

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АЛЛЕРГОЛОГИЯ ВА
КЛИНИК ИММУНОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИ. АНАМНЕЗИДА ДОРИ
ВОСИТАЛАРИ, ТИББИЙ ПРЕПАРАТЛАР ВА
БИОЛОГИК МОДДАЛАРГА НИСБАТАН АЛЛЕРГИЯ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Республика ихтисослаштирилган
аллергология ва клиник
иммунология илмий-амалий
тиббиёт маркази директори
И.С.Разикова



“ _____ ” “май” 2025 йил

**«ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИ. АНАМНЕЗИДА ДОРИ
ВОСИТАЛАРИ, ТИББИЙ ПРЕПАРАТЛАР ВА
БИОЛОГИК МОДДАЛАРГА НИСБАТАН
АЛЛЕРГИЯ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

**«ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИ. АНАМНЕЗИДА ДОРИ
ВОСИТАЛАРИ, ТИББИЙ ПРЕПАРАТЛАР ВА
БИОЛОГИК МОДДАЛАРГА НИСБАТАН АЛЛЕРГИЯ»
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

МУНДАРИЖА

ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИ. АНАМНЕЗИДА ДОРИ ВОСИТАЛАРИ, ТИББИЙ ПРЕПАРАТЛАР ВА БИОЛОГИК МОДДАЛАРГА НИСБАТАН АЛЛЕРГИЯ НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....

ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИ. АНАМНЕЗИДА ДОРИ ВОСИТАЛАРИ, ТИББИЙ ПРЕПАРАТЛАР ВА БИОЛОГИК МОДДАЛАРГА НИСБАТАН АЛЛЕРГИЯ НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....

ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИ. АНАМНЕЗИДА ДОРИ ВОСИТАЛАРИ, ТИББИЙ ПРЕПАРАТЛАР ВА БИОЛОГИК МОДДАЛАРГА НИСБАТАН АЛЛЕРГИЯ НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ....

1. Кириш қисми

1. Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди (лар):

<u>Код</u>	<u>Номи</u>
Z88.0	<u>Анамнезида пенициллинга нисбатан аллергия</u>
Z88.1	<u>Анамнезида бошқа антибиотикларга нисбатан аллергия</u>
Z88.2	<u>Анамнезида сульфониламидларга нисбатан аллергия</u>
Z88.3	<u>Анамнезида бошқа инфекцияга қарши дори воситаларга нисбатан аллергия</u>
Z88.4	<u>Анамнезида маҳаллий оғриқ қолдирувчи дори воситаларига нисбатан аллергия</u>
Z88.5	<u>Анамнезида наркотик дори воситаларига нисбатан аллергия</u>
Z88.6	<u>Анамнезида оғриқ қолдирувчи дори воситаларига нисбатан аллергия</u>
Z88.7	<u>Анамнезида зардоб ва вакциналарга нисбатан аллергия</u>
Z88.8	<u>Анамнезида бошқа дори воситалари, тиббий препаратлар ва биологик моддаларга нисбатан аллергия</u>
Z88.9	<u>Анамнезида номаълум дори воситалари, тиббий препаратлар ва биологик моддаларга нисбатан аллергия</u>
<u>Юклуб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)</u>	https://ssv.uz/ru/diagnosis https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=71591 https://classinform.ru/mkb-10.html

1. Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди (лар):

<u>Код</u>	<u>Номи</u>
QC44	<u>Анамнезида иммун тизими касалликлари</u>
QC44.0	<u>Анамнезида анафилаксия</u>
QC44.1	<u>Анамнезида озиқ овқат аллергияси ва гиперсезувчанлик</u>
QC44.2	<u>Анамнезида бошқа дори воситалари, тиббий препаратлар ва биологик моддаларга нисбатан аллергия</u>
QC44.3	<u>Анамнезида номаълум дори воситалари ва биологик моддаларга нисбатан аллергия</u>
<u>Юклуб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)</u>	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru

2. Баённомани ишлаб чиқиш санаси : 2025 йил

Режалаштирилган кўриб чиқиш санаси : 2028 йил

Янги асосий далиллар пайдо бўлганда тақдим этилган тавсияларга киритилган ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

3. Миллий клиник протоколни яратиш бўйича ишчи гуруҳ таркиби

1. Разикова И.С – РИАКИИАТМ, директори, т.ф.д., профессор
2. Дустбабаева Н. Д. - Тиббий ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш маркази, олий тоифали врач алерголог, т.ф.н, доцент
3. Разикова Г.Р. – РИАКИИАТМ, врач дерматолог-алерголог PhD.
4. Айдарова Н.П. – РИАКИИАТМ, илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, PhD
5. Кузиев Г.Э. – РИАКИИАТМ, даволаш ишлар бўйича директор ўринбосари
6. Ишмухаммедова Ш.Б. – РИАКИИАТМ, бўлим мудираси
7. Қудратуллаева Б Т – РИАКИИАТМ, бўлим мудираси
8. Байбекова В Ф – РИАКИИАТМ, илмий котибаси
9. Ақромов А.Т. – РИАКИИАТМ, врач алерголог
10. Зияева П.Х. – РИАКИИАТМ, врач алерголог

Такризчилар :

1. Ирсадиева Фотима Хуснидиновна - Тошкент тиббиёт академияси Алергология, клиник иммунология ва ҳамширалик иши кафедраси, т.ф.д., профессор,
2. Мавлянова Шахноза Закировна - Республика ихтисослаштирилган дерматология, венерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази, т.ф.д., профессор.

4. Ташқи эксперт баҳоси:

Фомина Дарья Сергеевна Россия Соғлиқни сақлаш вазирлигининг И. М. Сеченов биринчи Москва Давлат тиббиёт университети (Сеченов университети) клиник Иммунология ва алергология кафедраси доценти, т.ф.н.

5. Клиник баённома ОТМ профессор - ўқитувчилари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИАКИИАТМ филиаллари директори ва уларнинг ўринбосарлари) ҳамда вилоят муассасалари алерголог шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг онлайн шаклда ўтказилган якуний йиғилишида норасмий келишув орқали муҳокама қилинди ва 202__-йил __-_____ №__-сонли баённомаси билан тасдиқланди.
6. Республика ихтисослаштирилган алергология ва клиник иммунология илмий амалий тиббиёт маркази илмий кенгашларидаги муҳокамаси баённомасидан кўчирмаларининг __.__.202__ йил __ - сонли баённомаси билан тасдиқланди.

7. Баённома/Протоколда фойдаланилган қисқартмалар;

АҚБ	артериал қон босими;
DRESS	Эозинофилия ва тизимли белгилар билан кечадиган дори воситаларига реакция ёки дори воситаларига ўта сезувчанлик синдроми
IgE	Иммуноглобулин E
IgM	Иммуноглобулин M
IgG	Иммуноглобулин G
IL	интерлейкин
In vitro	лотинча "шишада" деган маънони англатади, тирик бўлмаган организмнинг назорат қилинадиган муҳитида ўтказиладиган тиббий тестлар
In vivo	лотинча "тирик" (ин vivo) маъносини англатувчи, "тирик организм ичида" ёки "хужайра ичида" ўтказиладиган тиббий тестлар
ДЮСР	Дори юқори сезувчанлик реакциялари
ИФН _γ	интерферон-гамма
ГКС	

8. Мазкур ташхис/нозология бўйича протоколнинг фойдаланувчилари

1. акушер-гинеколог;
2. аллерголог-иммунолог;
3. анестезиолог-реаниматолог;
4. гастроэнтеролог;
5. генетик;
6. дерматовенеролог;
7. болалар жаррохи;
8. инфекционист
9. неонатолог;
10. умумий амалиёт шифокор;
11. ортодонт врач;
12. оториноларинголог;
13. педиатр;
14. пластик жаррох;
15. болалар ва ўсмирлар врачлари;
16. умумий гигиена шифокори;

17. қабул бўлими шифокори;
18. болалар қабул бўлими шифокори;
19. токсиколог;
20. комбустиолог;
21. тез тиббий ёрдам врачлари;
22. стоматолог;
23. болалар стоматологлари;
24. стоматолог-ортопед;
25. стоматолог-терапевт;
26. стоматолог-жаррох;
27. терапевт;
28. ўсмирлар терапевти;
29. рентгенолог
30. пульмонолог – фтизиатр;
31. трансфузиолог шифокор;
32. функционал диагностика шифокори;
33. жаррох;
34. юз жағ жаррохи;
35. эндоскопист врач;
36. врач рентгенолог;
37. нефролог;
38. уролог;

9. Мазкур ташхис/нозология бўйича беморларнинг тоифаси:

Анамнезида дори воситалари, тиббий препаратлар ва биологик моддаларга нисбатан аллергия кузатилган ёки унга шубҳа қилинган болалар ва катта ёшдаги беморлар.

ТАВСИЯЛАР СИНФЛАРИНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ

Синф	ТАЪРИФИ	ТАЛҚИНИ
I	Муайян даволаш / тест / муолажа / аралашув усуллари фойдали ва самарали эканлиги исботланган ёки умумий қабул қилинган ВА потенциал фойда потенциал хавфдан аниқ ва сезиларли даражада устундир.	Тавсия этилган
II	Муайян даволаш / тест / муолажа / аралашувнинг фойда / самардорлигига зид маълумотлар ва/ёки фикрлаш тафовути ЁКИ фойда/хавф мувозанатига оид ноаниқлик.	Мақсадга мувофиқ
IIa	Аксарият маълумотлар/фикрлар фойдаси/самардорлигини кўрсатади.	

Шъ	Маълумотлар/фикрлар фойдаси/самарадорлиги ҳақида унча аниқ ишонарли эмас.	Ўта эҳтиёткорлик билан
-----------	---	---------------------------------------

**10. Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(ташхислаш аралашувлари учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбирлар учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар церийаси тавсифи, «ҳолат-назорат» тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари, натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган

1. Асосий қисм.

2.1 Кириш:

Анамнезида дори воситалари, тиббий препаратлар ва биологик моддаларга нисбатан аллергия билан оғриган беморларга хизмат кўрсатадиган мутахассислар учун мўлжалланган ушбу протокол мавжуд клиник далиллар, амалий кўникмалар ва эксперт хулосаларини тақдим этади. Тавсиялар етакчи ташкилотлар материалларни ўз ичига олиб, асосий маълумотлар Халқаро дори аллергияси бўйича консенсус (ICON), Бутун дунё аллергологлари уюшмаси (WAO), Европа аллергологлари ва клиник иммунологлари академияси (EAACI), Россия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассоциацияси (РААКИ), Беларусия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассоциацияси тавсиялари ва клиник қўлланмаларидан олинган. Ушбу протокол анамнезида дори воситалари, тиббий препаратлар ва биологик моддаларга нисбатан аллергия билан оғриган беморларда фойдаланиш учун дори воситаларининг мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда маҳаллий шароитга мослаштирилган Жаҳон тажрибасига асосланган маълумотларни ўз ичига олган. Протоколни ишлаб чиқишда мавзу бўйича энг яхши қўлланма материалларини ҳамда илмий маълумотларни қатъий танлаш методикасидан фойдаланилган.

2.2 Умумий таърифи.

Дори воситаларига юқори сезувчанлик реакциялари (ДЮСР) - клиник жиҳатдан аллергик реакцияларга ўхшаш бўлган дори воситаларининг ноўғай таъсирларидир.

Дори аллергияси – аниқ иммунологик механизм аниқланган ДЮСРлардир.

Умумий мулоқотда дори реакцияси шубҳа қилинганда ДЮСР атамаси қўлланилиши мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

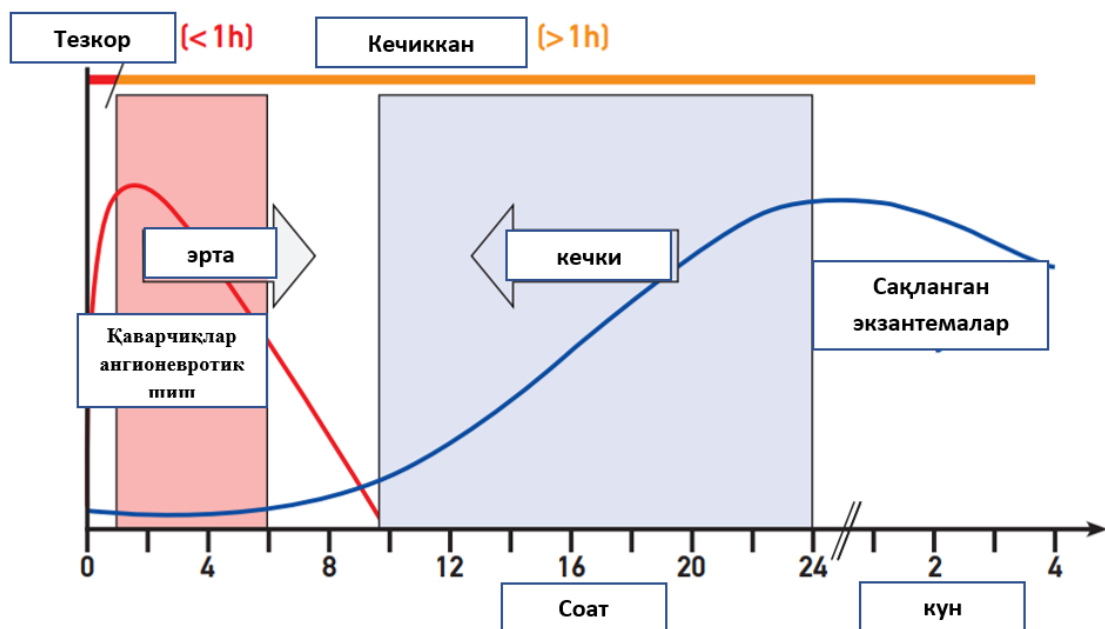
Дориларга юқори сезувчанлик реакциялари (ДЮСР) аллергияга ўхшаш барча дори реакцияларини ўз ичига олади. ДЮСР умумий аҳолининг 7% дан ортиғига таъсир қилувчи барча ноўғай таъсирларнинг 15% ини ташкил этади. ДЮСРлар аллергик ёки ноаллергик бўлиши мумкин, иммунологик механизми аниқланган ДЮСРлар дори аллергияси деб аталади. Улар одатда кутилмаган, даволашни ўзгартиришни талаб қиладиган ва ҳаёт учун хавфли бўлиши мумкин. Даволашнинг тегишли усулларини танлаш ва тўғри профилактика чораларини кўриш имконини берувчи аниқ ташхис, одатда, дори аллергиясини тўлиқ текширишни талаб қилади. Дори аллергияси бўйича тиббий кўрсатмаларни қўллаб-қувватлаш учун умумий ёки махсус дори синфлари томонидан келиб чиқадиган ДЮСРлар бўйича бир нечта кўрсатмалар ва консенсус

баёнотлари мавжуд; аммо, ДЮСРларни ташхислаш ва бошқариш учун стандартлаштирилган тизимли ёндашув ҳали ҳам асосий муаммо бўлиб қолмоқда. 2012 йилда ЕААСІ, ААААІ, АСААІ ва WAO томонидан ташкил этилган “Астма, аллергия ва иммунология бўйича халқаро ҳамкорлик” (iCAALL) ушбу муаммоларга ечтми “Дори аллергияси бўйича халқаро консенсус” (ICON) ҳужжатида баён қилган.

2.3 Клиник таснифи (кечиши бўйича)

ДЮСРнинг умумий қабул қилинган таснифи касаллик бошқаруви, тадқиқотларни таққослаш ва диагностика усулларини тасдиқлаш учун фойдалидир.

Клиник жиҳатдан: ДЮСРлари даволаш жараёнида юзага келиш вақтига қараб **тезкор** ва **кечиккан** турларга бўлинади (1-расм).



1-расм - ДЮСРлар хронологияси. Тезкор ва тезкор бўлмаган реакциялар орасидаги чегарани 1 соат деб белгилаш, патофизиологик жиҳатдан аниқланган тезкор турдаги реакцияларнинг 6 соатгача (кечиккан) давом этишини ва кечиктирилган турдаги клиник кўринишларнинг баъзан 8-12 соат ичида (тезлаштирилган) бошланишини тўлиқ акс эттирмаслиги мумкин. Бироқ, бундай ёндашув тадқиқотларни таққослашни осонлаштиради ҳамда диагностика усулларини такомиллаштириш ва тасдиқлашга ёрдам беради.

Тезкор ДЮСРлар - дори охириги марта юборилганидан кейин 1-6 соат ичида (одатда, янги даволаш курсининг биринчи қўлланилишидан кейин биринчи соат ичида) юзага келади. Типик белгиларга қаварчиқлар, Квинке шиши (ангионевротик шиш), конъюнктивит, ринит, бронхоспазм, ошқозон-ичак тракти белгилари (кўнгил айниши, қусиш, ич кетиши, қорин оғриғи), анафилаксия ёки анафилактик шок киради. Тезкор ДЮСРлар эхтимоли IgE воситачилигидаги механизм туфайли юзага келади.

Илгари анафилаксияга ўхшаш IgE-га боғлиқ бўлмаган ДЮСРлар учун қўлланилган "анафилактоид" реакциялар атамаси айрим кўрсатмаларда қўлланилмайди ва унинг ўрнига "аллергик бўлмаган" ДЮСР атамаси афзал кўрилади.

Кечиккан ДЮСРлар дори воситаси дастлаб қабул қилинганидан кейин 1 соатдан бошлаб исталган вақтда юзага келиши мумкин. Кенг тарқалган белгиларга доғли-папулёз тошмалар ва кечиккан қаварчиқлар киради. Кўпинча бу ҳолатлар Т-хужайрага боғлиқ аллергия механизмнинг кечиккан тури билан боғлиқ бўлади.

Ушбу таснифни кўриб чиқишда дори қўллаш усули, дори метаболитлари, ёки ДЮСРнинг бошланиши ёки ривожланишини ўзгартирувчи қўшимча омиллар ёхуд биргаликда буюрилган дорилар мавжудлиги ҳисобга олиниши шарт.

Механизм жиҳатидан, ДЮСРларни аллергия (жадвалга қаранг) ва аллергия бўлмаган турларга ажратиш мумкин:

Wills ва Brown таснифига кўра, дори воситаларига юқори сезувчанлик реакциялари куйидаги турларга бўлинади (1-жадвалга қаранг).

