

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN ALLERGOLOGIYA VA KLINIK
IMMUNOLOGIYA ILMIY AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

"ANAFILAKTIK SHOK" NOZOLOGIYASI BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2025

"TASDIQLAYMAN"

Respublika ixtisoslashtirilgan
allergologiya va klinik immunologiya
ilmiy amaliy tibbiyot
markazi direktori.

I.S.Razikova



" ___ " may 2025 y.

"ANAFILAKTIK SHOK" NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2025

Mundarija

<u>ANAFILAKTIK SHOK NOZOLOGIYASINING TASHXISOTI VA DAVOLASH BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....</u>	<u>4</u>
<u>ANAFILAKTIK SHOK NOZOLOGIYASIDA TIBBIY YONDASHUV BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....</u>	<u>50</u>
<u>ANAFILAKTIK SHOK NOZOLOGIYASINING TIBBIY REABILITASIYASI VA PROFILAKTIKASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....</u>	<u>56</u>

**“ANAFILAKTIK SHOK” NOZOLOGIYASINING
TASHXISOTI VA DAVOLASH BO'YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOL**

1. Kirish qismi

2. Halqaro kasalliklar klassifikatori – HKK(MKB)-10 va 11 kodi (lar):

XTK – 10 Kod bo'yincha	Nomi
T78.0	Oziq-ovqat maxsulotlariga patologik reaksiyasi oqibatida kelib chiquvchi anafilaktik shok
T78.2	Sababi noaniq anafilaktik shok
T80.5	Zardob qilinishi natijasida kelib chiqadigan anafilaktik shok
T88.6	Adekvat va to'g'ri qo'llaniladigan dori-darmonlarga patologik reaksiya tufayli kelib chiqadigan anafilaktik shok
XKT-11 Kod bo'yincha	Nomi
4A84	Anafilaktsiya XS09 anafilaksiya 1 darajali XS59 anafilaksiya 2 darajali XS2Y anafilaksiya 3 darajali XS85 anafilaksiya 4 darajali
4A84.0	Ovqat maxsulotiga allergiya natijasida rivojlangan anafilaktsiya XS09 anafilaksiya 1 darajali XS59 anafilaksiya 2 darajali XS2Y anafilaksiya 3 darajali XS85 anafilaksiya 4 darajali
4A84.1	Dori vositalari natijasida rivojlangan anafilaktsiya XS09 anafilaksiya 1 darajali XS59 anafilaksiya 2 darajali XS2Y anafilaksiya 3 darajali XS85 anafilaksiya 4 darajali
4A84.2	Xashorotlar zaxri naktijasida rivojlangan anafilaktsiya XS09 anafilaksiya 1 darajali XS59 anafilaksiya 2 darajali XS2Y anafilaksiya 3 darajali XS85 anafilaksiya 4 darajali
4A84.3	Jismoniy zo'riqish natijasida rivojlangan anafilaktsiya XS09 anafilaksiya 1 darajali XS59 anafilaksiya 2 darajali XS2Y anafilaksiya 3 darajali XS85 anafilaksiya 4 darajali
4A84.4	Allergenlarning nafas yo'llari orqali kirishi (allergenlar bilan nafas olish) natijasida rivojlangan anafilaktsiya XS09 anafilaksiya 1 darajali XS59 anafilaksiya 2 darajali XS2Y anafilaksiya 3 darajali XS85 anafilaksiya 4 darajali
4A84.5	Allergenlar bilan kontakt natijasida rivojlangan anafilaktsiya XS09 anafilaksiya 1 darajali XS59 anafilaksiya 2 darajali XS2Y anafilaksiya 3 darajali XS85 anafilaksiya 4 darajali
4A84.6	Semiz xujayra kasalliklari natijasida rivojlanuvchi ikkilamchi anafilaktsiya XS09 anafilaksiya 1 darajali XS59 anafilaksiya 2 darajali XS2Y anafilaksiya 3 darajali XS85 anafilaksiya 4 darajali

