O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRINING

B U Y R U G ‘ I

20 24 yil “09- ” sentabr **№ 290**

Toshkent sh.

Davolash profilaktika muassasalari uchun Milliy klinik protokol va Milliy klinik standartlarni tasdiqlash hamda tibbiyot amaliyotiga joriy etish to‘g‘risida

O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti huzurida 2024-yil 5-fevralda bo‘lib o‘tgan 9-son yig‘ilish bayonida berilgan xalqaro tajriba asosida 300 ta klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish topshirig‘i ijrosini ta’minlash maqsadida, **buyuraman:**

1. Davolash profilaktika muassasalarida ko‘rsatiladigan ambulator, statsionar yordam xussusiyatlari hamda tibbiy yordam ko‘rsatish hajmidan kelib chiqib 38 ta tibbiyot yo‘nalishlaridan 110 ta nozologiyalari bo‘yicha xorijiy tajriba asosida ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollar **ro‘yxati 1-ilovaga**;

2. Sog’liqni saqlash vazirligining joriy yil 29-martdagi 107-son hamda 14-iyundagi 195-son buyruqlari bilan tasdiqlangan 31 ta tibbiyot yo‘nalishlaridan 71 ta nozologiyalar bo‘yicha Milliy klinik protokollarga muvofiq ishlab chiqilgan Milliy klinik standartlar **ro‘yxati 2-ilovaga muvofiq tasdiqlansin.**

3. Tibbiy yordamni tashkillashtirish departamenti (U.Gaziyeva), Onalik va bolalikni muhofaza qilish boshqarmasi (F.A.Fozilova), Xususiy tibbiyot va tibbiy turizmni rivojlantirish bo‘limi (Sh.Gulyamov), Tibbiy sug‘urta boshqarmasi (Sh.Almardanov), Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo‘limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari, Tibbiyot oliy ta’lim muassasalari rahbarlari, Sog‘liqni saqlash vazirligining Bosh mutaxassis (konsultant)lari:

mazkur buyruqning 1- va 2-ilovalaridagi Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalariga yetkazilishi ta’minlansin.

4. Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo‘limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari, Tibbiyot oliy ta’lim muassasalari rahbarlari, Sog‘liqni saqlash vazirligining Bosh mutaxassis (konsultant)lari,

Barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida ko‘rsatiladigan ambulator va statsionar yordam xussusiyatlari hamda tibbiy yordam ko‘rsatish hajmidan kelib chiqib 3 oy muddatda 1-ilovadagi 38 ta tibbiyot

yo‘nalishlaridan 110 ta nozologiyalari bo‘yicha ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollarga muvofiq Milliy klinik standartlari ishlab chiqilsin va tasdiqlansin;

2025-yil 10-yanvarga qadar mazkur buyruqning ilovalarida keltirilgan nozologiyalar bo‘yicha ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarining amaliyotiga bosqichma-bosqich joriy qilinsin, **bunda:**

Sog‘liqni saqlash vazirining 2024-yil 23-fevraldagi 52-son buyrug‘idagi Metodologiyaning ikkinchi bosqichiga muvofiq mazkur buyruq bilan tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarning mazmun mohiyati yuzasidan onlayn/oflayn o‘quv-seminarlar, master-klasslar o‘tkazilsin;

Metodologiyanig uchinchi bosqichiga muvofiq mazkur buyruq bilan tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarga bo’yicha tashxislash va davolash jarayonini olib borishni yo‘lga qo‘yish maqsadida baholash va monitoringni o‘tkazish orqali amaliy yordam ko‘rsatish ishlari olib borilsin.

5. Fan-ta’lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O‘.Ismailov) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni 2025-2026 o‘quv yilidan boshlab O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiy oliy ta’lim muassasalarining bakalavriat, magistratura, klinik ordinatura bosqichlari, shuningdek shifokorlarni qayta tayyorlash va malakasini oshirish bo‘yicha o‘quv dasturlariga kiritilgan holda ta’lim jarayonini tashkil qilinishini ta’minlasin.

6. Qoraqalpog‘iston Respublikasi sog‘liqni saqlash vaziri, viloyatlar va Toshkent shahar sog‘liqni saqlash boshqarmalari boshliqlariga mazkur buyruq bilan tasdiqlangan nozologiyalar bo‘yicha Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida amaliyotga joriy etilishini nazorat qilish vazifasi yuklatilsin.

7. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlsh vazirligi tasarrufidagi barcha davolash-profilaktika muassasalari hamda respublika tibbiyot oliy t’alim muassasalari rahbarlari Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni ishlab chiqish, amaliyotga joriy qilish yuzasidan o’quv seminarlar o‘tkazish va monitoring jarayonlariga jalb etilgan mutaxassislarga yetarli shart-sharoit yaratish, qonunchilikda belgilangan tartibda rag‘batlantirib borish choralarini ko‘rsin.

8. Nazorat inspeksiyasi (A.Alijonov) rejali va rejadan tashqari tekshirishlarda tasdiqlangan nozologiyalar bo‘yicha Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarning tibbiyot amaliyotiga joriy etilishi hamda ularga rioya qilinishi ustidan nazorat o‘rnatish vazifasi yuklatilsin.

9. Raqamli texnologiyalarni joriy etish va muvofiqlashtirish bo‘limi (N.Eshnazarov) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni vazirlikning rasmiy veb-saytiga joylashtirish choralarini ko’rilsin.

10. Matbuot xizmati bo‘limi (F.Sanayev) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni mazmun mohiyatini ommaviy axborot vositalari orqali targ‘ibot qilishni ta’minlasin.

11. Mazkur buyruq qabul qilinishi munosabati bilan Sog'liqni saqlash vazirinig 2023-yil 13-dekabrdagi "Davolash profilaktika muassasalari uchun klinik protokollar va standartlarni tasdiqlash to'g'risida"gi 322-son buyrug'i o'z kuchini yoqotgan deb topilsin.

12. O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirining 2021-yil 30-noyabrdagi "Davolash-profilaktika muassasalari uchun klinik bayonnomalar hamda kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini tasdiqlash tog'risida"gi 273-son buyrug'ining tegishli ilovalaridagi nozologiyalari mazkur buyruqning 3-ilovasidagi klinik protokollar va standartlari nozologiyalarining ro'yhati joriy yilning 20-noyabridan boshlab o'z kuchini yoqotgan deb topilsin.

13. Mazkur buyruq ijrosining nazorati vazir o'rinbosari F.Sharipov zimmasiga yuklansin.

Vazir v.b. **A.Xudayarov**

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI * BUYRUQLAR UCHUN

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлиги
2024 йил "9"сентябрдаги
290-сон буйругига
1-илова

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

МИЛЛИЙ БОЛАЛАР ТИББИЁТ МАРКАЗИ.
ТОШКЕНТ ПЕДІАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ.
ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ.