1-жадвал. Wills ва Brown бўйича дори воситаларига ноўя таъсирлар таснифи:

Реакция тури	Хусусиятлари	Мисоллар	Даволаш
А: Дозага боғлиқ реакциялар (олдиндан айтиш мумкин бўлган)	Энг кўп учрайдиганлари. Дори воситаларининг фармакологик таъсирига боғлиқ. Олдиндан айтиш мумкин. Ўлим даражаси паст.	<i>Учсиклик антидепрессантлар:</i> оғиз қуриши. <i>Опиоидлар:</i> нафас олишнинг сусайиши. <i>Варфарин:</i> қон кетиши <i>Серотонин қайта қамраб олишни тўхтатувчи препаратлар:</i> серотонин синдроми. <i>Юрак гликозидлари (дигоксин, строфантин, коргликон):</i> юрак гликозидлари билан захарланиш (аритмиялар, кўриш қобилиятининг бузилиши ва бошқалар)	Дори воситаси дозасини камайтириш ёки уни қабул қилишни тўхтатиш. Бошқа дори воситалари билан бўлиши мумкин бўлган ўзаро таъсирларни ҳисобга олиш.
Б: Дозага боғлиқ бўлмаган (олдиндан айтиб бўлмайдиган)	Кам учрайди Дори воситасининг кутилаётган таъсирига боғлиқ эмас; Кутилмаган; Ўлим даражаси юқори	<i>Умумий анестетиклар:</i> умумий гипертермия	Дори воситасини қабул қилишни тўхтатиш, уни келажақда тайинламаслик.

С: Доза ва вақтга боғлиқ (сурункали)	Кам учрайди. Боғлиқ: тўпланган дозага	<i>ГКС</i> : гипоталамус-гипофиз-буйрак усти беши ўқи фаолиятининг пасайиши. <i>Бифосфонатлар</i> : жағ суягининг некрози	Дори воситаси дозасини камайтириш, уни тўхтатиш ёки тўхтатиш муддатини узайтириш.
Д: Препаратларни узоқ вақт қабул қилиш билан боғлиқ (кечки)	Кам учрайди. Дозага боғлиқ. Маълум вақт ўтгач юзага келади дори воситасини қабул қилиш бошлангандан сўнг	<i>Сиклоспоринлар</i> : Капоши саркомаси (онкогенез) <i>Антипсихотик дори воситалари (хлорпромазин, галоперидол ва бошқалар)</i> : кечки дискинезия <i>ИАПФ</i> : тератогенлик <i>Тетрасиклин антибиотиклар</i> : лейкопения:	Асоратлар пайдо бўлгандан кейин кеч аниқланади
Е: даволаш курси тугаши билан боғлиқ	Кам учрайди, дори воситаси тўхтатилгандан кейин юзага келади	<i>Опиоидлар, бензодиазепинлар</i> : тўхтатиш синдроми (уйқусизлик, кўнгил айнаши ва бош айланиши)	Дори воситасини қайта юбориш ва аста-секин тўхтатиш
Г: даволанишнинг тўхтатилиши билан боғлиқ	Тез-тез учрайди, дозага боғлиқ, кўпинча дори воситаларининг ўзаро таъсири натижасида юзага келади	<i>Антибиотиклар</i> : бактерияларнинг антибиотикларга чидамлилиги	Дозани ошириш ёки дори воситасини бошқалари билан биргаликда қўллаш.

Гелл & Coombs бўйича дори воситаларига юқори сезувчанликнинг патогенетик таснифи W. Pichler модификацияси билан (2-жадвал).

2-жадвал. - Gell & Coombs бўйича LA патогенетик таснифи W.Pichler модификацияси билан

	Tur	Реакциялар	Клиник белгилар	Ривожланиш вақти	Энг аҳамиятли дори воситалари
ИгЕ-воситачилик қилувчи реакция	I	ИгЕ - воситачилик қилувчи (ўта сезувчанлик тезкор тури) (Тезкор тип)	Анафилактик шок; эшакем; ангионевротик шиш; бронхоспазм; ринит; конъюнктивит;	Дори воситасини охирги қабул қилгандан кейин бир неча дақиқадан 60 дақиқагача (камдан-кам ҳолларда 1-6 соатдан кейин)	Пенициллинлар, цефалоспоринлар, бегона зардоблар, пиразолонлар, мушак бўшаштирувчи воситалар ва бошқалар.
ИгЕ воситачилик қилмайдиган реакциялар	II	Цитотоксик реакциялар	цитопения	5-15 кундан кейин дори воситаси қабул қилиниши бошланганидан сўнг	Метилдопа, пенитсиллинлар, хинидин, фенитоин, гидралазин, прокаинамид ва бошқалар.
	III	Иммунокомплекс феномени реакциялари	Зардоб касаллик феномени Артюс; васкулит;	7-8 кундан кейин Зардоб касаллигида / эшакемида, Артюс; 7-21 кундан сўнг дори воситасини қабул қилиш бошлангандан кейин васкулитда.	Пенициллинлар ва бошқа антибиотиклар, сулфаниламидлар, зардоблар, вакциналар, пиразолонлар (ностероид яллиғланишга қарши дорилар), анестетиклар ва бошқалар.

Кечиктирилган типдаги ўта сезувчанлик					
ИгЕ билан боғлиқ бўлмаган реакциялар	IVa	Тх1 (ИФНγ) билан боғлиқ	Экзема Контакт аллергик дерматит	Дори воситасини қабул қилиш бошлангандан 1-21 кун ўтгач DV	Пенициллинлар ва бошқа антибиотиклар, сульфаниламидлар, маҳаллий анестетиклар, металлар ва уларнинг бирикмалари, стрептомицин, тутқаноққа қарши препаратлар, фторхинолонлар ва бошқалар.
	IVb	Тх2 (ИЛ-5 ва ИЛ-4) билан боғлиқ	макулопапулёз экзантема (МПЕ), буллёз экзантема ДРЕСС-синдроми	МПЕда дори воситасини қабул қилиш бошлангандан 1 кундан бир неча кунгача. ДРЕССда дори воситасини қабул қилиш бошлангандан 2-6 ҳафта ўтгач.	
	IVc	Ситотоксик Т-хужайралар (перфорин ва гранзим Б, ФасЛ) билан боғлиқ	макулопапулёз экзантема, СЖС/ТЕН, пустулёз экзантема	Фиксацияланган эритемада қабул қилиш бошлангандан 1-2 кун ўтгач. Қабул қилиш бошлангандан 4-28 кун ўтгач СЖС/ТЕН да.	
	IVd	Т-хужайралар (ИЛ-8/СХСЛ8) билан боғлиқ	ўткир генерализацияланган экзантематоз пустулёз (АГЕП)	Дори воситасини қабул қилиш бошлангандан 1-2 кун ўтгач (аммо кечроқ ҳам бўлиши мумкин).	

ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ:

Дори воситаларига аллергия ривожланишининг асосий омиллари қуйидагилардир:

- генетик жиҳатдан белгиланган мойиллик;
- аллергиянинг бошқа турлари (бактериал, чанг, озиқ-овқат ва бошқалар) мавжудлиги;
- беморлар томонидан дори воситаларини такроран ёки узоқ муддат қўллаш;
- депо-препаратларни қўллаш (масалан, бициллин);
- турли гуруҳлардан кўп миқдордаги дори воситаларини бир вақтнинг ўзида тайинлаш (полипрагмазия), уларнинг метаболизм маҳсулотлари бир-бирининг аллерген таъсирини кучайтириши мумкин;
- препаратнинг юқори сезгирлаштирувчи фаоллигини таъминловчи физик-кимёвий тузилиши.

Шунингдек, дори аллергияси ривожланишига моил қилувчи омиллар ҳам ажратиб кўрсатилади:

- ўтиш даври;
- ҳомиладорлик;
- ҳайз кўриш;
- климакс;
- қуёш нурланишининг таъсири;
- турли хилдаги эмоционал стресс.

Дори воситасини юбориш йўллари ва дозалари ҳам унинг аллергенлигига таъсир кўрсатади. Маҳаллий аппликация ва ингаляция кўпинча сенсбилизацияга сабаб бўлади. Вена ичига юбориш, мушак ичига ва тери остига юборишга қараганда камроқ ҳолларда дори аллергиясини келтириб чиқаради. Антибиотиклар, хусусан, пенициллин учун энг кўп сезгирлаштирувчи усуллар қуйидагича: аппликация усули - 5-12%, тери ва ингаляция усуллари - 15%, инъекция усули - 1-2%, энг кам сезгирлаштирувчи усул эса оғиз орқали қабул қилиш усулидир.

ДОРИ ВОСИТАЛАРИГА КЕСИШМА РЕАКЦИЯЛАР

Тез-тез учрайдиган муаммолардан бири - бу дори воситаларига кесишма реакциялардир. Пенициллинлар ва сефалоспоринлар гуруҳидаги антибиотиклар умумий детерминантларга эга. Новокаин ва сульфаниламидлар ҳам ўхшаш антигенлик хусусиятларига эга (4-жадвал ва 5-жадвал).

4-жадвал. Умумий детерминантларга эга бўлган дорилар гуруҳлари

Umumiy deteterminanta	Доривор препаратлар умумий детерминанта билан
Ҳалқа беталактам	табiiй пенициллинлар, ярим синтетик сефалоспоринлар
Анилин (фениламин)	Новокаин, анестезин ва уларга ўхшаш моддалар, параминосали-тсил кислотаси, сульфаниламидлар

Бензолсулфон-амид гуруҳи	Сулфонамидлар (уросулфан, сулфопиридазин ва бошқалар), сулфонилмочевина ҳосилалари (оғиз орқали қабул қилинадиган гипогликемик дори воситалари), тиазид таъсирли сийдик ҳайдовчи воситалар (гидрохлортиазид), ҳалқасимон сийдик ҳайдовчи воситалар (фуросемид), ингибиторлар карбоангидразалар (атсетазоламид)
Фенотиазин гуруҳи	Нейролептиклар (аминазин, пропазин ва бошқалар), метилен кўки, антидепрессантлар (фторатсизин), антигистаминли (пиполфен, дипразин), юрак қон томирларини кенгайтирувчи (хлоратсизин), юрак ритми бузилишига қарши (этмозин, этатсизин)
Йод	Таркибида ёд бўлган рентгенконтраст моддалар (урографин, верографин, кардиотраст, омнипак, сергозин ва бошқалар), ёд ва ноорганик ёдидлар (ёднинг спиртли эритмаси, Люгол эритмаси ва бошқалар), гормонал препаратлар (тироксин, триёдтиронин, тиреокомб)
Аспирин	Аналгин, бутадион, реопирин, ситрамон, напроксен, паратсетамол, ибупрофен, метиндол ва бошқалар, сариқ рангли озик-овқат бўёқлари
	(тартразин), консервантлар - тузилиши жиҳатидан аспиринга ўхшаш, сариқ қобик билан қопланган таблеткалар
Пиполфен	Фенотиазин қаторидаги препаратлар (Аминазин ва бошқалар)
Эуфиллин	Хлоропирамин (Супрастин)
Барбитал	Барбитуратлар, Теофедрин, Валокордин, Пенталгин ва бошқалар
Пиперазин	Синнаризин
Фуратсилин	Фурадонин, фуразолидон, фурагин
Дермозолон	Энтеросептол, мексаза, 5-НОК, преднизолон
Б1 витамини	Кокарбоксилаза

5-жадвал - Дори воситаларининг ўзаро аллергияк хусусиятлари

Аллергия бўлганда препаратларга	Қуйидаги воситаларни қўллаш мумкин эмас
Атсетилсалитсил кислотаси (аскофен, асфен, новосефалгин, ситрамон, седалгин ва бошқ.)	Ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари: пиразолон ҳосилалари (аналгин, бутадион ва уларни ўз ичига олган препаратлар: теофедрин, пенталгин, баралгин, максиган, спазмалгон ва бошқалар); органик кислоталарнинг ҳосилалари (ибупрофен, волтарен, индометасин ва бошқ.)
Новокаин	Маҳаллий оғриқсизлантирувчи воситалар (лидокаин, тримакаин, дикаин) ва улар таркибидаги дорилар, сульфаниламидлар (бисептол, уросулфан, сулфадиметоксин ва бошқ.), сульфомочевина ҳосилалари: глибенкламид (манинил, бетаназ), гликвидон (глюренорм), глипизид (мини-диаб), гликазид (предиан, диабетон), хлорпропамид ва бошқалар. Сийдик ҳайдовчи воситалар (дихлотиазид, сиклометиазид, фуросемид, буфенокс, клопамид, индапамид, асетазоламид ва бошқ.)

Изохлар. ДРЕСС (Эозинофилия ва тизимли белгиларлар билан кечадиган дори реакцияси), СЖС (Стивенс-Жонсон синдроми), ТЕН (токсик эпидермал некролиз), МПЕ (макуло-папуляр экзантема).

2.4 Патофизиологияси

Дори аллергияси - бу дори воситаларига ёки унинг метаболитларидан бирига қарши антитаналар ва/ёки фаоллашган Т-хужайралар йўналтирилган ноўя реакциялардир.

Тезкор аллергияк ДЮСРлар сенсбилизациядан сўнг антигенга специфик Б-лимфоцитлар томонидан IgE ишлаб чиқарилиши натижасида ривожланади. Кейинги дори таъсиридан сўнг антиген (эҳтимол, гаптен-оқсил комплекси) семиз хужайралар ва базофиллар юзасидаги IgE билан боғланиб, олдиндан шаклланган медиаторлар (масалан, гистамин, триптаза, ТНФа каби

айрим цитокинлар) ажралишини ва янги медиаторлар (масалан, лейкотриенлар, простагландинлар, кининлар, бошқа ситокинлар) ҳосил бўлишини рағбатлантиради.

Кечиккан аллергик ДЮСРлар асосан Т-лимфоцитлар фаолияти орқали юзага келади. Гаптен гипотезасига кўра, реакцияни кўзгатиш учун дори воситаси гаптен сифатида таъсир қилиб, оқсиллар билан қайтмас боғланиши ва антигенларни ҳосил қилиши керак. Иммуно рецепторлар билан фармакологик ўзаро таъсирнинг муқобил гипотезаси (пи концепцияси) шуни таклиф қиладики, дори воситалари иммуно рецепторлар (Т-хужайра рецепторлари ёки HLA молекулалари) билан бевосита ўзаро таъсирлашиб, МНС-пептидни ўзгартириш орқали Т-хужайраларни фаоллаштириши мумкин (масалан, Абасавирнинг HLA-B*5701 га боғланиши).

Изоҳлар:

Вирусли инфекциялар ДЮСРга ўхшаш бўлиши мумкин, аммо улар дорилар билан ҳам ўзаро таъсирлашиб, енгил (масалан, ЭБВ билан боғлиқ "ампициллин тошмаси") ва оғир реакцияларга (масалан, HHV-6 ва DRESS ўртасидаги боғлиқлик) олиб келиши мумкин.

Аллергик бўлмаган ДЮСР патомеханизми (кўпинча нотўғри равишда ҳақиқий дори аллергияси деб ҳисобланади) қуйидагиларни ўз ичига олиши мумкин:

- Номохсус, семиз хужайралар ёки базофилларда гистаминнинг ажралиб чиқиши (масалан, опиаатлар, рентген контраст моддалари ва ванкомицин таъсирида).
- Брадикинин тўпланиши (ангиотензинни ўзгартирувчи фермент ингибиторлари таъсирида).
- Комплементнинг фаоллашуви (масалан, протамин таъсирида).
- Арахидон кислота метаболизмининг ўзгариши (масалан, аспирин ва ностероид яллиғланишга қарши дорилар таъсирида).
- Баъзи моддаларнинг бронхоспазм чақирувчи фармакологик таъсири (масалан, бета-блокаторлар, сульфитлар сақловчи препаратлардан ажралиб чиқадиган олтингурут диоксиди).

3.1 Клиник кўринишлари

Тезкор ДЮСРлари: одатда қаварчиқлар, Квинке шиши (ангионевротик шиш), ринит, конъюнктивит, бронхоспазм, ошқозон-ичак белгилари (кўнгил айниш, қусиш, ич кетиш) ёки юрак-қон томир етишмовчилигига олиб келиши мумкин бўлган анафилаксия (анафилактик шок) билан намоён бўлади.

Кечиккан ДХРлари: кўпинча турли хил тери белгиларга олиб келади, масалан, кеч пайдо бўладиган ёки кечиккан қаварчиқлар, доғли-папуляр тошмалар, доимий дори тошмалари, васкулит, пуфакчали касалликлар (ТЕН, СЖС ва Лайела синдроми - тарқалган буллёз эпидермолиз каби), ўткир тарқалган экзантематоз пустулёз (АГЕП) ва симметрик дори билан боғлиқ интертригиноз ҳамда букилувчан юзалар экзантемалари (СДРИФЕ). Ички аъзолар алоҳида ёки тери белгилари (HSS/ДРЕСС/DiHS, васкулит, СЖС/ТЕН) билан бирга зарарланиши мумкин ва бу гепатит, буйрак етишмовчилиги, пневмонит, камқонлик, нейтропения ва тромбоцитопенияни ўз ичига олади.

IgE антитаначалари жавоби вақт ўтиши билан доимий бўлмаса-да, IgE сезгирлиги йиллар давомида сақланиб қолиши мумкин. Т-хужайралар хотираси - кечиктирилган дори препаратларига нисбатан юқори сезувчанлик реакциялари (ДЮСР) учун янада кучлироқ намоён бўлади. Шу сабабли, дори аллергияси юзага келганда, ушбу дори воситаси ва унга ўхшаш таъсирга эга бўлган дори воситаларидан умр бўйи воз кечиш тавсия этилади.

3.2 Ташхислаш

Кўп ҳолларда тўғри профилактика чораларини қўллаш учун ДЮСРнинг аниқ ташхиси талаб этилади.

Фақат ДЮСР анамнезига асосланган нотўғри таснифлаш беморнинг шахсий даволаниш имкониятларига таъсир кўрсатиши ва дори аллергиясининг тўлиқ текширувидан кўра зарарли бўлиши мумкин.

Аниқ ташхис қўйиш имконини берувчи клиник воситалар қаторига батафсил клиник ва аллерго - анамнез, стандартлаштирилган тери синамалари, ишончли *in vitro* тестлари ва дори провакацион синамалари киради.