4A84.Y	Boshqa aniqlanagan anafilaktsiya XS09 anafilaksiya 1 darajali XS59 anafilaksiya 2 darajali XS2Y anafilaksiya 3 darajali XS85 anafilaksiya 4 darajali
4A84.Z	Kelib chiqishi no'malum anafilaktsiya XS09 anafilaksiya 1 darajali XS59 anafilaksiya 2 darajali XS2Y anafilaksiya 3 darajali XS85 anafilaksiya 4 darajali
4A85	Yuqori sezuvchanlik yoki allergik xolatlar majmuasi
4A8Y	Boshqa aniqlangan yuqori sezuvchanlik yoki allergik xolatlar majmuasi
4A8Z	Aniqlanmagan yuqori sezuvchanlik yoki allergik xolatlar majmuasi
<u>Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola)</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

3. Bayonnomani ishlab chiqish sanasi : 2025 yil

Rejalashtirilgan ko'rib chiqish sanasi : 2028 yil

Yangi asosiy dalillar paydo bo'lganda taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi

4. Milliy klinik protokolni yaratish bo'yicha ishchi gurux tarkibi

1. Razikova I.S - RIAKIIATM , direktori , t.f.n professor
2. Dustbabaeva N. D - tibbiy xodimlarning kasbiy malakasini rivojlantirish markazi , oliy toifali vrach allergolog, t.f.n ,dosent
3. Aydarova N.P - RIAKIIATM ilmiy ishlar bo'yincha direktor o'rinbosari ,PhD
4. Quziev G.E - RIAKIIATM davolash ishlar bo'yincha direktor o'rinbosari ,
5. Ishmuxammedova sh B - RIAKIIATM, bo'lim mudirasi
6. Quadratullaeva B T - RIAKIIATM , bo'lim mudirasi
7. Boybekova V F - RIAKIIATM, ilmiy kotibasi
8. Akromov A T - RIAKIIATM, vrach allergolog
9. Xasanova F R- - RIAKIIATM, vrach allergolog
10. Turaev N.T - - RIAKIIATM, vrach allergolog

11. Taqrizchilar :

1. Irsalievna Fotima Xusniddinovna Toshkent tibbiyot akademiyasi allergologiya, klinik immunologiya va hamshiralik ishi kafedrasida t.f.d professor,
2. Mavlyanova Shaxnoza Zakirovna Respublika ixtisoslashtirilgan dermatologiya venerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, t.f.d, professor

4. Tashqi ekspert baxosi:

Fomina Darya Sergeevna Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligining I. M. Sechenov birinchi Moskva Davlat tibbiyot universiteti (Sechenov universiteti) klinik Immunologiya va allergologiya kafedrasida dosenti, t.f.n

5. Klinik bayonnomada OTM professor -o'qituvchilari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIIAM filiallari direktori va ularning o'rinbosarlari) hamda viloyat muassasalari allergolog shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning onlayn shaklda o'tkazilgan yakuniy yig'ilishida norasmiy kelishuv orqali muhokama qilindi va 202__-yil _____ №7-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi.
6. Respublika ilmiy ixtisoslashtirilgan allergologiya markazi ilmiy Kengashlaridagi muhokamasi bayonnomasidan ko'chirmalarining 28.11.2023 8 sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi.

7. Bayonnomada/protokolda foydalanilgan qisqartmalar;

N1-reseptorlar	1 tip gistamin reseptorlari
AQB	arterial qon bosimi;
ASIT	allergen-spesifik immunoterapiya;
Ash	anafilaktik shok;
DV	dori vositasi
YAQNDV	yallig'lanishga qarshi nosteroidli dori vositasi
O'yur	o'pka –yurak reanimasiyasi
O'YuE	o'tkir yurak etishmovchiligi
mm rt.st.	millimetr simob ustuni
Did	dalillarning ishonchlilik darajasi
Tid	tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
RO2	karbonat angidridning parsial bosimi
SaO2	saturasiya (gemoglobin bilan kislorod bilan to'yinishi)

8. Mazkur tashxis/nozologiya bo'yicha protokolning foydalanuvchilari

1. akusher-ginekolog;
2. allergolog-immunolog;
3. anesteziolog-reanimatolog;
4. gastroenterolog;
5. genetik;
6. dermatovenerolog;
7. bolalar jarroxi;
8. infeksiyonist
9. neonatolog;
10. umumiy amaliyot shifokor
11. ortodont vrach
12. otorinolaringolog;
13. педиатр;
14. plastik jarrox
15. bolalar va o'smirlar vrachi
16. umumiy gigiena shifokori ;
17. qabul bo'limi shifokori ;
18. bolalar qabul bo'limi shifokori ;
19. toksikolog;
20. kombustiolog;
21. tez tibbiy yordam vrachi ;
22. stomatolog;
23. bolalar stomatologi;
24. stomatolog-ortoped;
25. stomatolog-terapevt;
26. stomatolog-jarrox;
27. terapevt;
28. o'smirlar terapevti;
29. rentgenolog
30. pulmonolog – ftiziatr;
31. transfuziolog shifokor
32. funktsional diagnostika shifokori;
33. jarrox
34. yuz jag'jarroxi
35. endoskopist vrach;
36. vrach rentgenolog
37. nefrolog
38. urolog

