

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АЛЛЕРГОЛОГИЯ ВА КЛИНИК
ИММУНОЛОГИЯ ИЛМИЙ АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

«АНАФИЛАКТИК ШОК» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Республика ихтисослаштирилган
аллергология ва клиник иммунология
илмий амалий тиббиёт
маркази директори
И.С.Разиқова



« ____ » май 2025

**«АНАФИЛАКТИК ШОК» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ 2025

МУНДАРИЖА

| | |
|--|----|
| АНАФИЛАКТИК ШОК НОЗОЛОГИЯСИННИНГ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ..... | 4 |
| АНАФИЛАКТИК ШОК НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ..... | 52 |
| АНАФИЛАКТИК ШОК НОЗОЛОГИЯСИННИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ..... | 59 |

**“АНАФИЛАКТИК ШОК”НОЗОЛОГИЯСИННИНГ
ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ.**

1. Кириш қисми

1. Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 ва 11 коди (лар):

| ХТК – 10 Код бўйинча | Номи |
|----------------------|---|
| T78.0 | Озиқ-овқат маҳсулотларига патологик реакцияси оқибатида келиб чиқувчи анафилактик шок |
| T78.2 | Сабаби ноаниқ анафилактик шок |
| T80.5 | Зардоб қилиниши натижасида келиб чиқадиган анафилактик шок |
| T88.6 | Адекват ва тўғри қўлланиладиган дори-дармонларга патологик реакция туфайли келиб чиқадиган анафилактик шок |
| ХКТ-11 Код бўйинча | Номи |
| 4A84 | Анафилаксия XS09 Анафилаксия 1 даражали XS59 Анафилаксия 2 даражали XS2Y Анафилаксия 3 даражали XS85 Анафилаксия 4 даражали |
| 4A84.0 | Овқат маҳсулотига аллергия натижасида ривожланган анафилаксия XS09 Анафилаксия 1 даражали XS59 Анафилаксия 2 даражали XS2Y Анафилаксия 3 даражали XS85 Анафилаксия 4 даражали |
| 4A84.1 | Дори воситалари натижасида ривожланган анафилаксия XS09 Анафилаксия 1 даражали XS59 Анафилаксия 2 даражали XS2Y Анафилаксия 3 даражали XS85 Анафилаксия 4 даражали |
| 4A84.2 | Хашоротлар захри натижасида ривожланган анафилаксия XS09 Анафилаксия 1 даражали XS59 Анафилаксия 2 даражали XS2Y Анафилаксия 3 даражали XS85 Анафилаксия 4 даражали |
| 4A84.3 | Жисмоний зўриқиш натижасида ривожланган анафилаксия XS09 Анафилаксия 1 даражали XS59 Анафилаксия 2 даражали XS2Y Анафилаксия 3 даражали XS85 Анафилаксия 4 даражали |
| 4A84.4 | Аллергенларнинг нафас йўллари орқали кириши (аллергенлар билан нафас олиш) натижасида ривожланган анафилаксия XS09 Анафилаксия 1 даражали XS59 Анафилаксия 2 даражали XS2Y Анафилаксия 3 даражали XS85 Анафилаксия 4 даражали |
| 4A84.5 | Аллергенлар билан контакт натижасида ривожланган анафилаксия XS09 Анафилаксия 1 даражали XS59 Анафилаксия 2 даражали XS2Y Анафилаксия 3 даражали XS85 Анафилаксия 4 даражали |
| 4A84.6 | Семиз хужайра касалликлари натижасида ривожланувчи иккиламчи анафилаксия XS09 Анафилаксия 1 даражали XS59 Анафилаксия 2 даражали XS2Y Анафилаксия 3 даражали |

| | |
|---|---|
| | XS85 Анафилаксия 4 даражали |
| 4A84.Y | Бошқа аниқланган анафилаксия XS09 Анафилаксия 1 даражали XS59 Анафилаксия 2 даражали XS2Y Анафилаксия 3 даражали XS85 Анафилаксия 4 даражали |
| 4A84.Z | Келиб чиқиши ноъмалум анафилаксия XS09 Анафилаксия 1 даражали XS59 Анафилаксия 2 даражали XS2Y Анафилаксия 3 даражали XS85 Анафилаксия 4 даражали |
| 4A85 | Юқори сезувчанлик ёки аллергия холатлар мажмуаси |
| 4A8Y | Бошқа аниқланган юқори сезувчанлик ёки аллергия холатлар мажмуаси |
| 4A8Z | Аниқланмаган юқори сезувчанлик ёки аллергия холатлар мажмуаси |
| <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 https://icd.who.int/ru/ https://www.vidal.ru/drugs/mkb11 |

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.н профессор
2. Дустбабаева Н. Д - Тиббий ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш маркази , олий тоифали врач аллерголог, т.ф.н ,доцент
3. Айдарова Н.П - РИАКИИАТМ илмий ишлар бўйинча директор ўринбосари ,PhD
4. Кузиев Г.Э - РИАКИИАТМ даволаш ишлар бўйинча директор ўринбосари ,
5. Ишмухаммедова Ш Б - РИАКИИАТМ, бўлим мудираси
6. Қудратуллаева Б Т - РИАКИИАТМ , бўлим мудираси
7. Бойбекова В Ф- РИАКИИАТМ, илмий котибаси
8. Акромов А Т - РИАКИИАТМ, врач аллерголог
9. Хасанова Ф Р- - РИАКИИАТМ, врач аллерголог
10. Тураев Н.Т - - РИАКИИАТМ, врач аллерголог

Такризчилар :

1. Ирсадиева Фотима Хусниддиновна Тошкент тиббиёт академияси Аллергология, 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 , професс

4. Ташқи эксперт баҳоси:

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

5. Клиник баённома ОТМ профессор -ўқитувчилари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИИАМ филиаллари директори ва уларнинг ўринбосарлари) ҳамда вилоят муассасалари аллерголог шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг онлайн шаклда ўтказилган якуний йиғилишида норасмий келишув орқали муҳокама қилинди ва 202__-йил _____ №7-сонли баённомаси билан тасдиқланди.

6. Республика илмий ихтисослаштирилган аллергология маркази илмий кенгашларидаги муҳокамаси баённомасидан кўчирмаларининг 28.11.2023 8 сонли баённомаси билан тасдиқланди.

7. Баённома/Протоколда фойдаланилган қисқартмалар:

| | |
|-----------------------|--|
| <u>Н1-рецепторлар</u> | 1 тип гистамин рецепторлари |
| <u>АҚБ</u> | артериал қон босими; |
| <u>АСИТ</u> | аллерген-специфик иммунотерапия; |
| <u>АШ</u> | анафилактик шок; |
| <u>ДВ</u> | дори воситаси |
| <u>ЯҚНДВ</u> | яллиғланишга қарши ностероидли дори воситаси |
| <u>ЎЮР</u> | ўпка –юррак реанимацияси |
| <u>ЎЮЕ</u> | ўткир юрак етишмовчилиги |
| <u>мм рт.ст.</u> | миллиметр симоб устуни |
| <u>ДИД</u> | далилларнинг ишончлилиқ даражаси |
| <u>ТИД</u> | тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси |
| <u>рO2</u> | карбонат ангидриднинг парциал босими |
| <u>SaO2</u> | сатурация (гемоглобиннинг кислород билан тўйиниши) |

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 :

Анафилактик шок ҳолатидаги ёки унга шубҳа қилинган болалар ва катта ёшдаги беморлар.

**10. Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи.
(диагностик аралашувлар учун)**

| Далилларнинг ишончлилик 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 чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши 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 ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи
(профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)**

| Далилларнинг ишончлилик даражаси | |
|---|--|
| 1 | Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши |
| 2 | Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно |
| 3 | Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар |
| 4 | Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси 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) |

2. Асосий қисм.

2.1 Кириш:

Анафилактик шок 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 Россия алергологлар ва клиник иммунологлар ассоциацияси (РААКИ) , Беларусия алергологлар ва клиник иммунологлар ассоциацияси, Европа алергологлари ва клиник иммунологлари академияси (ЕААСІ),Бутун дунё алергологлари уюшмаси (WAO) тавсиялари ва клиник қўлланмаларидан олинган . Ушбу протокол анафилактик шок 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.

Анафилактик шок (АШ) – организмга алергеннинг қайта тушиши натижасида ривожланувчи тезкор алергик реакциядир . АШ - бу анафилаксия натижасида пайдо бўлувчи ўткир қон айланиши етишмовчилиги бўлиб АҚБ 90мм.см. устунидан ёки ишчи қон босимидан 30 % га пасайиши [1]. ва хаёт учун муҳим аъзоларнинг гипоксиясига олиб келадиган ҳолатдир [4].

Анафилаксия - бу организмнинг хаёт учун хавфли бўлган системали(тизимли) юқори сезувчанлик реакциясидир. Анафилаксияда юрак қон томир ва/ёки нафас олиш аъзолар системасида хаёт учун хавфли ўзгаришлар тезкор равишда ривожланади .

Анафилаксия юрак қон томир ва/ёки нафас олиш аъзолар системасида ўзгариш бўлмасдан туриб тери , шиллик қаватлар ва ошқозон ичак трактининг шикастланиши билан ҳам кечади. [1,2,3].

АШ тўғрисида дастлабки маълумотлар эрамиздан олдинги 2641 йил хужжатларида келтирилган бўлиб , унда ёзилишича , миср фараони Мензес ари чақиши натижасида халокбўлган «Анафилаксия» сўзи (грекча «ана» - қайта, қайтадан ва «philaxis» – химоя)маъносини билдириб , фанга биринчи марта француз олимлари Шарл Рише (S. Richet) ваПол Портье (P. Portier) томонидан 1902 йилда киритилган Улар итларга зардоб ёки экстрактларни қайта юборганларида ўзига хос баъзида ўлимга олиб келувчи ҳолатларни кузатишган ва буни анафилаксия деб аташган[47].

2.3 Этиология ва патогенези

АШ юқори сезувчанликка эга бўлган организмга специфик антиген (аллерген) қайта кириши натижасида ривожланади .АШга олиб келувчи энг асосий сабаблар бу -дори воситалари ва хашоротлар чақишидир .АШнинг ривожланиш тезлиги ва учраш даражаси аллергиянинг организмга кириш йўлига боғлиқ бўлади .Дори воситаси парентера юборилганда АШ бир соат ичида ,хаттоки жуда тез “игна учиди ”хам ривожланиши мумкин . АШ дори воситалари оғиз орқали қабул қилинганда , ректал йул билан ва териға ташқи қўлланилганда хам 1-3 соат ўтиб ,аллерген сўрилгандан кейин ривожланади . АШ ривожланишига олиб келувчи этиологик омиллар:

Дори – дармон ва тиббий материаллар, кўпинча дори воситалари 31.2-46.5% ;

Озиқ-овқат махсулотлари 23.3–31% ;

Хашоротлар чақиши натижасида 14.9–20% ;

Сабаби ноъмалум анафилаксия ҳолатлари хам мавжуд бўлиб,24-26 % ни ташкил этади.

Дори воситалари натижасида ривожланувчи анафилаксия. Юқори аллергия хусусиятли, тўлиқ оксил таркибли антигенларга эга бўлган дори воситаларига қуйидагилар киради:

- *биологик экстрактлар* :кортикотропин, вазопрессин, эстрадиол; хайвонлардан олинган инсулин , гипофиз ва қалқонсимон олди беги гармонлари;

- *ферментлар*: трипсин, химотрипсин, химопапаин, пенициллиназа, стрептокиназа, аспарагиназа;

- *отнинг қон зардобидан тайёрланган дори воситалари* қоқшолга, дифтерияга, кутиришга қарши зардоб , антилимфоцитар иммуноглобулин;

- *қизаммиқ, грипп , қоқшол вакциналари ;*

- *уй ва ўсимликлар чанги* , хайвонлар юнгидан тайёрланган аллерговакциналар ;

- *цитокинлар ва иммуноглобулинлар* моноклонал антителалар (сетуксимаб, инфликсимаб, омализумаб), α , β , γ интерферонлар , молграмостим, интерлейкин-2.

Кўпчилик дори воситалари тўлиқ антигенлик хусусиятига эга бўлмайди ва гаптенлардеб аталади . Гаптенлар организмга тушганидан кейин ташувчи - оксиллар билан бирикиб ,иммуноглобулин Е га боғлиқ ёки носпецефик реакциялар чақиради .Гаптен дори воситаларига қуйидагилар киради:

- *антибиотиклар ва бошқа микробларга қарши воситалар ;*

- *дезинфекция учун ишлатилувчи воситалар ;*

- *миорелаксантлар ;*

- маҳаллий анестетиклар ;
- витаминлар ;
- цитостатиклар ;
- наркотик дори воситалари ;
- гепарин ;
- аспирин ва бошқа ностероидли яллигланишига қарши дори воситалари
- рентгенконтраст дори воситалари

Антибиотиклардан ,асосан пенициллин гуруҳи энг кучли аллергик реакциялар чақирувчи дорилар ҳисобланади . Пенициллиннинг ҳар 7.5 миллион инъекциясига 1 та (0.002%) АШдан ўлим ҳолати ривожланган .Узоқ таъсир қилувчи пенициллинлар (бициллинлар) таъсирида АШ давомийлиги кўпроқ бўлади.А. С. Лопатина (2000) маълумотларига кўра, АШ дори воситалари натижасида ривожланаётган аллергик реакцияларнинг 5,51% ни, ўлим кўрсаткичининг 0.48 % ни ташкил этади.

Шуни айтиб ўтиш керакки ,анафилаксия/АШ умумий антиген структурасига (детерминантга) эга турли дори воситаларига нисбатан ривожланиши мумкин . (1 жадвал)

Умумий антиген структурасига эга дори воситалари. (1 жадвал)

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

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

Хашоратлар чақиши натижасида пайдо бўлувчи аллергиялик ҳолатлар

5% аҳолида кузатилади ва АШнинг асосий сабабчиларидан бири ҳисобланади.Хашоратлар захри таркибида турли хил пептидлар ,ферментлар (гиалуронидаза,фосфолипаза А), гистамин, серотонин ва бошқа биологик актив моддалар мавжуд.Хашоратлар чақиши натижасида абдоминал симптомлар

(қорин соҳасида оғриқ ,кўнгил айнаши , қусиш) пайдо бўлиши ,беморда тез орада анафилаксия ривожланишининг белгиси (предиктори) ҳисобланади.

Озиқ овқат маҳсулотларига анафилаксия . Юқори сезувчанликка эга болаларда бир неча томчи сут истемолидан кейин АШ пайдо бўлиши кузатилган бўлиб , ёши катталарда овқат маҳсулотларидан анафлаксия бирмунча енгилроқ кечади .Анафилактик шокка олиб келувчи асосий озиқ овқат маҳсулотларга - сугир сути, балиқ ва денгиз маҳсулотлари, ёнғоқ, тухум , дуккакли маҳсулотлар ва бошқалар киради.

Латекс натижасида ривожланувчи анафлаксия.3 гуруҳ кишиларда латексга анафилаксия кўпроқ кузатилади : 1) Тиббиёт ходимлари 2) Spina bifida ва урогенитал нуқсонлар билан туғилган болалар 3) Латекс маҳсулотлари ишлаб чиқарувчилар .

Аллергенспецифик иммунотерапия (АСИТ) (аллерговакцинация) олаётган беморларда ҳам АШ кузатилиши мумкин .АШ АСИТ қоидаларини қўпол равишда бузулиши, катта дозадаги аллергеннинг киритилиши, аллерген инъекцияси олган бемор маълумбир вақт давомида кузатилмаганлиги, назоратга олинмаган бронхиал астмаси бор беморларга қилиниши натижасида келиб чиқади АСИТ тўғри ўтқазилганда АШ ва бошқа оғир ҳолатлар жуда кам кузатилади (хар бир 2 500 000 инъекцияга АСИТ 1 та ҳолат).

