






ანაფილასიის მართვა

პირველადი ჯანდაცვის პერსონალისთვის
სექტემბერი, 2023





01

**რამდენად კარგად ვიცნობთ
ანაფილაქსიის მართვას?**



ანაფილაქსიის სიმპტომები შეიძლება განვითარდეს:

- A. ალერგენტან კონტაქტიდან ხანმოკლე დროში
- B. ალერგენტან კონტაქტიდან რამდენიმე საათის შემდეგ
- C. ორივე შემთხვევაში

ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია ანაფილაქსიის განვითარების ყველაზე იშვიათი მიზეზი

- A. მედიკამენტი/ვაქცინა
- B. მცენარეული მტვერი
- C. ლატექსი
- D. ვარჯიში
- E. მწერის ნაკბენი

ანაფილაქტოიდური რეაქცია ანაფილაქსიური რეაქციისგან განსხვავდება იმით, რომ ანაფილაქტოიდური რეაქციის დროს არ არის საჭირო წინასწარი სენსიბილიზაცია და არ მოითხოვება ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელი იმუნოგლობულინის ჩართულობა?

- A. IgA
- B. IgE
- C. IgG
- D. IgM

პაციენტს, რომელსაც აქვს მძიმე ალერგია არაქისზე, უტარებთ განათლებას იმის შესახებ, თუ როგორ ამოიცნოს ანაფილაქსიური რეაქციის სიმპტომები და ნიშნები. შეარჩიეთ ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომები/ნიშნები, რომლებიც შეესაბამება ანაფილაქსიურ რეაქციას:

- A. ჰიპერგლიკემია
- B. მეტყველების გაძნელება
- C. თავბრუსხვევა
- D. ჰიპერტენზია
- E. ქოშინი
- F. ქავილი
- G. გულისრევა და ღებინება
- H. ცხელება
- I. გულისცემის შენელება

თქვენ აფასებთ პაციენტის ცოდნას, რამდენად კარგად იცის ეპინეფრინის ავტოინექტორის (ეპიპენის) გამოყენება ანაფილაქსიური რეაქციის შემთხვევაში. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან პაციენტის მიერ დემონსტრირებული რომელი ქმედება მეტყველებს იმაზე, რომ მან იცის ეპიპენის სწორად გამოყენება. შეარჩიეთ ყველა შესაბამისი პასუხი:

- A. პაციენტი იკეთებს ინექციას მუცლის კანქვეშა ქსოვილში
- B. პაციენტი ამასაჟებს საინექციო ადგილს ინექციის შემდეგ
- C. პაციენტს ინექცია შეყავს ტანსაცმლის გაუხდელად
- D. ინექციამდე პაციენტი აწარმოებს მედიკამენტის ასპირაციას

ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია საუკეთესო პოზიცია ანაფილაქსიური შოკის დროს?

- A. გვერდზე მწოლიარე
- B. ზურგზე მწოლიარე აწეული ფეხებით
- C. მჯდომარე
- D. ნახევრად მჯდომარე 30-45 -ით წამოწეული თავით

ანაფილაქსიური შოკის დროს პოხიერი უჯრედები და ბაზოფილები გამოყოფენ დიდი რაოდენობით ჰისტამინს, როგორია ჰისტამინის ეფექტები ანაფილაქსიური შოკის დროს? შეარჩიეთ ყველა შესაბამისი პასუხი:

- A. კაპილარული განვლადობის შემცირება
- B. ვაზოდილატაცია
- C. გულისცემის სიხშირის შემცირება
- D. სისხლძარღვშიდა სითხის გადანაცვლება ინტერსტიციულ ქსოვილში
- E. ბრონქოკონსტრიქცია
- F. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გლუვი კუნთების შეკუმშვის სტიმულაცია
- G. კუჭის სეკრეციის დათრგუნვა
- H. ქავილი

გლუკაგონის გამოყენება ანაფილაქსიური შოკის დროს ეპინეფრინის ნაცვლად რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, თუ ანაფილაქსია რეფრაქტერულია ეპინეფრინის მიმართ და პაციენტი იმყოფება:

- A. ანგიოტენზინის რეცეპტორების ბლოკერებით თერაპიაზე
- B. ბეტა-ბლოკერებით თერაპიაზე
- C. კალციუმის ანტაგონისტებით თერაპიაზე
- D. თიაზიდური დიურეზული საშუალებებით თერაპიაზე
- E. პერიფერიული ვაზოდილატატორებით თერაპიაზე

თქვენ აწარმოებთ მეთვალყურეობას პაციენტზე, რომელსაც განუვითარდა ანაფილაქსიური რეაქცია მედიკამენტის შეყვანაზე. პაციენტს აღმოუჩინეთ პირველადი დახმარება, შეყვანილი აქვს ეპინეფრინის ერთი დოზა, მიერთებულია ჟანგბადის წყაროზე და აკვირდებით მის მდგომარეობას. ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნებიდან რომელი სამის განვითარება იქნება ყველაზე მეტად თქვენი შემოფოთების მიზეზი:

- A. მსტვინავი ხიხინი
- B. სტრიდორი
- C. ხმამაღალი ინტენსიური ხველა
- D. კრუნჩხვითი ტკივილი მუცლის არეში
- E. გულისრევა და პირღებინება
- F. სახსრების შეშუპება და ართრალგია

02

**ანაფილაქსიის
გამომწვევი მიზეზები
და დიაგნოსტიკა**

ვაქცინაციის შემდგომი მძიმე ალერგიული რეაქციები

- ◆ სისტემური ალერგიული რეაქციები, რომელიც ხშირად განისაზღვრება როგორც ანაფილაქსია, წარმოადგენს სწრაფად მანიფესტირებად (რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათში), სიცოცხლისთვის საშიშ რეაქციებს.
- ◆ ვაქცინათა უმრავლესობის შემთხვევაში ალერგიული რეაქციების 71% გამოვლინდა ვაქცინაციიდან 15 წუთში.

ანაფილაქსიის დროული დიაგნოსტიკა

- ◆ ანაფილაქსია არის სერიოზული ალერგიული რეაქცია, რომელიც ხშირად სწრაფად იწყება და შეიძლება გახდეს ფატალურიც.
- ◆ ანაფილაქსია ხასიათდება სიცოცხლისთვის საშიში სასუნთქი გზების, სუნთქვის ან/და სისხლის ცირკულაციის მოშლით, მაგრამ შესაძლოა განვითარდეს ტიპური კანის სიმპტომების ან ცირკულატორული შოკის გარეშეც.
- ◆ ანაფილაქსიის დროული დიაგნოსტიკა და დიფერენციალური დიაგნოზი ვაქცინის შედეგად განვითარებულ ანაფილაქსიას, ვაზოვაგალურ და ვაქცინის გვერდით სისტემურ და ლოკალურ რეაქციათა შორის ძალზედ მნიშვნელოვანია.

ანაფილაქსიის დიფერენციული დიაგნოზი

- ◆ **ვაქცინის გვერდითი მოვლენები** (ლოკალური ან სისტემური) ვლინდება ვაქცინაციის შემდეგ საშუალოდ 1 დან 3 დღეში (ყველაზე ხშირ შემთხვევაში ვაქცინაციიდან 1 დღის შემდეგ), შეიძლება აღინიშნოს სიცხე, შემცივნება, დაღლილობა, ინექციის ადგილას ტკივილი, ერითემა ან შეშუპება; ლიმფადენოპათია იმავე მკლავზე, სადაც გაკეთდა ვაქცინა, თავის ტკივილი, შესაძლოა გამოხატული იყოს ღებინება ან დიარეა, მიალგია, ართრალგია.
- ◆ ასეთ პაციენტს შეიძლება გაუკეთდეს ვაქცინის მეორე დოზაც.

ანაფილაქსიის დიფერენციული დიაგნოზი

- ◆ **ვაზოვაგალური რეაქცია** უმეტესად ვითარდება 15 წუთში, ახასიათებს სიცხის ან სიცივის შეგრძნება, სიფერმკრთალე, ოფლიანი კანი, სახეზე წამოხურება, თავბრუსხვევა, სინკოპე (ხშირად პროდრომული სიმპტომების შემდეგ რამდენიმე წამში ან წუთში), სისუსტე, მხედველობის ცვლილებები (როგორცაა მოციმციმე ლაქები, გვირაბისებრი მხედველობა), სმენის ცვლილებები, შფოთვა, შეიძლება იყოს გახშირებული სუნთქვა, ჰიპოტენზია ან ბრადიკარდია, გულისრევა, ღებინება.
- ◆ ასეთ პაციენტსაც შემდგომში შეიძლება გაუკეთდეს ვაქცინის მეორე დოზა, რაც კატეგორიულად უკუნაჩვენებია ვაქცინის პირველ დოზაზე ანაფილაქსიის განვითარების შემდეგ.