Илгари дори воситаларига аллергик реакциялари бўлмаган, аллергик касалликлари бўлмаган шахсларни скрининг қилиш тавсия этилмайди.

Қачон текшириш (баҳолаш) керак?

- Анамнездан олдин ДЮСР мавжуд бўлганда ва дори воситаси бир хил самарали, тузилиши жиҳатидан боғлиқ бўлмаган муқобилсиз зарур бўлганда ҳамда хавф камроқ, эҳтимолий фойда нисбати ижобий бўлса.

- Бошқа дори воситалари учун анамнезида оғир ДЮСР мавжуд бўлганда (беморни ҳимоя қилишнинг энг яхши усули - айбдор моддаларни аниқлаш).

Қачон текширмаслик (баҳоламаслик) керак?

- Дори аллергияси сабаби бўлмаган ҳолатларда (мос келмайдиган белгилар, мос келмайдиган хронология, шундан бери қабул қилинган дориларга реакция бўлмаганда, дори қабул қилмасдан реакция юзага келганда).
- Муқобил ташхис бўлганда (масалан, герпес вируси тошмалари, сурункали қаварчиқлар).
- Дори воситаларини синовдан ўтказиш учун ҳар сафар реакция жуда оғир бўлганда: назорат қилиб бўлмайдиган реакция ва ҳаёт учун хавфли бўлган оғир реакциялар юзага келганда.

Ўтказилиш вақти.

Аллергия текшируви барча клиник белгилар бутунлай йўқолгандан сўнг, 4-6 ҳафта ўтгач ўтказилиши мақсадга мувофиқ.

3.3 Клиник анамнез (масалан, EAACI-DAIG/ENDA сўровномасида қайд этилган):

Белгилар: дори воситаларига бўлган реакция (ДЮСР) билан мослиги.

Белгилар хронологияси: олдинги таъсир, охириги доза қабул қилингандан кейин белгилар бошланишигача бўлган вақт, даволашни тўхтатишнинг таъсири.

Қабул қилинган бошқа дори воситалари: ҳам реакция пайтида, ҳам шундан кейин қабул қилинган шу тоифадаги бошқа дорилар.

Тиббий маълумотлар: олдинги аллергиялар ёки сурункали қаварчиқлар/сурункали риносинусит каби айрим дори воситалари (масалан, аспирин ва ЦОГ-2 селектив бўлмаган ностероид яллиғланишга қарши дорилар) қабул қилинганда оғирлашиши мумкин бўлган тиббий ҳолатлар.

3.4 Тери синамалари (in vivo диагностика)

Тери ичига юбориш синовлари терига санчиш синовлари салбий бўлганда ўтказилади ва юқори сезувчанликни таъминлайди. Сезгирлик ва прогноз қийматлари турлича бўлиб, β-лактама антибиотиклари, нейромушак блокловчи моддалар, платина тузлари ва гепаринларга нисбатан

тезкор ДЮСР учун "яхши" натижа кўрсатади, аммо бошқа кўпчилик дори воситалари учун ўртача ёки паст даражада бўлади.

Бевосита бўлмаган ДЮСР учун патч тестлари ва/ёки кеч ўқиладиган тери ичи тестлари ўтказилиши лозим.

Кўпгина дори воситалари учун стандартлаштирилган ва тасдиқланган синов шартлари илмий адабиётларда етарлича ўрганилмаган ёки баҳсли ҳисобланади.

Агар дори воситаси етарлича реактив шаклда мавжуд бўлмаса, одатда бу асосий дори воситаси эмас, балки иммуноген бўлган метаболик маҳсулот бўлганлиги сабабли, ташхисни тасдиқлаш учун провокацион тестлар талаб этилади.

Тезкор ДЮСР учун терига санчиш синови (прик тест) ўзининг соддалиги, тезлиги, арзонлиги ва юқори ўзига ҳослиги туфайли дастлабки текшириш учун тавсия этилади.

1-илова

Дори воситаларига ўта сезувчанликни аниқлаш ва олдини олиш усуллари

1. Дори воситаларига ўта сезувчанликни аниқлаш қўлланмани (кейинги ўринларда қўлланма деб юритилади) дори воситаларига ўта сезувчанликни аниқлаш тартибини белгилайди.
2. Қўлланмада қуйидаги атама ва тушунчалардан фойдаланилган:
 - 1) дори воситаларига ўта сезувчанлик - бу организмнинг дори воситаларига нисбатан ортиқча таъсирчанлик ҳолати бўлиб, унинг ривожланишида дори воситаси такроран қўлланилганда иммунитет механизмлари иштирок этади;
 - 2) аллергияга қарши премедикатсия (бундан кейин премедикатсия деб юритилади) - дори воситаларига ўта сезувчанлик реакцияларининг олдини олиш мақсадида антигистамин препаратлар ва глюкокортикостероидларни қўллаш.
 - 3) провокацион дозаланган тест - препаратни минимал дозадан ўртача даволаш дозасигача юбориш.
3. Беморда дори воситаларига ўта сезувчанлик ташхиси ушбу қўлланманинг 1-иловасига мувофиқ дори воситаларига ўта сезувчанлик ташхиси схемасига асосан ўтказилади.
4. Тиббиёт ходимлари (шифокор, ўрта тиббиёт ходими) беморга дори воситасини (айниқса антибиотик, анестетик, миорелаксант, нейролептик, антикоагулянт, зардоб ёки оқсил асосидаги

препарат, рентгенконтраст моддани) юборишдан олдин (энтерал, парентерал) қуйидагиларни амалга оширади:

- 1) шикоятларни ўрганиш;
- 2) аллергологик анамнезни йиғиш (ҳар қандай аллергик касалликлар, дори аллергияси белгилари, дори воситаларини қўллашда, хлор, латекс, никель ва хром билан маҳаллий алоқада бўлганда ҳар қандай ноаниқ тошмалар мавжудлиги);
- 3) беморнинг хабардор қилинган розилигини олиш.

5. Шикоятлар бўлмаганда, салбий аллергик анамнез йўқлигида ва беморнинг хабардор қилинган розилиги мавжуд бўлганда беморга дори воситаси юборилади.

6. Шикоятлар бўлмаса-да, лекин оғирлашган шахсий аллергологик анамнез (бронхиал астма, аллергик ринит, атопик дерматит, қайталанувчи эшакеми, контакт аллергик дерматит) ва ёки оғирлашган оилавий аллергологик анамнез (ота-онаси, яқин қариндошлари ва ака-ука, опасингилларида юқорида кўрсатилган касалликлар мавжудлиги) мавжуд бўлганда, шунингдек, дори воситаларини тез-тез қўллаш, такрорий операциялар ва муолажалар ўтказилганда беморга премедикация қилинади.

Премедикация учун 2-авлод антигистамин препарати (таблетка, сироп, томчилар) қўлланилади, у препаратни юборишдан 1,5 соат олдин ичиш орқали юборилади ёки 1-авлод антигистамин препарати препаратни юборишдан 15 дақиқа олдин парентерал йўл билан юборилади.

Жарроҳлик аралашувидан 30 дақиқа - 1 соат олдин премедикация мақсадида глюкокортикостероид препаратлар: дексаметазон 0,1 мг/кг ёки преднизолон 1 мг/кг мушак орасига ёки вена ичига томчилатиб юборилади.

7. Беморнинг тиббий ҳужжатларида тасдиқланган аллергик касалликлар ва ушбу дори воситасига юқори сезувчанлик мавжуд бўлса, шифокор қуйидаги қарорлардан бирини қабул қилади:

- 1) бошқа фармакологик гуруҳдаги дори воситаси билан алмаштириш;
- 2) беморни аллергологга маслаҳатга юбориш.

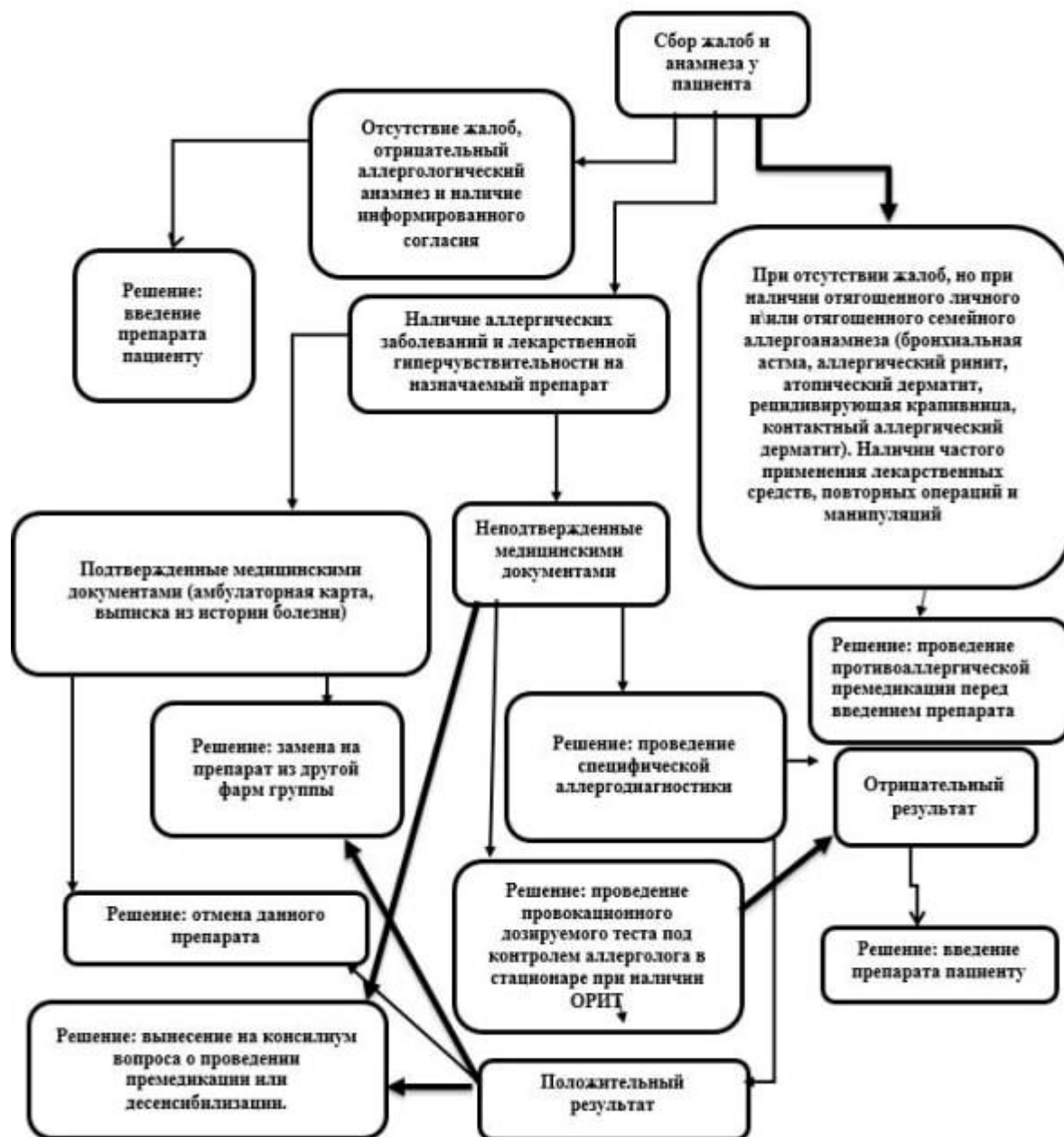
8. Беморнинг тиббий ҳужжатларида тасдиқланмаган аллергик касалликлар ва дори воситаларига юқори сезувчанлик мавжуд бўлса, шифокор қуйидаги қарорлардан бирини қабул қилади:

- 1) ушбу Методиканинг 2-иловасига мувофиқ, киритилиши режалаштирилган дори воситасига нисбатан юқори сезувчанликнинг ўзига хос аллергодиагностикасини ўтказиш, бунда аниқ тест турини танлаш;
- 2) реанимация ва интенсив терапия бўлими (кейинги ўринларда - РИТБ) мавжуд бўлган стационарда шифокор назорати остида провокацион дозаланган тестни ўтказиш. Оғир аллергик реакцияни бошдан кечиргандан сўнг, провокацион дозаланган тест камида 1 ойдан кейин ўтказилади;
- 3) премедикация ёки десенсибилизация ўтказиш масаласини консилиумга ҳавола этиш.

9. Дори воситаси билан тери-аллергик тестдан ўтказиш ушбу Методиканинг 3-иловасига мувофиқ тест ўтказиш алгоритмига биноан амалга оширилади.
10. Сувда эрийдиган дори воситаси билан тест ўтказиш учун ушбу Методиканинг 4-иловасига мувофиқ терини синовдан ўтказишда қўлланиладиган дори воситалари рўйхатида кўрсатилган концентрацияга мувофиқ физиологик эритма билан суялтириш қўлланилади.
11. Бемор антигистамин препаратлар, глюкокортикостероидлар (преднизолон дозаси 15 мг дан ортиқ), ситостатиклар, яллиғланишга қарши ностероид дориларни қабул қилаётган бўлса ва бошқа нисбий қарши кўрсатмалар (илгари анафилактик шок кечирган, юрак, буйрак, жигар декомпенсацияланган касалликлари, эндокрин касалликларнинг оғир шакллари, ҳомиладорлик, 3 ёшгача бўлган болалар) мавжуд бўлса, тест ўтказилмайди. Бундай ҳолларда ташхис 2-иловага мувофиқ лаборатория усуллари билан қўйилади.
12. Махсус аллергодиагностика салбий натижа кўрсатганда беморга текширилаётган препарат юборилади.
13. Махсус аллергодиагностика ижобий натижа кўрсатганда шифокор қуйидаги қарорлардан бирини қабул қилади:
- 1) дори воситасини бекор қилиш;
 - 2) бошқа фармакологик гуруҳ препаратига алмаштириш;
 - 3) беморни аллерголог маслаҳатига йўналтириш;
 - 4) премедикация ёки десенсибилизация ўтказиш масаласини консилиумга қўйиш.
14. Мураккаб диагностик ҳолатларда, провокацион тест ўтказиш зарур бўлганда, дори препаратларининг турли шакллари (таблетка, сироп, кукун) полисенсibiliзатсияни аниқлашда қийинчиликлар юзага келганда, аллергологик тестлар вилоят тиббиёт муассасалари ёки республика тиббиёт муассасаларининг аллергология бўлимлари аллергологлари томонидан ўтказилади.

Дори воситаларига ўта сезувчанликни
ташхислаш ва олдини олиш услубига

Дори воситаларига юқори сезувчанликни ташхислаш схемаси



Дори воситаларга юқори сезувчанликни
ташхислаш ва олдини олиш услубига

Дори воситаларга юқори сезувчанликнинг махсус аллергодиагностикаси

Реакция тури	In vivo test		In vitro test
	Тери	Тизимли	
Тезкор	Прик-тест, тери ичига юбориш тести	Провокацион тест	Махсус IgE, базофиллар фаоллашуви тести
Секинлашган	Тери ичига юбориш тести, патч-тест	Провокацион тест	Базофиллар фаоллашуви тести, лимфотситларнинг бласт-трансформацияси реакцияси

Дори воситаларга юқори сезувчанликни
ташхислаш ва олдини олиш
услубига

Тест ўтказиш алгоритми

1. Прик-тестни ўтказиш учун беморнинг терисига текшириладиган препарат физиологик эритма билан суюлтирилган ҳолда томизилади. Концентрация қўлланманинг 4-иловасига мувофиқ тери синовида қўлланиладиган дори воситалари рўйхатида кўрсатилган бўлади. Сўнгра ланцет билан тери тешилади.
2. Натижа 20 дақиқадан сўнг баҳоланади.
3. Тери қизариши ва шиши кузатилса, прик-тест ижобий ҳисобланади. Фақат қизариш бўлса ёки ҳеч қандай реакция кузатилмаса, прик-тест салбий ҳисобланади ва тери ичига юбориш синамаси ўтказилади.
4. Тери ичига юбориш синамаси шприц ёрдамида амалга оширилади. Бунда текшириладиган препарат физиологик эритма билан суюлтирилади. Концентрация Услубнинг 4-иловасига мувофиқ тери синовида қўлланиладиган дори воситалари рўйхатида кўрсатилган бўлади. Дори 0,2-0,3 мл миқдорда юборилади.

5. Назорат учун 0,2-0,3 мл физиологик эритма тери остига юборилади.

6. Натижа 20-60 дақиқадан сўнг баҳоланади. Агар гиперемия 1 см дан ортиқ бўлса, тест ижобий ҳисобланади. Секинлашган турдаги аллергия реакция ривожланишига шубҳа қилинганда, тери ичи тести 1-3 соатдан кейин баҳоланади.

4-илова

Дори воситаларга юқори сезувчанликни ташхислаш ва олдини олиш методикасига

Тери синамалари учун ишлатиладиган дори воситалари рўйхати

Халқаро патентланмаган номи / Фаол модданинг номи	Бошланғич концентрация, мг/мл	Прик-тест учун суюлтириш	Тери ичига юбориш учун суюлтириш	Тери ичига юбориш учун эритма тайёрлаш усули
Атракурий	10	1/10	1/10000	Стерил 10,0 мл шприц билан дори воситасининг 0,1 мл бошланғич концентрацияси олиниб, устига 10 мл физиологик эритма кўшилади. Ушбу суюлтиришдан 0,1 мл шприцда қолдирилади ва 10 мл физиологик эритма кўшилади.
Рокуроний	10	Суюлтирилмайди	1/200	Стерил 10,0 мл шприц билан дори воситасининг 0,2 мл бошланғич концентрацияси олиниб, устига 10 мл физиологик эритма кўшилади.