” БОЛАЛАРДА АНАФИЛАКТИК ШОК" НОЗОЛОГИЯСИНИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ – 2024

"КЕЛИШИЛГАН"
Болалар миллий тиббиёт
маркази директори
_____ Б.Ғ. Умаров
_____ 2024 йил

” БОЛАЛАРДА АНАФИЛАКТИК ШОК" НОЗОЛОГИЯСИНИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ – 2024

Мундарижа

1. Болаларда анафилактик шок диагностикаси ва даволаш миллий клиник протоколи, таснифи …… . . 9

2. Болаларда анафилактик шок ташхиси ва даволаш миллий клиник протоколи, диагностика мезонлари ……. 11

3. Болаларда анафилактик шок диагностикаси ва даволаш, интенсив терапия миллий клиник протоколи. …… . ……..… 14

” БОЛАЛАРДА АНАФИЛАКТИК ШОК" НОЗОЛОГИЯСИНИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Кириш

Код(лар) -10 /11

ҲКТ -10/11	
T78.0 - овқатга ғайритабиий реактсия натижасида келиб чиққан анафилактик шок. T78.2 - Анафилактик шок, аниқланмаган. T80.5 - зардобни юбориш билан боғлиқ анафилактик шок. T88.6 - патологик реактсиядан келиб чиққан анафилактик шок белгиланган ва тўғри киритилган дори.	
	https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%D1%88%D0%BE%D0%BA-2019/16524

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси : 2023 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2026 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлиши билан. Тақдим этилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник баённома ва стандартни ишлаб чиқиш учун масул муассаса:
Болалар миллий тиббиёт маркази
Тошкент педиатрия тиббиёт институти
Тиббиёт ходимларини ривожлантириш ва малакасини ошириш маркази

Қуйидагилар клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ёрдам берди:
Ишчи гуруҳ таркиби:
1. Сатвалдиева Э. А. - тиббиёт фанлари доктори профессор, ишчи гуруҳ раҳбари :, Миллий болалар тиббиёт маркази анестезиология ва реанимация бўлими мудири, Тошкент ПМИ анестезиология ва реанимация бўлими мудири . Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош болалар анестезиологи ва реаниматологи.
2. Хамраева Гулчеҳра Шахобовна - Тиббиёт ходимларини ривожлантириш ва малакасини ошириш маркази педиатрия анестезиология ва реанимация кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, дотсент
3. Мухитдинова Хурия Нуритдиновна – тиббиёт фанлари доктори, Тиббиёт ходимларини ривожлантириш ва малакасини ошириш маркази педиатрия анестезиология ва реанимация кафедраси профессори.
4. Усмонов Рифкат Ринатович - Миллий болалар тиббиёт маркази неонатал ва юрак реанимацияси бўлими шифокори
5. Хожиев Бахриддин Фарходович – Миллий болалар тиббиёт маркази операция бўлими мудири , ТошПТИ анестезиология ва реанимация кафедраси ассистенти
6. Ашурова Гулчеҳра Зокиржоновна - ТошПТИ анестезиология ва реаниматология кафедраси ассистенти ва Миллий болалар тиббиёт маркази реаниматологи
7. Шакарова Меҳри Улашевна - ТошПТИ анестезиология ва реанимация кафедраси ассистенти .
8. Саломов Улуғбек Иноятович - Самарқанд вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази ОТМ мудири.

Тақризчилар:
1. Ибрагимов N.K. – ТМА анестезиология ва реаниматология кафедраси мудири

Ташқи экспертиза
1. Сепбаева A.D. – тиббиёт фанлари доктори, профессор, болалар анестезияси ва реанимацияси курси билан болалар хирургияси кафедраси мудири. Академик K.S. Ормантаева. Асфендияров номидаги КазНМУ, Қозоғистон Республикаси, Олмаота.
Клиник протокол 2023 йил декабрь ойида Миллий болалар тиббиёт маркази кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

Техник кўриб чиқиш ва таҳрирлаш:

1. Ибрагимов Неъматжон Комилжонович -Тошкент тиббиёт академияси

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассисларининг эксперт баҳоси:

1. Алимов Ахрорбек Абдурасулович – Миллий болалар тиббиёт маркази

Мазкур клиник протокол ва стандарт вазир ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори Ф. Шарипов, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш Алмардонов, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи бошчилигида ташкилий-услубий ёрдам билан ишлаб чиқилган. , тиббиёт фанлари доктори. С Убайдуллаева, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бош мутахассислари Ш Нуримова ва Г Джумаевалар.

Мухокама : БМТМ Кенгаши 2023 йил 20 декабрдаги 12-сон

Протоколда қўлланиладиган қисқартмалар;
ҚБ - қон босими
АШ - анафилактик шок
ГС - глюкокортикостероидлар
ИВ– томир ичи
ИМ – мушакка
ЯҚНСД - яллиғланишга қарши ностероид дорилар
ЮУР - Юрак-ўпка реанимация
ЭКГ - электрокардиограмма

Ушбу нозология учун протокол фойдаланувчилари

1. Болалар анестезиологияси ва реанимацияси мутахассислари,
2. Шошилинч шифокорлар,
3. Педиатрлар
4. Кардиологлар
5. Умумий амалиёт шифокорлари
6. Терапевтлар
7. Болалар жарроҳлари
8. Функционал диагностика бўйича шифокорлар.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси 0-18 ёшдаги болалар;

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи (ЛЕ)

	Далиллар даражаси
1	Маълумотномаларни тизимли кўриб чиқиш - назорат остидаги тадқиқотлар ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Индивидуал маълумотнома- назорат остидаги тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизатсияланган клиник синовлар ва мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник синовлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Малумот усули бўйича кетма-кет назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ҳисоботи
5	Ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси учун фақат мантиқий асос мавжуд

Профилактик, терапевтик ва реабилитатсия тадбирлари учун далиллар даражасини (ЛЕ) баҳолаш учун шкала

	Далиллар даражаси
1	Мета-таҳлил ёрдамида РТларни тизимли кўриб чиқиш
2	Танланган РТлар ва мета-таҳлил ёрдамида РТлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан. коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, мисоллар ҳисоботлари ёки ҳолатлар серияси, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг таъсир қилиш механизми (клиникгача тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси учун асос мавжуд

Тавсия даражасининг мустаҳкамлиги (СРЛ) шкаласи

	Тавсияларнинг ишончли даражаси
А	Кучли тавсия (барча самарадорлик чора-тадбирлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
Б	Шартли тавсиялар (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди)
С	Заиф тавсия (адекват сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

Асосий қисм.

Анафилаксия - ҳаёт учун хавфли тизимли юқори сезувчанлик реакцияси. Бу нафас олиш тизимидаги потентсиал ҳаёт учун хавфли гемодинамик ўзгаришлар ва/ёки бузилишларнинг тез ривожланиши билан тавсифланади. Гемодинамик ва нафас олиш бузилишисиз тери, шиллиқ пардалар ва ошқозон-ичак трактининг шикастланиши билан анафилаксия ривожланиши мумкин.