9. Mazkur tashxis/nozologiya bo'yicha bemorlarning toifasi :

Anafilaktik shok xolatidagi yoki unga shubxa qilingan bolalar va katta yoshdagi bemorlar.

10. Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi shkalasi.
(diagnostik aralashuvlar uchun)

Dalillarning ishonchlilik darajasi	
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o'tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o'tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usulo yordamida o'tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizasiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

Dalillarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi
(profilaktik, davolash, reabilitasion aralashuvlar uchun)

Dalillarning ishonchlilik darajasi	
1	Meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi
2	Ayrim randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi bundan mustasno
3	Randomizasiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqoti
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ayrim ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan)
C	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan)

2.Asosiy qism.

2.1.Kirish:

Anafilaktik shok bilan og'riqan bemorlarga xizmat ko'rsatadigan mutaxassislar uchun mo'ljallangan ushbu protokol mavjud klinik dalillar, amaliy ko'nikmalar va ekspert xulosalarini taqdim etadi. Tavsiyalar etakchi tashkilotlar materiallarni o'z ichiga olib , asosiy ma'lumotlar Rossiya allergologlar va klinik immunologlar assosiasiyasi (RAAKI) , Belarusiya allergologlar va klinik immunologlar assosiasiyasi, Evropa allergologlari va klinik immunologlari akademiyasi (EAASI) , butun dunyo allergologlari uyushmasi (WAO) tavsiyalari va klinik qo'llanmalaridan olingan . Ushbu protokol anafilaktik shok bilan og'riqan bemorlarda foydalanish uchun dori vositalarining mavjudligini hisobga olgan holda mahalliy sharoitga moslashtirilgan . Jahon tajribasiga asoslangan ma'lumotlarni o'z ichiga olgan protokolni ishlab chiqishda mavzu bo'yicha eng yaxshi qo'llanma materiallarini hamda ilmiy ma'lumotlarni qat'iy tanlash metodikasidan foydalanilgan.

2.2.Umumiy ta'rifi.

Anafilaktik shok (ash) – organizmga allergenning qayta tushishi natijasida rivojlanuvchi tezkor allergik reaksiyadir ..Ash - bu anafilaksiya natijasida paydo bo'luvchi o'tkir qon aylanishi etishmovchiligi bo'lib AQB 90mm.sm. ustunidan yoki ishchi qon bosimidan 30 % ga pasayishi [1]. va xayot uchun muhim a'zolarning gipoksiyasiga olib keladigan holatdir [4].

Anafilaksiya - bu organizmning xayot uchun xavfli bo'lgan sistemali(tizimli) yuqori sezuvchanlik reaksiyasidir. Anafilaksiyada yurak qon tomir va/yoki nafas olish a'zolar sestemasida xayot uchun xavfli o'zgarishlar tezkor ravishda rivojlanadi . Anafilaksiya yurak qon tomir va/yoki nafas olish a'zolar sestemasida o'zgarish bo'lmasdan turib teri , shilliq qavatlar va oshqozon ichak traktining shikastlanishi bilan xam kechadi. [1,2,3].. Ash to'g'risida dastlabki ma'lumotlar eramizdan oldingi 2641 yil xujjatlarida keltirilgan bo'lib , unda yozilishicha , Misr faraoni Menzes ari chaqishi natijasida xalok bo'lgan "anafilaksiya" so'zi (grekcha "ana" - qayta, qaytadan va "philaxis" – ximoya) ma'nosini bildirib , fanga birinchi marta frantsuz olimlari Sharl Rische (S. Richet) va Pol Porte (P. Portier) tomonidan 1902 yilda kiritilgan . Ular itlarga zardob yoki ekstraktlarni qayta yuborganlarida o'ziga xos ba'zida o'limga olib keluvchi xolatlarni kuzatishgan va buni anafilaksiya deb atashgan[47].