Анафлаксия/АШ ривожланишига олиб келувчи триггерлар омилларга қуйдагилар киради :

- **Атопик анамнез** . Беморда бронхиал астма , поллиноз , дори аллергияси , АШ , атопик дерматит ва/ёки шу касалликларнинг наслда борлиги .
- **Ёши** .АШ хар қандай ёшда учрайди , бироқ 60 % ҳолатда катталарда 30 ёшгача бўлганлар орасида кўпроқ кузатилади . Катталар орасида АШнинг асосий сабаби бу дори воситалари ,хашоратлар чақиши бўлса ,болаларда - озиқ овқат махсулотлари ҳисобланади .
- **Жинси** .Аёлларда анафилаксия эркакларга нисбатан 2 баробар кўпроқ кузатилади , бироқ бошқа бир тадқиқотлар иккала жинсда ҳам касаллик бир хил учрашини кўрсатган .
- **Аллергеннинг кириш йўли** .АШ кўпинча дори воситалари парентерал йўл билан киритилганида ривожланади .Ингаляцион йўл ҳам хавфли ҳисобланади . Аллергенларнинг оғиз орқали кириши энг хавфсиз тури бўлиб оғир бўлмаган анафилаксия кузатилади .
- **Дори воситалари** (бета-адреноблокаторлар , АПФ ингибиторлари , седатив дори воситалари , антидепрессантлар) ва спиртли ичимликларни бирга қабул қилиш натижасида ривожланади
- **Ижтимоий -иқтисодий аҳоли** . Юқори ижтимоий -иқтисодий мавқега эга беморларда анафилаксия кўпроқ кузатилади .
- **Анафилаксия ривожланишини** кучайтирувчи қўшимча факторларнинг мавжудлиги (жисмоний зўриқиш , ўткир инфекциялар масалан , ЎРВИ, предменструал давр , эмоционал зўриқиш , саёхат қилиш ва бошқалар).

Патогенези:АШ/анафилаксия одатда 1 тур юқори сезувчанлик реакцияларикўринишида кечади. (Джелл ва Кумбс бўйича 1-тип юқори сезувчанлик). Бизга маълумки барча алергик реакциялар 3 та: сенсбилизатция , патохимёвий ва патофизиологик босқичда кечади Организимга аллергенлар биринчи марта кирганда улар махсус алергенни таништирувчи ёки презентация қилувчи хужайралар (АТХ инглизчасига antigen-presenting cell ,АРС) -макрофаглар , В-тур лимфоцитлар томонидан фагацитоз қилинади . Фагацитоз қилинган антиген процессинг жараёнида булақларга ажратилиб энг юқори алерген

хусусиятига эга -эпитоп қисми ажратиб олинади. Бу турдаги хужайралар таркибида тўқималар мослигини белгиловчи махсус комплекс (МСН) мавжуд бўлиб, улар ёрдамида эпитоплар хужайра юзасига чиқарилади . Шу йўл билан бу хужайралар Th 0 лимфоцитларга антиген тўғрисида маълумотларни етказди . Ўз навбатида Th 0 лимфоцитлардан махсус интерлейкенлар натижасида фақат шу антигенни танувчи Th 2 лимфоцитлар шакилланади .Бу Th 2 лимфоцитлар кўпайиб , ўзидан интерлейкин 4, 5 ишлаб чиқаради . Интерлейкен 4, 5лар тасирида В лимфоцитлар плазмоцит хужайраларга айланиб , шу тушган антигенни танувчи Е ва G иммуноглобулинлари(IgE ва IgG4) ишлаб чиқаради .Е ва G иммуноглобулинлар базофил ва семиз хужайра мембраналари юзасида жойлашади ва шу билан организмда сенсизитация босқичи яқулланади . Яъни организмда шу тушган аллергенга нисбатан сезувчанлик пайдо бўлади . Патофизиологик босқич антигеннинг организмга қайта кириши натижасида семиз хужайралар юзасидаги иммуноглобулин Е билан бирикиб уларни дегрануляцияга учраши билан кечади Бунда дегрануляция натижасида махсус ажралувчи медиаторлар (гистамин, лейкотриенлар , триптаза, гепарин, хемокинлар, цитокинлар) кининлар ажралиб чиқади. Ажралиб чиққан медиаторлар тасирида организмда ўзига хос ўзгаришлар яъни клиник белгилар ривожланади .

Бу патофизиологик босқич ҳисобланади. Медиаторлар кининлар ,комплементнинг активлашиши орган ва тўқималарга қуйдагича таъсир кўрсатади:қон томирлар ўтказувчанлигини оширади , қон томир ва бронхлардаги шиллиқ мушакларни қисқартиради , шиллиқ секрециясини оширади ва жараёнга бошқа хужайралар (эозинофиллар, нейтрофиллар, лимфоцитлар) иштирокини таъминлайди ва микроциркуляциянинг бузулишига олиб келади .

Микроциркуляциянинг бузулиши -шок патогенизининг асосий элементиدير .Капилярларда қон айланишининг пасайиши натижасида хужайраларга кислород ,энергетик махсулотларнинг етказилиши ҳамда моддалар алмашинуви охириги махсулотларининг чиқарилиши бузулади .Тўқималарда гипоксия ,анаэроб оксидланиш натижасида метаболик ацидоз ривожланади ва моддалар алмашинуви жараёни бузилади .Яққол ривожланган ацидоз артериола ва венулалар тонусини ўзгартириб ўтказувчанлигини оширади , қоннинг ивувчанлигини ошириб - гиперкоагуляцияга олиб келади . Гипоксия ва ацидоз натижасида артериолалар кенгаяди , веналар эса қисқарган ҳолда қолади , натижада қон капилярларга бемалол кириб келади , лекин чиқиб кетиши қийинлашади .

Натижада майда қон томирларда тромблар хосил бўлади ва оғир ҳолатларда ДВС (диссеминированая внутрисосудистая свертывания крови -қон томирлар ичида қоннинг қуйилиб қолиши) синдром ривожланиши мумкин.

Микроциркуляциядаги ўзгаришлар турли орган ва системалар :ўпка ,юрак ,буйрак усти бези , нерв сетемаси иш фаолиятининг бузулишига ва ўлимга ҳам сабаб бўлади . АШда силлик мушакларнинг спазми , шиллик ажралиши ортиши , шиллик ости қаватидаги шиш бронхлар ўтказувчанлигининг ёмонлашуви ва асфиксияга олиб келади . [47].

2.4 Клиник таснифи (этиологияси, босқичлари бўйича)

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

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

АШ нинг гемодинамик бузилишларнинг оғирлигига, ривожланиш тезлигига ва клиник кўринишларига қараб турли хил таснифлари мавжуд.

А. Оғирлик даражасига қараб таснифи :

| | Оғирлик даражаси | Характеристикаси |
|---|--------------------|---|
| 1 | 1 оғирлик даражаси | Гемодинамик бузилишлар енгил даражада бўлиб , артериал қон босими ишчи кўрсаткичлардан 30-40 мм см.уст гача камаяди. АШ бошланишидан олдин касаллик олди белгилари 3- 30 дақиқа ичида ривожланади. Бунда беморда ҳолсизлик ,бош айланиши ,қулоқ шанғиллаши , кўришнинг ёмонлашиши , кўл бармоқлари , тил ва лаблари увишиши , қорин ва бел соҳасида оғриқ , терисида қичиши ва тошмалар тошиши , томоқ оғриши , йўтал пайдо бўлиши мумкин . АШнинг бу даражасида беморнинг эс хуши жойида , ҳаяжонланиш ёки ҳолсизлик , безовталик, ўлимдан кўрқкиш ҳисси пайдо бўлади . Беморда тўш орқасида сиқувчи , босиб турувчи оғриқ ,бутун танасида иссиқлик ҳолати , бош оғриши ,тери қопламлари қизариши ва гиперемияси , терисига қаварчиқлар тошиши ,йўтал , риноконъюктивит белгилари , ангиотик шишлар қузатилади . |
| 2 | 2 оғирлик даражаси | Гемодинамик бузилишлар янада кучаяди. Қон босими 90-60/40 мм см.уст.гача бўлади ва пасайишда давом этади. Бемор эс - хушини йуқотиши мумкин . Беморда безовталик, кўркув ва бутун танасида иссиқлик ҳисси, ҳолсизлик, терисида қичишишлар ва қаварчиқлар , ангиотик шиш , ринит белгилари , ютишнинг қийинлашиши , овозининг ўзгариши (афонияга қадар), бош айланиши, юрак ҳамда қорин соҳасида оғриқ , парестезия, бош оғриғи қузатилади . Кўрув пайтида бемор териси ранги оқарган , баъзан цианотик тус олади , нафас сиқиши, стридорли нафас олиш, ўпкада хириллашлар эшитилади .Юрак тонлари бўғиқлашган , тахикардия, тахиаритмия аниқланади. Кўнгил айниши ,қушиш , ихтиёрсиз сийиш ва дефекация қузатилиши мумкин. |

| | | |
|---|---------------------|--|
| 3 | 3 оғирлик даражаси | Бемор эс хушини йўқотган , қон босими 60-40 / 0 мм см .уст.гача тушган .Кўпинча беморларда тиришиш, совуқ ёпишқоқ тер босиши , лабларида цианоз, кўз қорачиқларининг кенгайиши кузатилади . Юрак тонлари бўғиқ , юрак уриши нотекис , пульс ипсимон бўлади . |
| 4 | 4 оғирлиги даражаси | Беморда қон босимини аниқлаб бўлмайди . Юрак тонлари ва нафас олиши эшитилмайди .Қон айланиш ва нафас фаолият тўхтаганлиги учун -ўпка юрак реанимацияси протоколи қўлланилади. |

Катталар ва болаларда қон босимини пасайиши мезонлари ҳар хил:

Катталарда : систолик қон босими 90 мм.см. уст дан паст ёки дастлабки ишчи систолик қон босимидан 30% дан ортиқ пасайиши - **артериал гипотензия** белгиси ҳисобланади [47].

Гипотония ёшга боғлиқ қуйидагича белгиланади :



1 ойликдан 1 ёшгача

- < 70 мм .см.уст .
- Бу ёшда компенсатор тахикардия қон босимининг пасайишига эквивалент сифатида кўрилади , шунинг учун гипотензияга мойилликнинг биринчи белгилари ортиб борувчи тахикардия бўлиши мумкин.



1 ёшдан 10 ёшгача

- < 70 мм .см.уст + (2 * йилдаги ёши)
- ёки систолик босимнинг 30% дан ортиқ пасайиши;



11 ёш ва ундан катталар

- 90 мм см уст. дан кам ёки дастлабки систолик қон босимидан 30% дан ортиқ пасайиши.

Болаларда гипотониянинг биринчи белгиси тез ривожланувчи тахикардия ҳисобланади. [22, 23].

Б. Клиник симптомларнинг устунлигига қараб :

| | Тури | Клиникаси |
|---|------------------|--|
| 1 | Типик тури | Гемодинамик бузилишларнинг тери ва шиллик қаватлари шикастланиши (қаварчиқлар ,ангиотик шишлар) , бронхоспазм белгилари билан бирга келиши |
| 2 | Гемодинамик тури | Юрак-қон томир фаолияти бузилиши белгиларининг устунлиги билан характерланади ва у бошқа асоратларни ривожланиши учун асос бўлиб хизмат қилади. Беморда юрак соҳасида оғриқ , қон босимининг кескин пасайиши , аритмия, юрак тонларининг бўғиқлашиши , пульснинг йўқолиши кузатилади . Периферик томирлар спазми ва микроциркуляциянинг бузулиши натижасида тери ранги кескин оқариши ва цианози пайдо бўлади .Ташқи нафас ва марказий асаб тизими функциясининг бузилиши белгилари нисбатан камроқ намоён бўлади. |
| 3 | Асфиктик тури | Бу турида етакчи клиник симптом ўткир нафас етишмовчилиги ва газлар алмашинувининг бузилиши хисобланади . Холатнинг оғирлик даражаси хикилдоқ шиллик қаватининг шишиши ва унинг қисман ёки тўлиқ обструкцияси, ўткир бронхоспазм ва шиллик гиперсекрецияси натижасида бронхиолаларнинг обструкцияси, интерстициал ёки алвеолар ўпка шиши билан боғлиқ бўлади . Шокнинг дастлабки даврида, гемодинамик бузулишлар ва марказий нерв системасида ўзгаришлар кузатилмайди ,бирок касаллик узоқ ва оғир кечишида улар асосий клиник белгиларга қўшилади . |
| 4 | Абдоминал тури | “Ўткир қорин” кўринишида эпигастрал соҳада оғриқ ва қорин парда тасирланиш симптомлари билан намоён бўлиб , ошқозон яраси перфорацияси ёки ичаклар тутилишига ўхшабкетилади. Кўпинча қорин дам бўлиши , кўнгил айланиши ихтиёрсиз сийдик ва ахлат ажралиши , аёлларда бачадон ва тухумдонлар соҳасида оғриқ ҳамда жинсий аъзолардан қонли ажралмалар келиши билан кечади Абдоминал турида қорин аъзолари шикастланиши гемодинамик ёки ўткир нафас етишмовчилиги белгилар билан бирга намоён бўлади. |
| 5 | Церебрал тури | Марказий нерв системаси шикастланиши белгилари гемодинамик ёки ўткир нафас етишмовчилиги белгилар билан бирга намоён бўлади . Церебрал турида асосий ўзгаришлар марказий нерв системасида бўлади . Бош оғриши , кўнгил айланиши , гиперестезия , психомотор кўзғалиш , эс хушини йўқотиш , тутқаноқ хуружлари кузатилади. Баъзида шокнинг бу тури эпилептик статусни эслатиб, кейинчалик нафас ва юрак фаолиятининг тўхташи билан ҳам кечиши мумкин . |

В. АШнинг кечишига қараб турлари :

| № | АШ турлари | Характеристикаси |
|---|------------------------------|---|
| 1 | Хавфли кечиши | Шокнинг бу тури ўткир бошланиб ,қон босимининг тез тушиши (диастолик —0 мм см.уст гача),эс-хушнинг бузилиши ва бронхоспазм билан кечувчи нафас етишмовчилиги белгилари билан намоён бўлади . Ушбу ҳолат интенсив даволанишга жуда чидамли бўлиб ,оғир ўпка шиши, қон босимининг турғун пасайиши ва чуқур кома ривожланиши билан кечади . Анафилактик шок қанчалик тез ривожланса, ўлим кўрсаткичи шунчалик юқори бўлади .Шу сабабли анафилактик шокнинг бу тури хавфли ҳисобланади [24,48]. |
| 2 | Ўткир хавфсиз кечиши | АШ нинг типик шакли учун хосдир. Беморда эс - хушнинг бузилиши ,қарахтлик ёки сопор ҳолатида бўлиб , қон томир тонусининг енгил даражада бузулиши ва нафас етишмовчилиги белгилари билан кечади. АШ ўткир хавфсиз кечишини ўз вақтида ва етарли даволаш, яхши натижа беради [24,48]. |
| 3 | Узоқ кечувчи (чўзилган) тури | Бу тури шокка қарши адекват ва тўғри терапия ўтказилгандан кейин даво чораларининг вақтинчалик ёки қисман самара бериши билан намоён бўлади.Кейинги босқичларда клиник белгилар дастлабки икки турдаги каби ўткир бўлмасди, улартерапевтик чора-тадбирларга чидамли,кўпинча пневмония, гепатит ва энцефалит билан асоратланади Бу турдаги АШ узоқ муддат таъсир қилувчи дориларнинг организмга тушиши натижасида кўпроқ ривожланади[24,48]. |
| 4 | Қайталанувчи кечиши | Бу тури бирламчи касаллик белгилари бартараф этилганидан кейин такрорий яна шок ҳолатининг юзага келиши билан характерланади. Бу ҳолат ҳам кўпинча узоқ муддат таъсир қилувчи дориларданфойдаланиш натижасида ривожланади. Клиник кўринишдаги белгилар дастлабки белгилардан фарқ қилиши мумкин, айрим ҳолларда ундан оғирроқ , ўткирроқ кечади ва терапияга чидамлироқ бўлади [24,48]. |
| 5 | Абортив тури | Энг хавфсиз тури ҳисобланади . У АШнинг асфиктиккўринишда кечади.Гемодинамик бузилишлар минимал даражада бўлади. Шок белгилари осон ва тез бартараф этилади [24,48]. |

3.1 АШнинг клиникаси.