Анафилактик шок (АШ) - анафилаксия натижасида юзага келадиган систолик артериал қон босимининг 90 ммСим.уст. дан ёки исчи қон босимининг 30% дан кўпроғи паст бўлиши билан намоён бўладиган ўткир қон айланишининг этишмовчилиги бўлиб, ҳаётий органларнинг гипоксиясига олиб келади.

Шок ташхиси аниқ гемодинамик бузилишларсиз нотўғри бўлади: масалан, ҳаёт учун хавфли бронхоспазм қичима билан биргаликда анафилактик шок эмас, балки **Анафилаксия**дир.

Этиология

Этиологик омиллар: тиббий препаратлар ва материаллар, кўпинча дорилар (31,2-46,5%), озиқ-овқат маҳсулотлари (23,3-31%), пардақанотли ҳашаротлар заҳари (14,9-20%). Бошқа ҳайвонларнинг, масалан, илонларнинг заҳарига ҳаёт учун хавфли анафилаксия ривожланиши мумкин .

Сабабини аниқлаш мумкин бўлмаган анафилаксия ҳолатлари ҳам учрайди (24-26% ҳолларда).

Кўпинча анафилактик шокни келтириб чиқарадиган дорилар ва материаллардан антибиотикларни (сефалоспоринлар, пенитсиллин препаратлари) парентерал юбориш, ЙҚНСДлар, ёд таркибли рентген контрастли моддалар, латекс ва мушак релаксантлари.

Озиқ-овқат анафилаксисининг энг кўп учрайдиган сабаблари қуйидагилардир: сигир сути, денгиз маҳсулотлари, ёнғоқлар, балиқ, ерёнғоқ, тухум.

Беморнинг ёши анафилактик шокнинг пайдо бўлишида муҳим рол ўйнайди. Болаларда энг кўп учрайдиган сабаб озиқ-овқат, катталарда эса гиёҳванд моддалар ва пардақанотли ҳашаротлар заҳаридир.

Одатда кечиктирилмайдиган турдаги ўта сезувчанлик жараён патогенези базофиллар ва йўғон ҳужайралари мембраналари юзасида ўрнатилган IgE иштирокини ўз ичига олади (Gell Гелл ва Coombsга кўра юқори сезувчанлик реакциясининг биринчи тури).

Касаллик ёки ҳолатнинг таснифи (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи)

Ҳозирги вақтда ривожланиш тезлиги, клиник кўринишлари ва гемодинамик бузилишларнинг оғирлигига қараб АШнинг кўплаб турли таснифлари мавжуд.

Оғирлиги бўйича:

1-даражали АШ: гемодинамик бузилишлар билан кўпроқ белгиланади, артериалқон босими ишчи қийматларидан 30-40 мм.сим.уст. га камаяди.. АШ бошланиши терининг қичиши, тошма, томоқ оғриғи, ёътал ва бошқалар билан бирга бўлиши мумкин. Онгни йўқотиш содир бўлмаслиги мумкин, аммо қўзғалиш ёки летаргия, ташвиш ҳисси, ўлим қўрқуви ва ҳоказо. Бош оғриғи, кўкрак қафаси сиқилиш оғриғи, иссиқлик ҳисси, қулоқларда шовқин. Тери гиперемияси, қичима, риноконжунктивит ва ёътал мумкин.

2-даражали АШ: кўпроқ гемодинамик бузилишлар билан белгиланади. Артериал қон босими 90-60/40 мм Сим.уст. гача камаяди. Мумкин бўлган онгни йўқотиш, заифлик, терининг қичиши, ташвиш ҳисси, қўрқув, иситма, бош оғриғи, қичима, ангиошиш, ютиш қийинлиги, овознинг хириллаши (афониягача), ринит белгилари, бош айланиши, қулоқда шовқин, парестезия, қорин оғриғи, пастки қисмида орқада, юрак минтақасида. Текширувда - рангпарлик, хириллаш, нафас қисилиши, ўпкада хириллаш. Юрак тонлари бўғиқ, ЭКГда тахиаритмия, тахикардия. Кусиш, бехосдан сийиш ва дефекация бўлиши мумкин.

3-даражали АШ: онгни йўқотиш, Артериал қон босимининг 60-40/0 мм Сим.уст. гача пасайиши? совуқ ёпишқоқ тер, конвулсиялар, кўз қорачиғлари кенгайган. Юрак тонлари бўғиқ, ЭКГда юрак ритми тартибсиз, ипсимон пулс.

АШнинг 4-даражаси: қон босими аниқланмаган. Қон айланиши ва нафас олишни тўхташи - кардиопулмонар реанимация протоколи қўлланилади.

Болаларда гипотензия қуйидагича таснифланади:

< 70 мм сим.уст. Арт. 1 ойдан 1 ёшгача;

< 70 мм сим.уст. Арт. + (йилларда 2 × ёш)] 1 ёшдан 10 ёшгача;

< 90 мм сим.уст. Арт. 11 ёшдан 17 ёшгача.

Тахикардия болаларда гипотензиянинг биринчи белгиси бўлиши мумкин.

Касалликнинг кечишига кўра:

а) ҳавфли кечиши - қон босимининг пасайиши, онгнинг бузилиши, бронхоспазм белгилари билан нафас олиш этишмовчилиги белгиларининг мавжудлиги билан ўткир бошланиш. Ушбу шакл интенсив терапияга жуда чидамли ва қон босимининг доимий пасайиши, ўпка шиши ва чуқур кома ривожланиши билан ривожланиши мумкин. Ўлимга олиб келадиган оғир АШ реакцияси тез суръатларда ўтганда кўпроқ бўлади. АШнинг ушбу кечиши учун ёмон натижа энг кенг тарқалган;

б) АШнинг типик шакли ўткир безарар кечиш билан тавсифланади. Безовталик ёки ступор шаклида онгнинг бузилиши бўлиши мумкин. Типик шакл нафас етишмовчилиги белгилари ва қон томир тонусининг ўртача функционал ўзгаришлари билан бирга келади. АШнинг ўткир бенигн кечишида ўз вақтида ва етарли терапиядан яхши таъсир ва қулай натижа мавжуд;

в) қисман ёки вақтинчалик таъсир кўрсатадиган фаол терапиядан сўнг узоқ давом этадиган кечиш кузатилади. Ушбу даврда симптомларнинг зўравонлиги пасаяди, аммо терапевтик чораларга қаршилик ривожланади, бу кўпинча гепатит, пневмония ва энцефалит каби асоратларга олиб келади. Ушбу кечиш узоқ муддатли дори воситаларини қўллашдан кейин ривожланган АШ учун хосдир;

г) такрорий кечиш симптомлар дастлабки енгиллашгандан кейин такрорий шокнинг юзага келиши билан кечади. Кўпинча узоқ муддатли таъсирга эга дориларни қўллашдан кейин ривожланади. Бундай ҳолда, такрорий шокнинг клиник кўриниши дастлабки аломатлардан фарқ қилиши мумкин, оғирроқ ва ўткир кечиш ва терапияга қаршилик;

д) абортив кечиш ҳаммадан қулайдир. Кўпинча АШ нинг асфиксияли варианти шаклида пайдо бўлади. АШ нинг ушбу шаклидаги гемодинамик бузилишлар минимал даражада ифодаланади. Терапияга яхши жавоб беради.