Суксаметоний	100	1/5	1/5000	Стерил 10,0 мл шприц билан дори воситасининг 0,05 мл бошланғич концентрацияси олиниб, устига 10 мл физиологик эритма кўшилади.
Пропофол	10	Суюлтирилмайди	1/10	Стерил 1,0 мл шприц (инсулин шприци) билан дори воситасининг 0,1 мл бошланғич концентрацияси олиниб, 1 мл физиологик эритма кўшилади.
Тиопентал	1000	Суюлтирилмайди	1/10	Дори воситасининг бошланғич концентрациясидан 0,1 мл стерил 1,0 шприц (инсулин шприци) билан олинади ва унга 1 мл физиологик эритма кўшилади.
Кетамин	50	1/10	1/10	Дори воситасининг бошланғич концентрациясидан 0,1 мл стерил 1,0 шприц (инсулин шприци) билан олинади ва унга 1

				мл физиологик эритма кўшилади.
Фентанил	0,05	Суюлтирилмасдан	1/10	Дори воситасининг асосий суюлтирилган концентрациясидан 0,1 мл стерил 1,0 шприц (инсулин шприци) билан олинади ва унга 1 мл физиологик эритма кўшилади.
Морфин	10	1/10	1/10000	Дори воситасининг бошланғич концентрациясидан 0,1 мл стерил 10,0 шприц билан олинади ва унга 10 мл физиологик эритма кўшилади. Ушбу суюлтиришдан 0,1 мл шприцда қолдирилади ва унга 10 мл физиологик эритма кўшилади.
Бупивакаин	5	Суюлтирилмасдан	1/10	Дори воситасининг бошланғич концентрациясидан 0,1 мл стерил 1,0 шприц (инсулин шприци) билан олинади ва унга 10

				мл физиологик эритма кўшилади.
Лидокаин	10	Suyultirilmasdan	1/10	Дори воситасининг бошланғич концентрациясидан 0,1 мл стерил 1,0 шприц (инсулин шприци) билан олинади ва унга 1 мл физиологик эритма кўшилади.
Мепивакаин	30	Суёлтирилмасдан	1/10	Дори воситасининг бошланғич концентрациясидан 0,1 мл стерил 1,0 шприц (инсулин шприци) билан олинади ва унга 1 мл физиологик эритма кўшилади.
Ропивакаин	2	Суёлтирилмасдан	1/10	Дори воситасининг бошланғич концентрациясидан 0,1 мл стерил 1,0 шприц (инсулин шприци) билан олинади ва унга 1 мл физиологик эритма кўшилади.
Прокаин	5	Суёлтирилмасдан	1/10	Дори препаратининг 0,1 мл бошланғич концентрацияси

				стерил 1,0 шприц (инсулин шприци) билан олинади ва унга 1 мл физиологик эритма кўшилади.
Артикаин	40	Суюлтирмасдан	1/10	Дори препаратининг 0,1 мл бошланғич концентрацияси стерил 1,0 шприц (инсулин шприци) билан олинади ва унга 1 мл физиологик эритма кўшилади.
Гепарин	-	Суюлтирмасдан	1\10	Дори препаратининг 0,1 мл бошланғич концентрацияси стерил 1,0 шприц (инсулин шприци) билан олинади ва унга 1 мл физиологик эритма кўшилади.
Пенициллин	-	5\100	5\100000	Стерил 10,0 шприц билан дори препаратининг 0,5 мл бошланғич концентрацияси олинади ва унга 10 мл физиологик эритма кўшилади.

				<p>Ушбу суюлтиришдан 0,1 мл шприцда қолдирилади ва унга 10 мл физиологик эритма қўшилади.</p> <p>Ушбу суюлтиришдан 0,1 мл шприцда қолдирилади ва унга 10 мл физиологик эритма қўшилади.</p>
Бета-лактама антибиотиклар	-	5\100	5\100000	<p>Стерил 10,0 шприц билан дори препаратининг 0,5 мл бошланғич концентрацияси олинади ва унга 10 мл физиологик эритма қўшилади.</p> <p>Ушбу суюлтиришдан шприцда 0,1 мл қолдирилади ва унга 10 мл физиологик эритма қўшилади.</p> <p>Ушбу суюлтиришдан 0,1 мл шприцда қолдирилади ва унга 10 мл</p>

				физиологик эритма кўшилади.
Амоксициллин	-	20-25	2\10000	Дори препаратининг 0,2 мл бошланғич концентрацияси стерил 10,0 шприц билан олинади ва унга 10 мл физиологик эритма кўшилади. Ушбу суюлтиришдан 0,1 мл шприцда қолдирилади ва унга 10 мл физиологик эритма кўшилади
Цефалоспоринлар	-	1-2	5\1000	0,05 мл бошланғич концентрацияли дори препарати стерил 10,0 шприц билан олинади ва 10 мл физиологик эритма кўшилади.
Рентгенконтраст моддалар	-	Суюлтирмасдан	1\30	0,1 мл бошланғич концентрацияли дори препарати стерил 5,0 шприц билан олинади ва 3 мл физиологик эритма кўшилади.

НСҚД (ностероид яллиғланишга қарши дорилар)* *етарли далиллар базаси мавжуд эмас	-	Суюлтирмасдан	1/300	0,3 мл бошланғич концентрацияли дори препарати стерил 10,0 шприц билан олинади ва 10 мл физиологик эритма қўшилади.
---	---	---------------	-------	---

2-илова

Бирламчи иммунитет танқислигига шубҳа қилинган беморларни амбулатория ва стационар шароитларда тиббий ёрдам кўрсатиш учун йўналтириш алгоритми

1. Бирламчи иммунитет танқислигига (кейинги ўринларда БИТ деб юритилади) шубҳа қилинган беморлар қуйида келтирилган икки ва ундан ортиқ белгилар мавжуд бўлганда, бирламчи тиббий-санитария ёрдами шифокори (кейинги ўринларда БТСЁ деб юритилади) ёки бошқа соҳа мутахассисининг йўлланмаси асосида пулли хизматлар доирасида иммунолог-аллерголог шифокорига юборилади:

- 1) оилада БИТ билан касалланган беморларнинг мавжудлиги;
- 2) оилавий анамнезда инфекцион жараён клиникаси билан кечган эрта ёшдаги боланинг ўлими қайд этилганлиги;
- 3) юқори нафас йўллариининг тез-тез касалланиши (мактабгача ёшдаги болаларда - йил давомида 8 ва ундан ортиқ марта, мактаб ўқувчиларида - йил давомида 5-6 марта);
- 4) узок муддатли (икки ой ва ундан ортиқ) антибактериал даволашнинг таъсири йўқлиги ёки минимал таъсири;
- 5) тери ёки ички аъзоларнинг қайталанувчи оғир йирингли ёки замбуруғли зарарланишлари;
- 6) йил давомида 2 ва ундан ортиқ марта бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли яллиғланиши ёки отитлар;
- 7) йил давомида 2 ва ундан ортиқ марта рентгенологик тасдиқланган пневмония;
- 8) 1 ёшдан ошган болаларда такрорланувчи кандидоз (оғиз замбуруғи) ёки афтоз стоматит;
- 9) анамнезида иккитадан ортиқ оғир инфекцион жараёнлар (сепсис, остеомиелит, менингит, чўзилувчан киндик яллиғланиши, сил);
- 10) 1 ёшгача бўлган боланинг вазн ва бўй ўсишида орқада қолиши;
- 11) қайсар, даволанишга ёмон жавоб берувчи ва такрорланувчи ич кетиш;
- 12) атаксия ва телангиэктазия мавжудлиги;

- 13) атопик дерматит, тарқалган, оғир ва узлуксиз такрорланувчи кечиши;
- 14) тери ости ёғ қатлами ва шиллик пардаларнинг ноинфекцион келиб чиқишли такрорланувчи зич шишлари.

2. Иммунолог-аллерголог шифокор билан маслаҳатлашиш учун қуйидагилар зарур: педиатр ёки оилавий шифокор йўлланмаси ва амбулатория картасидан кўчирма.

3. Иммунолог-аллерголог шифокорлар имкон қадар беморни текшириш ва маслаҳат беришни амалга оширадилар, бунда қуйидаги иммунологик кўрсаткичларни аниқланади: 1) периферик қон зардобидаги иммуноглобулинлар миқдори (Г, М, А ва Э синфидаги иммуноглобулинлар);

2) қонда иммунофенотиплаш усули билан лимфотситлар субпопуляциялари миқдори "иммун ҳолатни аниқлаш учун панель (6 жуфт)" (Т-лимфотситлар (СД3), В-лимфотситлар (СД19), Т-хелперлар (СД4), ситотоксик Т-лимфотситлар (СД8), табиий киллерлар (СД16-56));

3) комплемент тизимининг функционал фаоллиги (классик йўл бўйича гемолитик фаоллик - Ч50), комплементнинг С4 компоненти.

4. ОИТСга шубҳа қилинган беморларни маслаҳатга йўналтириш иммунолог-аллерголог шифокорлар томонидан 021/у шакли асосида, республика тиббиёт муассасаларининг клиник иммунология, аллергиялогия, пульмонология бўлимларига беморнинг аҳволи қониқарли ёки нисбатан қониқарли бўлганда ва қуйидаги бир ёки бир нечта ўзгаришлар мавжуд бўлган ҳолларда амалга оширилади:

1) Г, М ва А синф иммуноглобулинлари даражасининг ёш меъёридан 2 баробардан кўпроқ пасайиши;

2) М синф иммуноглобулин даражасининг ёш меъёридан 2 баробардан кўпроқ кўтарилиши;

3) Э синф иммуноглобулин миқдорининг 2000 ХБ/мл дан ошиб кетиши;

4) Т-лимфотситлар ва уларнинг субпопуляциялари, В-лимфотситлар, табиий киллер хужайралар миқдорининг 2 баробардан кўпроқ камайиши ёки умуман йўқлиги;

5) фагоцитоз қилувчи хужайралар функционал фаоллигининг пасайиши ёки бутунлай йўқолиши;

6) комплемент тизими фаоллигининг 2 баробардан кўпроқ пасайиши ёки бутунлай йўқлиги;

7) ТРЕК/КРЕК кўрсаткичининг 2 баробардан кўпроқ пасайиши.

Ўртача оғир ва оғир ҳолатларда бемор аҳволи барқарорлашгунга қадар шифохоналарнинг соматик бўлимларига юборилади.

Ташхис аниқлангандан сўнг ва гемопозитик ўзак хужайра трансплантациясини ўтказиш учун кўрсатмалар мавжуд бўлганда, беморлар ҳудудий мансублигига қараб республика тиббиёт муассасаларининг онкология бўлимига ёки онкогематология бўлимига йўналтирилади.

3.4.1 Дори воситалари билан провакацион тестлар

Дори провакацион тести (ДПТ) - ДЮСРни келтириб чиқарадиган дори воситасини аниқлаш учун олтин стандарт ҳисобланади. У ДЮСРни тасдиқлаши ёки истисно қилиши ёхуд камроқ эҳтимоллик билан кўзғатувчи дорига толерантликни кўрсатиши мумкин.

У айниқса НЯҚВ, маҳаллий анестетиклар, β-лактамлардан ташқари антибиотиклар ва тери синамалари манфий бўлганда β-лактамлар учун талаб қилинади.

Клиник анамнез ижобий прогнозли қийматга эга бўлганда, ДПТ бевосита муқобил дори воситаси билан ўтказилиши мумкин.

Иложи борича оғиз орқали қабул қилиш йўли афзал кўрилади. ДПТ учун қуйидаги қарши ўрсатмалар мавжуд ва қуйидаги эҳтиёт чораларини кўриш тавсия этилади:

ДПТлар назорат қилиб бўлмайдиган ва/ёки ҳаётга жиддий хавф туғдирувчи ДЮСРларда қарши кўрсатмали ҳисобланади:

- Оғир тери реакциялари (масалан, СЖС, ТЕН, ДРЕСС, васкулит, АГЕП).
- Тизимли реакциялар (масалан, ДРЕСС), ички аъзолар зарарланиши, гематологик реакциялар.
- Анафилаксия хавф ва фойда таҳлилидан сўнг текширилиши мумкин.

ДПТлар қуйидаги ҳолларда қилинмайди:

- Сабабчи дори зарур бўлиш эҳтимоли паст ва тузилиши жиҳатидан бошқа бир нечта муқобил вариантлар мавжуд бўлганда.
- Оғир қўшма касаллик ёки ҳомиладорлик ҳолати (агар дори қўшма касаллик учун зарур бўлмаса ёки ҳомиладорлик ёки туғруқ пайтида талаб қилинмаса).

ДПТлар энг юқори хавфсизлик шароитларида ўтказилиши лозим:

- Малакали ходимлар яъни: тестлар ҳақида хабардор, ижобий реакциянинг дастлабки белгиларини аниқлашга ва ҳаёт учун хавфли реакцияни бошқаришга тайёр бўлиши керак.
- Шошилишч реанимация ускуналари мавжуд бўлиши шарт.

Изоҳлар:

Салбий ДПТ келажакда дорига толерантликни исботламайди; шунга қарамай, масалан, β-лактама (94-98%) ёки ЯҚНВ ДПТларининг (96% дан ортиқ) салбий прогноз қиймати (НПВ) юқори эканлиги маълум.

- Сохта салбий ДПТнинг сабаби сифатида тест орқали десенсибилизация қайд этилган, бироқ мавжуд адабиётларга ҳавола келтирилмаган.
- β-лактама аллергиясига келсак, салбий ДПТдан сўнг қайта сенсибилизация (яъни, тери тести ижобийлигига ўтиш) ҳақида маълумотлар мавжуд (0,9% дан 27,9% гача). Биринчи баҳолашда салбий натижалар кўрсатган, аммо оғир реакцияларни бошдан кечирган беморларда қайта тест ўтказиш (2 ҳафтадан 4 ҳафтагача кейинроқ) ихтиёрий ҳисобланади (бу борада ягона фикр йўқ).

3.5 Лаборатор текширувлар (in vitro диагностика)

Дорига хос специфик IgE (sIgE): кўпчилик дорилар учун кўпинча мавжуд эмас ёки тасдиқланган таҳлиллар йўқ. Тасдиқланган таҳлиллар одатда сезгирлиги паст, аммо юқори ўзига хосликка (>90%) эга. Миқдорий ингибирлаш тестлари бир нечта дори воситалари ўртасидаги in vitro ўзаро таъсирларни ўрганиши мумкин, бироқ уларнинг прогноз қилинган клиник натижаси тўлиқ тасдиқланмаган.

Триптаза ва гистамин: анафилаксия ҳолатларида қондаги гистамин ва/ёки триптаза миқдорини ўлчаш, дегранулятсия сабабидан қатъи назар, базофиллар ва семиз ҳужайраларнинг иштирокини тасдиқлаши мумкин.

Дорилар таъсирида келиб чиқадиган II ва III турдаги аллергия реакциялар: **Кумбс синамаси, in vitro гемолиз синамаси, комплемент омиллари ва циркуляциядаги иммун комплекслар (ЦИК)** текшируви ўтказилиши мумкин. Дорига хос специфик IgM ёки IgG фақат дори-дармонлар келтириб чиқарадиган цитопения, вакциналарга III турдаги ДЮСР ёки декстранларга аллергия ҳолатларида аҳамиятли, аммо бу тестларнинг сезгирлиги номаълум.

Генетик маркерлар: HLA B*5701 скрининги абасавирга нисбатан ДЮСР хавфини камайтиради ва даволашни бошлашдан олдин ўтказилиши шарт (патч тест манфий бўлса, ижобий прогноз қиймати 55% ва NPV 100%). Хан хитойликларида карбамазепинга ДЮСР HLA B*1502 билан боғлиқ.

Базофил активация тести: истиқболли, аммо ҳозирда айрим дорилар учун тасдиқлаш жараёнидан ўтмоқда.

3.6 Инструментал текширувлар

V C	ДЮСР ўтказган беморларда тезкор ёрдамни ташкил этиш мақсатида қон босими, пульс, нафас олиш ҳолатини назорат қилиш тавсия қилинади.
-----	---

Беморларни мунтазам кузатув мониторга улашнинг имконияти бўлмаса, уларда қон босими, пульс ҳар 2-5 дақиқада ўлчаб турилади ва оксигенация назоратга олинади. Касалликнинг ўткир ҳолатини бартараф этиш даврида АҚБ, пульс, оксигенация, нафас олиш сони, диурез, тана ҳарорати ва ЭКГ текшируви мунтазам амалга ошириб турилади. Бошқа диагностик текширувлар тезкор равишда ўтқазилмайди.

Режали бошқа диагностик инструментал текширувлар лозим бўлганда стабил гемодинамик кўрсаткичлар фонида тақослама диагностика мақсатида кўрсатмаларга қараб текширилади:

- **ЭКГ.** Ўтиб кетувчи ўзгаришлар: суправентрикуляр аритмиялар, Т тишчаси инверсияси, ST сегменти депрессияси, Гиса тутами оёқчалари блокадаси, баъзида синдром WPW.
- **Марказий веноз қон босимини аниқлаш.** Унга қараб ўнг қоринчадаги босимни аниқлаш имконини пайдо бўлади. Беморга инфузион суюқликлар қуйишни аниқлаш мақсадида ўлчанади. Агар марказий веноз босим паст бўлса бу вена ичига суюқликлар инфузияси (қуйиш) кераклигини кўрсатади. Марказий веноз босимининг 15 мм рт. ст.дан юқорилиги организмда суюқлик кўплигини ёки юрак фаолиятининг бузулганлигини кўрсатади;

3.7 Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар;

- Аллерголог-иммунолог консултацияси ;
- Кардиолог консултацияси (қўшимча юрак қон томир касалликларини аниқлаш мақсатида);
- Невролог консултацияси (қўшимча неврологик патологияни аниқлаш мақсатида);
- Оториноларинголог консултацияси (қўшимча ЛОР-аъзолар патологиясини аниқлаш);
- Гастроэнтеролог консултацияси (овқат ҳазм аъзолари патологиясини аниқлаш)

3.8 Ташхислаш алгоритми

ДЮСР билан оғриган беморда ташхис қўйишда қуйидаги кетма-кетлик тавсия этилади: этиологияси, шакли ва оғирлиги, МКБ-10 кодини кўрсатиш. Масалан :

1. Анамнездан пенициллин олгани натижасида келиб чиққан ДЮСР - Анамнезида пенициллинга нисбатан аллергия Z88.0.
2. Дори воситаси қилинган, лекин бемор бу дори воситаси хақида билмайди ёки шифокор томонидан ушбу дори воситаси хеч қайерда қайд этилган дори воситаси натижасида келиб чиққан ДЮСР - Анамнезида номаълум дори воситалари, тиббий препаратлар ва биологик моддаларга нисбатан аллергия Z88.9

3.9 Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш

Қиёсий ташхис турли бошқа касалликлар билан таққосланади. Ўзаро бошқа синф ДЮСР билан солиштирилади.

