deltayabənzər əzələyə və dərialtı yeridilmə ilə müqayisədə bu lokalizasiya daha üstündür), ehtiyac olduqda paltarın üstündən yeridilməsi tövsiyə olunur.
- Epinefrini (adrenalin) 0,01 mq/kq dozada 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.

- Epinefrini (adrenalin), onun əzələdaxili yeridilməsi zamanı effekti olmadıqda, 1:10.000-ə qədər həll edilmiş şəkildə (10 ml 0,9% natrium xlorid məhluluna 1 ml epinefrin məhlulu) v/d (venadaxili) yeridilməsi tövsiyə olunur.
- 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 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.

Kolloid və kristalloid məhlullar dövr edən qanın maye həcmi bərpa etmək, hemokonsentrasiyanı normallaşdırmaq və AT-ni effektiv şəkildə sabitləşdirmək məqsədi ilə infuziya edilir. Duzlu məhlulların tövsiyə olunan dozası, o çümlədən uşaqlarda - 20 ml/kq. Əgər xəstənin çəkisi bilinmirsə tövsiyə olunan balanslaşdırılmış duzlu məhluldan aşağıdakı həcmdə istifadə olunur:

- ✓ normotenziası olan xəstələrdə 500-1000 ml,
- ✓ arterial hipotenziası 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 həcmnin 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 yavaşyavaş 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 başlamaq;
- ✓ 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.

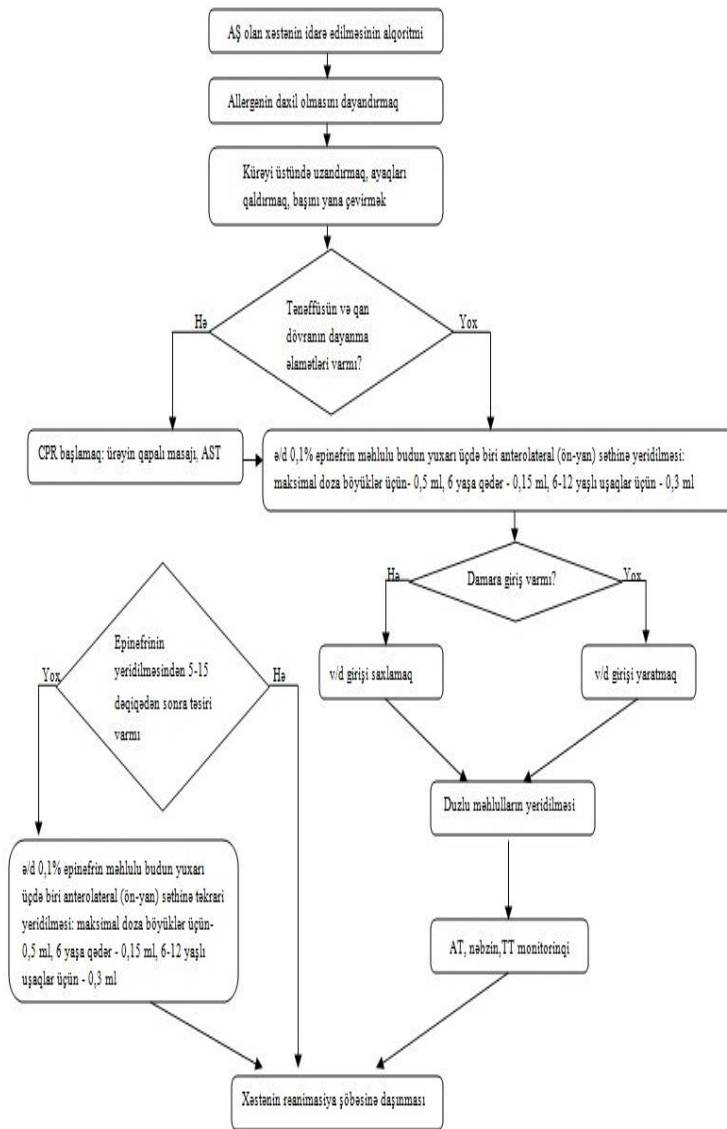
Pasiyentin dərman qutusunda olması tələb edilən dərmanlar

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.

Profilaktika

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.

AŞ zamanı həkimin hərəkət addımlarının alqoritmi



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