Клиник белгиларга кўра:

а) типик вариант - гемодинамиканинг комбинацияси

тери ва шиллиқ пардаларнинг шикастланиши ва бронхоспазм билан боғлиқ бузилишлар;

б) гемодинамик вариант - гемодинамик бузилишлар биринчи ўринга чиқади ёки изоляция қилинади;
в) асфиксияли вариант - нафас олиш тизимидан симптомлар устунлик қилади;
асфиксияли кўринишлар билан биргаликда ошқозон-ичак касалликлари устунлик қилади ;
асфиксияли кўринишлар билан биргаликда марказий асаб тизимининг бузилишлари устунлик қилади .

Касаллик ёки ҳолатнинг клиник кўриниши (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи)

Одатда, анафилактик шок аллерген таъсиридан кейин тахминан икки соат ичида ривожланади (озиқ-овқат аллергиялари учун 30 дақиқа ичида ва парентерал дорилар ёки ҳашаротлар заҳарига реакциялар учун тезроқ). Ўлимга олиб келадиган реакциялар учун биринчи аломатлардан қон айланишини тўхтатишгача бўлган ўртача вақт озиқ-овқат, ҳашаротлар заҳари ва парентерал препаратлар учун мос равишда 30, 15 ва 5 минутни ташкил этди.

Анафилаксия ва АШ ривожланишининг клиник кўриниши учта диагностика мезонидан бирининг мавжудлиги билан тавсифланади.

1. Касалликнинг ўткир бшланиши (бир неча дақиқадан бир неча соатгача) шиллиқ пардалар (қичишиш ёки гиперемия, умумий қичима, лабларнинг, тилнинг, танглайнинг шишиши) ва/ёки терининг комбинацияси:
а) нафас олиш бузилиши билан (нафас қисилиши, бронхоспазм, хириллаш, оқим тезлигининг пасайиши, гипоксемия);
б) қон босимининг пасайиши ёки у билан боғлиқ бўлган мақсадли аъзоларнинг шикастланиш белгилари (гипотензия, онгни йўқотиш, сфинктерларнинг бўшашиши туфайли ўзини тута олмаслик).

ҳаёт учун хавфли нафас олиш ва / ёки қон айланишининг бузилишининг мажбурий мавжудлиги билан кескин равишда юзага келган қуйидаги аломатлардан иккитаси ёки ундан кўп :
а) қичима, қичишиш ва/ёки эритема, тил, танглай, лаблар, қовоқлар, қулоқларнинг шишиши шаклида тери ва/ёки шиллиқ пардаларнинг шикастланиши;
б) нафас олиш кўринишлари (нафас қисилиши, нафас олиш қийинлишуви, бурун тиқилиши, йўтал, кўкрак қафасидаги ҳириллашлар, аксириш, стридор, гипоксемия);
в) қон босимининг кескин пасайиши ва бунинг натижасида ҳушидан кетиш , сфинктерларнинг бўшашиши туфайли ўзини тута олмаслик, коллапс;
г) доимий спастик қорин оғриғи, қусиш шаклида ошқозон-ичак касалликлари.

3. Беморга маълум бўлган аллерген билан алоқа қилгандан кейин қон босими пасаяди.

Болаларда анафилактик шок ташхиси ва даволаш миллий клиник протоколи, диагностика мезонлари

Диагностика

АШ ташхиси одатда касалликнинг клиник кўриниши (характерли аломатлар билан алоқа қилгандан кейин ўткир, дақиқалар, соатлар пайдо бўлади) ва реакция содир бўлган ҳолатлар (дори-дармонларни қўллаш, озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш) асосида белгиланади. аниқ сабабсиз, пардақанотли ҳашаротлар томонидан чақиши). Дифференциал диагностика ўтказилади:

- бошқа турдаги шоклар билан (кардиоген, септик ва бошқалар);
- артериал гипотензия, нафас олиш ва онгнинг бузилиши билан бирга келадиган бошқа ҳолатлар: ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги, ҳушидан кетиш , миокард инфаркти, ўпка эмболияси, эпилепсия, гипогликемия, гиповолемия, қуёш уриши ва иссиқлик уриши, гиёҳванд моддаларни ҳаддан ташқари ошириб юбориш, аспирация ва бошқалар;
- вазовагал реакциялар;
- психоген реакциялар (истерия, ваҳима ҳужумлари); тизимли мастоцитоз .

_

Шикоятлар ва анамнез

Тавсия 1. Анафилаксия ёки АШга шубҳа қилинган барча беморларда уларни тасдиқлаш учун барча мумкин бўлган қўзғатувчи омиллар ҳақида маълумот тўплаш тавсия этилади .

Далилларнинг ишонч даражаси (далиллар даражаси 5).

Шарҳ: *анамнез ва шикоятларни йиғиш босқичи анафилактик шок ва АШ диагностикаси, унинг ривожланиш сабабини аниқлаш ва такрорий реакцияларнинг олдини олиш учун жуда муҳимдир ва кўпинча вазият барқарорлашгандан кейин мумкин.*

Тавсия 2. Барча беморлардан анамнез йиғишда қуйидагиларга эътибор бериш тавсия этилади:

- ✓ АШ ривожланган ҳолатлар бўйича (дориларни юбориш, озиқ-овқат истеъмол қилиш, ҳашаротлар чақиши , аллергенга хос иммунотерапия);
- ✓ реакциянинг пайдо бўлиш вақти - характерли аломатларнинг ривожланиши тўсатдан, ўткир таъсиридан кейин дақиқалар / соатлар, кўпинча симптомларнинг тез ривожланиши;
- ✓ Оғир АШ ривожланиш хавфини оширадиган омилларнинг мавжудлиги (кексалик ва бирга келадиган патологиялар, масалан, бронхиал астма ва бошқа сурункали ўпка касалликлари, юрак-қон томир патологиялари, оғир атопик касалликлар, мастоцитоз, ангиотензинга айлантирувчи фермент ингибиторни қабул қилиш, б-адренергик рецепторлари блоклари). ва бошқалар).

Тавсиянинг кучи (далил даражаси 5).