2.3.Etiologiya va patogenez

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

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

Ash yuqori sezuvchanlikka ega bo'lgan organizmga spesifik antigen (allergen) qayta kirishi natijasida rivojlanadi . Ashga olib keluvchi eng asosiy sabablar bu - dori vositalari va xashorotlar chaqishidir ..Ashning rivojlanish tezligi va uchrash darajasi allergenning organizmga kirish yo'liga bog'liq bo'ladi ..Dori vositasi parenteral yuborilganda ash bir soat ichida , xattoki juda tez "igna uchida" xam rivojlanishi mumkin . Ash dori vositalari og'iz orqali qabul qilinganda , rektal yul bilan va teriga tashqi qo'llanilganda xam 1-3 soat o'tib , allergen so'rilgandan keyin rivojlanadi . Ash rivojlanishiga olib keluvchi etiologik omillar:

Dori – darmon va tibbiy materiallar, ko'pincha dori vositalari 31.2-46.5%;

Oziq-ovqat maxsulotlari 23.3–31% ;

Xashorotlar chaqishi natijasida 14.9–20% ;

Sababi no'malum anafilaksiya holatlari xam mavjud bo'lib, 24-26 % ni tashkil etadi.

Dori vositalari natijasida rivojlanuvchi anafilaksiya. Yuqori allergik xususiyatli , to'liq oqsil tarkibli antigenlarga ega bo'lgan dori vositalariga quyidagilar kiradi :

- *biologik ekstraktlar* : kortikotropin, vazopressin, estradiol; xayvonlardan olingan insulin , gipofiz va qalqonsimon oldi bezi garmonlari;

- *fermentlar*: tripsin, ximotripsin, ximopapain, penisillinaza, streptokinaza, asparaginaza;

- *otning qon zardobidan tayyorlangan dori vositalari* : qoqsholga , difteriyaga , qutirishga qarshi zardob , antilimfositar immunoglobulin;

- *qizammiq, gripp , qoqshol vaktsinalari* ;

- *uy va o'simliklar changi* , xayvonlar yungidan tayyorlangan allergovaktsinalar ;

- *tsitokinlar va immunoglobulinlar* : monoklonal antitelalar (setuksimab, infliksimab, omalizumab), α , β , γ interferonlar , molgramostim, interleykin-2.

Ko'pchilik dori vositalari to'liq antigenlik xususiyatiga ega bo'lmaydi va gaptenlar deb ataladi . Gaptenlar organizmga tushganidan keyin tashuvchi - oqsillar bilan birikib , immunoglobulin E ga bog'liq yoki nospesefik reaksiyalar chaqiradi . Gapten dori vositalariga quyidagilar kiradi :

- *antibiotiklar va boshqa mikroblarga qarshi vositalar* ;

- *dezinfiksiya uchun ishlatiluvchi vositalar* ;

- miorelaksantlar ;
- maxalliy anestetiklar ;
- vitaminlar ;
- tsitostatiklar ;
- narkotik dori vositalari ;
- geparin ;
- aspirin va boshqa nosteroidli yallig'lanishga qarshi dori vositalari
- rentgenkontrast dori vositalari

Antibiotiklardan ,asosan penisillin guruxi eng kuchli allergik reaksiyalar chaqiruvchi dorilar xisoblanadi . Penisillinning xar 7.5 million in'ektsiyasiga 1 ta (0.002%) ashdan o'lim xolati rivojlangan . Uzoq ta'sir qiluvchi penisillinlar (bitsillinlar) ta'sirida ash davomiyliigi ko'proq bo'ladi . A. S. Lopatina (2000) ma'lumotlariga ko'ra, ash dori vositalari natijasida rivojlanayotgan allergik reaksiyalarning 5,51% ni, o'lim ko'rsatkichining 0.48 % ni tashkil etadi.