4.1 Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

Биринчи ёрдам агар беморда ДПТ, ёки тери синамалари вақтида ДЮСР кузатилган ватқда АШ ташхисига шубха қилинганда, биринчи ёрдам шу жойда бошланиб, тўлақонли малакали тиббий ёрдам интенсив терапия бўлимида кўрсатилиши керак. ДЮСРда АШда биринчи ёрдам тез кўрсатилиши даволаш эффективлигини оширади.

Агар ДЮСРда АШ уйда ёки кўчада пайдо бўлса биринчи ёрдам маълум бир кетма кетликда амалга оширилади. Реанимацион тез ёрдам бригадаси чақирилади.

Анафлаксия билан касалланган беморларга биринчи ёрдам кўрсатиш кетма кетлиги: (*World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis 2011*)

1. Анафилаксияни диагностикаси ва даволаш бўйинча ёзма протоколга эга бўлинг.
2. Аллергеннинг организмга тушишини тўхтатиш керак (анафилаксияга олиб келган ёки бемор ўзини нохуш хис қилганда дори-дармонлар киритилишини тўхтатиш, ҳашаротлар чаққанда нишини олиб ташлаш ва бошқалар).
3. Беморда хаёт учун муҳим аъзолар тизими - юрак - қон томир, нафас олиш, бош мия фаолиятига баҳо берилади. Бунинг учун беморда пульс, нафас олиш сони, нафас йўллари ўтказувчанлигини, артериал қон босими, рухий холати текширилиб унга баҳо берилади. АҚБ, пульс, нафас олиш сонини доимий назорат қилиш. Беморларни мониторингга улашнинг

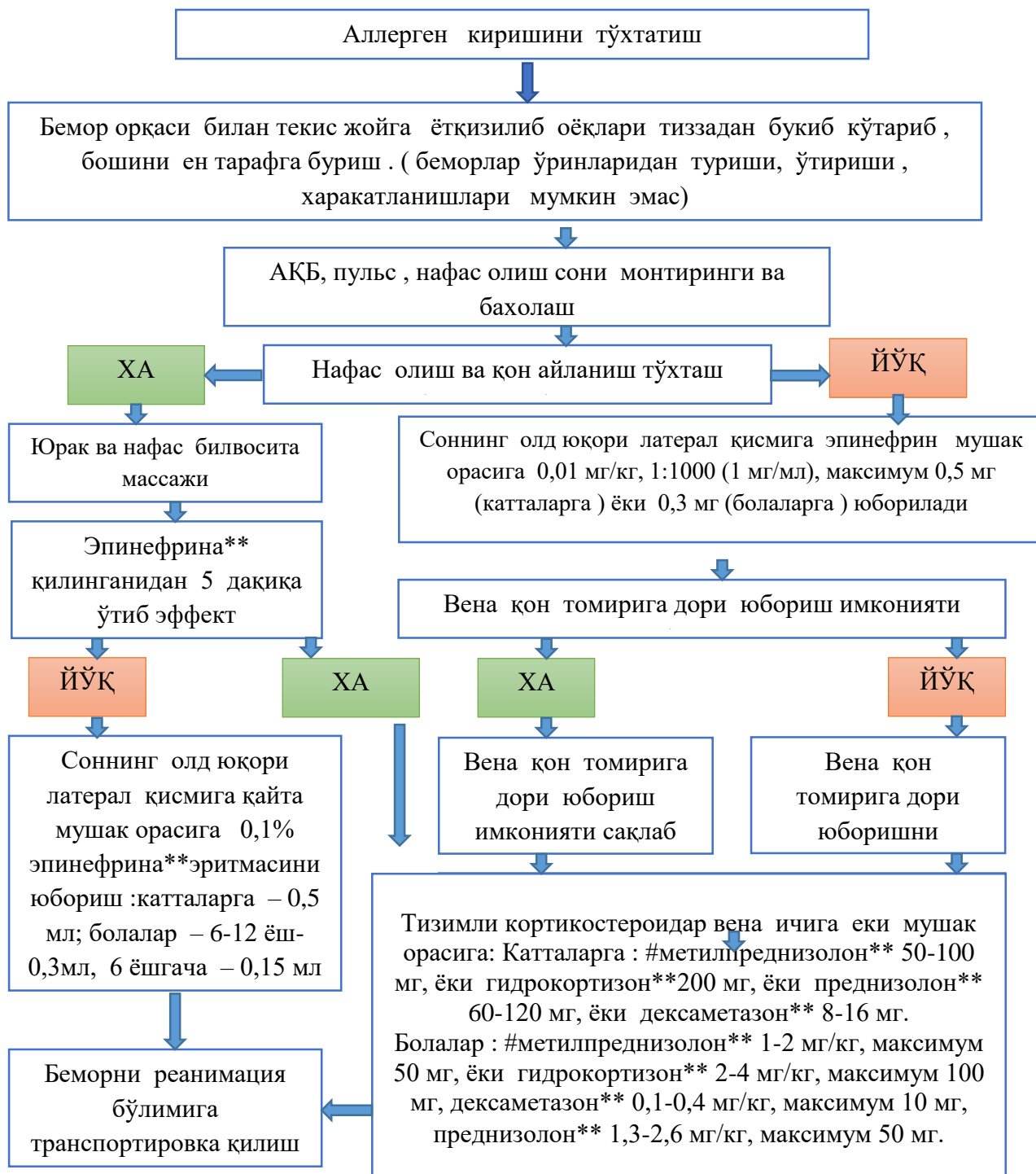
имконияти бўлмаса АҚБ, пульс, нафас олиш сонини ва сатурациясини хар 2-5 минутда ўлчаб турилади.

4. Зудлик билан тез ёрдамга телефон қилиб реанимацион бригада чақирилади
5. Соннинг олд юқори латерал қисмига эпинефрин (адреналин) мушак орасига 0,01 мг/кг, 1:1000 (1 мг/мл), максимум 0,5 мг (катталарга) ёки 0,3 мг (болаларга) қилинади ва қилинган доза ҳамда вақти ёзиб қўйилади. Лозим бўлса шу дозада дори воситаси 5-15 дақиқадан кейин яна қилинади. Кўпчилик беморларга 1-2 марта адреналин қилиш керак бўлади.
6. Агар беморда қусиш ва /ёки респиратор дистресс белгилари кузатилса орқаси билан текис жойга ётқизиблиб оёқлари тиззадан букиб кўтарилади (беморлар ўринларидан туриши, ўтириши, ҳаракатланишлари мумкин эмас. Бу беморларни ўлимга олиб келади) Агар керак бўлса бемор горизантал ётган ҳолатда боши буйин соҳасидан орқага ва ён тарафга эгилади, пастки жағ олдинга ва юқорига тортилади ҳамда оғиз очилади. Бу усул ёрдамида оғиз бўшлиғи очилиб, тозаланади. Бу билан юқори нафас йўллариининг ўтқазувчанлиги ва кислород кириши таъминланади.
7. Беморга кислород бериш (кўрсатмаларга асосан). Кислород бемор спонтан нафас олиш сақланган ҳолатда ниқоб, бурун катетери ёки хаво ўтказувчи трубка орқали берилади (6-8 л/мин)
8. Бемор вена қон томирига тушиш ёки уни сақлаб қолиш талаб этилади. Керак бўлганда 1-2 л 0,9% NaCl (изотоник эритма) зудлик билан юборилади. Дастлабки 5-10 мин давомида катталарга 5-10 мл/кг ва болаларга 10 мл/кг юбориш тавсия қилинади.
9. Ҳар доим ўпка – юрак реанимациясини амалга оширишга тайёр туриш керак. Нафас олиш ва қон айланиш фаолияти тўхтаганда ташқи юрак билвосита массажи ва сунъий нафас бериш керак.
10. Доимий АҚБ, пульс, нафас олиш сонини доимий назорат қилиш керак.

Эслатма : 4,5,6 пунктлар жуда тез ва бир вақтнинг ўзида амалга оширилиши керак.

АШ реанимация ва интензив даволаш бўлимига ётқизиб даволаш учун абсалют кўрсатма хисобланади.

4.2 Шифокор харакатлари алгоритми



4.3 Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (Агар беморда ДШТ, ёки тери синамалари вақтида ДЮСР кузатилган ватқда АШ таъхисига шўбха қилинганда 100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

1. жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Альфа- и бета-адреномиметик	Эпинефрина гидрохлорид	0,01 мг/кг мушак орасига	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/360 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Парентерал фойдаланиш учун регидратация ва дезинтоксикации учун	Натрий хлорид	0.9 %-ли натрий хлорид эритмаси 20 мл/кг болуос усулида	https://www.vidal.ru/drugs/sodium_chlorid__31235 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Глюкокортикостерои д	Дексаметазон	8-32 мг вена ичига	https://www.vidal.ru/drugs/dexamethasone__3484 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Глюкокортикостерои д	Преднизалон	90-120 мг вена ичига	https://www.vidal.ru/drugs/prednisolon__37231 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf

4.4 Жарроҳлик аралашуви

Агар беморда ДПТ, ёки тери синамалари вақтида ДЮСР кузатилган ватқда АШ ташхисига шубҳа қилинганда интубация қилиш имкони бўлмаса ёки бажариш қийин бўлса, коникотомия (қалқонсимон ва ҳалқа шаклидаги тоғай ўртасидаги мембранани фавқулодда кесиш) қилиш керак.

5.1 Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалари:

Анафилаксия ёки АШ ёки ДЮСРни бартараф этгандан кейин уларнинг узоқ муддат ёки қайталанувчи кечишини олдиндан айтиб бера олмаслик ҳисобга олиниб, камида 24 соат давомида реанимация ва интензив даволаш бўлимига госпитализация қилиш ва кузатиш тавсия этилади .

Анафилактик шок билан оғриган беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдамнинг кўрсатишнинг сифат мезонлари.

№	Сифат мезонлари	Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1	Аллергенни танага киришини тўхтатиш	5	C
2	Зудлик билан эпинефрин юбориш	3	A
3	Эпинефринни соннинг юқори учдан бир қисми олд ён юзасига мушак орасига юбориш	2	B
4	Нафас олиш аъзолардаги хавфли асоратларни олдини олиш учун системали ГКС юбориш	5	C
5	Тез тиббий ёрдам кўрсатиш ёки реанимацион бригада чақириш	5	C
6	Беморни горизантал ҳолатда ётқизиб оёқларини кўтариш ва бошини ён тарафга буриш	5	C
7	Ўртача тезликда юз ниқоби орқали беморга намланган кислород бериш	5	C
8	Эпинефриннинг такрорий дозасини мушак орасига камида 5 дақиқадан сўнг қўллаш	5	C
9	Мушак орасига қилинган биринчи ва иккинчи дозага жавоб реакцияси бўлмаса эпинефрин вена ичига 1:1000 нисбат эритмада (1 мл эпинефрин эритмаси 9 мл а натрия хлорид 0,9% эритмасида) қилиш юрак фаолияти назорати остида .	5	C
10	АҚБ, НОС ,ЮУС , пульс доимий назорат қилиш .	5	C

6.1 Стационар даражасида даволаш тактикаси:

5 С	Анафилаксия ёки анафилактик шок тиббиёт муассасасидан ташқарида (кўчада) содир бўлса тез тиббий ёрдам бригадасини, интенсив терапия ва реанимация бор тиббиёт муассасасида белгилари мавжуд беморларга реаниматолог шифокорни зудлик билан чақириш тавсия қилинади .[30,47,48].
-----	--

5 С	Анафилаксия ёки анафилактик шок кучайиб кетишини олдини олиш мақсатида организмга сабабчи аллергеннинг киришини тўхтатиш тавсия қилинади.[4, 30,47,48]
-----	--

Изох :Дори воситалари натижасида келиб чиққан АШда: дори воситасини вена орқали юбориш тўхтатилади , вена қон томири орқали бошқа дорилар юбориш учун кириш йўли сақлаб қолинади ;хашоратлар чаққанида - агар ниши қолган бўлса олиб ташланади , шу жойдан юқорига жгут қўйилади .Агар аллергенни чиқариш кўп вақт талаб қилса, масалан ошқозонни ювиш , унда бу вазифани амалга ошириш керак эмас .

5 С	Анафилаксия ёки анафилактик шок кучайиб мавжуд беморларни орқаси билан текис жойга ётқизилиб оёқлари тиззадан букиб кўтариш ва горизантал ётган ҳолатда боши буйин соҳасидан ён тарафга эгиш тавсия қилинади . [4, 35,47,48].
-----	---

Изох : Агар беморда қусиш ва /ёки респиратор дистресс белгилари кузатилса орқаси билан текис жойга ётқизилиб оёқлари тиззадан букиб кўтарилади.(беморлар ўринларидан туриши, ўтириши , ҳаракатланишлари мумкин эмас. Бу беморларни ўлимга олиб келади) Агар керак бўлса бемор горизантал ётган ҳолатда боши буйин соҳасидан орқага ва ён тарафга эгилади ,пастки жағ олдинга ва юқорига тортилади ҳамда оғиз очилади . Бу усул ёрдамида оғиз бўшлиғи очилиб , тозаланади .Бу билан юқори нафас йўлларида ўтқазувчанлиги ва кислород кириши таъминланади .

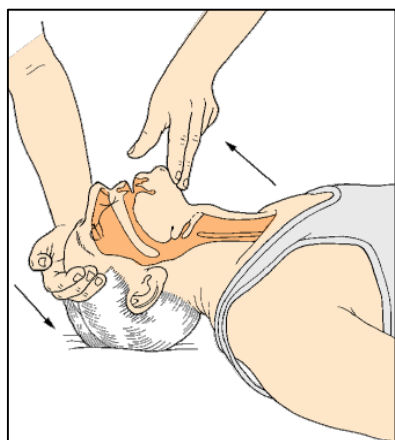
5 С	Хомиладорларда анафилаксия ёки анафилактик шок вужудга келганда уларни чап ёнбоши билан ётқизиб , юқори нафас йўллари ўтқазувчанлигини таъминлаш тавсия қилинади . [2,48].
-----	--

5 С	Анафилаксия ёки анафилактик шок юқори нафас йўллари ангионевротик шиши ёки бронхоспазм натижасида бўғилиш билан биргалиқда келганда беморларни ўтқазуш тавсия қилинади . [2,48].
-----	--

Изоҳ: шуни таъкидлаш керакки, анафилаксия ёки анафилактик шок юқори нафас йўллари ангионевротик шиши ёки бронхоспазм билан бирга келганда ўтиришга рухсат этилмаса , кейин ўлимга олиб келиши мумкин.

V C	Барча эс хушини юкотган беморларга нафас йўлларининг ўтказувчанлигини таъминлаш мақсатида Сафар усулидан фойдаланиш тавсия қилинади . [4, 35].
-----	--

Изох : Беморга реанимацион чора тадбирларни бошлашдан олдин америкалик олим Питер



Сафари томонидан таклиф этилган усулдан фойдаланилади. Сафари усули қуйдагиларни ўз ичига олади:

1. Бемор қаттиқ юзали текис жойга горизантал холатда ётқизилади.

2. Бемор горизантал ётган холатда боши буйин сохасидан орқа тарафга эгилади . Бунда ёрдам кўрсатувчи бир қўли билан бўйин орқа тарафидан кўтаради , иккинчи қўли билан пешона сохасига босиб боши орқага эгилади.Бўйин умуртқалари

шикастланишига шубха бўлганда бўйин сохасидан бошни орқага эгиш тақиқланади .

3. Беморнинг пастки жағ олдинга ва юқорига тортилади ҳамда оғиз очилади.

4 Натижада тилнинг орқага кетиб қолиши ва асфиксия олди олинади, оғиз бўшлиғи қусик масаларидан тозаланади юқори нафас йўлларининг ўтказувчанлиги ва кислород кириши таъминланади.

5 Агар бемор оғиз бўшлиғида тиш протезлари бўлса олиб ташланади . [4,48].

3 A	Анафилаксия ёки анафилактик шок белгилари мавжуд беморларга зудлик билан эпинефрин** (адреналин) қилиш тавсия қилинади [13, 36,48]
-----	---

2 B	Анафилаксия ёки анафилактик шок белгилари мавжуд беморларга зудлик билан елка ёки сон сохаси юқори ташқи ён қисмига мушак орасига эпинефрин қилиш керак , тез ёрдам кўрсатиш пайтида кийим устидан ҳам шу сохага қилиш мумкин Бу сохага инекция қилиш қулай ва самарадорлиги юқори хисобланади . [36, 37, 38, 39].
-----	--

Изох: Бу сохага дори воситасини киритиш делтасимон мушак ва тери остига қараганда қулай ва афзалроқдир [36, 37, 38, 39]. Вена қон томирига дори воситасини юбориш имконияти бўлганда , вазопрессорлардан фойдаланиш ва титрлаш тажрибасига эга бўлган ўқитилган ходимлар (масалан, анестезиологлар ва реаниматологлар) юрак фаолиятини назоратида эпинефринни вена ичига қилиши мумкин [40].

5 C	Анафилаксия ёки анафилактик шок белгилари мавжуд беморларга эпенефрин 0,01 мг/кг дозада қилинади .Катталар учун анафилаксия /АШга қарши эпинефриннинг максимал бир марталик дозаси 0,5 мг, 6- 12 ёшлиларга– 0,3 мг , 6 ёшдан кичик болаларга -0.15 мгни ташкил этади . [2, 22,47,48].
-----	---

Адреналиннинг дозаси болаларда ёшига қараб белгиланади :

12 ёшдан катта болалар	500 мкг гача 300 мкг, агар бола кичкина , яхши ривожланмаган бўлса	0.5 мл (0.05 мл/кг) 0.3 мл (0.03 мл/кг)
6 - 12 ёш	300 мкг	0.3 мл (0.03 мл/кг)
6 ёшдан кичик болалар	150 мкг	0.1 мл (0.01 мл/кг)
5 С	Анафилаксия ёки анафилактик шок белгилари мавжуд беморларга биринчи дозага жавоб реакцияси бўлмаса 5 дақиқадан кейин эпинефрин** қайтадан юқоригидаги дозада қилинади [30, 41].	