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

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

АШнинг клиник кўриниши хар холатда ўзига хос бўлиб , бу орган ва сестемалар фаолиятининг турли даражада ва комбинацияларда бузулиши билан боғлиқдир АШ кечишини 3та даврга ажратиш мумкин :

1. Шок олди холати .Бу давр аллерген билан контактда бўлгандан (дори воситасини ва овқат махсулотларини қабул қилиш, хашоратлар чақиши ва бошқалар) кейин 3-30 дақиқа ичида пайдо бўлади .Баъзи холларда масалан тўпланувчи (депо) препаратлар қабул қилганидан кейин 2соат ичида ривожланади .Бу даврда ички нохушлик , кўрқув хисси ,титроқ , холсизлик , бош айланиши, қулоқлар шанғиллаши , кўришнинг ёмонлашиши ,қўл бармоқлари, тил ва лабларининг увишиши, қорин ва бел соҳасида оғриқ пайдо бўлиши билан намоён бўлади . Бундан ташқари беморларда терисида қичишиш , нафас олишнинг қийинлашиши, тарқоқ қаварчиқлар ва ангионевротик Квинке шиш кузатилади .Ўта юқори сезувчанлиги бор беморларда бу давр бўлмаслиги хам мумкин (жуда тез кечувчи шокда) .

2. Авж олиш даври . Бу давр беморнинг эс- хушини йўқотиши , гипотония (катталарда АҚБ нинг 90/60 мм см.устдан ёки ишчи қон босимидан <30% дан кўпроқ пасайиши),тахикардия , тери қопламларининг оқариши ва совуқ тер босиши ,лабларнинг цианози ,нафас сиқиши ,ихтиёрсиз сийдик ва ахлат ажралиши ,сийдик ажралишининг камайиши (дақиқасига 20 млдан кам) билан характерланади .Тери ва шиллик қаватларда тарқоқ қаварчиқлар пайдо ++++бўлади. Бу даврнинг давомийлиги анафилактик шокнинг оғирлилик даражасини белгилайди .

Анафилактик шокда клиник белгиларнинг учраш даражаси 2 жадвалда кўрсатиб ўтилган (Нагуа М., Гершвин М.Э., 2004 йил) 2 жадвал

| | АШнинг белгилари | Учраш даражаси (%) |
|----|--|--------------------|
| I | Гемодинамик | 100 |
| 1 | Артериал қон босимининг пасайиши , холсизлик , бош айланиши. | 100 |
| II | Тери ва шиллик қаватлари | 90 |
| 1 | Қаварчиқлар ва ангионевротик Квинки шиши (халқум,тил, кўз қовоқлари , кўл , оёқ , жинсий аъзолари соҳасида) | 85-90 |
| 2 | Тери гиперемияси | 45-90 |
| 3 | Танасида тошма бўлмасдан кузатиладиган қичишиш | 2-5 |

| | | |
|---|---|--------------|
| III | Респиратор белгилар | 40-60 |
| 1 | Тил, халқум , хиқилдоқ шиши | 50-60 |
| 2 | Нафас сиқиши, хуштаксимон нафас | 45-50 |
| 3 | Ринит белгилари | 15-20 |
| IV | Абдоминал белгилар | 35-40 |
| | Ичак пересталтикаси кучайиши , кўнгил айнаиши , қусиш , қориндаги хуружсимон оғриқлар , ич кетиши | 35-40 |
| V | Юрак қон томир системасига хос белгилар | 10-45 |
| | Тўш ортида оғриқ , тахикардия, аритмия | 10-45 |
| VI | Марказий нерв системасига хос белгилар | 3-5 |
| | Тутқаноқ хуружлари | 3-5 |
| VII | Бошқа белгилар | 0.1-1 |
| | Оғизда метал таъми келиши | 0.1-1 |
| | Аёлларда бачадондан қон кетиши | 0.1-1 |
| «Иккилик қондаси»: | | |
| <p>- АШ аллерген билан контактда бўлгандан кейин 2 дақиқадан 2 соатгача бўлган вақтда ривожланади,</p> <p>-АШда жараёнлар икки ва ундан кўп органлар тизимида ривожланади .</p> | | |

АШнинг оғирлик даражаси гемодинамик кўрсаткичлар , эс хушидаги бузулишлар ҳамда даво муолажаларига самарадорлигига қараб энгил , ўрта оғир ва оғир кўринишда кечади (3 жадвал)

3 жадвал

| Кўрсаткичлар | Энгил кечиши | Ўрта оғир кечиши | Оғир кечиши |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| Артериал қон босимининг пасайиши | АҚБ < 90/60-50/0 мм симоб устуни | Аниқланмайди | Аниқланмайди |
| Эс хушининг бузулиши | Қисқа муддатли (1-2 дақиқа) | 5-10 дақиқа | 10 дақиқадан кўп |
| АШ олди холати | 3 - 30 минут | Қисқа муддатли (1-2 дақиқа) | Бир неча секунд ёки бўлмаслиги ҳам мумкин |
| Даволаш самарадорлиги | Яхши , тез тикланиш бўлади | Қониқарли , секин тикланиш бўлади | Қониқарсиз , баъзида тикланиш бўлмаслиги мумкин |

Клиник кечишининг оғирлик даражасига қараб дори воситалари миқдори ва ёрдам кўрсатиш кўлами тўғрисида қарор қабул қилинади.

АШнинг *енгил кечишида* қисқа муддатли шок олди ҳолати (бир неча дақиқадан бир соатгача) бўлиб, теридаги умумий қичиши, қаварчиқлар ,эритематоз, петехиал ва папуляр кўринишидаги тери тошмалари, тери гиперемияси, қизиб кетиш ҳисси, бурун битиши, хуружсимон йўтал, томоқ оғриғи билан намоён бўлади.Беморлар холсизликка ,бош айланиши, кўнгил айнаши, бош, юрак, тўш орқасида, қорин, бел соҳасидаги оғриқларга, нафас олиш қийинлишувига шикоят қилади.

Тери рангининг оқариб кетиши ,баъзан юз терисининг гиперемияси, лабларда цианоз , кўзғалувчанлик бўлиб, жараён давом этганда беморларда кескин холсизлик ,депрессия, алахсираш ва баъзида хушдан кетиш кузатилади Силлиқ мушакларнинг спазми натижасида бронхоспазм, нафас қисилиши, қуруқ хириллаш, қорин оғриғи, қусиш, беихтиёр дефекация ва сийиш бўлади . Пулс ипсимон , юрак тонлари бўғиқ, синусли тахикардия 110-150 та дақиқасига , экстрасистолиялар, қон босими кескин пасайиши (90/40-60/20 мм симоб устун) кузатилади .Бироқ, кўпинча санаб ўтилган клиник белгиларнинг баъзиларигина беморда кузатилади.

АШнинг *ўртача оғирликда* кечишида ҳам қисқа муддатли шок олди ҳолати ,хусусан умумий холсизлик , кўрқув ҳисси, юз гиперемияси, тананинг турли соҳасида оғриқ, тошмалар тошиши , йўтал, кўнгил айнаши , қусиш бўлиб , бемор тез хушдан кетади . Тери рангининг оқариб кетиши , баъзан юз терисининг гиперемияси, лабларда цианоз, бемор асабий бўлиб қолади . Пешонада совуқ ёпишқоқ тер, баъзида оғизда кўпик пайдо бўлади. Кўз қорачиқлари кенгайган ва ёруғликка сезувчанлик юқолади .Ўпка шиши фонида қуруқ ва (ёки) нам хириллашлар, бўғилиш ва асфиксия билан нафас қисилиши ривожланиши мумкин. Юрак тонлари бўғиқ , зўрға эшитилади, баъзи ҳолларда ўпка артерияси устида II тон акценти , пулс ипсимон, аритмик, тахикардия (брадикардия), қон босими кескин пасаяди ёки аниқланмайди. ЭКГда тишлар амплитудасининг пасайиши, S-T сегментининг пастга силжиши, баъзи тармоқларда манфий Tтишчалар пайдо бўлиши, ўтказувчанликнинг бузилиши барчаси юрак мушагининг ишемияси бошланганини кўрсатади. Ихтиёрсиз дефекация ва сийиш, бачадоннинг спастик қисқариши ва қиндан қонли ажралмалар келиши кузатилади. Бош мия сероз пардаларининг шишиши ва мия ишемияси туфайли тоник ва клоник тутқаноқ хуружлари пайдо бўлад. Қоннинг фибринолитик тизимининг фаоллашиши бурун, ошқозон ва ичакдан қон кетишига олиб келиши мумкин. Агар жараён давом этса ва асоратлар ривожланса, беморни ўлимга олиб бориши мумкин.

АШнинг *оғир кечишида* марказий асаб тизими, юрак-қон томир ва нафас олиш тизимларида бузилишлар бир неча сония ёки дақиқада содир бўлади ва чакмоқ тезлигида ривожланади. Агар беморларга тез ёрдам берилмаса, улар тезда ўлади. Тери қопламлари тез оқариб кетади, айниқса кўкракда, қўлларда, лабларда- цианоз, оғизда кўпик пайдо бўлади. Пешона совуқ ёпишқоқ тер билан қопланган (гиперкапния ва ацидоз ҳисобига). Кўз қорачиқлари кенгайган ва ёруғликка сезувчанлик юқолади, бўйин томирлари кенгайди. Нафас олиш шовкинли, аритмик, ларингиал шиш бўлса –хуштаксимон, стридоз бўлади. Агар бронхоспазм тез ривожланса, аускультация пайтида нафас олиш шовкинлари эшитилмайди ва "соқов ўпка" ҳолати пайдо бўлади. Пулс ва қон босими аниқланмайди, юрак тонлари эшитилмайди. Тоник ва клоник тутқаноқ хуружлари, беихтиёр дефекация ва сийиш кузатилади. Қон томирларининг коллапси ва кома ҳолати ривожланади.

3. Шокдан чиқиш даври. Одатда 3-4 ҳафта давом этади. Юрак-қон томир ва нафас олиш этишмовчилиги белгилари баргараф этгандан сўнг, беморда қуйидаги ҳолатлар бўлиши мумкин:

- Кескин холсизлик, ташқи таъсиротларга этиборсизлик, бўшашиш, бўғимларда оғриқ, мушаклар оғриғи, иситма, титроқ, нафас қисилиши, юрак ва қорин оғриғи, қусиш ва кўнгил айнаш;
- Узоқ муддатли гипотензия (паст қон босими).
- Юрак мушаги ишемияси ҳисобига юрак соҳасида оғриқ
- Ўзоқ давом этган мия гипоксияси туфайли интеллектуал функцияларнинг пасайиши, бош оғриши, хотиранинг ёмонлашиши.

Бу даврда беморларда ўткир миокард инфаркти, бош мия қон айланиши бузулиши, аллергик миокардит, гломерулонефрит, гепатит, нерв системасининг шикастланиши (менингоэнцефалит, арахноидит, полиневритлар), зардоб касаллиги, қаварчиқлар ва ангионевротик шиш, гемолитик анемия, тромбоцитопения ва бошқа асоратлар ривожланиши мумкин. [47].

Баъзида АШдан кейин ривожланувчи асоратлар: гепатит, аллергик миокардит, нефрит, гломерулонефрит, вестибулопатия, асаб тизимининг диффуз шикастланиши - беморнинг ўлимига сабаб бўлади. Шокдан 10-15 кун ўтиб қвинке шиши, такрорий қаварчиқлар тошиши, бронхиал астма хуружлари пайдо бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, АШнинг қуйидаги асоратлари мавжуд:

1. Анафилактик шокнинг тўғридан тўғри асоратлари брадикардия, сўнгра юрак тўхташи; нафас олишни тўхтатиш; буйрак етишмовчилиги; респиратор дистресс-синдром ва ўпка шиши; мия ишемияси; ДВС синдром; умумий гипоксия ва гипоксемия.

2. АШ терапиянинг асоратлари (тахминан 14% ҳолларда учрайди ва биринчи навбатда эпинефрин ва / ёки вазопрессорларни киритиш ва ортиқча инфузия билан боғлиқ): ҳар хил турдаги тахикардия; миокард ишемияси ва инфаркт ривожланиши; аритмия. [47].

3.2 АШнинг диагностик мезонлари :

АШ одатда аллерген таъсир қилгандан кейин икки соат ичида, хусусан овқат масулотларидан сўнг 30 дақиқа ичида ҳамда парентерал юборилган дорилар ёки ҳашаротлар заҳаридан янада тезроқ ривожланади. Баъзи ҳолларда дори воситаларини парентерал юбориш , хашоратлар чақиши ва озик овқат маҳсулотлари 5-30 дақиқа ичида ўлим билан якулланувчи АШ ривожланишига олиб келади

Анафилаксия ва АШнинг клиник кўриниши намоён бўлиши учун урта диагностик мезондан

| Диагностик мезон | |
|--|--|
| 1 | Касалликнинг ўткир бошланиши (бир неча дақиқадан бир неча соат ичида) Бу жараёнда тери ва/ёки шиллиқ қаватларнинг шикастланиши (тарқоқ қаварчиқлар ,қичишиш ёки қизариш , лаблари , тили ва юмшоқ танглай шиши) қуйдаги белгилар билан бирга намоён бўлади : |
| | А Респиратор бузилишлар (диспноэ, бронхоспазм, хуштаксимон хириллашлар , гипоксемия) |
| | Б АҚБ нинг пасайиши ёки унга боғлиқ бўлган нишон аъзоларнинг шикастланиш белгилари (гипотония, эс хуши йўқотилиши, сфинктерлар бўшашиши натижасида сийдик ва ахлат тута олмаслик) |
| 2 | Сабабчи антиген билан контактда бўлгандан кейин қуйдаги икки ва ундан кўп симптомларнинг ўткир пайдо бўлиши бунда албатта нафас ва/ёки қон айланиш системасида ҳаёт учун хавфли ҳолатларнинг мавжудлиги: |
| | А Тери ва/ёки шиллиқ қаватларининг тарқалган қаварчиқлар , қичишиш, эритема , кўринишида шикастланиши ва/ёки лаблар, тил, қовоқлар, қулоқлар, танглайда шиш пайдо бўлиши |
| | Б Респиратор белгилар (нафас олишнинг қийинлашуви, нафас сикиши, йўтал, бурун битиши , аксириш, кўкрак қафасида хириллашлар, стридор, гипоксемия). |
| | В АҚБнинг кескин пасайиши ва бунинг оқибатида коллапс, синкопал ҳолатлар пайдо бўлиши ҳамда сфинктерларнинг бушашиши натижасида ахлат ва сийдик тутиб тура олмаслик. |
| Г Қориндаги спастик оғриқлар, қусиш каби қайталанувчи гастроинтестинал бузулишлар мавжудлиги . | |
| 3 | Бемор учун маълум аллерген билан контактда бўлгандан сўнг қон босимининг пасайиши. Қон босимини камайиш мезонлари юқорида келтирилган |

бири бўлиши керак:

3.3 Шикоятлари ва анамнези:

Беморнинг шикоятлари (эс хуши сақланган ҳолатда) терида қичишиш, тошмалар тошиши, кўз ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларида шиш бўлиши, бурундан шилимшиқ сувли ажралмалар келиши, аксириш, йўтал, нафас сиқиши, кўкрак қафасида ва қорин бўшлиғида оғриқ, оғиздан метал таъми келиши, безовталиқ, ваҳима, ўлиб қолиш кўркув хисси пайдо бўлиши, кескин умумий холсизлик, титроқ, бош айланиши, қўл бармоқлари ва тил учининг увишиши, кулоқларда шовқин, кўришнинг ёмонлашиши, кўнгил айниши, қоринда спастик оғриқлар бўлиши.