Shuni aytib o'tish kerakki , anafilaksiya/ash umumiy antigen strukturasi (determinantga) ega turli dori vositalariga nisbatan rivojlanishi mumkin . (1 jadval)

	Umumiy antigen strukturasi ega dori vositalari..	Umumiy antigen strukturasi (determinanti) umumiy antigen strukturasi (determinantiga) ega dori vositalari
1	<i>β-laktam xalqasi</i>	1. Penisillinlar (benzilpenisillin, fenoksimetilpenisillin; yarim sintetik -penisillinazaga chidamli -oksalillin, metisillin, ampicillin, korbenisillin va boshqalar .), kombinasiyalashgan - amoksiklav, amoklavin, ampioks, augmentin, betamp, klavosin, kloampi, leptimoks, sulasillin, timentin, tazosin, unazin) 2. Tsefalosporinlar (I avlod – tsefazolin, tsefaleksin, II avlod – tsefuroksim, III avlod - tsefotaksim, tseftriakson, tseftazidim, tsefoperazon, IV avlod – tsefepim) 3. Karbapinemlar (imipenem, meropenem)
2	<i>Anilin (fenilamin)</i>	1. Novokain, anestezin va unga o'xshash dori vositalari. 2. Paraaminosalisil kislota 3. Sulfanilamidlar (sulfadimidin, sulfadimetoksin,sulfalen va boshqalar .).
3	<i>Benzolsulfonamid guruxi</i>	1. Sulfanilamidlar (sulfadimidin, sulfadimetoksin, sulfalen, streptosid, sulfasil-natriy (albusid) va boshqalar) 2. Sulfanilamid tarkibiga ega kombinasiyalashgan dori vositalari (sulfametoksazol/trimetoprim (ko-trimoksazol, biseptol, baktrim), ingalipt va boshqalar) 3. Sulfonilmochevina tarkibli gipoglikemik dori vositalari (glibenklamid (maninil), gliklazid (dimebon MV, glidiab), glipizid (glibenez retard) , glikvidon (glyurenorm) , bukarban, butamid va boshqalar .) 4. Diuretiklar :

		<p>a) tiazidli diuretiklar (dixlotiazid(gipotiazid), gidroxloriazid (triampur), tsiklometiazid, oksodolin) va kombinasiyalashgan dori vositalari (tenorik, kapozid, enap NL va boshqalar .)</p> <p>b) "tugunli" diuretiklar (furosemid (laziks), bufenoks, klopamid (brinaldiks), indapamid (arifon)</p> <p>v) karboangidraza ingibitori (diakarb)</p>
4	<i>Fenotiazin gruppasi</i>	<p>1. Neyroleptiklar (aminazin, propazin va boshqalar .)</p> <p>2. Antigistamin dori vositalari (prometazin)</p> <p>3. Metilen ko'k eritmasi</p> <p>4. Antidepressantlar (ftorasizin)</p> <p>5. Koronar qon tomirini kengaytiruvchi dori vositalari (xlorasizin, nonaxlazin)</p> <p>6. Antiaritmik dori vositalari (etmozin)</p>
5	<i>Yod</i>	<p>1. Yod va noorganik yodidlar (Kaliya ili natriya yodid, yodning spirtli eritmasi , Lyugol eritmasi)</p> <p>2. Yod saqlovchi rentgenokonstrast dori vositalari (urografin, Omnipak, kardiostat, Triyodtrast, triombrin, sergozin va boshqalar .)</p> <p>3. Gormonal preparatlar (tiroksin, triyodtironin, tireokomb)</p>
6	<i>Etilendiamin</i>	<p>1. Etilendiamin unumlari (suprastin (xloropiramin gidroxlorid), ranitidin, o'smaga qarshi dori vositalar (prodimin), piperazin va uning unumlari (tsetirizin, gidroksizin (ataraks) va boshqalar).</p> <p>2. Ksantini: kofein, pentoksifillin, terfillin (teopek, teotard, teofedrin).</p> <p>3. Etilendiamin tutuvchi kremlar</p>

Xashoratlar chaqishi natijasida paydo bo'luvchi allergik xolatlar 5 % axolida kuzatiladi va ashning asosiy sababchilaridan biri hisoblanadi. Xashoratlar zaxri tarkibida turli xil peptidlar , fermentlar (gialuronidaza, fosfolipaza A), gistamin, serotonin va boshqa biologik aktiv moddalar mavjud . Xashoratlar chaqishi natijasida abdominal simptomlar.(qorin soxasida og'riq , ko'ngil aynishi , qusish) paydo bo'lishi , bemorda tez orada anafilaksiya rivojlanishining belgisi (prediktori) hisoblanadi.

Oziq ovqat maxsulotlariga anafilaksiya . Yuqori sezuvchanlikka ega bolalarda bir necha tomchi sut istemolidan keyin ash paydo bo'lishi kuzatilgan bo'lib , yoshi kattalarda ovqat maxsulotlaridan anafilaksiya birmuncha engilroq kechadi ..Anafilaktik shokka olib keluvchi asosiy oziq ovqat maxsulotlarga - sigir suti, baliq va dengiz mahsulotlari, yong'oq, tuxum , dukkakli maxsulotlar va boshqalar kiradi.