Тавсия 3: Анафилаксия ёки АШга шубҳа қилинган барча беморларга тавсия этилади ташхис қўйиш учун клиник кўринишга хос бўлган шикоятларни баҳоланг, вариант, кечишнинг табиати, касалликнинг оғирлигини аниқланг

Далиллар даражаси (далиллар даражаси 5).

Шарҳ: беморнинг шикоятлари доминант клиник белгиларга, АШ кечишининг табиатига ва доминантлик даражасига боғлиқ.

Шикоятлар **(онги** сақланиб қолган ҳолда) тери тошмаси, қичишиш, кўзнинг шишиши, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, ҳансираш, йўтал, нафас қисилиши, бурундан шиллиқ оқиши, кўкрак оғриғи, қорин оғриғи, оғизда металл таъми, заифлик, бош айланиши,

титроқ, уйқусизлик тил, бармоқлар, ташвиш, қўрқув, қулоқда шовқин, ташвиш, лойқа кўриш, кўнгил айниши, спастик қорин оғриғи.

Жисмоний текширув

Тавсия 4. Анафилакси ёки АШ билан оғриган барча беморларга ташхис қўйиш, вариантни, кечишнинг характерини ва оғирлик даражасини аниқлаш учун физик текширувдан ўтиш тавсия этилади .
Тавсиянинг кучи (далиллар даражаси 5).
Шарҳ: *анафилаксия / АШнинг мажбурий мезонлари қон босимининг ҳаёт учун хавфли пасайиши ва / ёки бошқа органлар ва тизимларнинг бузилишлари билан биргаликда нафас олиш тизимининг бузилиши:*

- юрак-қон томир тизими: тахикардия, брадикардия, стернум орқасидаги сиқилиш оғриғи, қулоқда шовқин, парестезия, юрак аритмиялари, сийдик ва нажасни ушлаб турмаслик, юрак тутилиши;
- тери ва шиллиқ пардалар: эритема ва гиперемия, терининг ва шиллиқ пардаларнинг умумий қичиши, лаблар, тилнинг ангиошиши, периорбитал шиш, қичима тошмалар, конъюнктивит, кейинги босқичларда - лаблар цианози, рангпарлик, совуқ тер;
- нафас олиш тизими: аксириш, ринит, ринорея, нафас қисилиши, бронхоспазм, йўтал дисфония , стридор, нафас олиш йўлларининг шишиши (ҳалқум шишиши билан, асфиксия ривожланиши мумкин), шиллиқ қаватнинг юқори секретсияси;
- марказий асаб тизими: бош айланиши, бош оғриғи, хатти-ҳаракатларнинг ўзгариши, летаргия, қўзғалиш, конвулсиялар, ўлим қўрқуви, онгни йўқотиш, мидриаз ;
- ошқозон-ичак тракти: қорин оғриғи, кўнгил айниши, қусиш, диарея;
- бошқа органлар ва тизимлар: метроррагия, оғизда металл таъм.

Лаборатория диагностикаси

Тавсия 5. Анафилаксия/АШга шубҳа қилинган беморларда қон зардобидаги триптаза даражасини биринчи симптомлар бошланганидан кейин 15 минутдан 3 соатгача ва тузалгандан кейин шокнинг бошқа турлари билан дифференциал диагностика қилиш учун аниқлаш тавсия этилади.
Тавсиянинг кучи (далил даражаси 5).
Шарҳ: қон зардобидаги *триптазанинг нормал даражаси АШ ташхисини истисно этмайди. Зардоб триптазаси бошқа шароитларда (миокард инфаркти, травма, амниотик суюқлик эмболияси, тўсатдан чақалоқ ўлими синдроми, мастотситоз - тўқималарда маст ҳужайраларининг тўпланиши ва кўпайиши натижасида юзага келадиган касалликлар гуруҳи) ошиши мумкин. Триптаза даражасининг (1,2 × базал триптаза даражаси + 2 мг/ дл) дан ошиши диагностик аҳамиятга эга .*

Инструментал диагностика тадқиқотлари

Тавсия 6. Анафилаксия/АШ бўлган барча беморларга шошилинч ёрдам кўрсатиш учун қон босими, пулс ва нафас олиш тезлигини кузатиш тавсия этилади.
Тавсиянинг кучи (далиллар даражаси 5).
Изоҳ: *агар мониторинг имкони бўлмаса, ҳар 2-5 дақиқада оксигенатция даражасини кузатиб бориш, қон босими ва пулсни қўлда ўлчаш керак.*

Болаларда анафилактик шок диагностикаси ва даволаш, интенсив терапия миллий клиник протоколи

Даволаш усуллари

Консерватив даволаш
Агар анафилаксия ёки АШ мезонлари аниқланса, ҳар қандай одам дарҳол биринчи ёрдамга мурожаат қилиши керак.

7-тавсия: Анафилаксия/АШ бўлган барча беморларга эпинефринни тезда юбориш тавсия этилади.
Тавсиянинг кучи А (далиллар даражаси 3).

Тавсия 8. Анафилаксия/АШ бўлган барча беморларга, агар керак бўлса, соннинг юқори учдан бир қисмининг антеролатерал юзасига мушак ичига эпинефринни киритиш тавсия этилади (бу локализатсия делтоид мушак ичига инъектсия ва тери остига юборишдан афзалроқдир).
Тавсияларнинг кучи А (далиллар даражаси 1).

Тавсия 9 . Анафилаксия/АШ бўлган барча беморларга 0,01 мг/кг дозада эпинефрин олиш тавсия этилади, катталар учун максимал ягона доз 0,5 мг, бола учун - 0,3 мг.
Тавсиянинг кучи (далиллар даражаси 5).

Тавсия 10: Биринчи дозага камида 5 дақиқадан сўнг жавоб бермаган анафилаксия/АШ билан оғриган беморга клиник таъсирга эришиш учун эпинефрин нинг иккинчи дозасини юбориш тавсия этилади.
Тавсиянинг кучи (далиллар даражаси 5).

Тавсия 11. Анафилаксия/АШ билан оғриган беморга эпинефринни мушак ичига юбориш таъсири бўлмаса, уни томир ичига 1: 10 000 (9 мл 0,9% натрий учун 1 мл эпинефрин эритмаси) гача суюлтириш тавсия этилади. хлорид эритмаси), битта болус дозаси - 50 мкг, титрлаш афзалроқ.
Тавсиянинг кучи А (далиллар даражаси 3).

Тавсия 12. Анафилаксия/АШ билан оғриган беморга эпинефриннинг уч болюсини томир ичи ёки мушакка юборилмаган бўлса, эпинефрин инфузионини 0,1 мкг/кг/мин дозадан бошлаш, сўнгра дозани титрлаш тавсия этилади (1 мкг/мин гача).
Тавсиянинг кучи (далил даражаси 5).