Бемор ахволи барқарорлашгандан кейин анамнез ва шикоятлар тўғрисида маълумотлар йиғиш мумкин бўлади.

| | |
|-----|---|
| 5 С | АШ ва анафилаксияга гумон қилинган барча беморларда бу ҳолатга олиб келиши мумкин бўлган кўзгатувчи омиллар ҳақида маълумот тўплаш тавсия этилади. [22, 4]. |
|-----|---|

Изоҳ: Бемор ахволи барқарорлашганидан кейин беморнинг шикоятлари ва анамнези тўғрисида маълумотлар йиғиш, АШ ҳолатига диагноз қўйиш, унинг сабабини аниқлаш ва шу каби ҳолатларнинг олдини олишда муҳим аҳамият касб этади.

| | |
|-----|---|
| 4 С | <ol style="list-style-type: none">1. АШ / анафилаксия қайси ҳолатда пайдо бўлди (дорилар воситалари ва озиқ-овқат истеъмоли, ҳашаротларни чақиши, АСИТдан кейин ривожланган).2. АШ нинг ривожланиш вақти -сабабчи омил ва тригерлар таъсирида характерли белгиларнинг тўсатдан ривожланиши (бир неча дақиқа, соат ичида). Одатда симптомлар тез ривожланади.3. Оғир даражали АШнинг ривожланиш хавфини оширувчи омилларнинг мавжудлиги (қўшимча касалликлар: бронхиал астма ва нафас йўли аъзолар тизимининг бошқа сурункали касалликлари, оғир атопик касалликлар, юрак – қон томир тизими аъзолари патологияси, мастоцитоз, β-адренорецепторлар блокаторлари ва АПФ ингибиторлари қабул қилиши, кекса ёшли беморлар ва бошқа сабаблар) [4, 14, 22, 23, 29]. |
|-----|---|

| | |
|-----|--|
| 5 С | АШ ва анафилаксияга гумон қилинган барча беморларга тўғри ташхис қўйиш, унинг оғирлик даражаси, тури, кечиш характерини аниқлаштириш мақсатида касалликнинг клиникасига хос бўлган шикоятларига баҳо бериш тавсия қилинади. [4, 22]. |
|-----|--|

Изоҳ: Беморнинг шикоятлари АШ нинг клиник жихатдан устунлик қилаётган симптоматиканинг характерига ва оғирлик даражасига боғлиқ бўлади.

3.4 Физикал текширувлар:

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

| | |
|-----|---|
| 5 С | Анафилаксия ёки АШ ўтказган беморларга тўғри ташхиз қўйиш , унинг турини , кечиши ва оғирлик даражасини аниқлаш мақсатида физикал текширувлар ўтказиш тавсия қилинади . [22, 24]. |
|-----|---|

Изоҳ: Анафилаксия/АШнинг асосий кўрсаткичи бу ҳаёт учун хавфли бўлган нафас олиш жараёнининг бузилиши ва/ёки қон босимининг пасайиши қўйдаги органлар ва тизимларнинг фаолиятидаги ўзгаришлар биргаликда кечишида намоён бўлади:

-*Юрак - қон томир тизими:* тахикардия, брадикардия, юрак ритмининг бузилиши, тўш ортида сиқувчи оғриқ, қулоқда шовқин пайдо бўлиши , парестезия, сийдик ва нажас ушлаб тура олмаслик , юрак фоллятининг тўхташи ;

-*Тери ва шиллиқ қаватлар :* эритема ва гиперемия, тери ва шиллиқ пардаларнинг умумий қичиши, қаварчиқлар, лаблар ангиоэдемаси, тил, периорбитал соҳада шиш, конъюнктивит, кейинги босқичларда – рангпарлик, совуқ тер, лаб цианози;

-*Нафас олиш тизими:* ринит, ринорея, аксириш, нафас қисилиши, йўтал, бронхоспазм, шилимшиқ гиперсекрецияси, дисфония, стридор, нафас йўлларининг шишиши (ларингеал шиш натижасида асфиксия ривожланиши мумкин);

-*Марказий асаб тизими:* бош оғриғи, бош айланиши, хулқ-атворнинг ўзгариши, қўзғалиш, кескин бўшашиш, ўлим қўрқув хисси , тутқаноқ хуружлари, эс –хушини йўқотиш, мидриаз;

- *ошқозон-ичак тракти:* қорин оғриғи, кўнгил айниши, қусиш, диарея;

- бошқа органлар ва тизимлар: оғизда металл таъм, метроррагия [22].

3.5 Лаборатор текширувлар .

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

| | |
|-----|---|
| V С | АШ / анафилаксия гумон қилинган беморларда касаллик бошлангандан 15 дақиқадан 3 соатгача бўлган вақтда бошқа шоклар билан қиёсий ташхислаш мақсадида қон зардобиди β -триптаза (нейтрал протеаза, фақат семиз хужайралар таркибида учрайди) миқдорини аниқлаш тавсия қилинади[12, 19]. |
|-----|---|

Изоҳ : Қонда β - триптаза миқдорининг (1,2 х триптазнинг базал миқдори + 2 мг/дл ёки > 25 мг/л) дан ошиши диагностик аҳамиятга эга ҳисобланади [27]. Қон зардобиди β - триптаза миқдори бир маротаба (касаллик симптомлари пайдо бўлганидан кейин 1-2 соат ичида) ёки идеал ҳолатда уч маротаба касаллик бошланиши билан 1-2 ва 24 соатдан кейин ҳамда шифохонадан чиқиб кетаётган вақтда ўлчанади (бу триптазнинг базал миқдори ни аниқлаш мақсатида керак бўлиб , баъзиларда у нормада юқори бўлади) β -триптазанинг энг юқори миқдори шок бошлангандан кейин 60-90 дақиқа ичида қузатилиб 6 соатгача сақланиб қолади . Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки , β - триптаза миқдори сестемали мастоцитоз

касаллигида юқори бўлади .АШда β -триптаза миқдорининг ортиши катталарда 60 % холатларда , болаларда эса ундан ҳам камроқ кузатилади. Қонда β -триптаза миқдорининг нормал бўлиши АШ диагнозини истисно қилмайди. Қонда β -триптаза бошқа касаллик ва холатларда (миокард инфаркти, травмалар, амниотик сув эмболияси, тўсатдан юз берувчи чақалоқлар ўлими,мастоцитоз) ҳам кўтарилиши мумкин. [31,32,47]

| | |
|-----|---|
| V C | АШ / анафилаксия гумон қилинган беморларда касаллик бошлангандан 15 дақиқадан 3 соатгача бўлган вақтда бошқа шоклар билан қиёсий ташхислаш мақсадида қон зардобиди β -триптаза (нейтрал протеаза, фақат семиз хужайралар таркибиди учрайди) миқдорини аниқлаш тавсия қилинади[12, 19]. |
|-----|---|

| | |
|-----|--|
| V C | <p>1) Умумий қон тахлили .Гематокрит ва ЭЧТнинг ортиши , лейкоцитоз, эозинофилия, баъзида анемия, тромбоцитопения</p> <p>2) Умумий сийдик анализи . Буйраклар шикастланиши бўлганда : протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия Коптокчалар филтрациясининг пасайиши , эндоген креатинин клиренси ва каналчаларнинг концентрацион қобилиятининг пасайиши</p> <p>3) Қоннинг биохимиявий тахлили.Трансаминаза, креатинфосфокиназа, лактатдегилрогеназа миқдорининг ортиши ,гипогликемия, гиперкалиемиа, гипокальциемиа, гипокомплементемиа.</p> <p>4) Кислота-ишқор мувозанатини аниқлаш: Гипоксия натижасида ацидоз гиперлактатемиа билан бирга ривожланади в артериал қон таркибиди гидрокарбонатлар миқдори камаяди (норма 22-25 ммоль/л) . кислороднинг умумий сўрилиши пасаяди. Артериал қон босимининг кислородга тўйиниши -80-90 %дан паст бўлади.</p> <p>5) Плазмада гистамин миқдорини аниқлаш . Касаллик бошлангандан кейин 5- 10 дақиқа ичида плазмада гистамин миқдори кўтарилади , ярим парчаланиш даври 20 дақиқани ташкил қилади . Шунинг учун бу кўрсаткични аниқлаш қийинчилик туғдиради ва катта ахамият касб этмайди .</p> <p>6) Аллергологик текширувлар (қонда шубха қилинган аллергенга нисбатан махсус IgE, IgG антителлар касалликнинг ўткир даврида қилинмайди.Бу кўрсаткичлар АШдан 3-4 хафта ўтгандан кейин текширилади .</p> |
|-----|--|

3.6 Инструментал текширувлар

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

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.15032>

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

| | |
|-----|---|
| V C | АШ/анафилаксия ўтказган беморларда тезкор ёрдамни ташкил этиш мақса­тида қон босими , пульс , нафас олиш ҳолатини назорат қилиш тавсия қилинади [33, 34]. |
|-----|---|

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 [47].

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

- **ЭКГ.** Ўтиб кетувчи ўзгаришлар: суправентрикуляр аритмиялар, Т тишчаси инверсияси , ST сегменти депрессияси, блокада ножек пучка 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 қўплигини ёки юрак фаолиятининг бузулганлигини кўрсатади ;
- **Кўкрак қафаси аъзоларини рентгенологик текширувлари** бошқа касалликлар билан қиёсий тақослаш , оғир тизимли реакцияларда орган ва системаларнинг шикастланиш даражасини аниқлаш, асосий касаллик белгиларини кучайиши ва оғирлашишига сабаб бўлувчи қўшимча касалликларни аниқлаш мақса­дида амалга оширилади.
- **Кичик чанок ва қорин аъзолари УТ** текшируви бошқа касалликлар билан қиёсий тақослаш, оғир тизимли реакцияларда орган ва системаларнинг шикастланиш даражасини аниқлаш, асосий касаллик белгиларини кучайиши ва оғирлашишига сабаб бўлувчи қўшимча касалликларни аниқлаш мақса­дида амалга оширилади. [47]

3.7 Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар (тор соҳа мутахассисининг консултатив кўрувининг мақса­дини ёритинг);

https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
<https://elib.vsmu.by/handle/123/17826>

- 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 хазм аъзолари патологиясини аниқлаш)

3.8 Ташхислаш алгоритми

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

1. Ари чақиши натижасида келиб чиққан анафилактик шок - Т78.0. 2 чи оғирлик даражаси, типик тури , ўткир хавфсиз кечиши
2. Пенициллин инъекцияси натижасида ривожланган анафилактик шок -Т88. 6. 3 чи оғирлик даражаси , асфиктик тури , хавфли кечиши.

3.9 Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асосла

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

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.15032>

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

| Ташхис | Қиёсий ташхис учун асос | Текширувлар | Ташхисни истисно қилиш мезонлари |
|---------------------------------|---|---|--|
| Ўткир юрак етишмовч илиги (ЎЮЕ) | Шикоятлари : Нафас сиқилиши, беморнинг тез чарчаши, синусли тахикардия , кечаси бўғилиш хуружлари, йўтал, периферик шиш, сийдик ажралишининг бузилиши, ўнг қовурға остида оғирлик хисси ва оғриқ. | 1. Умумий қон тахлили 2. Умумий сийдик анализи . 3. Қоннинг биохимиявий тахлили . 4. ЭКГ 5. Кўкрак қафаси рентгенограммаси. 6. Мия қавати натрийуретик пептид даражасини аниқлаш | Лаборатория диагностикаси: - умумий оқсил, албуминлар камайиш; гипопротеинемия кузатилиши мумкин ; -билирубин , аланин ва аспартатамин аминотрансферазалари, тимол намуналари, гамма -глутамилтранспептидаза, лактат дегидрогеназа даражасини ошиши: -протромбин миқдори пасайиши ; -холестерин триглицеридлари, паст ва жуда паст зичликдаги липопротеинларнинг кўпайиши; - юқори зичликдаги липопротеинларни камайиши; |

| | | | |
|---------------------|--|---|--|
| | | | <p>- оғир юрак етишмовчилигида қонда кардиоспецифик креатинфосфокиназинг МВ-фракциясининг ошиши калий, натрий, хлор, магний миқдори камаяди; креатинин ва мочевина миқдори ошади .</p> <p>ЭКГ: ЎЮЕ этиологиясини аниқлаш мақсатида текширилади Кўкрак қафаси рентгенограммаси: ўпкадаги димланиш оғирлилик даражасини аниқланади Мия қавати натрийуретик пептид даражасини аниқлаш - юрак етишмовчилиги ривожланиб боришида унинг миқдори ортади</p> |
| Миокард инфаркти | <p>Асосий шикоят-кўкрак қафасидаги ангинал оғрик, кўпинча юрак соҳасида кузатилади . Одатда бу оғриклар босувчи , сиқувчи , санчувчи ,ёндирувчи характерга эга бўлади . Кўпинча улар кўкрак қафаси чап ярмида,тўш орқасида жойлашган, лекин улар кураклар орасида , эпигастрал сохада баъзида кўкрак қафаси ўнг ярмида хам бўлади . Одатда ангинал оғриклар чап қўл, пастки жаг, чап курак сохаси, кураклар орасига хаттоки ўнг қўлга хам тарқалиши мумкин . Ўлимдан кўрқиш ҳисси, тўсатдан пайдо бўлувчи кескин холсизлик , терлаш, баъзан кўнгил айниш, қусиш ёки бўғилиш кузатилади.Ўткир коронар синдромнинг ривожланишини тавсифловчи ўта муҳим</p> | <p>1.Клиник белгилар 2.Умумий қон тахлили 3. Қоннинг биохимиявий тахлили . 4. ЭКГ</p> | <p>Рангининг оқариб кетиши , кучли тер босиши , пульсинг тезлашиши ,юрак чўққисида I ва II тонларнинг кескин сустлашиши ва қўшимча III тонинг пайдо бўлиши , ўпканинг пастки базал соҳасида нам хириллашларнинг пайдо бўлиши. Лаборатор диагностикаси: -Қонда лактатдегидрогеназа, креатинфосфокиназа, тропонина миқдорининг ортиши. ЭКГ-ўзгаришлар - Q- тишли миокард инфарктда:ST сегментининг кўтарилиши , T тишча инверсияси ва кенг ва чукур Q тишча пайдо бўлиши ; - Q тишчасиз – миокард инфарктда:ST</p> |

| | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|
| | <p>клиник белгилар – бу жисмоний фаолият пайтида ёки ундан кейин дархол оғриқнинг пайдо бўлиши, уларнинг давомийлиги 20 дақиқадан ортиқ бўлиши ва нитроглицериннинг самарасизлигидир.</p> | | <p>сегментининг депрессияси ва манфий Т тишча пайдо бўлиши Q тишча ўзгаришсиз бўлади.</p> |
| <p>Хушдан кетиш</p> | <p>Шикоятлари: Кўкрак кафасида сиқилиш, ҳолсизлик, кўз олдида милтиловчи хосилалар учуши , кўл-оёқларнинг увишиши, кўнгил айнаши,қусиш, тери қопламанинг оқариши , қон босимининг пасайиши.</p> | <p>1. Клиник белгилар 2. Умумий қон тахлили 3. Қоннинг биохимиявий тахлили . 4. ЭКГ</p> | <p>Қулоқларда шанғиллаш билан бош айланиши, кескин бўшашиш ҳисси, ўткир ҳолсизлик, эснаш, кўз олди қорайиши, кўнгил айнаши, совуқ тер босиши ,кўл-оёқларнинг увишиши, нафас олиш юзаки ва секинлашиши. . Тери оқарган ва пульс кучсиз.Бемор бирдан кўзини юмади, совуқ тер билан қопланади, пульс заифлашади, оёқ-кўлларисовуқ бўлади, дастлаб куз корачиқлари торайиб , кейин эса кенгайиши кузатилади.Кўпинча, бу ҳолат бир неча сония давом этади, кейин аста-секин бемор ўзига келиб , атрофдаги муҳитга муносабат билдира бошлайди. Лаборатория диагностикаси: қизил қон ҳужайралари – эритроцитларнинг сонининг камайиши, глюкоза даражасининг пасайиши, юрак шикастланганда Тропинин 1 миқдори ортиши. Ҳолтер мониторида , бош мия КТсида , ЭКГ, ЭхоКГ да ўзгаришлар кузатилади</p> |
| <p>Ўпка артерияси тромбоз олияси</p> | <p>Шикоятлари :Касаллик қисқа муддатли хушни йўқотиш ёки хушдан кетиш, тўш орқасида ёки</p> | <p>1.Клиник белгилар.</p> | <p>Классик массив эмболия синдроми белгиларига - коллапс, тўш орқасида оғриқ, тананинг юкори</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>юрак сохасида оғрик, тахикардия, нафас сиқилиши, бўғилиш билан бошланади</p> | <p>2. Д-димер концентрациясини аниқлаш. 3. ЭКГ 4. МСКТ</p> | <p>ярмида цианоз, тахипноэ, бўйин веналарининг шишиши киради . Қон босими < 90 мм.см уст дан пасайиши ,қон тупириш ,оёқларида кучсиз шиш, тахикардия кузатилади .Юрак ва ўпканинг аускультацияси трикуспидал клапан ва ўпка артерияси устида II тоннинг акценти ва бу нуқталарда систолик шовқин эшитилиши мумкин. II тон иккиланиши , галоп ритми - ёмон прогностик белги хисобланади . Эмболия зонаси устида нафас шовқинлари заифлашуви, нам хириллашлар ва плевра ишқаланиш шовқини эшитилади . Оғир ўнг қоринча етишмовчилигида бўйин веналари шишади ва пулсацияланади; жигар катталашиши мумкин. Лаборатория диагностикаси: Д-димер концентрациясини аниқлаш. Д-димер концентрацияси ортиши 500 мкг / мл дан ортиши ўпка тромбоземболияси эҳтимоллигини оширади .ЭКГдаги ўзгаришлари: ўнг қоринчанинг ўткир зўриқиш белгилари - манфий S тишча I чи тармоқда, Q тишчаси III тармоқда кучли ривожланган бўлади. Бундан ташқари ўтиш зонасининг чапга силжиши (V5-V6 тармоқларда чуқур S тишчаси) манфий T тишчаси билан бирга , Гисс тўтамининг ўнг ёки чап оёқчаси олдинги</p> |
|--|---|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p> шохчаси бўйлаб ўтказувчанликнинг бузилиши билан бирга намоён бўлади. Бир қатор беморларда S-T сегментининг чап тармоқларда депрессияси ёки кўтарилиши кузатилади , бу одатда чап қоринча миокард ишемияси сифатида талқин қилинади. ЭхоКГ: ўнг бўлмачалар ва ўпка артериясининг кенгайиши, қоринчалараро тўсиқнинг парадоксал ҳаракати, трискупидал клапан етишмовчилиги кўрилади . Кўкрак қафаси рентгенограммаси: шикастланиш томонида диафрагма гумбазининг баланд туриши, юрак қоринча ва бўлмачасининг ва ўпка илдизларининг кенгайиши, томир сурати сустлашиши, дискоид ателектазларнинг мавжудлиги билан намоён бўлиши мумкин. Инфаркт пневмонияси ҳосил бўлганда учбурчак соялар, синусдаги суюқлик инфаркт томонида кўринади. Ўпкани перфузион сканерлаш: препаратнинг кам тўпланиши ёки унинг ўпка соҳасининг бирор қисмида тўлиқ бўлмаслиги бу соҳада қон айланишининг бузилганлигини кўрсатади. Характерли белгилар икки ёки ундан ортиқ сегментда нуқсонларнинг мавжудлиги ҳисобланади. Компютер томографияда ўпка артерияларига </p> |
|--|--|--|