ანაფილაქსიის გამომწვევები (1)

ალერგენები (IgE-დამოკიდებული იმუნოლოგიური მექანიზმი)

საკვები, განსაკუთრებით, არახისი, თხილი, კიბორჩხალისებრი მოლუსკები, ფარფლიანი თევზები, ძროხის რძე, კვერცხი

მწერის ნესტარი (მაგალითად, ჰიმენოპტერას შხამი) და ნაკბენი (მაგალითად, ბაღლინჯოს ნაკბენი)

მედიკამენტები (მაგ.: ანტიბიოტიკები, ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები)

ბიოლოგიური მასალა, მათ შორის, ალერგენით იმუნოთერაპია, ქიმიოთერაპიული პრეპარატები და ვაქცინები

ნატურალური კაუჩუკის ლატექსი

საკვები დანამატები, მათ შორის, სპეციები, მწერისგან მიღებული საღებავები (მაგ.: კარმინი) და მცენარეული გუმფისი

ინჰალანტები(იშვიათია; მაგალითად, ცხენის ბეწვი, კატის ბეწვი, ბალახის მტვერი)

ადამიანის სპერმის შემცველი სითხე (ანაფილაქსიის იშვიათი ტრიგერი ქალებში)

პროფესიული ალერგენები (მაგ.: მკბენარა მწერები, ნატურალური კაუჩუკის ლატექსი)

ანაფილაქსიის გამომწვევები (2)

იმუნოლოგიური ტრიგერები (IgE-სგან დამოუკიდებელი მექანიზმი)

IgG დამოკიდებული (იშვიათი; მაგ.: მაღალმოლეკულური დექსტრანი, ინფლიქსიმაბი)

შემაღლებული სისტემის აქტივაცია (მაგ.: ზედმეტად სულფატირებული ქონდროიტინსულფატით დაბინძურებული ჰეპარინი)

იდიოპათური ანაფილაქსია

გაითვალისწინეთ ფარული ან აქამდე უცნობი ტრიგერის შესაძლებლობა

გაითვალისწინეთ პოხიერი უჯრედების აქტივაციის სინდრომის, მათ შორის, სისტემური მასტოციტოზის შესაძლებლობა

არაიმუნოლოგიური ტრიგერები (პოხიერი უჯრედებისა და ბაზოფილების პირდაპირი აქტივაცია)

ფიზიკური ფაქტორები (მაგ.: ვარჯიში, სიცივე, სიცხე)

მედიკამენტები (მაგ.: ოპიოიდები, ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები)

რენტგენოკონტრასტული ნივთიერებები

ალკოჰოლი (ეთანოლი; შეიძლება გააძლიეროს, იშვიათად გამოიწვიოს ანაფილაქსია)

ანაფილაქსიის მიზეზები (3)

- ◆ ანაფილაქსიის პოტენციური ტრიგერი შეიძლება გახდეს ნებისმიერი საკვები, მწერის შხამი ან ნაკბენი, მედიკამენტი ან ბიოლოგიური ნივთიერება.
- ◆ ზოგიერთ ტრიგერს, მაგალითად რენტგენოკონტრასტულ ნივთიერებებს და მედიკამენტებს (როგორცაა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები) შეიძლება მოქმედების რამდენიმე მექანიზმი გააჩნდეთ.
- ◆ ვაქცინების მიმართ რეაქციები იშვიათია და ტიპიურ შემთხვევაში განპირობებულია დამხმარე ნივთიერებით, როგორცაა მაგალითად, ჟელატინი და არა მიკრობული შიგთავსით.

ანაფილასიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები (1)

ანაფილასიის დიაგნოზი მაღალი ალბათობით სავარაუდოა, თუ სახეზეა სამი კრიტერიუმიდან ერთ-ერთი:

1. დაავადების მწვავე დასაწყისი (წუთებიდან რამდენიმე საათამდე) კანის, ლორწოვანი გარსების ან ორივეს ჩართულობით (მაგ.: გენერალიზებული ურტიკარია, ქავილი ან აღმური, ტუჩების, ენის, ნაქის შეშუპება)

და მინიმუმ ერთი ჩამოთვლილიდან:

A. სუნთქვის დარღვევა (მაგ.: ქოშინი, მსტვინავი ხიხინი, ბრონქოსპაზმი, სტრიდორი, ჰიპოქსემია)

B. არტერიული წნევის დაქვეითება ან სამიზნე ორგანოების დისფუნქციის ასოცირებული სიმპტომები (მაგ.: ჰიპოტონია, კოლაფსი, სინკოპე, შარდის შეუკავებლობა)

ბავშვის შემთხვევაში დაბალი სისტოლური წნევა განისაზღვრება, როგორც: <70 მმ ვწყ სვ 1 თვიდან 1 წლამდე ასაკში; <70მმ ვწყ სვ + [2 x ასაკზე] 1 წლიდან 10 წლამდე ასაკში; <90 მმ ვწყ სვ 11 წლიდან 17 წლამდე ასაკში

ანაფილასიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები (2)

ანაფილასიის დიაგნოზი მაღალი ალბათობით სავარაუდოა, თუ სახეზეა სამი კრიტერიუმიდან ერთ-ერთი:

2. ჩამოთვლილიდან ორი და მეტი, რომელიც ვითარდება სავარაუდო ალერგენტთან ჰაციენტის კონტაქტიდან მალევე (წუთებიდან რამდენიმე საათში):

A. კანის და ლორწოვანი გარსების ჩართულობა (მაგ.: გენერალიზებული ურტიკარია, ქავილი-აღმური, ტუჩების, ენის, ნაქის შეშუპება)

B. სუნთქვის დარღვევა (მაგ.: ქოშინი, მსტვინავი სუნთქვა, ბრონქოსპაზმი, სტრიდორი, ჰიპოქსემია)

C. არტერიული წნევის დაქვეითება ან ასოცირებული სიმპტომები (მაგ.: ჰიპოტონია, კოლაფსი, სინკოპე, შეუკავებლობა)

D. პერსისტული სიმპტომები კუჭ-ნაწლავის მხრივ (მაგ.: სპაზმური ტკივილი მუცლის არეში, დებინება)

ანაფილასიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები (3)

ანაფილასიის დიაგნოზი მაღალი ალბათობით სავარაუდოა, თუ სახეზეა სამი კრიტერიუმიდან ერთ-ერთი:

3. არტერიული წნევის დაქვეითება კონკრეტული პაციენტისთვის ცნობილ ალერგენტთან კონტაქტიდან მალევე (წუთებიდან რამდენიმე საათამდე):

A. ჩვილებში და ბავშვებში - დაბალი სისტოლური წნევა (ასაკისთვის სპეციფიკური)* ან სისტოლური წნევის დაქვეითება 30%-ზე მეტად

B. მოზრდილებში - სისტოლური წნევა <90 მმ ვწყ სვ ან 30%-ით დაქვეითება საწყისი მაჩვენებლიდან

ბავშვის შემთხვევაში დაბალი სისტოლური წნევა განისაზღვრება, როგორც: <70 მმ ვწყ სვ 1 თვიდან 1 წლამდე ასაკში; <70მმ ვწყ სვ + [2 x ასაკზე] 1 წლიდან 10 წლამდე ასაკში; <90 მმ ვწყ სვ 11 წლიდან 17 წლამდე ასაკში

ანაფილაქსიის დიფერენციული დიაგნოზი

ხშირი დაავადებები	ალმური
მწვავე გენერალიზებული ურტიკარია ან/და ანგოედემა*	პერიმენოპაუზა
ასთმის გამწვავება*	კარცინოიდული სინდრომი
ვაზოვალური სინკოპე (გულის წასვლა)	ავტონომიური ეპილეფსია
პანიკური შეტევა/მწვავე შფოთვითი შეტევა	მედიკამენტები
სხვა რესპირატორული მოვლენები	ალკოჰოლი
ფილტვის ემბოლია	ფარისებრი ჯირკვლის მედულარული კარცინომა
პნევმოთორაქსი	წითელი კაცის სინდრომი (ვანკომიცინი)
უცხო სხეულის ასპირაცია (განსაკუთრებით ბავშვებში)	
ხმის იოგების დისფუნქცია	პოსტრანდიალური სინდრომები
ეპიგლოტიტი	სკომბროიდოზი
ჰიპერვენტილაცია	ანისაკიაზი
გულის მოვლენები	მტვერ-საკვების ალერგიის სინდრომი
მიოკარდიუმის ინფარქტი*	საკვებით მოწამვლა
არითმია	მჟავების ან ტუტეების მიღება (განსაკუთრებით ბავშვებში)
მწვავე სიმპტომები, რომლებიც დაკავშირებულია სტრუქტურულ დარღვევებთან (მაგ., აორტის სტენოზი, ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია)	ნევროლოგიური მოვლენები
შოკი	გულყრა
ჰიპოვოლემიური ¹ (მაგ., კუჭ-ნაწლავის სისხლდენა, საშვილოსნოსგარე ორსულობის გახეთქვა, აორტის ანევრიზმის გახეთქვა, სისტემური კაპილარული ჟონვის სინდრომი)	ცერებროვასკულური მოვლენები (ინსულტი)
კარდიოგენული	არაორგანული დაავადება
დისტრიბუციული ¹ (მაგ., სეფსისი, ზურგის ტვინის დაზიანება)	მიუნჰაუზენის სინდრომი
ობსტრუქციული (მაგ., ფილტვის ემბოლია, დაჭიმული პნევმოთორაქსი, გულის ტამპონადა)	ფსიქოსომატური ეპიზოდი

* მწვავე ასთმის სიმპტომები, მწვავე გენერალიზებული ჭინჭრის ციება ან მიოკარდიუმის ინფარქტის სიმპტომები ასევე შეიძლება განვითარდეს ანაფილაქსიის ეპიზოდის დროს.