Тавсия 13. Анафилаксия/АШ бўлган барча беморларга шубҳали аллергенни қабул қилишни тўхтатиш тавсия этилади.
Тавсиянинг кучи (далиллар даражаси 5).
Шарҳ: *агар АШ дориларни* томир ичига *юбориш туфайли юзага келса, препаратни қўллашни дарҳол тўхтатиш ва веноз киришни сақлаб туриш керак; пардақанотлилар заҳари - нинасини олиб ташланг (агар мавжуд бўлса), чақиш жойидан юқорида жойлашган оёқ-қўлига веноз турникет қўйинг .*
Агар аллергенни олиб ташлаш жуда кўп вақтни талаб қилса (масалан, ошқозонни ювиш), буни эътиборсиз қолдириш керак.

Тавсия 14. Анафилаксия/АШ билан оғриган барча беморларни пастки оёқ-қўлларини кўтарган ҳолда ётқизиш тавсия этилади. Агар бемор ҳушидан кетса, нафас олиш йўлларининг ўтказувчанлигини таъминлаш учун Сафар усулинини қўлланг.
Тавсиянинг кучи (далил даражаси 5).

Шарҳ: *Беморни ўтирган жойга қўйманг ёки уни кўтарманг, чунки бу ҳаракат бир неча сония ичида ўлимга олиб келиши мумкин.* Агар бемор ҳушидан кетса, бошини ён томонга буриш, асфиксияни олдини олиш учун пастки жағни кенгайтириш, қусишнинг аспирациясини ва тилни тортиб олишнинг олдини олиш керак. Агар беморда протезлар бўлса, улар олинга бўлиши керак.

Тавсия 15: Анафилаксия/АШ бўлган барча беморларга тана тўқималарини кислород билан тўлдириш учун юз ниқоби орқали ўртача кислород оқимини таъминлаш тавсия этилади.
Тавсиянинг кучи (далиллар даражаси 5).

16-Тавсия: Эпинефрин қўлланганидан кейин анафилаксия/АШ бўлган беморга гиповолемияни олдини олиш учун кристаллоид эритмаларни томир ичига болус юбориш тавсия этилади.
Тавсиянинг кучи (далиллар даражаси 5).
Изоҳ: *агар аллергияга сабаб бўлган препарат томир ичига юборилган бўлса, у ҳолда киришни таъминлаш керак. Кристаллоид эритмаларининг тавсия этилган дозаси тана вазнига 20 мл/кг ни ташкил қилади. Иситилган (агар иложи бўлса) 0,9% натрий хлорид эритмаси ёки, яхшиси, мувозанатли кристаллоид эритмаси ишлатилади (ноормотензив бемор учун 0,5-1 л; гипотензив бемор учун 1-2 л); анамнезда юрак етишмовчилиги бўлса, 5-10 дақиқада 250 мл дан ошмаслиги керак, болаларда - 20 мл/кг. Юборилган ҳажмнинг тез экстравазатсияси туфайли декстроз эритмалари тавсия этилмайди.*

17-тавсия: Эпинефрин қўлланганидан кейин анафилаксия/АШ бўлган беморга нафас олиш белгиларининг узоқ давом этиши хавфини камайтириш учун тизимли кортикостероидларни (ГС) юбориш тавсия этилади.
Тавсия этилган бошланғич дозалари:

- *катталар: дексаметазон 8-32 мг ив томчилатиб , 90-120 мг ИВ болус Преднизолон ёки 50-120 мг ИВ болус метилпреднизолон , гидрокортизон ИМ 100-150 мг ҳар 4 соатда 48 соат давомида; кейин - ҳар 8-12 соатда, бетаметазон чуқур ИМ 14 мг;*
- *болалар учун метилпреднизолон 1 мг/кг, максимал 50 мг ёки преднизолон 2–5 мг/кг ёки гидрокортизон ҳар 4 соатда 1–2 мг/кг, оптимал суткалик дозаси 6–9 мг/ кг.*

Тавсиянинг кучи (далил даражаси 5).
Шарҳ: *ГС дозаси ва давомийлиги клиник кўринишларнинг оғирлигига қараб индивидуал равишда танланади.*

Тавсия 18. Анафилаксия/АШ бўлган беморларга кортикостероидлар билан пулс терапияси тавсия этилмайди.
Тавсиянинг кучи (далил сифати - 5). _ _

Тавсия 19. Қон босими барқарорлашганидан сўнг анафилаксия/АШ билан оғриган беморда тери ва шиллиқ пардалардан намоён бўлганда, капилляр ўтказувчанликни, тўқималарнинг шишишини, қичишишни ва гиперемияни камайтириш учун Ҳ1-гистамин рецепторлари блокерларини юбориш тавсия этилади.
Тавсия этилган дозалар: клемастин (тавегил) 0,1% - 2 мл (2 мг) катталар учун ИВ ёки ИМ юбориш учун, болалар учун - кунига ИМ 25 мкг / кг, иккита инъекцияга бўлинган; дифенгидрамин (дифенгидрамин) катталар учун - 25-50 мг, вазни 35-40 кг дан кам бўлган бола учун - 1 мг/кг, максимал 50 мг, Хлоропирамин (супрастин) 2% - 1 мл (20 мг) ИВ ёки

ИМ катталар учун 1-2 мл администратсия, болалар учун - 5 мг (0,25 мл) дозадан бошланг.
Тавсиянинг кучи (далиллар даражаси 5).
Изоҳ: *адреналин таъсирининг бошланиши антигистаминлар таъсиридан анча тезроқ бўлади, шунинг учун бу ҳолда анафилаксия / АШ бошланганидан кейин дарҳол уларни дарҳол қўллашдан фойда йўқ. Артериал гипотензиянинг кучайиши мумкин бўлган потентсиал томир ичига тез юбориш билан сезиларли чекловдир. Катталар учун* дифенгидрамин (дифенгидрамин) *25-50 мг дозада вена ичига секин (камида 5 дақиқадан ортиқ) киритилади. Оғирлиги 35-40 кг дан кам бўлган болалар - 1 мл / кг, максимал 50 мг. неонатал давр учун тақиқланган.*

Тавсия 20. Доимий бронхоспазмли анафилаксия/АШ билан оғриган беморларда эпинефрин юборилганига қарамай, селектив б2-агонистни қўллаш тавсия этилади.
Тавсиянинг кучи (далиллар даражаси 5).
Шарҳ: *небулизер орқали салбутамол эритмаси 2,5 мг/2,5 мл.*

Профилактика ва клиник кузатиш, тиббий кўрсатмалар ва профилактик усуллардан фойдаланишга қарши кўрсатмалар

Тавсия 21 . Анафилаксия/АШ бўлган барча беморларга АШни келтириб чиқарган аллергенни аниқлаш ва аллерген билан алоқа қилишнинг олдини олиш бўйича тавсиялар олиш учун аллерголог-иммунологга мурожаат қилиш тавсия этилади.
Тавсиянинг кучи (далиллар даражаси 5).