| | | | |
|-----------------------|--|---|---|
| | | | контраст юбориб кўриш ўпка тўқимаси перфузиясининг пасайиши ва тромболитик массалар ўчоқларини аниқлаш имкониятига эга. Оёқлар ва кичик чанок веналарининг ултратовуш ангиографияси эмболия манбасини ва унинг табиатини аниқлаш учун керак бўлади. |
| Эпилептик статус (ЭС) | Шикоятлари : Психикада умумий сустлик (брадипсихизм), ҳаракат сустлиги, нутқдаги теранлик йўқлиги ,шунингдек, анамнезида авлодда бу касаллик борлиги , уйқусида юриш ёки энурез ҳақидаги маълумотлар , болаликда юқори ҳарорат, бош жароҳатига жавобан тутқаноқ хуружларининг бўлганлиги | 1. Клиник белгилар 2. Умумий қон таҳлили 3. Қоннинг биохимиявий таҳлили . 4. ЭЭГ | Тутқаноқ ва тутқаноқнинг психик эквивалентлари ҳар иккаласи ҳам пароксизмал характерда бўлади . Шахсиятдаги ўзгаришлар (узоқ муддатли, доимий, прогрессив бузилишлар). Касаллик кечиши хусусиятлари: 1) спазмофилиянинг октябр—ноябр ойларида симптомларнинг ошиши ва март—апрел ойларида унинг намоён бўлишининг кучайиши ; 2) спазмофилияда электр кўзгалувчанлиги (Эрба симптоми) ва механик кўзгалувчанлик (Труссо ва Хвостека белгилари) юқорилиги; 3) спазмофилияга хос бўлган ларингоспазмлар ва айниқса кальций алмашинувининг сезиларли бузилишлари. Лаборатория диагностикаси: -тутқаноқ синдром бўлган беморларда қонда глюкоза, натрий, кальций, магний миқдорини аниқлаш; - қонда заҳарли моддалар борлигини текшириш; -метаболик ацидоз - ортиқча мушак |

| | | | |
|------------------------|---|---|--|
| | | | <p>қисқаришлари , гликоген миқдори камайиши , анаэроб гликолиз ва сут кислота тўпланишига сабаб бўлади.</p> <p>Тутқаноқ хуружлари фонида рН нинг 7.2 га пасайиши камдан-кам ҳолларда оғир юрак ритми бузилиши билан кечади;</p> <p>-нафас олиш ацидози; нафас олиш фаолиятининг тутқаноққа қарши дорилар таъсирида бузилиши ва тутқаноқ хуружлари пайтида мушакларда карбонат ангидрид миқдорининг ортиши ва ажралишининг ёмонлашиши кузатилади</p> <p>ЭЭГ: қўзғалувчанлик ўчоқлари пайдо бўлади</p> |
| Қуёш ва иссиқлик уриши | <p>Шикоятлари:Бош айланиши, қаттиқ бош оғриши, юзнинг қизариши . Кўз олди қорайиши, кўнгил айнаши, баъзан қусиш. Кўриш бузилиши ва бурундан қон кетиши содир бўлиши мумкин.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Клиник белгилар 2. Умумий қон таҳлили 3. Қоннинг биохимиявий таҳлили . 4. Умумий сийдик таҳлили | <p>Бош оғриши, ланжлик, қусиш, тана ҳароратининг кўтарилиши (баъзан 40 °С дан юқори), нафас олиш ва пульснинг бузилиши, тиришиш, қўзғалувчанлик ва бошқа белгилар. Оғир ҳолларда- кома. Муҳитнинг намлиги ошганда қизиб кетиш аломатлари кучаяди.</p> <p>Лаборатория диагностикаси : тромбоцитопения, лейкоцитоз, гипофибриногенемия . Сийдикнинг умумий таҳлилида цилиндрурия, лейкоцитурия, протеинурия</p> |
| Гипогликемия | <p>Шикоятлари: Очлик хисси , бош оғриғи, бош айланиши, тез ўтиб кетувчи кўз олдида "туман" бўлиши , кўз</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Клиник белгилар 2. Умумий қон таҳлили | <p>Нейрогликопения интеллектуал фаолиятнинг пасайиши, диққатни жамлаш қобилияти ва орттирилган психомотор</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>олдида "нуқта" лар милтиллаши, диплопия каби шикоятлар .</p> | <p>3. Қоннинг биохимиявий тахлили . 4. Қонда қанд миқдорини аниқлаш</p> | <p>малакаларнинг қисман йўқолиши билан характерланади. Беморлар бирдан нима бўлаётганига бефарқ бўладилар, ланж ва уйкучан бўлиб қоладилар. Кўпинча гипогликемиянинг бу белгилари беморларнинг ўзига қараганда бошқаларга кўпроқ сезилади. Кўпинча нейрогликопения- у ўринсиз кайфият ва хатти-ҳаракатлар (номутаносиб йиғи, агрессия, аутизм, негативизм) билан намоён бўлади. Нейрогликопения оғирлашуви эс хушининг ўзгаришига олиб келади , тризм, дастлаб алоҳида мушак гуруҳлари ва умумий тиришишлар пайдо бўлади ва гипогликемик комага ўтиши мумкин . Гиперкатехоламинемия клиник жиҳатдан тахикардия, қон босимининг кўтарилиши, терлаш, титраш, терининг оқариб кетиши , вахима ва қўрқув ҳислари билан намоён бўлади. Тунги гипогликемия уйқу пайтида содир бўлса, вахима ва қўрқув ҳислари ёмон тушлар шаклида намоён бўлади . Диабетга чалинган беморнинг қониқарли саломатлиги фонида тўсатдан эс хушини йўқотса, биринчи навбатда, гипогликемик кома ҳақида ўйлаш керак. Гипогликемик кома қандли диабет декомпенсацияси бўлмасдан содир бўлса</p> |
|--|---|---|--|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | тери қопламлари ўртача намликда , нормал рангда, тўқималарнинг тургор қобилияти қоникарли, кўз олмалари босиб кўрилганда нормал , нафас олиш равон , пульс тез-тез ёки нормал ва тўлақонли , қон босими нормал ёки бироз кўтарилган ,ёруғлигига реакцияси сақланган бўлади . Баъзи беморларда кома ҳолатида аниқланган мушакларнинг гипертонуси одатда тризм билан кечади, бу асфиксияга олиб келиши мумкин. Чуқур ва узоқ давом этадиган гипогликемик кома ҳолатлари мия асоси симптоматикаси масалан нафас олиш беқарорлиги ва юрак етишмовчилиги шаклида намоён бўлиши мумкин. |
|--|--|--|---|

3. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

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

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.15032>

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

Биринчи ёрдам АШ пайдо бўлган жойда бошланиб , тўлақонли малакали тиббий ёрдам интенсив терапия бўлимида кўрсатилиши керак .АШ да биринчи ёрдам тез кўрсатилиши даволаш эффективлигини оширади .

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

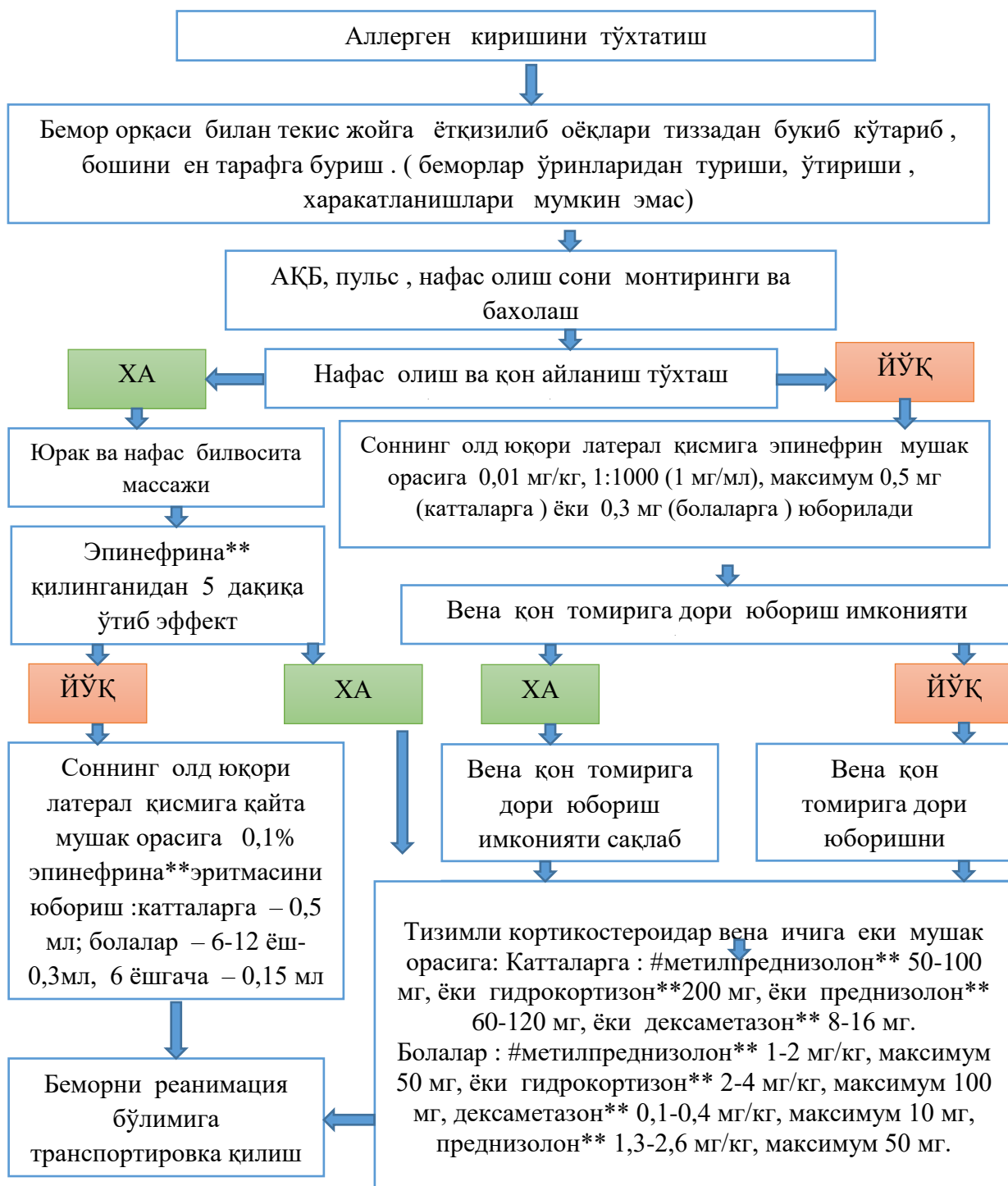
Анафлаксия билан касалланган беморларга биринчи ёрдам кўрсатиш кетма кетлиги :

(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 ҳолати текширилиб унга баҳо берилади .АҚБ, пульс, нафас олиш сонини доимий назорат қилиш . Беморларни мониторга улашнинг имконияти бўлмаса АҚБ, пульс, нафас олиш сонини ва сатурациясини ҳар 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 ётқизилиб оёқлари тиззадан букиб қўтарилади (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 йўлларининг ўтказувчанлиги ва кислород кириши таъминланади .
 7. Беморга кислород бериш (кўрсатмаларга асосан). Кислород бемор спонтан нафас олиш сақланган ҳолатда ниқоб , бурун катетери ёки ҳаво 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 ҳисобланади.

4.1 Шифокор ҳаракатлари алгоритми
https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf



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

4. 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 болжусу сулида | 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 | 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 |
| Глюкокортикостероид | 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 |

4.3 Жаррохлик аралашуви

Агар интубация қилиш имкони бўлмаса ёки бажариш қийин бўлса, коникотомия (қалқонсимон ва ҳалқа шаклидаги тоғай ўртасидаги мембранани фавқулодда кесиш) қилиш керак.

Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалари:

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

Анафилаксия ёки АШ ни бартараф этгандан кейин уларнинг узок 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:

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

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

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

| | |
|-----|--|
| 5 C | 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 ётқизиблиб 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 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 йўлларининг ўтказувчанлиги ва кислород кириши таъминланади .

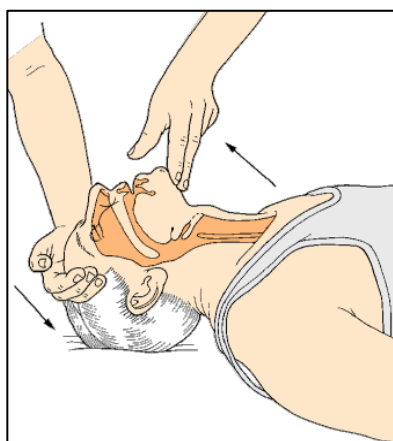
| | |
|-----|--|
| 5 С | Хомиладорларда анафилаксия ёки анафилактик шок вужудга келганда уларни чап ёнбоши билан ётқизиб , юқори нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш тавсия қилинади . [2,48]. |
|-----|--|

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

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

| | |
|-----|--|
| V С | Барча эс хушини юқотган 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 қусиқ масаларидан тозаланади юқори нафас йўллариининг ўтказувчанлиги ва кислород кириши таъминланади.
5. Агар бемор оғиз бўшлиғида тиш протезлари бўлса олиб ташланади . [4,48].

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

| | |
|-----|--|
| 2 В | 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 С | 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 болуос 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 беи аденомаси , ёпик бурчакли глаукома , тиреотоксикоз , артериал гипертензия, аритмия, церебро-васкуляр етишмовчилик адреналин қўлланишига нисбий қарши кўрсатма ҳисобланади.Бета-блокаторлар адреналин таъсирини камайтиради .Симпатомиметиклар , моноаминооксидаза ингибиторлари , дигоксин адреналин ноужа таъсирларини кўпайтиради.

| | |
|-----|---|
| 5 С | Периферик 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 ҳисобланади.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, гипокалиемия, остеопороз, эйфория, психоз, миопатия, турли инфекциялар ривожланиши ГКС дори воситаларининг ножўя таъсири бўлиб , қисқа муддатга қўлланилганда диарли

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

| | |
|-----|--|
| V С | 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 спазмини олдини олади ва йўқотади. [1]

| | |
|-----|---|
| V С | 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 холатида ; 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/кг 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 стабиллашгандан 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 уйқу чақирувчи таъсирга эга бўлиб ,диққатни жамлашни бузулиши ва атакция билан бирга келиши мумкин. Улар қуйдаги атропинга ўхшаш ноўй таъсирга эга : кўзгалувчанлик , титроқ , оғиз қуриши , иштаха йўқолиши , кўнгил айнаши , 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] |
|-----|--|

Изоҳ : Қисқа таъсир қилувчи β2-агонистлар β2-рецепторларни қўзғатиши натижасида бронхлардаги силлиқ мушакларнинг бўшашишига , секреция микдорининг 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 микдордаги 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 β2-агонистларни (альбутерол, вентолин, сальбутамол) адреналинга рефрактер бронхоспазмларда ишлатиш тавсия қилинади. [48,50, 51].