Lateks natijasida rivojlanuvchi anafilaksiya. 3 gurux kishilarda lateksga anafilaksiya ko'proq kuzatiladi : 1) tibbiyot xodimlari 2) Spina bifida va urogenital nuqsonlar bilan tug'ilgan bolalar 3) lateks maxsulotlari ishlab chiqaruvchilar

Allergenspesifik immunoterapiya (ASIT) (allergovaktsinasiya) olayotgan bemorlarda xam ash kuzatilishi mumkin . Ash ASIT qoidalarini qo'pol ravishda buzulishi , katta dozadagi allergening kiritilishi , allergen.in'ektsiyasi olgan bemor ma'lum bir vaqt davomida kuzatilmaganligi,

nazoratga olinmagan bronxial astmasi bor bemorlarga qilinishi natijasida kelib chiqadi ASIT to'g'ri o'tqazilganda ash va boshqa ogir xolatlar juda kam kuzatiladi (xar bir 2 500 000 in'ektsiyaga ASIT 1 ta xolat).

Anafilaksiya/ash rivojlanishiga olib keluvchi triggerlar omillarga quydagilar kiradi :

□ **Atopik anamnez** . Bemorda bronxial astma , pollinoz , dori allergiyasi , ash , atopik dermatit va/yoki shu kasalliklarning naslda borligi .

□ **Yoshi** .Ash xar qanday yoshda uchraydi , biroq 60 % xolatda kattalarda 30 yoshgacha bo'lganlar orasida ko'proq kuzatiladi . Kattalar orasida ashning asosiy sababi bu dori vositalari , xashoratlar chaqishi bo'lsa , bolalarda - oziq ovqat maxsulotlari xisoblanadi .

□ **Jinsi** .Ayollarda anafilaksiya erkaklarga nisbatan 2 barobar ko'proq kuzatiladi , biroq boshqa bir tadqiqotlar ikkala jinsda xam kasallik bir xil uchrashini ko'rsatgan .

□ **Allergenning kirish yo'li** .Ash ko'pincha dori vositalari parenteral yo'l bilan kiritilganida rivojlanadi . Ingalyasion yo'l xam xavfli xisoblanadi . Allergenlarning og'iz orqali kirishi eng xavfsiz turi bo'lib og'ir bo'lmagan anafilaksiya kuzatiladi .

□ **Dori vositalari** (beta-adrenoblokatorlar , APF ingibitorlari , sedativ dori vositalari , antidepressantlar) va spirtli ichimliklarni birga qabul qilish natijasida rivojlanadi

Patogenezi: Ash/anafilaksiya odatda 1 tur yuqori sezuvchanlik reaksiyalariko'rinishida kechadi. (Djell va Kumbs bo'yicha 1-tip yuqori sezuvchanlik). Bizga ma'lumki barcha allergik reaksiyalar 3 ta: sensibilizatsiya , patokimyoviy va patofiziologik bosqichda kechadi organizimga allergenlar birinchi marta kirganda ular maxsus allergenni tanishtiruvchi yoki prezentasiya qiluvchi xujayralar (ATX inglizchasiga antigen-presenting cell ,APC) -makrofaglar , V-tur limfositlar tomonidan fagasitoz qilinadi . Fagasitoz qilingan antigen processing jarayonida bulaklarga ajratilib eng yuqori allergen xususiyatiga ega - epitop qismi ajratib olinadi . Bu turdagi xujayralar tarkibida to'qimalar mosligini belgilovchi maxsus kompleks (MSN) mavjud bo'lib, ular yordamida epitoplar xujayra yuzasiga chiqariladi . Shu yo'l bilan bu xujayralar Th 0 limfositlarga antigen to'g'risida ma'lumotlarni etkazadi . O'z navbatida Th 0 limfositlardan maxsus interleykenlar natijasida faqat shu antigenni tanuvchi Th 2 limfositlar shakillanadi .Bu Th 2 limfositlar ko'payib , o'zidan interleykin 4, 5 ishlab chiqaradi . Interleyken 4, 5 lar tasirida V limfositlar plazmosit xujayralarga aylanib , shu tushgan antigenni tanuvchi E va G immunoglobulinlari(IgE va IgG4) ishlab chiqaradi . E va G immunoglobulinlar bazofil va semiz hujayra membranalari yuzasida joylashadi va shu bilan organizimda sensibilizatsiya bosqichi yakullanadi . Ya'ni organizmda shu tushgan allergenga nisbatan sezuvchanlik paydo bo'ladi . Patofiziologik bosqich antigenning organizmga qayta kirishi natijasida semiz xujayralar yuzasidagi immunoglobulin E bilan birikib ularni degranulyasiyaga uchrashi bilan kechadi bunda degranulyasiya natijasida maxsus ajraluvchi mediatorlar (gistamin, leykotrienlar , triptaza, geparin, xemokinlar, tsitokinlar) kininlar ajralib