¹ ანაფილაქსიის დროს შოკი დისტრიბუციული და ჰიპოვოლემიურია. დისტრიბუციული შოკი შეიძლება იყოს ანაფილაქსიის ან ზურგის ტვინის დაზიანების გამო.

წყარო: Simons FE. Anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol. 2010 Feb;125(2 Suppl 2):S161-81. doi: 10.1016/j.jaci.2009.12.981. Erratum in: J Allergy Clin Immunol. 2010 Oct;126(4):885. PMID: 20176258.



**გადაუდებელი მართვის
ზოგადი მიმოხილვა**

03



ანაფილაქსიის მართვა ვაქცინაციის ადგილზე

- თუ არსებობს ანაფილაქსიის განვითარების საფრთხე, მიყევით შემდეგ ნაბიჯებს:
 - სასწრაფოდ შეაფასეთ სასუნთქი გზები, სუნთქვა, ცირკულაცია და გონებრივი აქტივობა.
 - დარეკეთ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ნომერზე.
 - მოათავსეთ პაციენტი ზურგზე, აუწიეთ ფეხები, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი აღებინებს, ან ზედა სასუნთქი ტრაქტი დაკეტილია.
 - ადრენალინი/ეპინეფრინი (1მგ/მლ წყალხსნარი [1:1000 განზავებით]) არის პირველადი მკურნალობის საშუალება და გამოყენებული უნდა იყოს დაუყოვნებლივ!

დიაგნოზი ისმება კლინიკურად

- ◆ ყველაზე გავრცელებულია ნიშნები და სიმპტომები ვლინდება კანის მხრივ (მაგ.: გენერალიზებული ურტიკარიის, ანგიოედემის, ალმურის, წავილის უეცარი დასაწყისი). თუმცა, პაციენტთა 10-20%-ს არ აღენიშნება გამოვლინებები კანის მხრივ.
- ◆ **საშიშროების ნიშნები – სიმპტომების სწრაფი პროგრესირება, რესპირაციული დისტრესი, (მაგ.: სტრიდორი, მსტვინავი სუნთქვა, ქოშინი, გაძლიერებული სუნთქვითი ძალისხმევა, პერსისტიული ხველა, ციანოზი), ღებინება, ტკივილი მუცლის არეში, ჰიპოტენზია, დიზრითმია, ტკივილი გულის არეში, კოლაფსი.**

მართვა მწვავე პერიოდში

- ◆ ანაფილაქსიის პირველი რიგის და ყველაზე მნიშვნელოვანი სამკურნალო საშუალებაა ეპინეფრინი. არ არსებობს აბსოლუტური უკუჩვენება ეპინეფრინის მიმართ ანაფილაქსიის შემთხვევაში.
- ◆ **სასუნთქი გზები** – დაუყოვნებელი ინტუბაცია, თუ ვლინდება სასუნთქი გზების მოსალოდნელი ობსტრუქციის საშიშროება ანგიოედემის გამო. დაყოვნებამ შესაძლებელია სრული ობსტრუქცია გამოიწვიოს. ინტუბაცია შეიძლება რთულად განსახორციელებელი იყოს და ამიტომ უნდა შესრულდეს ძალიან გამოცდილი კლინიცისტის მიერ. შესაძლოა, აუცილებელი გახდეს კრიკოთიროტომია.

მართვა მწვავე პერიოდში

- ◆ იმოქმედეთ სწრაფად და პარალელურად:
- ◆ ეპინეფრინი კუნთში (1მგ/მლ ხსნარი) – ეპინეფრინი 0.3 - 0.5 მგ კუნთში, ბარდაყის ოთხთავა კუნთის შუა გარეთა ზედაპირზე. შეიძლება გამეორდეს ყოველ 5-15 წუთში (ან უფრო ხშირად) საჭიროებისამებრ. თუ ეპინეფრინი სწრაფად კეთდება კუნთში, პაციენტთა უმრავლესობა რეაგირებს 1, 2 ან მაქსიმუმ 3 დოზის შემდეგ. თუ სიმპტომები არ რეაგირებს ეპინეფრინის ინექციაზე, მოამზადეთ ინტრავენური საინფუზიო ეპინეფრინი.
- ◆ დააწვინეთ პაციენტი ზურგზე და აუწიეთ ფეხები.
- ◆ ჟანგბადი – მიაწოდეთ ჟანგბადი 8-10 ლიტრი/წუთში სახის ნიღბით, ან 100%-მდე ჟანგბადი საჭიროებისამებრ.
- ◆ ფიზიოლოგიური ხსნარი სწრაფი ბოლუსით – ჰიპოტენზიის მკურნალობა 1-2 ლიტრის სწრაფი ინტრავენური ინფუზიით. გაიმეორეთ საჭიროებისამებრ. შესაძლოა განვითარდეს სითხის მასიური გადანაცვლება სისხლძარღვში და მოცულობის მძიმე კარგვით. აკონტროლეთ შარდის გამოყოფა.
- ◆ ალბუტეროლი (სალბუტამოლი) – კუნთში და ეპინეფრინის მიმართ რეზისტენტული ბრონქოსპაზმის შემთხვევაში მიაწოდეთ, 2.5-5 მგ სალბუტამოლი გახსნილი 3 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში ნებულაიზერით, ან თუ ნაკლებად მძიმე მდგომარეობაა, 2-3 ინჰალაცია დოზირებული ინჰალატორით. გაიმეორეთ საჭიროებისამებრ.

მართვა მწვავე პერიოდში

დამატებითი თერაპია:

- ◆ **H1 ანტიჰისტამინურები*** – განიხილეთ ინტრავენურად 10 მგ ცეტირიზინის (2 წუთის განმავლობაში) ან 25 -50 მგ დიფენჰიდრამინის (5 წუთის განმავლობაში) შეყვანის შესაძლებლობა – მხოლოდ ურტიკარიისა და ქავილის შემსუბუქების მიზნით.
- ◆ **H2 ანტიჰისტამინურები*** – განიხილეთ ინტრავენურად 20 მგ ფამოტიდინის შეყვანის შესაძლებლობა (2 წუთის განმავლობაში).
- ◆ **გლუკოკორტიკოიდები*** – განიხილეთ ინტრავენურად 125მგ მეთილპრედნიზოლონის შეყვანის შესაძლებლობა.
- ◆ **მონიტორინგი** – აუცილებელია ჰემოდინამიკის და პულსოქსიმეტრიის უწყვეტი არაინვაზიური უწყვეტი მონიტორინგი. პაციენტებში, რომელთაც მძიმე ჰიპოტენზიისა და შოკის გამო უტარდებათ ინტრავენური სითხეების გადასხმა, აუცილებელია შარდის გამოყოფის მონიტორინგი.

- ◆ * ეს მედიკამენტები არ უნდა იქნას გამოყენებული საწყისი ან ერთადერთი მკურნალობის სახით.