6.1 Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан): далиллар даражасини киритиш керак . (5 жадвал)

| 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/d rugs/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 боллос усулида | https://www.vidal.ru/d rugs/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 |

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

(6 жадвал)

| 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/molecul/56 https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf |

6.3 Жаррохлик аралашуви :

| | |
|-----|--|
| V C | Халқум ва хикилдоқ шиши туфайли нафас йўллари ўтказувчанлиги бузилган беморларда трахея интубация қилиниши керак. Агар интубация қилиш имкони бўлмаса ёки бажариш қийин бўлса, коникотомия (қалқонсимон ва ҳалқа шаклидаги тоғай ўртасидаги мембранани фавкулудда кесиш) амалга оширилади. [48, 50, 51].. |
|-----|--|

6.4 Беморнинг шифохонадан чиқиши учун кўрсатмалар :

https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
<https://elib.vsmu.by/handle/123/17826>

Анафилаксия ёки АШ ни бартараф этгандан кейин уларнинг узоқ 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 кузатувни талаб қилинади .

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

| № | Сифат мезонлари | Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси | Далилларнинг ишончлилиги 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 (даволаш хоналари, операсия хоналари, туғруқ хоналари, стоматологик кабенетлар учун)

[. https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf](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 AMBU)
24. Ларингеал ниқоб
25. Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш мақсатида ишлатилувчи халқум усти қурилмаси

**“АНАФИЛАКТИ ШОК ”КАСАЛЛИГИДА ТИББИЙ
ЁНДАШУВ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

2. Асосий қисм.

2.1 Кириш:

Анафилактик шок 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 Россия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассоциацияси (РААКИ), Беларусия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассоциацияси, Европа аллергологлари ва клиник иммунологлари академияси (ЕААСІ) ,Бутун дунё аллергологлари уюшмаси (WAO) тавсиялари ва клиник қўлланмаларидан олинган .Ушбу протокол анафилактик шок 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.

Анафилактик шок (АШ) – организмга аллергеннинг қайта тушиши натижасида ривожланувчи тезкор аллергик реакциядир .АШ - бу анафилаксия натижасида пайдо бўлувчи ўткир қон айланиши етишмовчилиги бўлиб АҚБ 90мм.см. устундан ёки ишчи қон босимидан 30 % га пасайиши [1]. ва хаёт учун муҳим аъзоларнинг гипоксиясига олиб келадиган ҳолатдир [4].

Анафилаксия - бу организмнинг хаёт учун хавфли бўлган системали(тизимли) юқори сезувчанлик реакциясидир. Анафилаксияда юрак қон томир ва/ёки нафас олиш аъзолар системасида хаёт учун хавфли ўзгаришлар тезкор равишда ривожланади .

Анафилаксия юрак қон томир ва/ёки нафас олиш аъзолар системасида ўзгариш бўлмасдан туриб тери , шиллиқ қаватлар ва ошқозон ичак трактининг шикастланиши билан ҳам кечади. [1,2,3].

АШ тўғрисида дастлабки маълумотлар эрамиздан олдинги 2641 йил хужжатларида келтирилган бўлиб , унда ёзилишича ,миср фараони Мензес ари чақиши натижасида халок бўлган «Анафилаксия» сўзи (грекча «ана» - қайта, қайтадан ва «philaxis» – химоя)маъносини билдириб , фанга биринчи марта француз олимлари Шарл Рише (S. Richet) ваПол Портъе (P. Portier) томонидан 1902 йилда киритилган. Улар итларга зардоб ёкиэкстрактларни қайта юборганларида ўзига хос баъзида ўлимга олиб келувчи ҳолатларни кузатишган ва буни анафилаксия деб аташган[47].

Жарроҳлик аралашуви

[. https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf](https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf)

| | |
|-----------|---|
| ҮС | 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. |
|-----------|---|

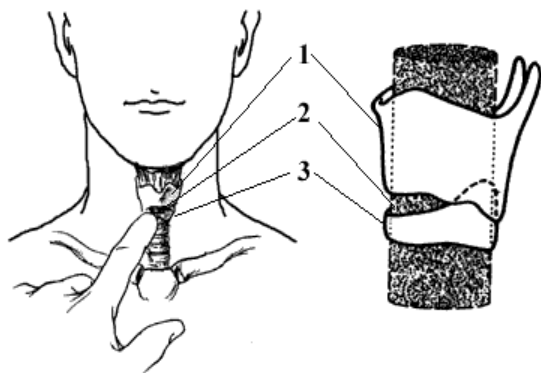
Коникотомия

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 териға энг яқин жойлашган;
- катта томирлар ва нервлар йўқ;
- манипуляцияни бажариш нисбатан оддий.

У катталар ва 8 ёшдан ошган болаларда қўлланилади, чунки 8 ёшгача ҳалқумга 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. Эндотракеал интубация қилишнинг имкони бўлмаса

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

Амалга ошириш талаблари, бажариш алгоритми

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

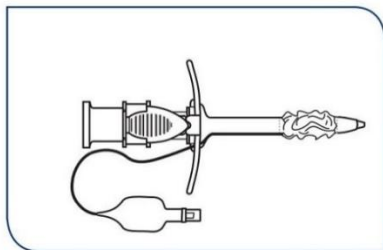
| | | |
|------------------|--|---|
| | Талабнинг мазмуни ва шартлари | Амалга ошириш талаблари, бажариш алгоритми |
| 1 | Тиббиёт ходимларининг хавфсизликни таъминлаш талаблари | Амалиётдан олдин ва кейин қўлларни гигиеник тозалашни амалга ошириш Жараён давомида қўлқоплардан фойдаланиш |
| Моддий ресурслар | | |
| 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. |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>4. Бўйин соҳасини йодонат билан икки марта артинг</p> <p>5. Бўйиннинг олд юзасини докалар билан ёпинг, уларни маҳкамланг.</p> <p>6. Коникотомия ўтказиладиган 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 хаво оқимини ошириш мақсатида бир неча игнадан фойдаланиш мумкин .</p> |
|--|--|---|

| | | |
|---|---|---|
| 5 | <p>Методологияни амалга оширишнинг ўзига хос хусусиятлари ҳақида қўшимча маълумот</p> | <p>Вақт тизим бўлганда , тезкор ҳолатларда жароҳлик амалиёти оғриқ қолдириш бажармасдан шунингдек асептика қоидаларига риоя қилмасдан (қўлларни ва жароҳлик майдонини тозаламасдан) бажарилади .</p> <p>Скалпел ўрнига сиз ҳар қандай кесиш объектидан, пичоқдан 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> |



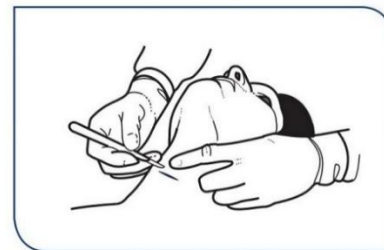
Как использовать наборы для крикотиroidотомии:



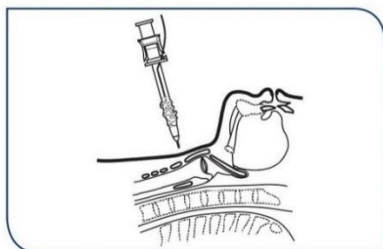
1. Канюля, готовая к использованию.



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



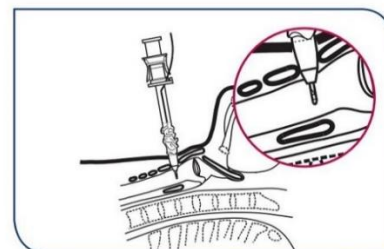
3. Сделайте надрез длиной 2 см на уровне крикотиroidной мембраны.



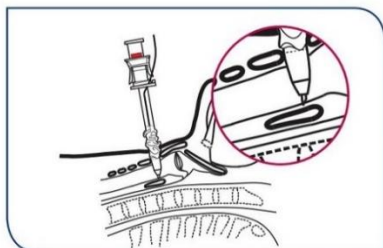
4. Продолжая удерживать трахею пальцами, расположите иглу над крикотиroidной мембраной.



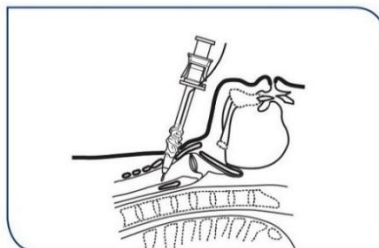
5. Введите иглу, непрерывно отслеживая положение красной отметки, указывающей на контакт затупленного конца иглы с тканями.



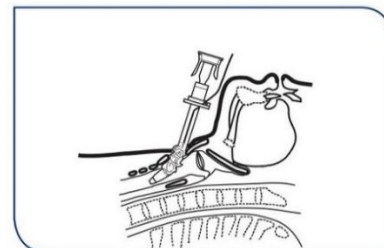
6. Продолжайте введение, пока не почувствуете отсутствие сопротивления и пока не скроется красная отметка поискового щупа.



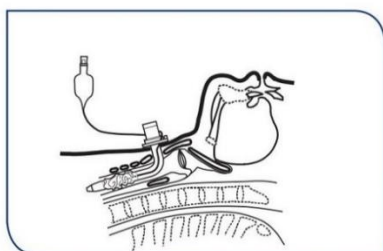
7. Аккуратно вводите щуп, пока красная отметка не укажет на контакт с задней стенкой трахеи.



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.

**“АНАФИЛАКТИК ШОК ” НОЗОЛОГИСНИНГ
ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА
ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

Реабилитация .

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти (WHO) бўйинча реабилитация бу "инсоннинг соғлиғида ўзгаришлар бўлганда , яшаш шароитидан келиб чиққан ҳолда унинг функционал имкониятларини тиклашга ва ногиронликнинг келиб чиқишини олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи" деб таърифланади."

Бошқача қилиб айтганда, реабилитация болалар, катталар ёки қарияларга кундалик ҳаётда иложи борича мустақил бўлишга ва таълим олиш, ишлаш ва бўш вақтни мароқли ўтказишга, шунингдек, оилага ғамхўрлик қилиш каби муҳим ижтимоий функцияларни бажаришга ёрдам беради. Шу мақсадда инсон ва унинг оиласи билан бирга касалликларни даволаш ва уларнинг белгиларини йўқ қилиш, ёрдамчи технологиялар ёрдамида уларнинг эҳтиёжларини яхшироқ қондириш учун яшаш шароитларини ўзгартириш, ўз-ўзига ёрдам бериш кўникмаларини ўргатиш ва вазифаларни хавфсизроқ ва ташқи ёрдамсиз бажариш учун мослаштириш бўйича ишлар олиб борилади .

Олиб борилган комплекс чора тадбирлар инсонларда конгитив бузулишлар , эшитиш ва кўришнинг , мулоқот, овқатланиш ёки ҳаракатдаги бузилишларни енгишга ва уларни тикланишига ёрдам беради

Реабилитация хизматлари ҳаётнинг ҳар қандай босқичида шикастланиш, жарроҳлик, касаллик ёки бошқа соғлиқнинг бузилиши натижасида,шунингдек,ёшга боғлиқ функционал имкониятларнинг пасайиши туфайли зарур бўлиши мумкин.

Реабилитация хизматлари индивидуал бўлиб ва чора-тадбирларни танлаш беморнинг мақсадлари ва хохишларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак. Реабилитация хизматлари– стационарда, поликлиникада, амбулатор физиотерапия пайтида, шунингдек жамоат жойларида, уйда, мактабларда ёки иш жойида кўрсатилиши мумкин.

Реабилитация хизматларини кўрсатишда турли мутахасисликдаги тиббиёт ходимлари, жумладан физиотерапевтлар терапевтлар, логопедлар ва аудиологлар, ортопед ва протез бўйинча мутахасислар, клиник психологлар, реабилитация шифокорлари ва ҳамширалар иштирок этадилар. Реабилитацияда умумий амалиёт шифокорлари, жарроҳлар ва соғлиқни сақлаш ходимлари каби кўплаб бошқа тиббиёт мутахасислари ҳам муҳим рол ўйнаши мумкин. (5)

Профилактика.

Профилактика [юн. profilaktikos – сақловчи, олдини олувчи]—одамларнинг узоқ умр кўриши, ишлаш қобилиятини сақлаб қолиши, аҳолининг жисмоний ривожланишини яхшилаш, касалликларнинг юзага келиши ва тарқалишини олдини олиш ҳамда саломатлиги ҳимоя қилишга қаратилган иқтисодий, ижтимоий, гигиеник ва тиббий чора-тадбирлар

мажмуи. Профилактика жамоат ташкилотлари ва алоҳида фуқаролар томонидан амалга оширилади.

Замонавий профилактика инсон саломатлигига салбий таъсир этадиган омилларни йўқотишни кўзда тутадиган ҳамда уларнинг жисмоний ва маънавий иродаларини ҳар томонлама ўстиришни таъминлайдиган, давлат ва жамоат аҳамиятига эга бўлган комплекс тадбирлар тизимини ўз ичига олади.

Шахсий, жамоат, тиббий профилактика турлари фарқланади. Шахсий профилактикага инсоннинг ўз соғлигини сақлаши ва мустаҳкамлашига қаратилган чоралар, яъни соғлом турмуш тарзига амал қилиш, шахсий гигиена, никоҳ ва оила, шунингдек, кийим-кчак, овқатланиш гигиенаси, ўсиб келаётган авлодни гигиеник тарбиялаш, рационал ишлаш ва дам олиш, фаол жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш киради.

Жамоат профилактикасига жамоат ташкилотлари томонидан фуқароларни жисмоний ва маънавий ривожлантиришни таъминловчи, халқ соғлиғига ёмон таъсир қилувчи омилларни камайтиришга қаратилган сиёсий, ижтимоий, иқтисодий, қонуний, тарбиявий, санитар-техник, санитар-гигиеник, эпидемиологик ва тиббий чора-тадбирлар киради.

Тиббий профилактика бирламчи ва иккиламчи бўлади. Бирламчи тиббий профилактика касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланишига қарши қаратилган ижтимоий, тиббий, гигиеник ва тарбиявий чоралар; ташқи муҳитнинг номақбул таъсирига организмнинг чидамлилигини ошириш; организмнинг соғлом ҳолатини сақлаб қолиш, унга патологик таъсир кўрсатувчи омилларнинг олдини олиш; диспансеризация ўтказиш ва юқумли касалликларга қарши курашишдан иборат. Иккиламчи тиббий профилактика касалликларни эрта аниқлаш, патологик жараённинг ривожланиши, унинг асоратлари ва қайталнишларининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлардир .

3. Профилактика усуллари.

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

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

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

Изох :Бемор хушига келганда тўлиқ алергологик 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 профилактика .

3. Шахсий профилактика .