3 В	Анафилаксия ёки анафилактик шок белгилари мавжуд беморларга мушак орасига қилинган биринчи дозага жавоб реакцияси бўлмаса эпинефрин вена ичига 0,1 мг/мл - 1мл эпинефрин эритмаси 10 мл а натрия хлорид 0,9% эритмасида анафлаксияни бартараф қилиш учун 0,1-1 мкг/кг/мин тезликда (5-20 дақиқа давомида) қилинади . Болалар учун адреналиннинг вена ичига қилинадиган дозаси - 1 мкг/кг. [30,48].	
-----	---	--

Изох : Хаёт учун хавфли оғир шок ҳолатдаги ва махсус кўрсатмаларга асосан анестезия пайтида адреналин вена ичига қилиш тавсия қилинади . Бу муолажани фақат махсус тайёргарликдан ўтган , биладиган шифокор қилиши керак.Вена ичига адреналин инекцияси АҚБ, ЭКГ ва пульс, нафас олиш назоратида жуда секинлик билан қилинади.

5 С	Анафилаксия ёки анафилактик шок белгилари мавжуд беморларга мушак орасига ва венага ичига 2- 3 марта болжус усулида эпинефрин қилинганда ҳам эффект бўлмаса , 1,0 мл 0,1% эпинефрин в 250 мл 5% глюкоза ёки натрий хлор эритмасида инфузия ҳолатида дозаси 0,1 мкг/кг/мин тезлигида анафилаксия/АШ бартараф қилингунча юборилади [35, 41, 44, 45].	
-----	--	--

Изох : Бош оғриши , титроқ, қон босими ошиб кетиши адреналиннинг ноъжужа таъсири ҳисобланади . Катта ёшли , ЮИК билан оғриган , бош мия қон томирлари атеросклерози бор беморларда адреналинни вена ичига юбориш тахикардия , юрак ритми бузулишига , юракдаги ишемик ҳолатларнинг ортишига ва субарахноидал қон қуюлишларга олиб келиши мумкин , шунинг учун бу муолажа мунтазам экг назоратида амалга оширилади Адреналинни ишлатишга абсолют қарши кўрсатмалар йўқ . Проста беши аденомаси , ёпиқ бурчакли глаукома , тиреотоксикоз , артериал гипертензия, аритмия, церебро-вакуляр етишмовчилик адреналин қўлланишига нисбий қарши кўрсатма ҳисобланади.Бета-блокаторлар адреналин таъсирини камайтиради .Симпатомиметиклар , моноаминооксидаза ингибиторлари , дигоксин адреналин ноужа таъсирларини кўпайтиради.

5 С	Переферик веналар орқали дори воситаларини юбориш имкони бўлмаса ,интубацион трубка ёки тери орқали пункция йўли билан трахеяга юборилади. [35, 44,47].
-----	---

5 С	Анафилаксия ёки анафилактик шок белгилари мавжуд барча беморларга тўқималарга кислород етиб боришини тامينлаш мақсатида юз маскаси орқали 6-8 л/ дақиқасига кислород бериш тавсия қилинади [28, 30].
-----	--

5 С	Анафилаксия ёки анафилактик шок белгилари мавжуд барча беморларга гиповолемияни профлактикаси учун эпинефрин қилингандан кейин вена ичига кристаллоид эритмалар болюс усулида юбориш тавсия қилинади. [30,48]
-----	---

Изох : Агар аллергияга сабаб бўлган препарат вена ичига юборилган бўлса , вена орқали киришни сақлаб туриш керак. Кристаллоид эритмаларнинг тавсия этилган дозаси 20 мл/кг тана вазнини ташкил этади . Иситилган (иложи бўлса) 0,9% натрий хлорид эритмаси ёки, мувозанатли кристаллоид эритмаси ишлатилади (нормотензия билан оғриган бемор учун 500-1000 мл ва гипотензия билан оғриган бемор учун 1000-2000 мл); анамнезида юракетишмовчилиги мавжуд бўлса–250 млдан кўп бўлмаган эритма 5-10 дақиқа ичида, болаларга -20 мл/кг дозада юборилади Декстроза эритмалари қон томирдан тез чиқиб кетганлиги учун қўллаш тавсия қилинмайди[46].

5 С	Анафилаксия ёки анафилактик шок белгилари мавжуд барча беморларга нафас олиш аъзолардаги хавфли асоратларни олдини олиш учун эпинефрин қилингандан кейин системали ГКС юбориш тавсия этилади [4, 30,48].
-----	--

Изох: ГКС лар шокни даволашда ишлатилувчи асосий патогенетик дори воситалари хисобланади. Улар хужайра ичи глюкокортикостероид ретцепторлари билан бирикиб аллергияга қарши ва метаболитик таъсир кўрсатади . Анафилаксиянинг охириги фазалари ривожланишининг олдини олади [4, 48].

5 С	Дастлабки дозалар катталар учун : дексаметазон ** 8-16 мг вена ичига, ёки преднизалон** 60-120 мг вена ичига, ёки метилпреднизолон ** 50-100 мг вена ичига, Болалар учун, метилпреднизолон** 1-2 мг / кг, максимал 50 мг ёки преднизалон ** 1.3-2.6 мг / кг,ёки дексаметазон** 0,1-0,4 мг/кг, максимум 10 мг қилинади . [4, 30,48].
-----	---

Изох :ГКС дори воситалари дозаси ва давомийлиги индивидуал тарзда касаллик оғирлик даражаси ва касалликнинг клиник белгиларига асосан белгиланади .Гипергликемия, гипокалиемиа, остеопороз, эйфория, психоз, миопатия, турли инфекциялар ривожланиши ГКС дори воситаларининг ноҳўя таъсири бўлиб , қисқа муддатга қўлланилганда диярли юзага чиқмайди . ГКС дори воситаларининг ишлатишга абсолют қарши кўрсатмалар йўқ. Фақат

хомиладорликда ва иммунодепрессантлар қабул қилаётган беморларга хавф ва фойда таъсирларини кўриб чиқиб қилинади [48].

5 C	Анафилаксия ёки анафилактик шок белгилари мавжуд барча беморларга ГКС пульс-терапия тавсия этилмайди [4].
-----	---

V C	Тери ва шиллик қаватларда ўзгаришлар бор бўлган беморларга қон босимини барқарорлашгандан сўнг, капилляр ўтказувчанликни камайтириш учун H1-гистамин рецепторлари блокаторларини киритиш, тўқима шиши, қичишиш ва гиперемияни бартараф этиш мақсатида тавсия этилади [1, 32, 41, 49]
-----	--

Изох : H1-гистамин рецепторлари блокаторлари гистаминнинг эффектини блоклаш орқали теридаги ўзгаришлар (қаварчиқлар ва Квинке шиши) , вазодилатация , бронхлар ва ошқозон ичак тракти мушакларининг спазминини олдини олади ва йўқотади. [1]

V C	Тавсия қилинган дозалар: клемастин** 0.1% - 2 мл (2 мг) вена ичига ёки мушак орасига катталар учун , болаларга –мушак орасига 25 мкг/кг суткасига , иккига бўлинган инъекция ҳолатида ; хлоропирамин** 2% -1 мл (20 мг) вена ичига ёки мушак орасига катталар учун 1-2 мл, болалар – учун 5 мг (0.25 мл), дифенгидрамин** катталарга – 25-50 мг, болаларга 35-40 дан кам оғирликка эга болаларда – 1 мг/кг, максимал 50 мг/мг тавсия қилинади [1, 32, 41, 48].
-----	--

Изох : Антигистаминлар эпинефринга нисбатан кечроқ таъсир қилади, шунинг учун анафилаксия/АШ юзага келгандан кейин уларни зудлик билан қилишдан фойда йўқ. H1-гистамин рецепторлари блокаторларини парентерал юбориш қон босимини туширади ва гипотензияни кучайтиради ,шунинг учун гемодинамик кўрсаткичлар стабиллашганидан сўнг (АҚБ 90/60 мм.см уст дан юқори бўлиши керак) ёки инфузион терапия бошлангандан кейин қилиш керак . Бу уларни тавсия қилишда муҳим чекловдир. Шунинг учун катталарга дифенгидрамин секин (камида 5 дақиқа) мабойнида томир ичига 25-50 мг дозада буюрилади . Болалар 35-40кг дан кам оғирликдагиларга –1 мл/кг, максимал 50 мг тавсия қилинади . чала туғулган ва янги туғилган чақалоқларга қилиш тақиқланади. Бу дори воситалари седатив ва уйку чақирувчи таъсирга эга бўлиб ,диққатни жамлашни бузулиши ва атакция билан бирга келиши мумкин. Улар қуйдаги атропинга ўхшаш ножўя таъсирга эга : кўзгалувчанлик , титроқ , оғиз қуриши , иштаха йўқолиши , кўнгил айниши , сийдик тутилиши тахикардия , қорин дам бўлиши .[1, 32, 41, 49].

V C	Эпинефринни киритилишига қарамай, анафилаксия/АШ мавжуд беморларда бронхоспазм сақланган ҳолатда β2-агонистлардан фойдаланиш тавсия этилади . [50, 51]. [50, 51]
-----	--

Изох : Қисқа таъсир қилувчи β_2 -агонистлар β_2 -рецепторларни қўзғатиши натижасида бронхлардаги силлиқ мушакларнинг бўшашишига , секреция миқдорининг пасайишига ва мукоцилиар клиренсни яхшиланишига олиб келади Ингаляция ҳолатида сальбутамол эритмаси 2,5 - 5 мг небулайзер ёрдамида (2-5 мл физиологик эритма билан) ёки дозаланган ингалятор ёрдамида 2 доза ҳар 15 дақиқада 1 соат ичида ,кейин ҳар 4-6 соатда қилинади .5 ёшгача бўлган болаларга 1,25-2,5 мг сальбутамол 1-2.5 мл изотоник эритмада эритилиб ҳар 15 дақиқада 1 соат ичида ,кейин ҳар 4-6 соатда қилинади . Сальбутамол ёрдам бермаса теофиллин препаратлари тавсия қилинади . Аминофиллин 2,4% ли эритмаси 4-6 мг/кг дозада вена ичига 15-20дақиқа ичида қилинади .(бунда 2,4% аминофиллин эритмаси 2 баробар кўп миқдордаги изотоник эритмага билан аралаштириб олинади) Кейин амионофиллин 0.2-1.2 мг/кг/соат ёки 4-5 мг/кг (бронхоспазмнинг оғирлик даражасига қараб) 30 дақиқа ичида вена ичига ҳар 6 соатда қилинади . Қисқа таъсир қилувчи β_2 -агонистларни (альбутерол, вентолин, сальбутамол) адреналинга рефрактер бронхоспазмларда ишлатиш тавсия қилинади. [48,50, 51].

6.2 Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан): далиллар

даражасини киритиш керак

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Альфа- и бета-адреномиметик	Эпинефрина гидрохлорид	0,01 мг/кг мушак орасига	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/360 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Парентерал фойдаланиш учун регидратация ва дезинтоксикации учун	Натрий хлорид	0.9 %-ли натрий хлорид эритмаси 20 мл/кг болос усулида	https://www.vidal.ru/drugs/sodium_chlorid__31235 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf

Глюкокортикостероид	Дексаметазон	Катталарга:8-32 мг вена ичига Болаларга: 0,1-0,4 мг/кг	https://www.vidal.ru/drugs/dexamethasone__3484 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Глюкокортикостероид	Преднизалон	Катталарга :90-120 мг вена ичига Болаларга: 1.3-2.6 мг / кг	https://www.vidal.ru/drugs/prednisolon__37231 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Глюкокортикостероид	Метилпреднизолон	Катталарга :50-100 мг Болаларга: 1-2 мг / кг, максимал 50 мг	https://www.vidal.ru/drugs/methylprednisolone https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf

6.3 Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам) :

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
H1-гистамин рецепторлари блокаторлари	Клемастин	Катталарга: 0.1% - 2 мл (2 мг) вена ичига ёки мушак орасига Болаларга: мушак орасига 25 мкг/кг суткасига	https://www.vidal.ru/drugs/clemastine-1/analogs https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
H1-гистамин рецепторлари блокаторлари	Хлоропирамин	Катталарга: 1 мл (20 мг) вена ичига ёки мушак орасига Болаларга: 5 мг (0.25 мл)	https://www.vidal.ru/drugs/chloropyramine__14734 https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
H1-гистамин рецепторлари блокаторлари	Дифенгидрамин	Катталарга: 25-50 мг вена ичига ёки мушак орасига Болаларга: 1 мг/кг, максимал 50 мг	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/329 https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf

β2-агонистлар	Сальбутамол эритмаси	Катталарга: 2,5 - 5 мг небулайзер ёрдамида (2-5 мл физиологик эритма билан) ёки дозаланган ингалятор ёрдамида 2 доза хар 15 дақиқада 1 соат ичида Болаларга: 5 ёшгача бўлган болаларга 1,25-2,5 мг сальбутамол 1-2.5 мл изотоник эритмада эритилиб хар 15 дақиқада 1 соат ичида	https://www.vidal.ru/drugs/salbutamol https://lek.103.ua/nebutamol-instruktsiya/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Фосфодиэстераза ингибитори	Аминофиллин	Катталарга: 2,4% ли эритмаси 4-6 мг/кг дозада вена ичига	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/56 https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf

6.4 Жарроҳлик аралашuvi :

VC	Халқум ва хиқилдоқ шиши туфайли нафас йўллари ўтқазувчанлиги бузилган беморларда трахея интубация қилиниши керак. Агар интубация қилиш имкони бўлмаса ёки бажариш қийин бўлса, коникотомия (қалқонсимон ва халқа шаклидаги тоғай ўртасидаги мембранани фавқулудда кесиш) амалга оширилади. [48, 50, 51]..
-----------	--

6.4 Беморнинг шифохонадан чиқиши учун кўрсатмалар :

Анафилаксия ёки АШ ни бартараф этгандан кейин уларнинг узок муддат ёки қайталанувчи кечишини олдиндан айтиб бера олмаслик ҳисобга олиниб, камида 24 соат госпитализация қилиш ва кузатиш тавсия этилади . Агар керак бўлса, бу муддат 2-3 кун давомида узайтирилиши мумкин. 3-4 ҳафта давомда турли органлар ва тизимлар фаолиятининг бузилиши сақлангани учун амбулатор кузатуви талаб қилинади .

Анафилактик шок билан оғриган беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдамнинг кўрсатишининг сифат мезонлари .

№	Сифат мезонлари	Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1	Аллергенни танага киришини тўхтатиш	5	C
2	Зудлик билан эпинефрин юбориш	3	A
3	Эпинефринни соннинг юқори учдан бир қисми олд ён юзасига мушак орасига юбориш	2	B
4	Нафас олиш аъзолардаги хавфли асоратларни олдини олиш учун системали ГКС юбориш	5	C
5	Тез тиббий ёрдам кўрсатиш ёки реанимацион бригада чақириш	5	C
6	Беморни горизантал ҳолатда ётқизиб оёқларини кўтариш ва бошини ён тарафга буриш	5	C
7	Ўртача тезликда юз ниқоби орқали беморга намланган кислород бериш	5	C
8	Эпинефриннинг такрорий дозасини мушак орасига камида 5 дақиқадан сўнг қўллаш	5	C
9	Мушак орасига қилинган биринчи ва иккинчи дозага жавоб реакцияси бўлмаса эпинефрин вена ичига 1:1000 нисбат эритмада (1 мл эпинефрин эритмаси 9 мл а натрия хлорид 0,9% эритмасида) қилиш юрак фаолияти назорати остида .	5	C
10	АҚБ, НОС ,ЮУС , пульс доимий назорат қилиш .	5	C

Тавсия этилган шокка қарши тўплами (Дори воситалари билан синамалар қилиш хонасида бўлиши керак бўлган тўплам)

https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf

1. Эпинефрин эритмаси 0,1 % ампулада № 10 та
2. Преднизолон (30 мг) эритмаси ампулада №10
3. Дексаметазон (4 мг) эритмаси ампулада № 10
4. Гидрокортизон 100 мг эритмаси - № 10 флаконда
5. Дифенгидрамин эритмаси 1% ампулада №10
6. Клемастин 0,1% - 2 мл ампулада
7. Хлоропирамин 2% - 1 мл ампулада
8. Сальбутамол аэрозолда для дозаланган ингаляция учун 100 мкг/доза №2
9. Декстроза 40% ампулада № 20
10. Натрий хлорид 0,9% -5,0 ампулада № 20
11. Глюкозы 5% – 250 мл (стерил) № 2
12. Натрий хлорид 0,9% - 400 мл №2
13. Атропина 0,1% ампулада №5
14. Этил спирти 70% – 100 мл
15. Оғиз очадиган №1
16. Тил ушлаб турадиган №1
17. Жгут №1
18. Бир марта ишлатилувчи шприц 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл 5 тадан .
19. Вена ичи катетери ёки игнаси (калибр G14-18; 2,2-1,2 мм) №5
20. Вена ичига суюқликлар қўйиш учун ускана №2
21. Бир марталик тиббий қўлқоп 2 жуфт
22. Хаво ўтказувчи трубка
23. Қўл орқали нафас бериш аппарати (тип АМВU)
24. Ларингеал ниқоб
25. Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш мақсатида ишлатилувчи халқум усти қурилмаси

**«ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИ. АНАМНЕЗИДА ДОРИ
ВОСИТАЛАРИ, ТИББИЙ ПРЕПАРАТЛАР ВА
БИОЛОГИК МОДДАЛАРГА НИСБАТАН АЛЛЕРГИЯ»
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

2. Асосий қисм.

2.1 Кириш:

Анамнезида дори воситалари, тиббий препаратлар ва биологик моддаларга нисбатан аллергия билан оғриган беморларга хизмат кўрсатадиган мутахассислар учун мўлжалланган ушбу протокол мавжуд клиник далиллар, амалий кўникмалар ва эксперт хулосаларини тақдим этади. Тавсиялар етакчи ташкилотлар материалларни ўз ичига олиб, асосий маълумотлар Халқаро дори аллергияси бўйича консенсус (ICON), Бутун дунё аллергологлари уюшмаси (WAO), Европа аллергологлари ва клиник иммунологлари академияси (ЕААСІ), Россия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассоциацияси (РААКИ), Беларусия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассоциацияси тавсиялари ва клиник қўлланмаларидан олинган. Ушбу протокол анамнезида дори воситалари, тиббий препаратлар ва биологик моддаларга нисбатан аллергия билан оғриган беморларда фойдаланиш учун дори воситаларининг мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда маҳаллий шароитга мослаштирилган Жаҳон тажрибасига асосланган маълумотларни ўз ичига олган. Протоколни ишлаб чиқишда мавзу бўйича энг яхши қўлланма материалларини ҳамда илмий маълумотларни қатъий танлаш методикасидан фойдаланилган.