მართვა მწვავე პერიოდში

რეფრაქტორული სიმპტომების მკურნალობა

- ◆ **ეპინეფრინის ინფუზია** – პაციენტებში, რომელთა თერაპიული პასუხი კუნთშიდა ეპინეფრინსა და ინტრავენურ ფიზიოლოგიურ ხსნარზე არაადეკვატურია, რეკომენდებულია ეპინეფრინის უწყვეტი ინფუზია, დაწყებული 0.1მკგ/კგ/წთ სიჩქარით. არტერიული წნევის, გულისცემის სინშირისა და ოქსიგენაციის მიხედვით უნდა მოხდეს დოზის ტიტრაცია.
- ◆ **ვაზოპრესორები** – ზოგ პაციენტს შეიძლება დასჭირდეს მეორე ვაზოპრესორი (გარდა ეპინეფრინისა). ყველა ვაზოპრესორი უნდა მიეწოდოს გადასასხმელი სისტემის საშუალებით, დოზის ტიტრაციით, არტერიული წნევის, გულისცემის სინშირისა და პულსოქსიმეტრიის მაჩვენებლების მიხედვით.
- ◆ **გლუკაგონი** – პაციენტები, რომლებიც იმყოფებიან ბეტა-ბლოკერებით მკურნალობაზე, შეიძლება არ დაემორჩილონ ეპინეფრინით თერაპიას, მათთვის რეკომენდებულია გლუკაგონი 1-5მგ ინტრავენურად 5 წუთის განმავლობაში, რასაც უნდა მოყვეს ინტრავენური ინფუზია 5-15მკგ/წთ სიჩქარით. გლუკაგონის სწრაფმა შეყვანამ შეიძლება გამოიწვიოს პირღებინება.

საწყისი შეფასება და მართვა

რას უნდა მიექცეს ყურადღება

პირველ რიგში ფოკუსირება სასუნთქ გზებზე, სუნთქვასა და ცირკულაციაზე, აგრეთვე მენტალურ სტატუსზე. ტუჩები, ენა და ხახა ფასდება ანგიოედემაზე, პაციენტს უნდა ვთხოვოთ წარმოთქვას საკუთარი სახელი, რათა შეფასდეს ხორხის შეშუპება. კანი უნდა დათვალიერდეს ურტიკარიის და ანგიოედემის არსებობაზე, რაც გვხმარება დიაგნოზის დადასტურებაში.

ეპინეფრინი

ეპინეფრინი სასწრაფოდ უნდა გაკეთდეს ბარდაყის ოთხთავა კუნთში შუა-გარეთა ზედაპირზე და თუ საჭიროა, მომზადდეს ეპინეფრინის ინტრავენური ინფუზია. სითხეების სწრაფი შეყვანის საჭიროებისთვის უნდა მომზადდეს ორი ინტრავენური კათეტერი 14-16 კალიბრის. ინტრაოსეური შეყვანა ალტერნატივაა, როცა ი/ვ წვდომა ვერ ხორციელდება.

პაციენტის პოზიცია

ზედა სასუნთქი გზების შეშუპების არარსებობისას პაციენტი თავსდება ზურგზე, აწეული ფეხებით, სასიცოცხლო ორგანოების პერფუზიის მაქსიმალიზაციის მიზნით (ორსულები უნდა დავაწვინოთ მარცხენა გვერდზე, ორსული საშვილოსნოთი ქვედა დრუ ვენის კომპრესიის თავიდან ასარიდებლად). აღნიშნული პოზიცია გვხმარება მძიმე ჰიპოტენზიის, გულის არაადეკვატური ავსების, უპულსო კარდიული აქტივობის პრევენციაში. ჰიპოპერფუზიის პირობებში პაციენტის ვერტიკალურ პოზიციაში გადაყვანამ, შესაძლოა, წამებში გამოიწვიოს სიკვდილი. (ე.წ. „ცარიელი პარკუჭის“ სინდრომი). თუმცა, პირები რესპირაციული დისტრესით ან პირღებინებით შესაძლოა, ვერ იტანდნენ ზურგზე მწოლიარე პოზიციას, რის გამოც ისინი უნდა მოთავსდნენ მათთვის კომფორტულ პოზიციაში, თუ შესაძლებელია, აწეული ქვემო კიდურებით.

ჟანგბადი და ფიზიოლოგიური ხსნარი

ჟანგბადი დასაწყისში უნდა მიეწოდოს არარეცირკულირებადი ნიღბით 15 ლიტრი/წთ ან კომერციული მაღალი ნაკადის უზრუნველმყოფი ნიღბით (რომელიც უზრუნველყოფს 70%-100% ჟანგბადის მიწოდებას) ნორმოტენზიურ მოზრდილებს ფიზიოლოგიური ხსნარი უნდა გადაესხათ 125 მლ/სთ ვენური წვდომის შესანარჩუნებლად, ბავშვებში გადასახმელი მოცულობა დამოკიდებულია სხეულის წონაზე.

ინტრავენური სითხეები

ი/ვ წვდომა უზრუნველყოფილი უნდა იქნას ანაფილაქსიის ყველა შემთხვევაში. სისხლძარღვების განვლადობის მატების გამო სითხის მასიური გადანაცვლება შესაძლებელია სწრაფად განვითარდეს და სისხლძარღვშიდა მოცულობის 35%-მდე წუთებში აღმოჩნდეს ექსტრაავაზალურ სივრცეში. ნებისმიერ პაციენტს, თუ ჰიპოტენზია არ ემორჩილება კუნთში ეპინეფრინის ინექციას, უნდა ჩაუტარდეს სითხეების დიდი მოცულობით გადასხმა. თერაპია უნდა ეფუძნებოდეს შემდეგ პრინციპებს:

- ◆ სითხეების გადასხმა დაუყოვნებლივ უნდა დაეწყოს ყველა პაციენტს ორთოსტაზით, ჰიპოტენზიით ან კუნთშიდა ეპინეფრინზე არასრული პასუხით.
- ◆ მოზრდილებს უნდა გადაესხათ 1-2 ლიტრი ფიზიოლოგიური ხსნარი, შეძლებისდაგვარად მაქსიმალური სიჩქარით მკურნალობის პირველ წუთებში. შეიძლება საჭირო გახდეს სითხის დიდი მოცულობა (7 ლიტრამდე).
- ◆ ბავშვებს ფიზიოლოგიური ხსნარი უნდა გადაესხათ ბოლუსით 20მლ/კგ, 5-10 წუთის განმავლობაში და გამეორდეს საჭიროებისამებრ. შესაძლოა, საჭირო გახდეს დიდი რაოდენობით სითხის გადასხმა (100მლ/კგ-მდე)

ინტრავენური სითხეები

სიტუაციების უმრავლესობაში ფიზიოლოგიურ ხსნარს უპირატესობა ენიჭება სხვა გადასასხმელ სითხეებთან შედარებით, რადგანაც სხვა სითხეებს გააჩნიათ პოტენციური ნაკლოვანებები:

- ◆ რინგერ-ლაქტატის ხსნარს შეუძლია პოტენციურად ხელი შეუწყოს ალკალოზის განვითარებას, თუმცა, ფიზიოლოგიური ხსნარის დიდი მოცულობით გადასხმა ასოცირებულია ჰიპერქლორემიული მეტაბოლური აციდოზის განვითარებასთან; ამდენად, თუ არსებობს ძალიან დიდი მოცულობით სითხეების გადასხმის საჭიროება, ზოგიერთი კლინიცისტი უპირატესობას ანიჭებს ფიზიოლოგიური ხსნარის ჩანაცვლებას რინგერ-ლაქტატით.
 - ◆ დექსტროზის გამოყენებისას სწრაფად ხდება მისი გადანაცვლება სისხლძარღვში და ცირკულაციიდან ექსტრავაზალურ სივრცეში
 - ◆ კოლოიდური ხსნარები (მაგალითად, ალბუმინი და ჰიდროქსიეთილსახამებელი) არ ხასიათდებიან უპირატესობით გადარჩენადობის თვალსაზრისით და მეტად ძვირადღირებულია.
- პაციენტზე უნდა განხორციელდეს ფრთხილი და უწყვეტი მონიტორინგი კლინიკური პასუხისა და სითხით გადატვირთვის შეფასების მიზნით.

ვაქცინაციის შემდეგ განვითარებული მწვავე ალერგიული რეაქციების დიაგნოსტიკა და მართვა ვაქცინაციის ცენტრში (EAACI, 2021)



კლინიკური შემთხვევა

- ◆ 37 წლის პრაქტიკულად ჯანმრთელ ქალბატონს ჩაუტარეთ სეზონური გრიპის საწინააღმდეგო აცრა. აცრიდან 15 წუთში ქალბატონს დაეწყო ქავილი და გამონაყარი ხელებზე. ის უჩივის „ყელის გადაკეთვის“ შეგრძნებას, მაგრამ არ აღნიშნავს საუბრის ან ყლაპვის გაძნელებას. პაციენტს არ აქვს გამოხატული ტუჩების ან ენის შეშუპება, ქოშინი, ტკივილი მუცლის არეში, პირღებინება ან ცხელება. გასინჯვისას სასიცოცხლო ნიშნები ნორმის ფარგლებშია. პაციენტი მოუსვენრდაა, იქავეს კისერს და მთელს მის კისერსა და ტანზე სწრაფად ჩნდება ურტიკარიის ტიპის გამონაყარი. ხმა ნორმალურია და ფილტვების აუსკულტაცია ნორმის ფარგლებშია.
- ◆ არის თუ არა ეს ანაფილაქსია, თუ მარტივად ალერგიული რეაქციაა და არ არის საჭირო აგრესიული მკურნალობა?

ანაფილასიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები (1)

ანაფილასიის დიაგნოზი მაღალი ალბათობით სავარაუდოა, თუ სახეზეა სამი კრიტერიუმიდან ერთ-ერთი:

1. დაავადების მწვავე დასაწყისი (წუთებიდან რამდენიმე საათამდე) კანის, ლორწოვანი გარსების ან ორივეს ჩართულობით (მაგ.: გენერალიზებული ურტიკარია, ქავილი ან აღმური, ტუჩების, ენის, ნაქის შეშუპება)

და მინიმუმ ერთი ჩამოთვლილიდან:

A. სუნთქვის დარღვევა (მაგ.: ქოშინი, მსტვინავი ხიხინი, ბრონქოსპაზმი, სტრიდორი, ჰიპოქსემია)

B. არტერიული წნევის დაქვეითება ან სამიზნე ორგანოების დისფუნქციის ასოცირებული სიმპტომები (მაგ.: ჰიპოტონია, კოლაფსი, სინკოპე, შარდის შეუკავებლობა)

ბავშვის შემთხვევაში დაბალი სისტოლური წნევა განისაზღვრება, როგორც: <70 მმ ვწყ სვ 1 თვიდან 1 წლამდე ასაკში; <70მმ ვწყ სვ + [2 x ასაკზე] 1 წლიდან 10 წლამდე ასაკში; <90 მმ ვწყ სვ 11 წლიდან 17 წლამდე ასაკში

არის თუ არა ამ პაციენტის შემთხვევაში ნაჩვენები ეპინეფრინი?

- ◆ თუ „ყელის გადაკეტვის“ შეგრძნებას ჩავთვლით მნიშვნელოვან რესპირაციულ სიმპტომად, რომელიც მიაჩნდება სუნთქვის დარღვევაზე, ასეთ შემთხვევაში პაციენტი აკმაყოფილებს ანაფილაქსიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს.
- ◆ ნებისმიერ პაციენტს, რომელიც აკმაყოფილებს ანაფილაქსიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს, აუცილებლად უნდა გაუკეთდეს ეპინეფრინი. ეპინეფრინი ერთადერთი მედიკამენტია, რომელიც ხასიათდება უპირატესობით სიკვდილიანობის მხრივ, ანაფილაქსიის დროს.

როგორ უნდა გაკეთდეს ეპინეფრინი: ინექციის დრო,
ადგილი და დოზა?

#1



დრო



ადგილი



დოზა

- ◆ ეპინეფრინი უნდა გაკეთდეს მაშინვე, როგორც კი დაისმება ანაფილაქსიის დიაგნოზი, ბარდაყის ოთხთავა კუნთის გარეთა შუა ნაწილში. დელტოიდურ კუნთში ეპინეფრინის ინექცია რეკომენდებული არ არის.
- ◆ ბარდაყის კუნთში ინექციისას ეპინეფრინის მაქსიმალური კონცენტრაცია შრატში 7-ჯერ უფრო სწრაფად მიიღწევა, ვიდრე მხარში შეყვანის შემთხვევაში.
- ◆ კაქვემა ინექციას უნდა მოვერიდოთ. კუნთში ინექციისას ეპინეფრინი პიკურ კონცენტრაციას აღწევს დაახლოებით 8 წუთში, მაშინ როცა კანქვეშ ინექციის დროს აღნიშნულს დაახლოებით 34 წუთი ჭირდება.



საინექციო ადგილი



ანაფილაქსიით სიკვდილის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზია ეპინეფრინის არასწორი დოზა. რა არის სწორი დოზა?

- ◆ ეპინეფრინის სწორი დოზა ანაფილაქსიის მკურნალობისას ნებისმიერი ასაკის პაციენტის შემთხვევაში არის 0.01მგ/კგ (მაქსიმუმ 0.5მგ) კუნთში, რომელიც უნდა გამოვრდეს 5 წუთში, თუ არ არის კლინიკური გაუმჯობესება.
- ◆ ეპინეფრინის არასაკმარისი დოზა ხშირი პრაქტიკული შეცდომაა. მაგ, 90კგ-იან მამაკაცს არ უნდა გაუკეთდეს მხოლოდ 0.3მგ; ნებისმიერ პაციენტს, რომლის წონა >50კგ, უნდა გაუკეთდეს ეპინეფრინის 0.5მგ კუნთში.



0.01მგ/კგ კუნთში

წყარო: <https://emergencymedicinescases.com/anaphylaxis-anaphylactic-shock/#>

ექინეფრინის დოზები

- ◆ ზრდასრულებში გამოიყენეთ 0,3-0,5 მგ ინტრამუსკულარული დოზა, წინასწარ გაზომილი შევსებული შპრიციდან ან ავტოინექტორიდან, ადმინისტრირება მოახდინეთ შუა ზედა ბარძაყის არეში.
- ◆ მაქსიმალური ერთჯერადი დოზა ზრდასრულისთვის არის 0,5 მგ
- ◆ **ადრენალინის ასაკობრივი დოზები (როდესაც უცნობია წონა):**
 - IM დოზა 1მლ-ში 1 მგ (1:1000) ადრენალინი;
 - მოზრდილებში და ბავშვებში >12 წლიდან: 0,5მგ IM (0.5 მლ);
 - 6-12 წლის ბავშვებში: 0,3 მგ IM (0.3 მლ);
 - 6 თვიდან 6 წლამდე ბავშვებში: 0,15 მგ IM (0.15 მლ);
 - <6 თვის ბავშვებში: 0,1-0,15 მგ IM (0.1-0.15 მლ).

ეპინეფრინის მოქმედების მექანიზმი

- ◆ **ალფა-1 ადრენერგული რეცეპტორების აგონისტური ეფექტი** – ვაზოკონსტრიქცია, პერიფერიულ სისხლძარღვთა რეზისტენტობის მატება, ლორწოვანი გარსების შეშუპების დაქვეითება (მაგ.: ზედა სასუნთქ გზებში).
- ◆ **ბეტა-1 ადრენერგული რეცეპტორების აგონისტური ეფექტი** – გაზრდილი ინოტროპული და ქრონოტროპული ეფექტები
- ◆ **ბეტა-2 ადრენერგული რეცეპტორების აგონისტური ეფექტი** – ბრონქოდილატაცია და ანთების მედიატორების გამოთავისუფლების დათრგუნვა პოხიერი უჯრედებიდან და ბაზოფილებიდან.

სიტუაციები, რომლებიც მოითხოვენ სიფრთხილეს, მაგრამ არ წარმოადგენს ეპინეფრინის გამოყენების აბსოლუტურ უკუჩვენებას ანაფილაქსიის დროს

- ◆ **პაციენტები გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით.** ეპინეფრინის გამოყენება ანაფილაქსიის დროს ხანდაზმულ პაციენტებში ასოცირებული იყო შედარებით ხშირ კარდიოვასკულურ არასასურველ ეფექტებთან, რაც მეტად არის გამოხატული ი/ვ შეყვანისას. კუნთშიდა ინექციების მიმართ ტოლერანტობა დამაკმაყოფილებელია.
- ◆ **პაციენტები, რომლებიც ღებულობენ მაო-ს ინჰიბიტორებს (რომლებიც აბლოკირებენ ეპინეფრინს) ან ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებს (რომლებიც ახანგრძლივებენ ეპინეფრინის მოქმედებას).**
- ◆ **პაციენტები გარკვეული წინარე მდგომარეობებით, როგორცაა, მაგალითად, ინტრაკრანიალური ოპერაციები, აორტის ანევრიზმა, არაკონტროლირებული ჰიპერთირეოზი ან ჰიპერტენზია და სხვა, რის ფონზეც შესაძლოა მოიმატოს ეპინეფრინთან დაკავშირებულმა გვერდითი ეფექტების რისკმა.**
- ◆ **პაციენტები, რომლებიც ღებულობენ სტიმულატორებს (მაგ.: ამფეტამინებს ან მეთილფენიდატს ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომის სამკურნალოდ) ან კოკაინს, რის ფონზეც შესაძლოა მოიმატოს ეპინეფრინთან დაკავშირებულმა გვერდითი ეფექტების რისკმა.**

დამატებითი თერაპია ანაფილაქსიის დროს

- ◆ **დამხმარე მედიკამენტები** — პრეპარატებს, რომელთა გამოყენება შესაძლებელია ანაფილაქსიის დროს ეპინეფრინზე დამატების სახით, მიეკუთვნება H1 ანტიჰისტამინები, H2 ანტიჰისტამინები, ბრონქოდილატატორები და გლუკოკორტიკოიდები.
- ◆ არც ერთი ჩამოთვლილი მედიკამენტი არ უნდა იქნას გამოყენებული საწყისი ან ერთადერთი მკურნალობის სახით, რადგანაც ისინი არ ამცირებენ ზედა ან ქვედა სასუნთქი გზების ობსტრუქციას, არ მოქმედებენ ჰიპოტენზიასა და შოკზე და არ წარმოადგენენ სიცოცხლის გადამრჩენ პრეპარატებს.