Тавсия 22: Анафилаксия/АШ билан оғриган барча беморларга АШ такрорланганда биринчи ёрдам кўрсатишни ўргатиш тавсия этилади.
Тавсиянинг кучи (далиллар даражаси 5).

Тавсия 23. Аллергик анамнези оғир бўлган барча беморларга жарроҳлик ёки рентген контрастли текширувдан олдин премедикация қилиш тавсия этилади : дексаметазон 4-8 мг ИМ ёки преднизолон 30-60 мг ИМ ёки ИВ томчилатиб 0,9% натрий юборилади. хлорид эритмаси; клемастин (тавегил) 0,1% 2 мл ёки Хлоропирамин а (супрастин) гидрохлорид 0,2% 1-2 мл ИМ ёки ИВ 0,9% натрий хлорид эритмасида ёки 5% декстроз эритмасида аралашувдан 1 соат олдин.
Тавсиянинг кучи (далиллар даражаси 5).

Тиббий ёрдамни ташкил этиш. Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар

Анафилаксия/АШ ташхиси учун интенсив терапия бўлимига эга шифохонага шошилинч касалхонага ётқизиш кўрсатилади. Камида 24 соат давомида интенсив терапия бўлимида касалхонага ётқизиш.

Беморни шифохонадан чиқариш учун кўрсатмалар

Анафилаксия ёки АШни бартараф этишда, уларнинг узоқ муддатли ёки такрорий кечишини башорат қилишнинг иложи йўқлигини ҳисобга олган ҳолда, касалхонага ётқизиш камида 12-24 соат давомида кўрсатилади, агар керак бўлса, 2-3 кунга узайтирилиши мумкин. Турли органлар ва тизимларнинг бузилган функциялари 3-4 ҳафта давом этиши мумкин, бу эса амбулатория назоратини талаб қилади.

Прогноз

Тўғри тиббий ёрдам билан ҳам ўлим мумкин (1-жадвал).

Жадвал 1. Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

Сифат мезонлари	**Ишонч даражаси далил**	**Ишонтириш даражаси тавсиялар**
1 Аллергеннинг танага кириши тўхтатилади	5	С
2 Эпинефрин дарҳол киритилади	4	С
3 Эпинефрин соннинг юқори учдан бир қисмининг антеролатерал юзасига мушак ичига киритилиши керак.	1	А
4 Нафас олиш белгиларининг узайган босқичи хавфини камайтириш учун тизимли кортикостероидларни қўллаш	5	С
5 Реанимация гуруҳи ёки тез тиббий ёрдам гуруҳи чақирилди	5	С
6 Бемор горизонтал ҳолатда, оёқларини кўтариб, боши бир томонга бурилади.	5	С
Юз ниқоби орқали кислород оқимининг ўртача тезлиги тавсия этилади.	5	С
8 Эпинефриннинг такрорий дозаси аввалгисидан камида 5 минут ўтгач мушак ичига киритилиши мумкин.	5	С
9 Эпинефрин ИВ ни 2 ёки ундан ортиқ ИМ дозасига етарли даражада жавоб бўлмаса, фақат юрак фаолиятини назорат қилганда қўлланилиши мумкин.	4	Б
10 Пулс, қон босими, нафас олиш тезлигини кузатиш	5	С

Рефрактер анафилаксия

Нафас олиш ёки юрак-қон томир тизимида яхшиланиш йўқ мушак ичига 2 та тегишли дозага қарамасдан семптомлар адреналин.

Периферияга киришни созлаш

ИМ ёки суяк ичига

Имкон қадар тезроқ мутахассис ёрдамига мурожаат қилинг.

томир ичига тез болус усулда суюқлик юборинг.масалан 0,9% натрий хлорид

Адреналин инфузиясини бошлан

Эпинефрин анафилаксиянинг барча жиҳатларини даволаш

А = ҳаво ёли
Юқори нафас йўлларининг қисман обструктсияси /
стридор: небулизатсияланган эпинефрин (СмЛ 1 мг/мл)
Юқори нафас йўлларининг тўлиқ обструктсияси:
Мутахассиснинг ёрдами керак, ҳаво ёлларининг ўтказувчанлиги учун мураккаб алгоритмга риоя қилинг.

Б = нафас олиш
Кислород билан таъминлаш
интубатсиядан кўра муҳимроқдир
Агар апное бўлса:
Ниқоб сумкасини вентилятсия қилиш
Трахея интубатсиясини кўриб чиқин
Оғир / доимий бронхоспазм:
Салбутамол ва ипратропиумни кислород билан небулизатсия қилиш.
Вена ичига болус ва/ёки салбутамол ёки аминофилин инфузиясини кўриб чиқин
Ингаляцион анестезия

Маҳаллий ЎЮР протоколга амал қилинг
Эпинефриннинг паст дозаларини периферик тўкиб юбориш:
1 мг (1 мл 1 мг/мл [1:1000])
эпинефрин 100 мл 0,9% натрий хлорид
Ёгилғи қуйинг ва инфузион насосга улан
ажратилган чизиқ.
Бошқа инфузион линияга "босманг".
БП манжети билан бир томондан инфузион ЁЪҚ, чунки бу инфузионга халақит беради ва экстравазатсияни келтириб чиқаради.
Катталарда ҳам, болаларда ҳам 0,5-1,0 мл/кг/соатдан сифат ва клиник кўринишга эришиш титрланг.
жавоб. Доимий мониторинг ва назорат талаб.
↑↑ Қон мавжуд, эҳтимол, адреналиннинг ҳаддан ташқари дозасини кўрсатади
Катталар ва болаларда 0,5-1,0 мл/кг/соатдан тозалаш
ва лини кўринишга мумкин титрлаш
жавоб. Доимий мониторинг ва назорат талаб қилинади.
↑↑ Қон босими, эҳтимол, адреналиннинг ҳаддан ташқари дозасини кўрсатади

Адреналин инфузиони бошлангунга қадар ҳар 5 дақиқада мушак орасига адреналин юборинг.
вена ичи эпинефрин болуслари тавсия этилмайди, аммо баъзиларида мос бўлиши мумкин
махсус шароитлар
(масалан, операциядан кейинги даврда),
инфузия киритилаётганда.