2.5 Умумий таърифи.

Дори воситаларига юқори сезувчанлик реакциялари (ДЮСР) - клиник жиҳатдан аллергик реакцияларга ўхшаш бўлган дори воситаларининг ноўя таъсирларидир.

Дори аллергияси – аниқ иммунологик механизм аниқланган ДЮСРлардир.

Умумий мулоқотда дори реакцияси шубҳа қилинганда ДЮСР атамаси қўлланилиши мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Дориларга юқори сезувчанлик реакциялари (ДЮСР) аллергияга ўхшаш барча дори реакцияларини ўз ичига олади. ДЮСР умумий аҳолининг 7% дан ортиғига таъсир қилувчи барча ноўя таъсирларнинг 15% ини ташкил этади. ДЮСРлар аллергик ёки ноаллергик бўлиши мумкин, иммунологик механизми аниқланган ДЮСРлар дори аллергияси деб аталади. Улар одатда кутилмаган, даволашни ўзгартиришни талаб қиладиган ва ҳаёт учун хавфли бўлиши мумкин. Даволашнинг тегишли усулларини танлаш ва тўғри профилактика чораларини кўриш имконини берувчи аниқ ташхис, одатда, дори аллергиясини тўлиқ текширишни талаб қилади. Дори аллергияси бўйича тиббий кўрсатмаларни қўллаб-қувватлаш учун умумий ёки махсус дори синфлари томонидан келиб чиқадиган ДЮСРлар бўйича бир нечта кўрсатмалар ва консенсус баёноتلари мавжуд; аммо, ДЮСРларни ташхислаш ва бошқариш учун стандартлаштирилган тизимли ёндашув ҳали ҳам асосий муаммо бўлиб қолмоқда. 2012 йилда ЕААСІ, ААААІ, АСААІ

ва WAO томонидан ташкил этилган “Астма, аллергия ва иммунология бўйича халқаро ҳамкорлик” (iCAALL) ушбу муаммоларга ечтми “Дори аллергияси бўйича халқаро консенсус” (ICON) хужжатида баён қилган.

Жарроҳлик аралашуви

В С	Халқум ва хиқилдоқ шиши туфайли нафас йўллари ўтқазувчанлиги бузилган беморларда трахея интубация қилиниши керак. Агар интубация қилиш имкони бўлмаса ёки бажариш қийин бўлса, коникотомия (қалқонсимон ва ҳалқа шаклидаги тоғай ўртасидаги мембранани фавкулодда кесиш) амалга оширилади.
------------	---

Коникотомия

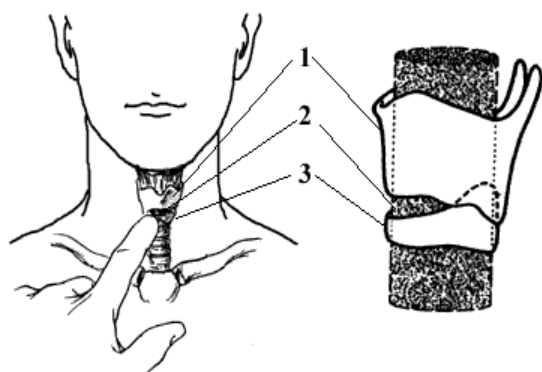
https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf

<https://studfile.net/preview/3590978/>

Коникотомия (Узуксимон ва қалқонсимон тоғай орасидаги пайни кесиш) трахеотомияга нисбатан хавфсизроқ усул ҳисобланади, чунки:

- бу вақтда трахея терига энг яқин жойлашган;
- катта томирлар ва нервлар йўқ;
- манипуляцияни бажариш нисбатан оддий.

У катталар ва 8 ёшдан ошган болаларда қўлланилади, чунки 8 ёшгача халқумга зарар етказиш хавфи катта. 8 ёшгача бўлган болаларда коникопункция амалиёти бажарилади. Катталарда коникопункция вақтинчалик чора сифатида мумкин (30-45 дақиқа давомида).



Узуксимон ва қалқонсимон тоғай орасидаги пайни жойлашиши :

- 1 - қалқонсимон тоғай;
- 2 Узуксимон ва қалқонсимон тоғай орасидаги пай
- 3 - узуксимон; тоғай

Кўрсаткичлар:

1. Ҳалқумнинг ортга қайтариб бўлмайдиган обструкцияси (шиш, травма, бошқа усуллар билан олиб ташлаш имкони бўлмаган ёт жисм бўлганда).
2. Эндотрахеал интубация қилишнинг имкони бўлмаса

3. Катта(кенг) юз – жағ шикастланиши натижасида ларингоскопия ўтқизиш имкони бўлмаса .

Амалга ошириш талаблари, бажариш алгоритми

<https://studfile.net/preview/3590978/>

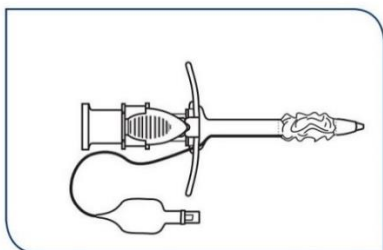
	Талабнинг мазмуни ва шартлари	Амалга ошириш талаблари, бажариш алгоритми
1	Тиббиёт ходимларининг хавфсизликни таъминлаш талаблари	Амалиётдан олдин ва кейин қўлларни гигиеник тозалашни амалга ошириш Жараён давомида қўлқоплардан фойдаланиш
Моддий ресурслар		
2	Қурилмалар, асбоблар, тиббий асбоблар	<ul style="list-style-type: none"> - Скальпель - Коникопункция амалга ошириладиган бўлса кенг ичи бўш игна - Пинцет - Қайчи. - Инъекцион нинали шприц - Трахеостомик трубкалар хар хил ўлчамли (катталар учун ташқи диаметри - 6 мм, болалар учун- 3 мм) ёки эндотрахеал трубкадан тайёрланган трубка - Резина қўлқоплар - Бинт (ўртача , кенг) - Тиббиёт пахтаси - Стерил боғлов материали - Лейкопластр
3	Дори воситалари	<ul style="list-style-type: none"> - 0,25% ли новокаин 50 мл - йодонат 1% (йод препарати) - Хлоргексидин биглюконат 0,5% - Антисептический эритма - Дезинфекцион эритма - 70% ли этило спирти – 10 мл - Анальгетик - Дори воситалари (қон томир торайтирувчи , кардиотоник)
4	Бажаришнинг ўзига хослиги	<p>Жараёнга тайёргарлик</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кураклар орасига валик (ёстикча) қўйиб бемор бошини орқага эгиш керак . 2. Қўлингизни ювинг ва қуритинг (совун ёрдамида ёки Антисептик билан). 3. Қўлқоп кийинг. 4. Бўйин сохасини йодонат билан икки марта артинг

		<p>5. Бўйиннинг олд юзасини докалар билан ёпинг, уларни маҳкамланг.</p> <p>6. Коникотомия ўтқазиладиган жой атрофи 0,25% новокаин эритмаси билан маҳаллий оғриқсизландирилади .</p> <p>Амалиётни бажариш</p> <p>1. Кўрсаткич бармоқ билан узуксимон ва қалқонсимон тоғайлар орасидаги бўшлиқни аниқлаб олинг</p> <p>2. Қалқонсимон тоғайни чап қўлнинг 1 ва 2 бармоқлар бармоқлари билан маҳкамланг-ушлаб туринг (чапқайлар учун аксинча -аксинча).</p> <p>3. Ўнг қўлнинг бармоқлари билан учидан икки сантиметр узоқликда кесиш асбоби - скальпелни ушланг.</p> <p>4. Ўнг қўл билан бир вақтнинг ўзида қалқонсимон ва узуксимон тоғайлар орасидаги пай ва терида 2 см гача кўндаланг кесма ҳосил қилинг.</p> <p>5. Трахея кенгайтиргичини трахеяга жойлаштиринг</p> <p>6. Кесма орқали трахеостомия найчасини ларингеал бўшлиққа солинг ва кенгайтиргични олиб ташланг.</p> <p>7. Манжетни пуфланг, кислородни уланг.</p> <p>8. Найчани маҳкамланг.</p> <p>Коникопункция амалга оширилса :</p> <p>4. Ўнг қўл билан игнани узуксимон ва қалқонсимон тоғай орасидаги пай орқали 45 градус бурчак остида трахея бўшлиғига киритилади</p> <p>5. Бинт ёки лейкопластр ёрдамида мустаҳкамланг . Агар игнали катетрдан фойдаланган бўлсангиз , игнани олиб ташланг .</p> <p>6. Кираётган ҳаво оқимини ошириш мақсатида бир неча игнадан фойдаланиш мумкин .</p>
5	Методологияни амалга оширишнинг ўзига ҳос	Вақт тиғиз бўлганда , тезкор ҳолатларда жароҳлик амалиёти оғриқ қолдириш бажармасдан шунингдек

	<p>хусусиятлари ҳақида қўшимча маълумот</p>	<p>асептика қоидаларига риоя қилмасдан (қўлларни ва жарохлик майдонини тозаламасдан) бажарилади .</p> <p>Скалпел ўрнига сиз ҳар қандай кесиш объектидан, пичокдан ҳам фойдаланишингиз мумкин.</p> <p>Трахеотомия найчаси ўрнига сиз ичи бўш трубкадан фойдаланишингиз мумкин.</p> <p>Бундан ташқари, махсус восита – STILETTO катетер бўлган коникотомдан ҳам фойдаланиш мумкин</p>
6	<p>Эришилган натижалар ва уларни баҳолаш</p>	<p>Беморнинг ахволи яхшиланади</p>



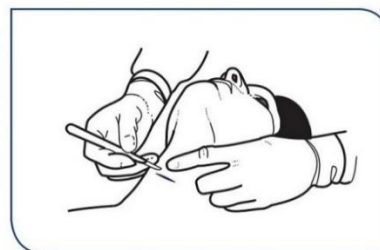
Как использовать наборы для крикотириодотомии:



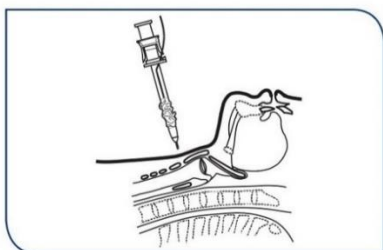
1. Канюля, готовая к использованию.



2. Зафиксируйте трахею между большим указательным пальцами и найдите крикотириодную мембрану путем пальпации впадины чуть ниже щитовидного хряща.



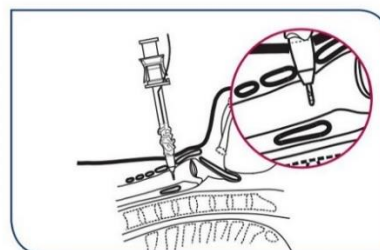
3. Сделайте надрез длиной 2 см на уровне крикотириодной мембраны.



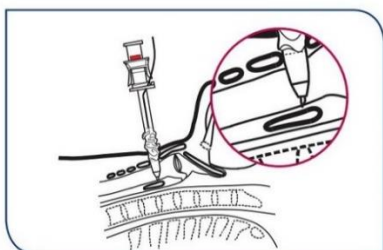
4. Продолжая удерживать трахею пальцами, расположите иглу над крикотириодной мембраной.



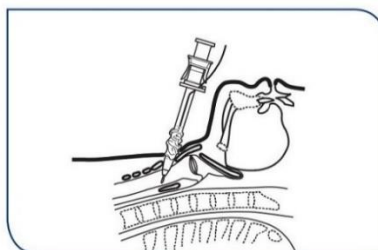
5. Введите иглу, непрерывно отслеживая положение красной отметки, указывающей на контакт затупленного конца иглы с тканями.



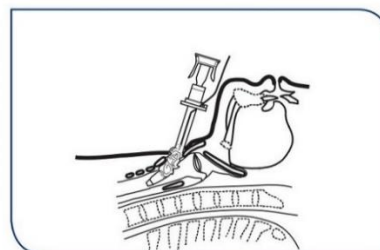
6. Продолжайте введение, пока не почувствуете отсутствие сопротивления и пока не скроется красная отметка поискового щупа.



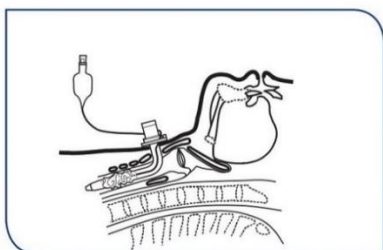
7. Анкурратно вводите щуп, пока красная отметка не укажет на контакт с задней стенкой трахеи.



8. Расположите канюлю каудально, углубив в трахею на 1-2 см.



9. Вытащите иглу и введите дилататор. Удерживая дилататор в трубке, расположите канюлю в трахее. Для удобства можно слегка вращать дилататор.



10. Извлеките дилататор из канюли, раздуйте манжету до нужного объема, ориентируясь на показания устройства для измерения давления в манжете.

**«ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИ. АНАМНЕЗИДА ДОРИ
ВОСИТАЛАРИ, ТИББИЙ ПРЕПАРАТЛАР ВА
БИОЛОГИК МОДДАЛАРГА НИСБАТАН АЛЛЕРГИЯ»
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА,
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВА РЕАБИЛИТАТСИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Реабилитация.

Умумий чора-тадбирлар

- Анафилаксия зудлик билан ва тўғри даволаниши, барча шубҳали дорилар эса дарҳол тўхтатилиши лозим.
- Анафилактик бўлмаган реакцияларда, агар дорини қабул қилишни давом эттиришнинг хавфи фойдасидан устун бўлса ва айниқса хавф/оғирлик белгилари (қуйида кўрсатилган) мавжуд бўлса, шубҳали дорилар тўхтатилиши керак.

Индивидуал профилактика чоралари

- ДЮОСР билан оғриган беморларга тез-тез янгиладиган, қабул қилиш ман этилган дорилар рўйхати ва уларнинг мумкин бўлган муқобиллари рўйхати берилиши керак.
- Агар муқобил дорилар бир хил синфга тегишли бўлса, уларни излаш шифохона шароитида ДПТ ўтказишни талаб қилиши мумкин.
- Ҳар бир шифокор рецепт ёзишдан олдин беморнинг дори аллергияси тарихини сўраб-суриштириши ҳам тиббий, ҳам ҳуқуқий жиҳатдан муҳим аҳамиятга эга.
- Дори қабул қилишдан олдинги профилактика чоралари (масалан, секин, инъекция ва глюкокортикостероидлар ҳамда Н1-антигистамин препаратлари билан олдиндан даволаш) асосан аллергик бўлмаган ДЮОСР учун фойдали, бироқ кортикостероидлар ва Н1-антигистамин препаратлари IgE га боғлиқ анафилаксиянинг олдини олишда ишончли эмас.

Дори воситаларига сезгирликни камайтириш

Дори воситаларига сезгирликни камайтириш дори-дармон реакциясига (ДЮОСР) сабаб бўлган бирикмага нисбатан вақтинчалик клиник жавобсизлик ёки чидамлилиқ ҳолатини юзага келтириш сифатида таърифланади. Қуйидаги ҳолларда сезгирликни камайтириш чораси кўриб чиқилиши лозим: зарур дори воситасига муқобил йўқ ёки мавжуд муқобиллар қониқарсиз бўлганда:

- ОИВ билан касалланган беморларда сульфаниламидлар.
- Айрим муковиссидоз беморларда хинолонларга аллергия.
- Бета-лактамларга, сил касаллигига қарши дориларга аллергияси бўлган оғир инфекциялар.
- Қоқшол вакцинасига аллергия.
- Десфероксамин препаратига аллергияси бўлган гемохроматоз.
- Таксан ва платина тузи асосидаги ўсма касаллигига қарши кимётерпевтик воситалар.

- Турли хил гематологик ва гематологик бўлмаган ўсмаларда қўлланиладиган моноклонал антитаналар.
- Юрак ёки ревматик касалликларни даволаш учун аспирин ва ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларига юқори сезувчанлиги аниқ бўлган беморлар.

Изоҳлар:

- Йўриқномалар муваффақиятли қўлланилган мавжуд протоколларга мурожаат қилишни тавсия этади.
- Аспиринга сезгирлиги кучайган нафас тизими касаллиги ёки бурун полиплари бор айрим астма беморларда аспиринга нисбатан сезгирликни камайтириш терапевтик чораси сифатида кўриб чиқилиши мумкин.
- Кечиктирилган дори воситаларига нисбатан юқори сезувчанлик реакцияларида десенсибилизация бўйича адабиётлар камроқ ва баҳслидир.

VC	Анафилаксия ёки анафилактик шок ўтказган барча беморларга аллерголог - иммунолог кўригида бўлиб сабабчи аллергенни аниқлаш ва у билан келажакда контактда бўлмаслик чора тadbирларини ишлаб чиқиш тавсия қилинади [1, 2, 3, 4]
-----------	--

Изоҳ: Бемор хушига келганда тўлиқ аллергологик анамнез йиғиш ва шикоятларини ўрганиш касалликни келтириб чиқарган сабабларни аниқлашга ёрдам беради . Шу билан бирга бу ҳолатни таркорланишини олдини олишга ёрдам беради .

Дори воситасидан келиб чиққан анафилактик шок учун профилактика чораларини уч гуруҳга бўлиш мумкин.

1. Жамоат (Оммавий) профлактика .

2. Умумий тиббий профлактика .

3. Шахсий профлактика .

1. Жамоат (Оммавий) профилактик тadbирларга қуйидагилар киради:

https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf

<https://elib.vsmu.by/handle/123/17826>

1. Дори-дармонлар ва эмлаш учун препаратлар (вакциналар, зардоблар, гамма глобулинлар ва бошқа оксил препаратлари) ишлаб чиқариш технологиясини такомиллаштириш ҳамда назорат қилиш .
2. Кимё ва фармацевтика саноати томонидан ишлаб чиқарилган маҳсулотлар билан атроф-муҳитнинг ифлосланишига қарши курашиш.