H1 ანტიჰისტამინები

- ◆ ეპინეფრინი პირველი რიგის მკურნალობაა ანაფილაქსიის დროს და არ არსებობს მისი ჩამნაცვლებელი ექვივალენტი.
- ◆ H1 ანტიჰისტამინები (მაგ.: დიფენჰიდრამინი და ცეტირიზინი) ამსუბუქებს ქავილს და ურტიკარიას. ისინი არ მოქმედებენ სასუნთქი გზების ობსტრუქციაზე, ჰიპოტენზიასა და შოკზე, სტანდარტული დოზით გამოყენებისას არ ამცირებენ მედიატორების გამოყოფას პოსიერი უჯრედებიდან და ბაზოფილებიდან. ანტიჰისტამინები უნდა მიეცეს მხოლოდ ეპინეფრინის შემდეგ.
- ◆ მეორე თაობის H1 ანტიჰისტამინები (მაგ.: ცეტირიზინი) ნაკლებ სედატიურია პირველი გენერაციის ანტიჰისტამინურებთან (მაგ.: დიფენჰიდრამინთან ან ჰიდროქსინთან) შედარებით. ცეტირიზინი გამოდის როგორც ი/ვ, ისე პერორალური ფორმით, რაც უპირატესობას ანიჭებს მას სხვა არასედაციურ ანტიჰისტამინებთან შედარებით, რომელთა გამოშვების ფორმა მხოლოდ პერორალურია.
- ◆ ანაფილაქსიის დროს დასაწყისში უპირატესობა ენიჭება ი/ვ შეყვანას. თუ ი/ვ წვდომა არ განხორციელებულა, პაციენტს შენახული აქვს ცნობიერება და არ იმყოფება ასპირაციის რისკის ქვეშ, შესაძლებელია პერორალური ფორმების გამოყენების განხილვაც.

H2 ანტიჰისტამინები

- ◆ **H2 ანტიჰისტამინები** (მაგ.: ფამოტიდინი) H1 ანტიჰისტამინებთან კომბინაციაში, დამატებითი სარგებელით ხასიათდება ურტიკარიის შემცირების თვალსაზრისით.
- ◆ მიუხედავად იმისა, რომ H2 ანტიჰისტამინები ზოგჯერ ინიშნება ანაფილაქსიის მკურნალობის მიზნით, ეს პრეპარატები არ მოქმედებენ ზედა სასუნთქი გზების ობსტრუქციასა და შოკზე.
- ◆ ფამოტიდინის გამოყენებისას (მოზრდილების დოზა 20მგ, პედიატრიული დოზა 0.25 მგ/კგ მაქსიმუმ 20მგ-მდე) შესაძლებელია განხორციელდეს პრეპარატის ი/ვ ინფუზია მინიმუმ 2 წუთის განმავლობაში.

ბრონქოდილატატორები

- ◆ ეპინეფრინის მიმართ რეფრაქტერული ბრონქოსპაზმის სამკურნალოდ შესაძლებელია საინჰალაციო ბრონქოდილატატორების (მაგ.: ალბუტეროლის, სალბუტამოლის) გამოყენება, რომელიც პაციენტს უნდა მიეწოდოს სპეისერით ან სახის ნიღბით (თუ პაციენტის ასაკი ან მდგომარეობა მოითხოვს აღნიშნულს), ან საჭიროებისამებრ, ნებულაიზერით /კომპრესორით.
- ◆ მსუბუქი რესპირაციული სიმპტომების დროს პაციენტს შეიძლება ალბუტეროლი მიეცეს დოზირებული ინჰალატორით.
- ◆ ბრონქოდილატატორები წარმოადგენენ ეპინეფრინზე დამატებით სამკურნალო მედიკამენტებს, რადგანაც ისინი არ ამცირებენ ზედა სასუნთქი გზების ლორწოვანის შეშუპებას ან შოკს, რისთვისაც აუცილებელია ეპინეფრინის ალფა 1-ადრენერგული ეფექტები.

გლუკოკორტიკოიდები

- ◆ გლუკოკორტიკოიდები ჩვეულებრივ, გამოიყენება ანაფილაქსიის მკურნალობაში; თუმცა, მათი სარგებელის შესახებ მტკიცებულებები არასაკმარისია.
- ◆ გლუკოკორტიკოიდების თერაპიული ეფექტის დაწყებას რამდენიმე საათი ჭირდება, შესაბამისად, ეს მედიკამენტები არ ხსნიან ანაფილაქსიის საწყის სიმპტომებსა და ნიშნებს.
- ◆ გლუკოკორტიკოიდების გამოყენების მიზანშეწონილობა შესაძლოა აიხსნას იმით, რომ თეორიულად გლუკოკორტიკოიდები ახდენენ ბიფაზური ან გახანგრძლივებული რეაქციების პრევენციას, რასაც ზოგჯერ აქვს ადგილი ანაფილაქსიის შემთხვევაში.

გლუკოკორტიკოიდები

- ◆ სარწმუნო მონაცემების და კონსენსუსის არარსებობის პირობებში, ავტორიტეტული წყაროები არ იძლევიან რეკომენდაციას გლუკოკორტიკოიდების დამატების შესახებ პაციენტებში, რომლებიც კარგად ემორჩილებიან ეპინეფრინით თერაპიას.
- ◆ მეორეს მხრივ, გლუკოკორტიკოიდები შეიძლება სასარგებლო იყოს პაციენტებში მძიმე სიმპტომებით, რომლებიც მოითხოვს ჰოსპიტალიზაციას, ან პაციენტებში დადგენილი ასთმით და მნიშვნელოვანი ბრონქოსპაზმით, რომელიც რჩება ანაფილაქსიის სიმპტომების და ნიშნების ალაგების შემდეგ.
- ◆ გლუკოკორტიკოიდების გამოყენებისას საკმარისია მეთილპრედნიზოლონი დაინიშნოს 1-2მგ/კგ დოზით ერთი ან ორი დღის განმავლობაში და აღნიშნულის შემდეგ შესაძლებელია მედიკამენტი უცბად მოიხსნას, დოზის თანდათანობით შემცირების გარეშე.

რამდენ ხანს უნდა დაყოვნდეს პაციენტი ალერგიული რეაქციით (ანაფილაქსიით ან ანაფილაქსიის გარეშე) გადაუდებელი დახმარების ცენტრში? რომელ პაციენტებს ესაჭიროებათ შედარებით ხანგრძლივი მეთვალყურეობა?

- ◆ ტრადიციულად, ანაფილაქსიის შემთხვევაში გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში პაციენტზე დაკვირვება მიმდინარეობს 4-6 საათის განმავლობაში გაწერამდე. ზოგიერთი ექსპერტი რეკომენდაციას იძლევა, პაციენტზე დაკვირვება განხორციელდეს მანამ, სანამ ის ასიმპტომური არ გახდება. შედარებით ხანგრძლივი დაკვირვება რეკომენდებულია იმ პაციენტებთან, რომელთაც მძიმე ანაფილაქსიის მომატებული რისკი გააჩნიათ.
- ◆ **მძიმე ანაფილაქსიის რისკფაქტორებია:**
- ◆ პაციენტები ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტურ თერაპიაზე
- ◆ სიმპტომების ადრეული გამოვლინება და მკურნალობის გვიან დაწყება
- ◆ ასთმა
- ◆ ანამნეზში მძიმე ალერგიული რეაქციები

პაციენტის მონიტორინგი ანაფილასის შემდგომ

- ◆ პაციენტები, რომელთა მდგომარეობა არ ემორჩილება პირველადი დახმარების ღონისძიებებს, დაუყოვნებლივ გადაყვანილ უნდა იქნენ უახლოესი ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში.
- ◆ რეკომენდებულია, ანაფილასის რეაქციის დაწყებიდან 15 წუთის შემდეგ 2-3 საათის განმავლობაში მოხდეს სისხლის აღება შრატის ტრიპტაზის განსაზღვრისა და ანაფილასის დადასტურების მიზნით.

ტრიპტაზის განსაზღვრა ანაფილაქსიის დასადასტურებლად

ტრიპტაზა (შრატი ან პლაზმა)

როლის შევაროვოთ ნიმუშები:

სისხლის შეგროვება უნდა მოხდეს სიმპტომების დაწყებიდან 15 წუთსა და 3 საათს შორის შუალედში, შესაძლებლობის მიხედვით. სიმპტომების დაწყებიდან 15 წუთამდე ან 3 საათის შემდეგ შეგროვილი სისხლი დიდი ალბათობით იქნება ნაკლებ ინფორმატიული შემცირებული სენსიტიურობის გამო.