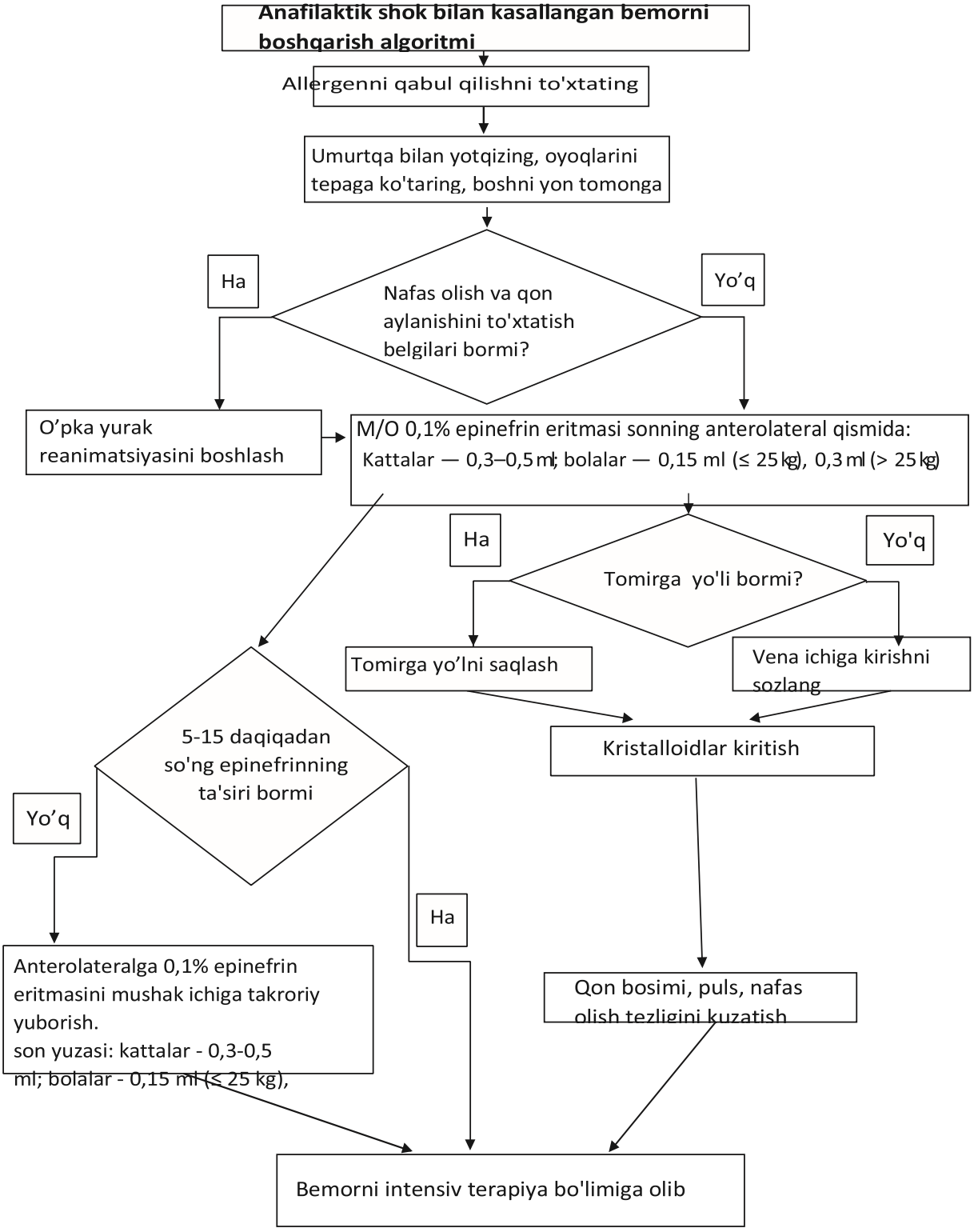
С = циркуляция
Қўшимча болус суюқлик беринг ва жавобга эришилгунча титрланг:
Болалар учун 10 мл / кг болуш
Катталар 500-1000 мл болус
Глюкоза бўлмаган кристаллоидлардан фойдаланин
Каттароқ ҳажмлар талаб қилиниши мумкин (масалан, катталарда 3-5 Л).
Қон босимини доимий мониторинг қилиш учун артериал канўл қўйинг.
Марказий веноз киришни таъминлан
АГАР АДРЕНАЛИН ИНФУЗИЯСИГА ЧУНДОР
Иккинчи вазопрессорни қўшишни ўйлаб кўрин
адреналин юборишга қўшимча

Юқори оқим кислородини беринг.
SpO, 94-98% гача титрлаш

Юрак тоъхташи - АБ алгоритмига ри қилин
• Кўкрак қафасини сиқишни эрта бошланг.
• Болус эпинефрин ва и.в.
• Агрессив суюқлик терапияси
• Узоқ муддатли ҳаётни қўллаб-қувватлаш/экстракорпореал ЎЮР ни кўриб чиқинг.

Юрак уришини, қон босимини, пулс оксиметриясини ва юрак аритми учун ЭКГни кузатиб боринг. Триптаз қон тестини ўтказинг

Эпинефрин инфузионини давом эттиринг ва АБ белгиларини даволанг. Клиник жавобга қараб титрланг.


Anafilaktik shok bilan kasallangan bemorni boshqarish algoritmi
Allergenni qabul qilishni to'xtating
Umurtqa bilan yotqizing, oyoqlarini tepaga ko'taring, boshni yon tomonga
Nafas olish va qon aylanishini to'xtatish belgilari bormi?
Ha
Yo'q
O'pka yurak reanimatsiyasini boshlash
M/O 0,1% epinefrin eritmasi sonning anterolateral qismida:
Kattalar — 0,3–0,5 ml; bolalar — 0,15 ml (≤ 25 kg), 0,3 ml (> 25 kg)
Tomirga yo'li bormi?
Ha
Yo'q
Tomirga yo'lni saqlash
Vena ichiga kirishni sozlang
Kristalloidlar kiritish
5-15 daqiqadan so'ng epinefrinning ta'siri bormi
Yo'q
Ha
Anterolateralga 0,1% epinefrin eritmasini mushak ichiga takroriy yuborish.
son yuzasi: kattalar - 0,3-0,5 ml; bolalar - 0,15 ml (≤ 25 kg),
Qon bosimi, puls, nafas olish tezligini kuzatish
Bemorni intensiv terapiya bo'limiga olib

7. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви бўлмаса;

2) далиллар даражасига эга янги усуллар мавжуд бўлганда баённомани қайта кўриб чиқиш;

3) **фойдаланилган адабиётлар рўйхати**

1. Анафилактический шок. Клинические рекомендации Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов и Общероссийской общественной организации Федерация анестезиологов. ВЕСТНИК ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИМЕНИ А.И. САЛТАНОВА | 2020 | № 3
2. **Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update** https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01382-0/fulltext UpToDate. Septic shock in children No. June 10th, 2023.
3. Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38108677
4. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8965328/
5. Анафилактический шок. Клинические рекомендации Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов и Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
6. Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова, 2020, № 3. DOI: 10.21320/1818-474X-2020-3-15-26.
7. Anaphylaxis: A 2023 Practice Parameter Update. Annals of Allergy, Asthma & Immunology, 2023. (https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01382-0/fulltext).
8. Anaphylaxis: A 2023 Practice Parameter Update. Доступен через [PubMed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38108677).
9. Anaphylaxis Pathophysiology and Treatment Overview. PMC Open Access Journal. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8965328/).