3. Дори қўшимчаларини озик-овқат маҳсулотларида (пенициллин, асетилсалицил кислотаси), вакциналарда (канамицин, гентамицин) ва қон маҳсулотларида (левомицетин)ни консервант сифатида ишлатишни қатъий тартибга солиш ёки тақиқлаш.
4. Антибактериал дориларни дорихоналардан фақат шифокорларнинг ретцепти асосан сотишни таъминлаш
5. Аҳолини ва тиббиёт ходимларини дори-дармонларнинг салбий таъсирлари, шу жумладан аллергия реакциялар тўғрисида хабардор қилиш . (3)

2. Умумий тиббий профилактика тадбирлари қўйдагилардан иборат.

1. Беморларга дори-дармонларни диагноз мос равишда клиник протоколларга асосланган ҳолда буюриш.
2. Полипрагмазияга қарши кураш, яъни беморга бир вақтнинг ўзида кўп сонли дори-дармонларни тавсия қилиш. Бунда дорилар бир бирини таъсирини кучайтириши ва терапевтик дозаларни токсик дозаларга айланиши мумкин.
3. Касаллик тарихи ёки амбулатория картасининг биринчи саҳифасида юқори сезувчанлик (аллергия ҳолат) кузатилган дори-дармонларни қизил сиёҳ билан алоҳида қилиб кўрсатиш.
4. Инъекция учун фақат бир марталик шприц ва игналардан фойдаланинг.
5. Инъекциядан кейин беморларни камида 30 дақиқа давомида кузатиш.
6. Дори-дармонлар парентерал қилинадиган ҳар бир тиббиёт муассасаси хонасида шошилинч тиббий ёрдам учун шокка қарши жамлама бўлиши керак .
7. Анафилактик шокка қарши мажмуа :
 - эпинефрин 0,1%-1,0 мл, 10 ампула
 - преднизолон 30 мг-1.0 , 10 ампула
 - дексаметазон 4 мг – 1,0 мл, 10 ампула
 - гидрокортизон 2,5% - 2 мл, 10 ампула
 - натрий хлор 0,9% - 400 мл, 2 флакон
 - декстроза 40 % -- 10,0 мл, 10 ампула
 - декстроза 5% – 500 мл, 2 флакон
 - клемастин 0,1% - 2,0 мл, 2 ампула
 - дифенгидрамин 1% -1,0 мл, 2 ампула
 - хлоропирамин 2% - 1,0 мл, 2 ампула
 - аминофиллин 2,4% - 5,0мл, 2 ампула
 - сальбутамол 2,5 мг/2,5 мл 2 ампула
 - фуросемид 20 мг – 2,0 мл, 2 ампула
 - атропина 0,1% - 1.0 5 ампула
 - Этанол спирти 70% – 100 мл

- Оғиз очиш мосламаси (Роторасширитель) №1
- Тил ушлагич (Языкодержатель) №1
- Жгут №1
- Бир марталик шприц 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл 5 донадан .
- Вена ичига дори юбориш учун катетер игна (калибр G14-18; 2,2-1,2 мм) 5 та
- Вена ичига дори юбориш мажмуаси (Система) №2
- Бир марталик тиббий кўлқоп 2 жуфт
- Хаво ўтказгич (Воздуховод)
- АМВU нафас бериш аппарати
- Ларингеал ниқоб
- Хиқилдоқ устидан нафас ўтказувчанлигини таъминлаш қурилмаси (Надгортанные устройства для обеспечения проходимости дыхательных путей)
- Тиббиёт танометри (3,4)

3. Шахсий профлактика .

1. Тўлиқ алергологик анамнез йиғиш .

- а) бемор ва унинг қариндошлари алергик касалликлардан азият чекадими;
- б) бемор буюрилган дори-дармонларни илгари қабул қилганми;
- в) бемор узоқ вақт ва кўп вақт давомида қандай дорилар билан даволанган;
- г) дори-дармонларни қабул қилгандан кейин алергик реакциялар қайд этилганми. Антибиотиклар, сульфаниламидлар, аналгетиклар, локал анестетикалар, ёд препаратлари, қон ўрнини босувчи моддаларни буюришда салбий реакцияларни аниқлаштириш керак;
- д) беморда пенициллин типдаги дориларни биринчи юбориш пайтида алергик реакциялар хавфини оширадиган терининг замбуғли касалликлари борми;
- е) дорилар билан алоқа мавжудми. Қоида тариқасида, бу фармацевтика корхоналари, омборхоналар, дорихоналар, тиббиёт муассасалари ходимларида учрайди;
- ё) Агар беморда анамнезида алергия бўлса, қуйидаги маълумотларни аниқлаштириш керак бўлади :
 - * қайси препаратдан реакция келиб чиққан ва препаратни қўланиш йўли;
 - * препарат нима учун ишлатилган;
 - * препарат қайси дозада ишлатилган;
 - * реакциянинг клиник кўринишлари;
 - * препаратни қабул қилгандан кейин реакция бошлангунча қанча вақт ўтган;
 - * реакцияни нима тўхтатган;
 - * препаратга олдин реакциялар бўлганми ёки биринчи мартами ;
 - * реакциядан сўнг ушбу гуруҳдан бирон бир дори қабул қилдингизми;
 - * у қандай дори-дармонларни қабул қилади ва яхши кўтаради

з) беморда эпидермал – хайвонларга сезувчанлик белгилари борми. Ҳайвонларга юқори сезувчанлиги бўлган беморларда оксилларни ўз ичига олган дори инъекцияларига қаттиқ аллергик реакциялар ривожланиши мумкин (зардоблар: қоқшол, дифтерия, стафилококк, лимфоцитларга қарши ва бошқалар, қутуришга қарши гамма глобулин ва бошқалар.);
 ж) вакциналар ва зардоблар илгари беморга юборилганми ва уларнинг сезувчанлиги қандай бўлган Дори-дармонларга юқори сезувчанлик (кўтара олмаслик) аниқланганда, беморга нафақат "айбдор" дори, балки у билан умумий антигенлик структурасига эга бўлган дорилар ҳам қўлланилиши мумкин эмас.

Умумий антиген структурасига эга дори воситалари . (I жадвал)

https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf

<https://elib.vsmu.by/handle/123/17826>

	Умумий антиген структураси (детерминанти)	Умумий антиген структурасига (детерминантига) эга дори воситалари
1	<i>β-лактам халқаси</i>	<p>1. Пенициллинлар (<i>бензилпенициллин, феноксиметилпенициллин; ярим синтетик -пенициллиназага чидамли -оксациллин, метициллин, ампициллин, корбенициллин ва бошқалар .</i>), комбинациялашган - амоксиклав, амоклавин, ампиокс, аугментин, бетамп, клавоцин, клоампи, лептимокс, сулациллин, тиментин, тазоцин, уназин)</p> <p>2. Цефалоспоринлар (<i>I авлод – цефазолин, цефалексин, II авлод – цефуроксим, III авлод - цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефоперазон, IV авлод – цефепим</i>)</p> <p>3. Карбапинемлар (<i>имипенем, меропенем</i>)</p> <p>4. Пиво, ачитқилар, пишлоқ, овқат махсулотларига шу гуруҳ антибиотиклари қўшилган товуқ ва мол гушти</p>
2	<i>Анилин (фениламин)</i>	<p>1. Новокаин, анестезин ва унга ўхшаш дори воситалари</p> <p>2. Парааминосалицил кислота</p> <p>3. Сульфаниламидлар (<i>сульфадимидин, сульфадиметоксин, сульфален ва бошқалар .</i>)</p>
3	<i>Бензолсульфонамид гуруҳи</i>	<p>1. Сульфаниламидлар (<i>сульфадимидин, сульфадиметоксин, сульфален, стрептоцид, сульфацил-натрий (альбуцид) ва бошқалар)</i></p> <p>2. Сульфаниламид таркибига эга комбинациялашган дори воситалари (<i>сульфаметоксазол/триметоприм (ко-тримоксазол, бисептол, бактрим), ингалипт ва бошқалар)</i></p> <p>3. Сульфонилмочевина таркибли гипогликемик дори воситалари (<i>глибенкламид (манинил), гликлазид (димебон МВ, глидиаб), глипизид (глибенез ретард) , гликвидон (глюренорм) , букарбан, бутамид ва бошқалар .</i>)</p> <p>4. Диуретиклар :</p> <p>а) тиазидли диуретиклар (<i>дихлотиазид(гипотиазид), гидрохлортиазид (триампур), циклометиазид, оксодолин</i>) ва</p>

		комбинациялашган дори воситалари (<i>тенорик, капозид, энап НЛ ва бошқалар .</i>) б) «тугунли» диуретиклар (<i>фуросемид (лазикс), буфенокс, клопамид (бринальдикс), индапамид (арифон)</i>) в) карбоангидраза ингибитори (<i>диакарб</i>)
4	Фенотиазин группаси	1. Нейролептиклар (<i>аминазин, пропазин ва бошқалар .</i>) 2. Антигистамин дори воситалари (<i>прометазин</i>) 3. Метилен кўк эритмаси 4. Антидепрессантлар (<i>фторацизин</i>) 5. Коронар қон томирини кенгайтирувчи дори воситалари (<i>хлорацизин, нонахлазин</i>) 6. Антиаритмик дори воситалари (<i>этмозин</i>)
5	Йод	1. Йод ва ноорганик йодидлар (<i>калия или натрия йодид, йоднинг спиртли эритмаси , Люгол эритмаси</i>) 2. Йод сакловчи рентгеноконтраст дори воситалари (<i>урографин, омнипак, кардиографин, трийодграфин, триомбрин, сергозин ва бошқалар .</i>) 3. Гормонал препаратлар (<i>тироксин, трийодтиронин, тиреокомб</i>)
6	Этилендиамин	1. Этилендиамин унумлари (<i>супрастин (хлоропирамин гидрохлорид), ранитидин, ўсмага қарши дори воситалар (продимин), пиперазин ва унинг унумлари (цетиризин, гидроксизин (атаракс) ва бошқалар .</i>) 2. Ксантины: <i>кофеин, пентоксифиллин, терфиллин (теопек, теотард, теофедрин).</i> 3. Этилендиамин тутувчи кремлар

5 С	Дори аллергияси олдини олиш учун дори воситасига юқори сезувчанлик борлиги тери синамалари орқали аниқлаш тавсия қилинади . [1, 2 ,3, 4]
------------	--

Анамнезида аллергия бўлмаган хусусан барча дори-дармонларга ва кимёвий моддалар билан контактда ёки илгари ҳеч қачон гиёҳванд моддаларни истеъмол қилмаган беморларни текшириш шарт эмас.

Аллергик анамнезга эга беморлар учун дори воситаларига нисбатан текширув ўтқазиб тавсия қилинади . Хавф даражасига кўра, уларни уч гуруҳга бўлиш мумкин

Биринчи хавф гуруҳига дори воситасига юқори сезувчанлиги бўлмаган лекин анамнезда аллергия касалликлар бор беморлар киради . Уларга дори аллергияси ва анафилаксиянинг олдини олиш мақсатида дори воситасини қўллашдан олдин терискарификацион ва тил ости провакацион синамалар қилинади .Тил ости синамалари оғиз орқали қабул қилинадиган дорилар учун ўтқазилади . Парентерал дори воситалари дастлаб скарификацион ва тери ичига синамаси қўйилади . Агар 30 дақиқадан сўнг ўткир аллергия реакция бўлмаса асосий терапевтик дозани беморга юбориш мумкин.

Иккинчи хавф гуруҳга анамнезда дори воситаларига нисбатан қаварчиқлар ёки тошмалар пайдо бўлган ёки озиқ овқат аллергияси бор беморлар киради .лаборатор текширувдан кейин дастлаб томчи , аппликацион усулда манфий натижа бўлганда скарификацион ва тил ости синамалари ўтқазилади .Манфий натижаларда тери ичи синамаси ўтқазилади. . Дори воситасига синамалар ўтқазилгандан кейин 1 сутка ўтиб терапевтик доза қилинади .

Учинчи хавф гуруҳига анамнезида оғир аллергик касалликлар (токсикодермия , шок) ўтқазган беморлар киради . Улар қўпчилик таркиби ўхшаш бўлган дори воситаларига нисбатан юқори сезувчанликка эга бўлади . Тери синамалари ўтқазилш қарши кўрсатма ҳисобланади . Улар лаборатор усулда текширилади .Манфий натижа олинганда дастлаб томчи , аппликацион усулда манфий натижа бўлганда скарификацион ва тил ости синамалари ўтқазилади .Синамалар манфий бўлса даволовчи терапевтик дозанинг 0.01 -0.1 қисми юборилади .Шунда ҳам реакция кузатилмаса унда терапевтик доза қилинади

Дастлаб юқори сезувчанликни лаборатория усулида текшириш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз. [47 , 48].

Анамнезида аллергияси бор беморларни олиб бориш тактикаси

https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf

<https://elib.vsmu.by/handle/123/17826>



Натижалар манфий бўлса шу куннинг ўзида терапевтик доза қилинади	Натижалар манфий бўлса эртаси куни терапевтик доза қилинади	Натижалар манфий бўлса терапевтик дозанинг 0.01-0.1 қисми терапевтик доза қилинади . манфий натижада 2 соатдан кейин терапевтик доза қилинади
Ү С	Анафилаксия ёки анафилактик шок ўтказган барча беморларга жаррохлик амалиётидан ёки контрастли рентген текширувлардан олдин қуйидаги тартибда премедикация қилиш тавсия қилинади . Жараён бошланишидан 30 дақиқа – 1 соат олдин, дексаметазон 4-8 мг ёки преднизолон 30-60 мушак орасига ёки томир орқали томчилаб 0.9% натрий хлорид эритмасида юборилади ; клемастин 0,1%- 2 мл ёки хлоропирамин гидрохлорид 0,2%-1-2 мл мушак орасига ёки вена ичига 0,9% натрий хлорид ёки 5% глюкоза эритмасида юборилади	

Режали анафилаксиянинг олдини олиш мақсатида глюкокортикоидлар (преднизолон 30-60 мг ёки дексаметазон 4-8 мг) амалиётдан 1, 7 ,13 соат , антигистамин дори воситаси (дифенгидрамин, клемастин, хлоропирамин) 1,7 соат олдин қилинади . қилинади. Анамнезида бронхоспазм бўлган беморларга амалиётлардан 1 соат олдин 2-3 доза сальбутамол сепиш тавсия қилинади .

Адабиётлар руйхати :

1. WAO, White Book on Allergy, 2011-2012, p.13.
2. Лекарственная аллергия. Методические рекомендации для врачей. Под редакцией академика РАН и РАМН Р.М.Хайтова, 2012, Фармарус принт-медиа, с.73.
3. Demoly P., Adkinson N.F., Brockow K., Castells M. et al. International consensus on drug allergy. Allergy, 2014, v.69, p.420-437.
4. Mirakian R., Ewan P.W., Durham S.R., Yolten L.J.F. et al. BSACI guidelines for the management of drug allergy. Clin. And Exper. Allergy, 2008, v.39, p.43-61.
5. Solensky R., Khan D.A. Drug allergy: An updated practice parameter. Ann Allergy Asthma Immunol., 2010, v.105(4), p.259-273. 6. Brockow K., Przybilla B., Aberer W., Bircher A.J. et al. Guideline for the diagnosis of drug hypersensitivity reactions. Allergo J Int., 2015, v.24, p.94-105.
7. Brockow K., Arden-Jones M.R., Mockenhaupt M., Aberer W. et al. EAACI position paper on how to classify cutaneous manifestations of drug hypersensitivity. Allergy, 2019, v.74, p.14–27.
8. Романова Т.С. Особенности диагностики in vivo лекарственной аллергии, протекающей по замедленному типу. Дисс.к.м.н., 2018, с.190.
9. Panesar S, Javad S, de Silva D et al. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. Allergy, 2013, v.68(11), p.1353-1361.

10. Schwartz L.B., Min H.K., Ren S., Xia H.Z. et al. Tryptase precursors are preferentially and spontaneously released, whereas mature tryptase is retained by YMC-1 cells, Mono-Mac-6 cells, and human skin-derived mast cells. *J Immunol.*, 2003, v.170(11), p.5667-5673.
11. Cox L, Larenas-Linnemann D, Lockey R, Passalacqua G. Speaking the same language: The World Allergy Organization Subcutaneous Immunotherapy Systemic Reaction Grading System. *J of Allergy and Clin. Immunology*. 2010, v.125(3), p.569- 574.
12. Valent P, Akin C, Arock M et al. Definitions, Criteria and Global Classification of Mast Cell Disorders with Special Reference to Mast Cell Activation Syndromes: A Consensus Proposal. *Int Arch Allergy Immunol*. 2012, v.157(3), p.215-225.
13. Mayorga C., Celic G., Rouzair P., Whitaker P. et al. In vitro tests for drug hypersensitivity reactions. An ENDA/EAACI drug allergy interest group position paper. 2016, *Allergy*, v.71(8), p.1103-1134. 28
14. Simons R., Arduzzo L., Bilo B. et al. World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. WAO Position Paper, 2011, Feb., p.13-37.
15. Lieberman P., Nicklas R., Oppenheimer J., Kemp S. et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. *J.Allergy Clin. Immunol.*, v.126, Issue 3, 2010, Sept., p.477-480.
16. Laroche D, Gomis P, Gallimidi E, Malinovsky J, Mertes P. Diagnostic Value of Histamine and Tryptase Concentrations in Severe Anaphylaxis with Shock or Cardiac Arrest during Anesthesia. *Anesthesiology*. 2014, v.121(2), p.272-279.
17. Ильина Н.И., Латышева Т.В., Мясникова Т.Н. и др. Клинические рекомендации МЗ РФ. Анафилактический шок, 2020.
18. Barbaud A., Gonsalo M., Bruynzeel D., Bircher A. Guidelines for performing skin test with drugs in the investigation of cutaneous adverse drug reactions. 2001, *Contact dermatitis*, v.45, p.321-328.
19. Aberer V., Bircher F., Romano A., Blanca M. et al. Drug provocation testing in the diagnosis of drug hypersensitivity reactions: general considerations. 2003, *Allergy*, v.58, p.854-863.