როგორ შევაროვოთ ნიმუშები:

სისხლის აღება შესაძლოა სტანდარტული ტექნიკით. შევაროვოთ სისხლი შრატისთვის (ტუბი წითელი თავსახურით) ან პლაზმა (ტუბი ჰეპარინით, ციტრატით ან EDTA-ით). რეკომენდებულია მინიმუმ 1 მლ .

სიკვდილის შემდგომი ნიმუშებისთვის შევაროვოთ სისხლი ბარდაყის არტერიიდან ან ვენიდან და არა გულიდან.

როგორ მოვექცეთ ნიმუშებს:

შრატი ან პლაზმა უნდა მოთავსდეს ყინულზე და გაიყინოს რაც შეიძლება სწრაფად. თუ ანალიზის ადგილზე ჩატარება შეუძლებელია გაყინული ნიმუშები უნდა გაიგზავნოს კურიერის მეშვეობით იმავე დღეს.

უნდა ვიფიქროთ თუ არა ბიფაზური რეაქციის შესაძლებლობაზე, პაციენტზე დაკვირვების დროის განსაზღვრისას? და რამდენად ეფექტურია სტეროიდები ბიფაზური რეაქციების პრევენციის მიზნით ანაფილაქსიის დროს?

- ◆ დაკვირვებითი კვლევების მონაცემები მეტყველებს, რომ ანაფილაქსიის ბიფაზური რეაქცია შეიძლება განვითარდეს საწყისი ეპიზოდთან 1-72 საათის პერიოდში პაციენტთა დაახლოებით 2-5%-ში.
- ◆ **ბიფაზური რეაქცია** ხასიათდება საწყისი ეპიზოდით, რომელიც აკმაყოფილებს ანაფილაქსიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს, რასაც თან სდევს უსიმპტომო შუალედი 1 საათის ან მეტის განმავლობაში და შემდეგ ანაფილაქსიისთვის დამახასიათებელი სიმპტომების დაბრუნება, ანტიგენტან შემდგომი კონტაქტის გარეშე.
- ◆ **გახანგრძლივებული ან მდგრადი ანაფილაქსიური რეაქცია** გრძელდება საათების და ზოგჯერ დღეების განმავლობაში, სიმპტომების სრული აღაგების მკაფიო მტკიცებულების გარეშე. გახანგრძლივებული ანაფილაქსიის ზუსტი სიხშირე უცნობია, თუმცა, როგორც ჩანს, ის არცთუ იშვიათად გვხვდება. ზოგიერთი ექსპერტი იძლევა რეკომენდაციას, რომ ანაფილაქსია ჩაითვალოს გახანგრძლივებულად, თუ სიმპტომები პერსისტირებს მინიმუმ 4 საათის განმავლობაში.

გახანგრძლივებული ანაფილაქსიური რეაქცია - კლინიკური შემთხვევა

- ◆ 33 წლის მამაკაცს განუვითარდა ურტიკარიის ტიპის გამონაყარი საზარდულის არეში, რასაც მეორე დღეს მოყვა მუცლის სპაზმური ტკივილი და შებერილობა, პირღებინება, ტუჩების ანგიოედემა, მსტვინავი სუნთქვა, „ყელის გადაკეტვის“ შეგრძნება და გენერალიზებული ურტიკარია. პაციენტმა სიმპტომები დაუკავშირა მოლუსკებს, რომლებიც მიირთვა 14 საათის წინ. მე-3 დღეს სიმპტომები კუჭ-ნაწლავის მხრივ გაგრძელდა და პაციენტს დაეწყო გარდამავალი თავბრუსხვევა. მამაკაცმა საავადმყოფოს მიმართა მე-4 დღეს, ჩივილებით გახანგრძლივებულ ურტიკარიაზე, დისკომფორტზე კუჭ-ნაწლავის მხრივ და მსუბუქ ტაქიკარდიაზე. პაციენტის შეფასებამ ვერ გამოავლინა რაიმე მნიშვნელოვანი შედეგი, მას ჩაუტარდა მკურნალობა დიფენჰიდრამინით, ციმეტიდინით და ი/ვ გადასხმებით, რასაც მოყვა თანდათანობით გაუმჯობესება შემდგომი ორი დღის განმავლობაში. დაავადების მე-4 და მე-5 დღეს აღებული შრატის ტრიპტაზას მაჩვენებლები იყო მომატებული, რაც დაუბრუნდა ნორმას რამდენიმე თვის შემდეგ. შრატში მოლუსკ-სპეციფიკური იმუნოგლობულინი E (IgE) ნეგატიური იყო ჰოსპიტალიზაციის მომენტში, თუმცა რამდენიმე თვის შემდეგ აღმოჩნდა სუსტად პოზიტიური.

ბიფაზური ანაფილაქსიური რეაქცია - კლინიკური შემთხვევა

- ◆ 76 წლის მამაკაცს ატოპიით, რომელსაც დაახლოებით 15-ჯერ უკბინა კრაზანამ, 10 წუთის შემდეგ განუვითარდა ურტიკარია, ერითემა და ჰიპოტენზია (90/60 მმ ვწყ სვ, გაზომილი ოჯახის წევრის მიერ). ბინაზე გამოიძახეს ექიმი. გასინჯვისას პაციენტს აღენიშნებოდა ნიშნები და სიმპტომები კანის მხრივ, მაგრამ ობიექტურად არ ვლინდებოდა ნორმიდან გადახრა სასუნთქი, ცენტრალური ნერვული და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ, ხოლო არტერიული წნევა დაუბრუნდა ნორმას (120/70 მმ ვწყ სვ).
- ◆ პაციენტს გაუკეთდა პარენტერალურად ანტიჰისტამინი და გლუკოკორტიკოიდი და 45 წუთის განმავლობაში იმყოფებოდა ბინაზე ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. ურტიკარია ჩაცხრა და ექიმმა დატოვა პაციენტი. ექიმის წასვლიდან დაახლოებით 40 წუთში პაციენტს კვლავ განუვითარდა ურტიკარია, რასაც მოყვა კისრის ანგიონევროზული შეშუპება, სიმპტომები გაუარესდა, რის გამოც ექიმი განმეორებით გამოიძახეს. რენიმაციის მცდელობების მიუხედავად, პაციენტი გარდაიცვალა. აუტოფსიით დადგინდა „ფილტვების, თავის ტვინის, ხორხის და ნაწლავების გენერალიზებული შეშუპება, ანაფილაქსიისთვის დამახასიათებელი მძიმე სისტემური რეაქციის გამო.“

ბიფაზური ანაფილაქსიური რეაქციის შესაძლო რისკფაქტორები

- ◆ არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, შეუძლებელია წინასწარ განისაზღვროს, რომელ პაციენტს განუვითარდება ბიფაზური რეაქცია. 2020 წლის სისტემურ მიმოხილვაში გამოვლინდა შემდეგი რისკფაქტორები:
- ◆ **საწყისი მძიმე სიმპტომები** — ეპინეფრინის ერთზე მეტი დოზის საჭიროებია საწყისი ეპიზოდისას და მძიმე საწყისი სიმპტომები, როგორცაა, მაგალითად ჰიპოტენზია, ბიფაზური რეაქციების რისკფაქტორია;
- ◆ **ეპინეფრინის დაგვიანებული ან არაადეკვატური დოზა** — ეპინეფრინის დაგვიანებული ან არაადეკვატური მიწოდება ასოცირებულია ბიფაზური რეაქციების რისკის მატებასთან.

ბიფაზური ანაფილაქსიური რეაქციის პრევენცია

- ◆ ეპინეფრინით სასწრაფო მკურნალობა, რასაც თან სდევს სიმპტომების სრული აღაგება, ბიფაზური ანაფილაქსიური რეაქციის ყველაზე ეფექტური პრევენციული საშუალებაა.
- ◆ დამატებითმა თერაპიულმა საშუალებებმა, როგორცაა მაგალითად ანტიჰისტამინები და გლუკოკორტიკოიდები, ვერ გამოავლინა ეფექტურობა ბიფაზური რეაქციების პრევენციის მიზნით.