1. Жамоат (Оммавий) профилактик тадбирларга қўйидагилар 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 оқсил 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 (левомецетин)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 қўйидагилардан 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 шошилиш 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 маргалик 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 маргалик тиббий қўлқоп 2 жуфт
- Хаво ўтқазгич (Воздуховод)
- АМБУ 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 аллергологик анамнез йиғиш .
 - а) бемор ва унинг қариндошлари аллергик 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 аллергик реакциялар қайд этилганми. Антибиотиклар, сульфаниламидлар, аналгетиклар, локал анестетикалар, ёд препаратлари, кон ўрнини босувчи моддаларни буюришда салбий реакцияларни аниқлаштириш керак;
 - д) беморда пенициллин типигаги дориларни биринчи юбориш пайтида аллергик реакциялар хавфини оширадиган терининг замбруғли касалликлари борми;

е) дорилар билан алоқа мавжудми. Қоида тариқасида, бу фармацевтика корхоналари, омборхоналар, дорихоналар, тиббиёт муассасалари ходимларида учрайди;

ё) Агар беморда анамнезида аллергия 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. Хайвонларга юқори сезувчанлиги бўлган беморларда оқсилларни ўз ичига олган дори инъекцияларига қаттиқ аллергик реакциялар ривожланиши мумкин (зардоблар: қокшол, 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> |

| | | |
|---|---------------------------------|---|
| | | 4.Пиво, ачиткилар, пишлоқ, овқат махсулотларига шу гуруҳ антибиотиклари қўшилган товук ва мол гушти |
| 2 | Анилин (фениламин) | 1. Новокаин, анестезин ва унга ўхшаш дори воситалари 2. Парааминосалицил кислота 3. Сульфаниламидлар (<i>сульфадимидин, сульфадиметоксин, сульфален ва бошқалар .</i>) |
| 3 | Бензолсульфонамид гуруҳи | 1. Сульфаниламидлар (<i>сульфадимидин, сульфадиметоксин, сульфален, стрептоцид, сульфацил-натрий (альбуцид) ва бошқалар .</i>) 2. Сульфаниламид таркибига эга комбинациялашган дори воситалари (<i>сульфаметоксазол/триметоприм (ко-тримоксазол, бисептол, бактрим), ингалипт ва бошқалар .</i>) 3. Сульфонилмочевина таркибли гипогликемик дори воситалари (<i>глибенкламид (манинил), гликлазид (димебон МВ, глидиаб), глипизид (глибenez ретард) , гликвидон (глюренорм) , букарбан, бутамид ва бошқалар .</i>) 4. Диуретиклар : а) тиазидли диуретиклар (<i>дихлотиазид(гипотиазид), гидрохлортиазид (триампур), циклометиазид, оксодолин</i>) ва 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 сақловчи рентгеноконтраст дори воситалари (<i>урографин, омнипак, кардиотраст, трийодтраст, 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, озиқ-овқат маҳсулотларига, уй чанги 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 ўтказиш тавсия қилинади . Хавф даражасига кўра, уларни уч гуруҳга бўлиш мумкин

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

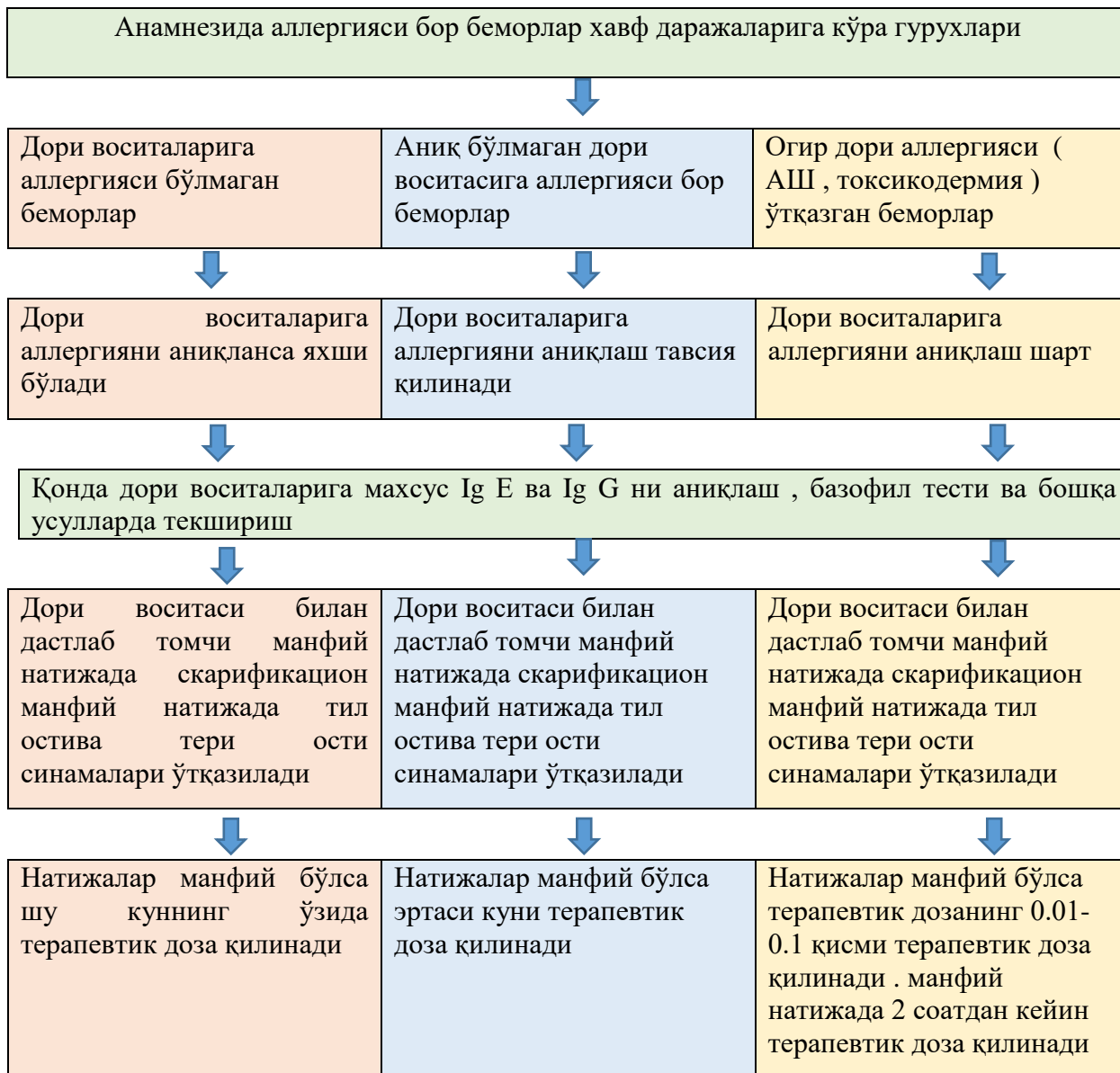
Иккинчи хавф гуруҳига анамнезда дори воситаларига нисбатан қаварчиқлар ёки тошмалар пайдо бўлган ёки озиқ овқат аллергияси бор беморлар киради .лаборатор текширувдан кейин дастлаб томчи , аппликацион усулда манфий натижа бўлганда скарификацион ва тил ости синамалари ўтказилади .Манфий натижаларда тери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

Учинчи хавф гуруҳига анамнезида оғир аллергик касалликлар (токсикодермия , шок) ўтказган беморлар киради . Улар кўпчилик таркиби ўхшаш бўлган дори воситаларига нисбатан юқори сезувчанликка эга бўлади . Тери синамалари ўтказиш қарши кўрсатма ҳисобланади . Улар лаборатор усулда текширилади .Манфий натижа олинганда дастлаб томчи , аппликацион усулда манфий натижа бўлганда скарификацион ва тил ости синамалари ўтказилади .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>



| | |
|------------|--|
| В 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 мақсаида 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 салбутамол сепиш тавсия қилинади .

Хашоратлар чақишига юқори сезувчанлиги бор беморларга қуйидагилар тавсия қилинади :

- мусора ахлат кўп тўпланадиган жойлар ва бозорларга бормаслик ;
- оёқ кийимсиз ўт ўланлар устида юрмаслик;
- оч рангли ёпиқ кийим ва бош кийимда кўчага чиқиш;
- хашоратларни жалб қилувчи атир ва дезодорантлардан фойдаланмаслик;
- хашоратлар келиб қолганда қалтис ва ортиқча ҳаракатлар қилмаслик ;
- уй эшик ва ойналарини хашоратлар киришидан асровчи сетка билан ёпиш;
- инсектицид балонли аэрозолларнинг ёнида бўлиши керак;
- шокка қарши жамламанинг ёнида бўлиши керак (жгут, 2 ампуладан адреналин, преднизолон (дексаметазон), хлоропирамин (клемастин, дифен- гидрамин), спирт ва пахта). Махсус адреналинли шприц ручкалардан ҳам фойдаланиш мумкин («Ері-реп», «Апареп» (0,3 мг адреналин бир дозада) катталар учун , «Ері-реп Jr» (0,15 мг адреналин) болалар учун) .

Озиқ овқат махсулотларидан анафилактик шок ривожланишини олиш чора тадбирлари:

- Бемор рационидан сабабчи озиқ овқат махсулотини олиб ташлаш(у аниқ бўлса) ;
- Беморларга носпецифик гипоаллерген пархез тавсия қилинади .

Мумкин эмас :

Цитрус мевалар (апельсин ,мандарин , лимон , грейпфрут ва бошқалар)

Ёнғоқлар (бодом , ерёнғоқ , фундук ва бошқалар) .

Балиқ ва балиқ махсулотлари (тузланган ва янги тутилган балиқ , балиқли бульон , балиқ икриси ва бошқалар) , денгиз махсулотлари .

Қушлар (ўрдак , ғоз , курка ,товуқ гўшти ва бошқалар) ва улардан тайёрланган махсулотлар

Замбруғлар ва замбруғли консервалар

Шоколад ва шоколад махсулотлари

Асал

Дудланган махсулотлар (колбаса , пишлок)

Уксус (сирка кислотаси) , майонез , горчица ва бошқа зираворлар

Помидор , бақлажон ва бошқа таъм берувчилар

Тухум ва тухум махсулотлари.

Сут

Қулупнай , маймунжон , қовун , ананас

Дукакли махсулотлар (мош , нухат , фасоль)

От гўшти ва унинг махсулотлари (кази)

Барча спиртли ва рангли ичимликлар .

Кофе, какао

Замбруғ ва замбруғли махсулотлар .

Қўй гўшти ва ундан тайёрланган махсулотлар .

Мумкин :

Мол гўшти (ёғсиз , қайнатилган)

Шўрвалар (сабзавотли ва мол гўшидан тайёрланган)

Сарёғ , зайтун ёғи , кунгабоқар ёғи .

Қайнатилган картошка

Гречкали , гурунчли , геркулесли бўтқалар (кашалар)

Сут махсулотлари (творог , кефер , простокваша)

Бодиринг , петрушка , укроп .

Олма , нок , банан , тарвуз

Чой

Шакар

Олма , смородина , олхўри, қуритилган мевалардан компотлар .

Оқ нон .

Кун давомида 4-5 махал овқатланинг оз оздан тез тез, тўйиб овқатланиш тавсия этилмайди . Ошқозон ичак тракти яллиғланиш касалликларини даволаш катта аҳамиятга эга .

АСИТ ўтқазилганда АШ ривожланишини олдини олиш чора тадбирлари :

- АСИТ учун беморларни тўғри танлаш;
- Аллергенни вена ичига (томирларга) киритиш мумкин эмас ;
- Хар бир беморга аллерген инекция қилинаётган этибор бериб алмаштирмасдан тўғри дозада кўрсатмалар асосида қилиш ;
- Махаллий ва умумий аллергия реакцияларни қайд этиш ;
- Беморларга инекция қилингандан кейин 30 дақиқа кузатиш ;
- АСИТ аллерголог иммунолог томонидан шокка қарши жамлама бор бўлган махсус аллергиялогик хонада ва малакали хамшира томондан амалга оширилиши керак;

| | |
|------------|---|
| В С | Анафилаксия ёки анафилактик шок ўтқазган барча беморларга бу ҳолат қайталанганда биринчи ёрдам кўрсатиш тартибини тушунтириш ва ўргатиш тавсия қилинади . |
|------------|---|

Изоҳ : Бемор ва уйдагилари шок пайтида биринчи ёрдам кўрсатиш мақсадида анафилаксия ва АШни даволашнинг ЕААСІ (Европа аллергиялогия ва клиник иммунология академияси) томонидан ишлаб чиқилган алгоритимини билишлари тавсия қилинади .

Бемор учун маълумот

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

1. Дори воситаси туфайли анафлакттик шок/анафлаксия рўй берган беморлар, сабабчи дори хақида хабардор бўлишлари ва келажакда улардан фойдаланмасликлари керак.
2. Ари ва хашоратлар чақиши натижасида анафлакттик шок/анафлаксия рўй берган беморлар, хашоратлар чақишидан эҳтиёт бўлиши ва ёнида доимо адреналин 0.1 % , глюкокортикостероид ва антигистамин дори воситалари олиб юришлари керак
3. Озиқ – овқат махсулотлари натижасида анафлакттик шок/анафлаксия рўй берган беморлар, кунлик истемолдан шу махсулотларни чиқариб ташлаши ва ёнида доимо адреналин 0.1 % , глюкокортикостероид ва антигистамин дори воситалари олиб юришлари керак .

Анафилакттик реакция (анафилаксия) — бу организм иммун тизимининг турли омил ва касалликларга қарши тўсатдан вужудга келувчи аллергия реакциясидир . Анафилакттик реакция ҳаёт учун хавfli бўлиши мумкин. Бу ҳолат зудлик билан даволанишни талаб қилади. Баъзан бу ҳолатда шифохонада даволаш керак бўлиши мумкин.

Сабаблари нима?

Бу ҳолатнинг сабаби аллергия бўлган модда (аллерген)нинг организмга таъсир қилишидир. Ушбу таъсирга жавобан организм оқсилларни(антителалар) ишлаб чиқаради , гистамин ва башқа медиаторлар қон оқимига қиради. Бу баъзи тўқималарда шиш пайдо бўлишига ва юрак ва ўпка каби муҳим органларфаолиятини бузулишига , қон босимининг пасайишига олиб келади.

Анафилаксия чақирувчи энг кўп тарқалган махсулотларга қуйидагилар қиради :

- Озиқ-овқат махсулотлари , айниқса ерёнғоқ, ёнғоқ , буғдой, қисқичбақасимонлар, балиқ, сут, тухум ва бошқалар
- Дори воситалари (айниқса антибиотиклар)
- Ҳашоротлар чақиши .
- Қуйилган қон ёки қон компонентлари (қон қуйиш).
- Турли кимёвий моддалар, масалан бўёқлар , латекс ва тиббий кўриқдан ўтказиш учун ишлатиладиган контраст моддалар

Касалланиш хавфни оширадиган омиллар

Қуйидаги шахсларда анафлаксия ҳолати ривожланиши эҳтимоли кўпроқ:

- * Аллергияга чалинганлар , анамнезида аллергияси борлар
- * Илгари анафилакттик реакцияни бошдан кечирганлар
- * Анамнезида оила аъзоларида анафилакттик реакция кузатилган бўлса
- * Муайян бир касалликлар бор беморлар , хусусан астма ва экзема билан оғриганлар

Касаллик белгилари қанақа бўлади ?

Анафилактик реакция қуйидаги белгиларни ўз ичига олади:

- Юзнинг исиши (қизиб кетиши) хисси. Бунда қизариш пайдо бўлади .
- Тери устида қичийдиган, қизил, шишган жойлар (уртикар тошмалар –қаврчиқлар) пайдо бўлади
- Кўзлар, лаблар, юз, оғиз, тил ёки томоқнинг шишиши кузатилади
- Нафас олиш, гапириш ёки ютиш қийинлиги бўлиши мумкин
- Ўпкасида хуштаксимон хириллалар пайдо бўлади
- Бош айланиши ёки хушдан кетиш кузатилади
- Қорин оғриши .
- Қайт қилиш.
- Ич кетиши бўлиши мумкин

Диагноз қандай қўйилади ?

Бунда қуйидагиларга асосланган холда диагноз қўйилади :

- Сизнинг симптомларингиз
- Физикал текширувлар .
- Қон анализлари .
- Охирги пайтдаги аллергенларнинг таъсир қилганлиги . .

Қандай даволанади ?