გლუკოკორტიკოიდების როლი ბიფაზური ანაფილაქსიური რეაქციის პრევენციაში

- ◆ გლუკოკორტიკოიდები ზოგჯერ ინიშნება ანაფილაქსიის მკურნალობისას, თუმცა ისინი ნაკლებად მოქმედებენ მწვავე სიმპტომებზე, რადგანაც პოხიერი უჯრედები შედარებით რეზისტენტულია მათი ფარმაკოლოგიური აქტივობისადმი, ხოლო მოქმედება მოგვიანებით იწყება (4-6 საათში). თეორიულად არსებობს მოსაზრება, რომ გლუკოკორტიკოიდებს აქვთ ბიფაზური რეაქციების პრევენციის უნარი, მოგვიანებითი ანთებითი ცვლილებების დათრგუნვის გზით.
- ◆ თუმცა, 2020 წლის სისტემურ მიმოხილვაში ვერ გამოვლინდა გლუკოკორტიკოიდების სარგებელი ბიფაზური რეაქციების პრევენციის კუთხით, ხოლო 18 წლამდე პაციენტებს, რომელთაც მკურნალობა უტარდებოდათ გლუკოკორტიკოიდებით, ბიფაზური რეაქციების მცირედ მომატებული რისკი აღენიშნებოდათ. აღსანიშნავია, რომ ამ მტკიცებულების დონე ძალიან დაბალია, მაგრამ ამერიკული კლინიკური პრაქტიკის სტანდარტებით არ არის რეკომენდებული გლუკოკორტიკოიდების გამოყენება ბიფაზური რეაქციების პრევენციის მიზნით.
- ◆ აღნიშნულის საპირისპიროდ, გლუკოკორტიკოიდები ზოგჯერ ენიშნებათ პაციენტებს ანაფილაქსიის შემდეგ, სახის/პირ-ხახის ანგიონევროზული შეშუპებით ან მნიშვნელოვანი ასთმური სიმპტომებით. გლუკოკორტიკოიდების გამოყენება ამ მიზნით შესწავლილი არ არის და დაშვებულია.

რის შესახებ უნდა ჩაუტარდეს კონსულტირება პაციენტს ანაფილაქსიის შემდეგ?

ყველა პაციენტი ანაფილაქსიის მკურნალობის შემდეგ ბინაზე გაწერისას უნდა იყოს უზრუნველყოფილი შემდეგით:

- ◆ ანაფილაქსიაზე სასწრაფო რეაგირების წერილობითი გეგმა, სადაც მითითებულია როგორ უნდა მოხდეს ანაფილაქსიისთვის დამახიასითებული სიმპტომებისა და ნიშნების ამოცნობა და ეპინეფრინის აუტოინექტორის გამოყენება;
- ◆ თუ შესაძლებელია, ეპინეფრინის აუტოინექტორის გამოწერა და ინსტრუქცია მისი მოხმარების შესახებ;
- ◆ დაბეჭდილი ინფორმაცია ანაფილაქსიისა და მისი მკურნალობის შესახებ;
- ◆ დოკუმენტირებული რჩევა ალერგოლოგის კონსულტაციაზე ან რეფერალი ფორმა N100-ით

ეპინეფრინის ავტოინექტორის გამოყენების ინსტრუქცია ჰაციენტისთვის ანაფილაქსიის შემდგომ ბინაზე გაწერისას

1. ამოიღეთ ავტოინექტორი შეფუთვიდან
2. მოაცილეთ დამცავი მექანიზმი და დარწმუნდით, რომ „ლურჯი ბოლო მიმართულია ცისკენ, ხოლო ნარინჯისფერი - ბარდაყისკენ“
3. მჭიდროდ დააწექით ავტოინექტორით ბარდაყის გარეთა შუა ზედაპირს (თუ საჭიროა შარვლის გაუხდელად), სანამ არ გაიგებთ ტკაცუნის ხმას.
4. ძლიერად დააჭირეთ ავტოინექტორი ბარდაყის ზედაპირზე დაახლოებით 10 წამის განმავლობაში, რათა შეიყვანოთ წამალი;
5. მოაცილეთ ავტოინექტორი ბარდაყს და დარეკეთ 112-ზე.



შესაძლებელია თუ არა, რომ იზოლირებული ჰიპოტენზია იყოს ანაფილაქსიის ერთადერთი გამოვლინება?

- ◆ **კლინიკური შემთხვევა:** 63 წლის მამაკაცი მიღებაზე მოიყვანა მეუღლემ, 30 წუთით ადრე ის თავს დამაკმაყოფილებლად გრძნობდა, შემდეგ დაეწყო თავბრუსხვევა და ზოგადი სისუსტე, რაც შეამჩნია მეუღლემ და გადაწყვიტა მიეყვანა ექიმთან. გასნიჯვით გლაზგოს კომის სკალის ქულა არის 13, ხოლო არტერიული წნევა 72/35 მმ ვწყ სვ. პაციენტს დიაგნოსტირებული აქვს ჰიპერტენზია, სხვა პრობლემები ჯანმრთელობის მხრივ არ აქვს. ანამნეზში არ აღნიშნავს ტკივილს გულის არეში, ქოშინს, გულის ფრიალს, თავის ტკივილს, წელის ტკივილს, ცხელებას, პირღებინებას, დიარეას ან მელენას. რამდენიმე დღის წინ მოგმართათ გახშირებული შარდვის გამო და თქვენ გამოუწერეთ ტრიმეტოპრიმ-სულფომეტოქსაზოლი ცისტიტის სამკურნალოდ. პაციენტმა პრეპარატის მიღება დაიწყო 1 საათის წინ. რა არის სავარაუდო დიაგნოზი?

ანაფილაქსიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები (3)

ანაფილაქსიის დიაგნოზი მაღალი ალბათობით სავარაუდოა, თუ სახეზეა სამი კრიტერიუმიდან ერთ-ერთი:

3. არტერიული წნევის დაქვეითება კონკრეტული პაციენტისთვის ცნობილ ალერგენტთან კონტაქტიდან მალევე (წუთებიდან რამდენიმე საათამდე):

A. ჩვილებში და ბავშვებში - დაბალი სისტოლური წნევა (ასაკისთვის სპეციფიკური)* ან სისტოლური წნევის დაქვეითება 30%-ზე მეტად

B. მოზრდილებში - სისტოლური წნევა <90 მმ ვწყ სვ ან 30%-ით დაქვეითება საწყისი მაჩვენებლიდან

ბავშვის შემთხვევაში დაბალი სისტოლური წნევა განისაზღვრება, როგორც: <70 მმ ვწყ სვ 1 თვიდან 1 წლამდე ასაკში; <70მმ ვწყ სვ + [2 x ასაკზე] 1 წლიდან 10 წლამდე ასაკში; <90 მმ ვწყ სვ 11 წლიდან 17 წლამდე ასაკში

შესაძლებელია თუ არა, რომ იზოლირებული ჰიპოტენზია იყოს ანაფილაქსიის ერთადერთი გამოვლინება?

- ◆ ალერგენის ექსპოზიციის შემდეგ იზოლირებული ჰიპოტენზია საკმარისია ანაფილაქსიის დიაგნოზის დასამუდგად.
- ◆ პაციენტთა დაახლოებით 20%-ს არ აღენიშნება გამონაყარი ანაფილაქსიური რეაქციის დროს.
- ◆ მართალია, ამ პაციენტს შესაძლოა, აღენიშნებოდეს სეპტიური შოკი, რომლის გათვალისწინება აუცილებელია დიფერენციული დიაგნოზისას, მაგრამ ის ასევე აკმაყოფილებს ანაფილაქსიის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს, რომელიც მეტად სენსიტიურია თერაპიის დაწყების დროის მიმართ, ვიდრე სეპტიური შოკი.



ადწერეთ სამოქმედო გეგმა



გახსოვდეთ!

ანაფილაქსია შესაძლოა გამოვლინდეს იზოლირებულად ჰიპოტენზიით, ან ჰიპოტენზიითა და პირღებინებით, ან ჰიპოტენზიითა და მსტვინავი სუნთქვით, გამონაყარის გარეშე. აღნიშნულის ამოცნობის დაგვიანებამ შესაძლოა გამოიწვიოს არასწორი დიაგნოსტიკა და სიკვდილი.



**შემდგომი
მეთვალყურეობა**

კონსულტირება და რეფერალი

- ◆ აბრევიატურა "SAFE" განკუთვნილია კლინიცისტებისთვის, ოთხი ძირითადი პრინციპის შესახსენებლად იმ პაციენტების შემთხვევაში, რომლებიც ეწერებიან ბინაზე ანაფილაქსიის გამო ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ.
- ◆ ეს პრინციპებია: **S**eek support - მოიძიე დახმარება , **A**llergen identification and avoidance - ალერგენის იდენტიფიცირება და მორიდება, **F**ollow-up for specialty care - სპეციალისტის შემდგომი მეთვალყურეობა, და **E**pinephrine for emergencies - ეპინეფრინი გადაუდებელი შემთხვევებისთვის.



გმადლობთ!



CREDITS: This presentation template was created by [Slidesgo](#), and includes icons by [Flaticon](#), and infographics & images by [Freepik](#)

Please keep this slide for attribution