Агар сиз ўзингизда анафилактик реакцияни белгиларини кузатгангиз , дарҳол қуйидагиларни бажаринг:

- ❖ Тез ёрдам чақиринг .
 - Стационар шароитида даволанаётган бўлсангиз : хамшира ёки шифокорни чақиринг
Анафилаксияда ишлатилувчи дорилар қуйидагича таъсир қилади :
 - *Адреналин* - қон томирларини кескин торайтиради
 - *Антигистамин дори воситалари* - тери ва шиллиқ қаватлардаги қичишиш ва тошмаларга қарши таъсир кўрсатади .
 - *Глюкокортикостероидлар* - тўқималардаги шишни қайтаради ва олдини олади.
 - Намланган кислород нафас олишга ёрдам беради .
 - Томир ичига қуйилаётган суюқликлар , организмни сувсизланишдан асрайди

Уй шароитида қуйидагиларга эътибор беринг :

Хавфсизлик

- Шифокор рухсат бермагунча анафилактик реакциядан сўнг машина ҳайдаманг .
- Ўзингиз , оила аъзоларингиз ва сизга иш берувчи қуйдагиларни билиши керак:
 - Сизда аллергия бор ва унинг олдини олиш мумкин
 - Сизда аллергия қачон , қандай ҳолатда пайдо бўлади ва унга биринчи ёрдам кўрсатиш тартиби .
- Шифокорингиз томонидан аниқланган аллергиялик ҳолат борлигини кўрсатувчи тиббий билагузук ёки медалион тақиб юринг .
- Биринчи ёрдам кўрсата олишингиз учун анафлаксия /АШ белгилари ва биринчи ёрдам кўрсатиш усуллари яхшилаб ўрганинг.
- Анафилактик реакция пайтидаги ҳаракат режасини шифокорингиз билан ишлаб чиқинг .Бу ҳолатга тайёргарлик муҳим аҳамиятга эга.

Умумий кўрсатмалар

- Агар сизда эшакеми ёки тошма бўлса :
 - Шифокорингиз томонидан ёзиб берилган рецептсиз антигистамин дори воситасини қабул қилинг
 - Терига совуқ нам рўмолча (совуқ компрес) қўллаш ёки салқин сув билан ҳаммом ёки душ қабул қилинг Иссиқ сувдан сақланинг.
- Фақат шифокор томонидан тавсия қилинган дори воситаларини қабул қилинг.
- Барча шифокорларга , сизда аллергия борлигини айтинг..
- Шифокорингиз айтган пайтда унинг хузурига боринг , бу жуда муҳим.

Қандай олдини олиш чоралари мавжуд?

- Илгари сизда анафилактик реакцияга сабаб бўлган алергенлардан узоқроқ юринг .
- Ресторанга ташриф буюрганингизда, официантга аллергиянгиз ҳақида хабар беринг . Агар сиз бирор бир таом ичида сизга аллергия чақириши мумкин бўлган ингредиент борлигини билмасангиз ёки шубҳа қилсангиз , официантдан сўранг.

Зудлик билан шифокорга мурожат қилинг :

Сизда қуйдаги белгиларнинг пайдо бўлиши - аллергия реакция бошланганини кўрсатади

- Тери қизариши.
- Қаварчиқлар пайдо бўлиши .
- Кўзлар, лаблар, юз, оғиз, тил ёки томоқнинг шишиши.
- Нафас олиш, гапириш ёки ютишдаги қийинчиликлар.
- Хуштаксимон нафас .
- Бош айланиши .

- Хушдан кетиш .
- Қориндаги оғриқлар ёки спазм.
- Кўнгил айнаши
- Қусиш .
- Ич кетиши .

Бу каби белгилар фавқулодда жиддий бузилишларни кўрсатиши мумкин. Касаллик белгилари ўз-ўзидан кетишини кутманг. Дарҳол қуйидаги босқичларни бажаринг:

- Тез тиббий ёрдам чақиринг.

- 103 га қўнгироқ қилинг .

- Ўзингиз касалхонага машинани бошқариб борманг .

- Адреналин юборинг .

- Олган дори-дармонингиз ёрдам бераётгандек туюлса ҳам, қўшимча тиббий ёрдам ва назорат кераклигини эсдан чиқарманг

Клиник баённомани ишлаб чиқилганидан кейин 3 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқилади .

Адабиётлар руйхати :

1. Sampson H, Muñoz-Furlong A, Campbell R et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: Summary report—Second National Institute of 21 Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2006;117(2):391-397. doi:10.1016/j.jaci.2005.12.1303 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16461139/>
2. Resuscitation Council UK. Emergency treatment of anaphylaxis: Guidelines for healthcare providers. RCUK, 2021. www.resus.org.uk/library/additional-guidance/guidanceanaphylaxis/emergencytreatment [Accessed on 13 February 2022]. <https://www.resus.org.uk/library/additional-guidance/guidance-anaphylaxis/emergency-treatment>
3. Shaker M, Wallace D, Golden D et al. Anaphylaxis—a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2020. doi:10.1016/j.jaci.2020.01.017 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32001253/>
4. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Главные редакторы акад. РАН Р.М. Хайтов, проф. Н.И. Ильина. — М., 2014. — С. 35–47. <https://raaci.ru/dat/pdf/akd.pdf>
5. Wood R, Camargo C, Lieberman P et al. Anaphylaxis in America: The prevalence and characteristics of anaphylaxis in the United States. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2014;133(2):461-467. doi:10.1016/j.jaci.2013.08.016 <https://aafa.org/wp-content/uploads/2022/08/anaphylaxis-in-america-jaci-article-2014.pdf>
6. Turner P, Gowland M, Sharma V et al. Increase in anaphylaxis-related hospitalizations but no increase in fatalities: An analysis of United Kingdom national anaphylaxis data, 1992–2012. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2015;135(4):956-963.e1. doi:10.1016/j.jaci.2014.10.021 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25468198/>
7. Ye Y, Kim M, Kang H et al. Predictors of the Severity and Serious Outcomes of Anaphylaxis in Korean Adults: A Multicenter Retrospective Case Study. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2015;7(1):22. doi:10.4168/aaair.2015.7.1.22 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25553259/>
8. Vale S, Smith J, Said M, Dunne G, Mullins R, Loh R. ASCIA guidelines for prevention of anaphylaxis in schools, pre-schools and childcare: 2012 update. *J Paediatr Child Health*. 2013;49(5):342-345. doi:10.1111/jpc.12166 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26428419/>
9. Sole D, Ivancevich J, Borges M et al. Anaphylaxis in Latin America: a report of the online Latin American survey on anaphylaxis (OLASA). *Clinics*. 2011;66(6):943-947. doi:10.1590/s1807-59322011000600004 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3129950/>
10. Ryan K, Martin Caravati E. Life-threatening anaphylaxis following envenomation by two different species of Crotalidae. *J Wilderness Med*. 1994;5(3):263-268. doi:10.1580/0953-9859-5.3.263 <https://journals.sagepub.com/doi/10.1580/0953-9859-5.3.263?icid=int.sj-abstract.similar-articles.8>
11. Fischer D, Vander Leek T, Ellis A, Kim H. Anaphylaxis. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*. 2018;14(S2). doi:10.1186/s13223-018-0283-4 <https://aacijournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13223-018-0283-4>
12. Panesar S, Javad S, de Silva D et al. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. *Allergy*. 2013;68(11):1353-1361. doi:10.1111/all.12272 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24117770/>
13. Simons F, Ebisawa M, Sanchez-Borges M et al. 2015 update of the evidence base:

- World Allergy Organization anaphylaxis guidelines. *World Allergy Organization Journal*. 2015;8:32. doi:10.1186/s40413-015-0080-1
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26525001/>
14. Есакова Н.В., Пампура А.Н. Пищевая анафилаксия у детей: ретроспективный анализ 53 случаев. *Российский Аллергологический Журнал*, 2013;5:22-27.
<https://cyberleninka.ru/article/n/anafilaksiya-u-detey-problemy-i-puti-ih-resheniya>
15. Bock S, Muñoz-Furlong A, Sampson H. Fatalities due to anaphylactic reactions to foods. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2001;107(1):191-193. doi:10.1067/mai.2001.112031
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11150011/>
16. Sampson H, Muñoz-Furlong A, Bock S et al. Symposium on the Definition and Management of Anaphylaxis: Summary report. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2005;115(3):584-591. doi: 10.1016/j.jaci.2005.01.009
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15753908/>
17. Simons F. Anaphylaxis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2010;125(2):S161-S181. doi:10.1016/j.jaci.2009.12.981
[Simons F. Anaphylaxis. Journal of Allergy and Clinical Immunology.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15753908/)
18. Clinical aspects of Immunology, 3-d, Gell PGH, Coombs RRA, Lachmann R. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1975
19. Сафина Л.Ф., Фассахов Р.С., Решетникова И.Д. с соавт. Анафилактический шок: ретроспективный анализ госпитализаций по данным аллергологического отделения города Казани. *Практическая Медицина*. 2014;7(83):91-95.
<https://cyberleninka.ru/article/n/anafilakticheskiy-shok-retrospektivnyy-analiz-gospitalizatsiy-po-dannym-allergologicheskogo-otdeleniya-goroda-kazani>
20. Ma L, Danoff T, Borish L. Case fatality and population mortality associated with anaphylaxis in the United States. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2014;133(4):1075-1083. doi:10.1016/j.jaci.2013.10.029
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3972293/>
21. Mehr S, Liew W, Tey D, Tang M. Clinical predictors for biphasic reactions in children presenting with anaphylaxis. *Clinical & Experimental Allergy*. 2009;39(9):1390-1396. doi:10.1111/j.1365-2222.2009.03276.
<https://intensive-care.ru/index.php/acc/article/view/30?articlesBySameAuthorPage=4>
22. Simons F, Arduzzo L, Bilò M et al. World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. *World Allergy Organization Journal*. 2011;4(2):13-37. doi: 10.1097/wox.0b013e318211496c
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23268454/>
23. Lieberman P, Nicklas R, Oppenheimer J et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2010;126(3):477-480.e42. doi:10.1016/j.jaci.2010.06.022
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20692689/>
24. Лопатин А.С. Лекарственный анафилактический шок. — М.: Медицина, 1983
25. de Silva I, Mehr S, Tey D, Tang M. Paediatric anaphylaxis: a 5 year retrospective review. *Allergy*. 2008;63(8):1071-1076. doi:10.1111/j.1398-9995.2008.01719.x
26. Pumphrey RSH. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. *Clin Exp Allergy* 2000;30: 1144-1150.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10931122/>
27. Cox L, Larenas-Linnemann D, Lockey R, Passalacqua G. Speaking the same language: The World Allergy Organization Subcutaneous Immunotherapy Systemic Reaction Grading System. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2010;125(3):569-574.e7. doi:10.1016/j.jaci.2009.10.060
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20144472/>
28. Simons F. Anaphylaxis in infants: Can recognition and management be improved?. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2007;120(3):537-540.

doi:10.1016/j.jaci.2007.06.025

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17765754/>

29. Worm M, Edenharter G, Ruëff F et al. Symptom profile and risk factors of anaphylaxis in Central Europe. *Allergy*. 2012;67(5):691-698. doi:10.1111/j.1398-9995.2012.02795.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22335765/>

30. Muraro A, Roberts G, Worm M et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2014;69(8):1026-1045. doi:10.1111/all.12437

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24909803/>

31. 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;157(3):215-225. doi:10.1159/000328760

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22041891/>

32. 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;121(2):272-279.

33. Soar J, Pumphrey R, Cant A et al. Emergency treatment of anaphylactic reactions—Guidelines for healthcare providers. *Resuscitation*. 2008;77(2):157-169. doi:10.1016/j.resuscitation.2008.02.001

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18358585/>

34. Brown S, Mullins R, Gold M. 2. Anaphylaxis: diagnosis and management. *Medical Journal of Australia*. 2006;185(5):283-289. doi: 10.5694/j.1326-5377.2006.tb00563.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00563>.

35. Harper N, Dixon T, Dugué P et al. Suspected Anaphylactic Reactions Associated with Anaesthesia. *Anaesthesia*. 2009;64(2):199-211. doi:10.1111/j.1365-2044.2008.05733.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082210/>

36. Simons F, Roberts J, Gu X, Simons K. Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 1998;101(1):33-37. doi:10.1016/s0091-6749(98)70190-3

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9449498/>

37. Simons F, Gu X, Simons K. Epinephrine absorption in adults: Intramuscular versus subcutaneous injection. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2001;108(5):871-873. doi:10.1067/mai.2001.119409

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11692118/>

38. Sampson H, Mendelson L, Rosen J. Fatal and Near-Fatal Anaphylactic Reactions to Food in Children and Adolescents. *New England Journal of Medicine*. 1992;327(6):380-384. doi:10.1056/nejm199208063270603

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1294076/>

39. Söreide E, Buxrud T, Harboe S. Severe anaphylactic reactions outside hospital: etiology, symptoms and treatment. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1988;32(4):339-342. doi:10.1111/j.1399-6576.1988.tb02740.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3394485/>

40. Turner P.J., Soar J., Dodd A., Hampshire S., Hughes A., Sargant N., Whyte A.F. Emergency treatment of anaphylaxis. Guidelines for healthcare providers. Working Group of Resuscitation Council UK. May 2021.

https://www.resus.org.uk/sites/default/files/202105/Emergency%20Treatment%20of%20Anaphylaxis%20May%202021_0.pdf

41. Незабудкин С.Н., Галустян А.Н., Незабудкина А.С., Сардарян И.С., Погорельчук В.В., Рукуйжа М.С. Анафилактический шок. Современный взгляд. Медицина: теория и практика. 2018, Том 3, №4, с.143-150.

<https://cyberleninka.ru/article/n/anafilakticheskiy-shok-sovremennyy-vzglyad>

42. Sheikh A. et al. Adrenaline for the treatment of anaphylaxis: Cochrane systematic

- review //Allergy. – 2009. – Т. 64. – №. 2. – С. 204-212.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19178399/>
43. Campbell R. L. et al. Epinephrine in anaphylaxis: higher risk of cardiovascular complications and overdose after administration of intravenous bolus epinephrine compared with intramuscular epinephrine //The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice. – 2015. – Т. 3. – №. 1. – С. 76-80.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25577622/>
44. McLean-Tooke A, Bethune C, Fay A, Spickett G. Adrenaline in the treatment of anaphylaxis: what is the evidence? BMJ 2003; 327(7427): p. 1332-1335.
Doi:10.1136/bmj.327.7427.1332
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14656845/>
45. Anaphylaxis: Emergency treatment guidelines, 2017 (<https://allergy.org.au/>)
https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/anaphylaxis/
46. Pumphrey R, Gowland M. Further fatal allergic reactions to food in the United Kingdom, 1999-2006. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2007;119(4):1018-1019.
doi:10.1016/j.jaci.2007.01.021
https://www.researchgate.net/publication/6456685_Further_fatal_allergic_reactions_to_food_in_the_United_Kingdom_1999-2006
47. Новиков, Д.К. Анафилаксия. Анафилактический шок. Клиническая картина, диагностика, лечение : пособие / Д.К. Новиков, Л.Р. Выхристенко, П.Д. Новиков, Н.Д. Титова, О.В. Ищенко, И.В. Семенова, В.В. Янченко.
<https://elib.vsmu.by/handle/123/17826>
48. Анафилактический шок (2-й пересмотр) Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов». 2023.
https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
49. Kolawole H, Marshall S, Crilly H, Kerridge R, Roessler P. Australian and New Zealand Anaesthetic Allergy Group/ Australian and New Zealand College of Anaesthetists Perioperative Anaphylaxis Management Guidelines. Anaesth Intensive Care. 2017;45(2):151158.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28267936/>
50. Тактика диагностики и лечения аллергических заболеваний и иммунодефицитов. Практическое руководство. Под редакцией академика РАН Р.М.Хайтова. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». 2019. С.90-95.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/>
51. Аллергология и клиническая иммунология. Клинические рекомендации. Главные редакторы акад. РАН Р.М. Хайтов, проф. Н.И. Ильина. — М., 2019. — С. 52–69.
<https://raaci.ru/dat/pdf/akd.pdf>
52. Harper N, Dixon T, Dugué P et al. Suspected Anaphylactic Reactions Associated with Anaesthesia. Anaesthesia. 2009;64(2):199-211. doi:10.1111/j.1365-2044.2008.05733.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082210/>
53. Dykewicz M, Fineman S. Executive Summary of Joint Task Force Practice Parameters on Diagnosis and Management of Rhinitis. Annals of Allergy, Asthma & Immunology. 1998;81(5):463-468. doi:10.1016/s1081-1206(10)63152-3
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9860024/>
54. Баялиева А.Ж., Заболотских И.Б., Лебединский К.М., Мусаева Т..С., Шифман Е.М., Куликов А.В. Профилактика и лечение периоперационной анафилаксии и анафилактического шока. Анестезиология и реаниматология.2018;1-2:82-90.
<https://www.mediasphera.ru/issues/anesteziologiyareanimatologiya/2018/1/1020175632018011082>