chiqadi. Ajralib chiqqan mediatorlar tasirida organizimda o'ziga xos o'zgarishlar ya'ni klinik belgilar rivojlanadi .

Bu patofiziologik bosqich xisoblanadi. Mediatorlar , kininlar ,komplementning aktivlashishi organ va to'qimalarga quydagicha ta'sir ko'rsatadi:qon tomirlar o'tqazuvchanligini oshiradi , qon tomir va bronxlardagi shilliq mushaklarni qisqartiradi , shilliq sekresiyasini oshiradi va jarayonga boshqa xujayralar (eozinofillar, neytrofillar, limfositlar) ishtirokini ta'minlaydi va mikrosirkulyasiyaning buzulishiga olib keladi .

Mikrosirkulyasiyaning buzulishi -shok patogenizinig asosiy elementidir .Kapilyarlarda qon aylanishining pasayishi natijasida xujayralarga kislorod ,energetik maxsulotlarning etkazilishi xamda moddalar almashinuvi oxirgi maxsulotlarining chiqarilishi buzuladi .To'qimalarda gipoksiya ,anaerob oksidlanish natijasida metabolik asidoz rivojlanadi va moddalar almashinuvi jarayoni buziladi .Yaqqol rivojlangan asidoz arteriola va venulalar tonusini o'zgartirib o'tqazuvchanligini oshiradi , qonning ivuvchanligini oshirib - giperkoagulyasiyaga olib keladi . Gipoksiya va asidoz natijasida arteriolalar kengayadi , venalar esa qisqargan xolda qoladi , natijada qon kapilyarlarga bemalol kirib keladi , lekin chiqib ketishi qiyinlashadi .

Natijada mayda qon tomirlarda tromblar xosil bo'ladi va og'ir xolatlarda DVS (disseminirovanaya vnutrisosudistaya svertivaniya krovi -qon tomirlar ichida qonning quyilib qolishi) sindrom rivojlanishi mumkin.

Mikrosirkulyasiyadagi o'zgarishlar turli organ va sestemalar :o'pka ,yurak ,buyrak usti bezi , nerv setemasi ish faoliyatining buzulishiga va o'limga xam sabab bo'ladi . Ashda silliq mushaklarning spazmi , shilliq ajralishi ortishi , shilliq osti qavatidagi shish bronxlar o'tqazuvchanligining yomonlashuviga va asfiksiyaga olib keladi . [47].

2.4 Klinik tasnifi (etiologiyasi, bosqichlari bo'yicha)

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

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

Ash ning gemodinamik buzilishlarning og'irligiga, rivojlanish tezligiga va klinik ko'rinishlariga qarab turli xil tasniflari mavjud.

A..Og'irlik darajasiga qarab tasnifi:

	Og'irlik darajasi	Xarakteristikasi
1	1 og'irlik darajasi	Gemodinamik buzilishlar engil darajada bo'lib , arterial qon bosimi ishchi ko'rsatkichlardan 30-40 mm sm.ust gacha kamayadi. Ash boshlanishidan oldin kasallik oldi belgilari 3 - 30 daqiqa ichida rivojlanadi. Bunda bemorda xolsizlik ,bosh aylanishi ,quloq shang'illashi , ko'rishning yomonlashishi , qo'l barmoqlari , til va lablari uvishishi , qorin va bel soxasida og'riq , terisida qichishi va toshmalar toshishi , tomoq og'rishi , yo'tal paydo bo'lishi mumkin . Ashning bu darajasida bemorning es xushi joyida , hayajonlanish yoki xolsizlik , bezovtalik, o'limdan qo'rqish xissi paydo bo'ladi . Bemorda to'sh orqasida siquvchi , bosib turuvchi og'riq , butun tanasida issiqlik xolati , bosh og'rishi , teri qoplamlari qizarishi va giperemiyasi , terisiga qavarchiqlar toshishi , yo'tal , rinokonyuktivit belgilari , angiotik shishlar kuzatiladi .
2	2.og'irlik darajasi	Gemodinamik buzilishlar yanada kuchayadi. Qon bosimi 90-60/40 mm sm.ust.gacha bo'ladi va pasayishda davom etada. Bemor es - xushini yuqotishi mumkin . Bemorda bezovtalik, qo'rquv va butun tanasida issiqlik hissi, holsizlik, terisida qichishishlar va qavarchiqlar , angiotik shish , rinit belgilari , yutishning qiyinlashishi , ovozinig o'zgarishi (Afoniyaga qadar), bosh aylanishi, yurak xamda qorin soxasida og'riq , paresteziya, bosh og'rig'i kuzatiladi . Ko'ruv paytida bemor terisi rangi oqargan , ba'zan tsianotik tus oladi , nafas siqishi, stridorli nafas olish, o'pkada xirillashlar eshitiladi .Yurak tonlari bo'g'iqlashgan , taxikardiya, taxiaritmiya aniqlanadi. Ko'ngil aynishi , qusish , ixtiyorsiz siyish va defekasiya kuzatilishi mumkin .
3	3.og'irlik darajasi	Bemor es xushini yo'qotgan , qon bosimi 60-40 / 0 mm sm .ust.gacha tushgan . Ko'pincha bemorlarda tirishish, sovuq yopishqoq ter bosishi , lablarida tsianoz, ko'z qorachiqlarining kengayishi kuzatiladi . Yurak tonlari bo'g'iq , yurak urishi notekis , puls ipsimon bo'ladi .
4	4.og'irlik darajasi	Bemorda qon bosimini aniqlab bo'lmaydi . Yurak tonlari va nafas olishi eshitilmaydi .Qon aylanish va nafas faoliyati to'xtaganligi uchun -o'pka yurak reanimasiyasi protokoli qo'llaniladi.

Bemorda qon bosimini aniqlab bo'lmaydi . Yurak tonlari va nafas olishi eshitilmaydi .Qon aylanish va nafas faoliyati to'xtaganligi uchun -o'pka yurak reanimasiyasi protokoli qo'llaniladi.

Kattalarda : sistolik qon bosimi 90 mm.sm. ust dan past yoki dastlabki ishchi sistolik qon bosimidan 30% dan ortiq pasayishi - arterial gipotenziya belgisi xisoblanadi [47].

Gipotoniya yoshga bog'liq quyidagicha belgilanadi :



1 oylikdan 1yoshgacha

- < 70 mm .sm.ust .
- Bu yoshda kompensator taxikardiya qon bosimining pasayishiga ekvivalent sifatida ko'riladi , shuning uchun gipotenziyaga moyillikning birinchi belgilari ortib boruvchi taxikardiya bo'lishi mumkin.



1 yoshdan 10 yoshgacha

- < 70 mm .sm.ust + (2 * yildagi yoshi)
- yoki sistolik bosimning 30% dan ortiq pasayishi;



11 yosh va undan kattalar

- 90 mm sm ust. dan kam yoki dastlabki sistolik qon bosimidan 30% dan ortiq pasayishi.

Bolalarda gipotoniyaning birinchi belgisi tez rivojlanuvchi.taxikardiya. xisoblanadi..[22, 23].

B. Klinik simptomlarning ustunligiga qarab :

	Turi	Klinikasi
1	Tipik turi	Gemodinamik buzilishlarning teri va shilliq qavatlarini shikastlanishi (qavarchiqlar , angiotik shishlar) , bronxospazm belgilari bilan birga kelishi
2	Gemodinamik turi	Yurak-qon tomir faoliyati buzilishi belgilarining ustunligi bilan xarakterlanadi va u boshqa asoratlarni rivojlanishi uchun asos bo'lib xizmat qiladi. Bemorda yurak soxasida og'riq , qon bosimining keskin pasayishi , aritmiya, yurak tonlarining bo'g'iqlashishi , pulsning yo'qolishi kuzatiladi . Periferik tomirlar spazmi va mikrosirkulyasiyaning buzilishi natijasida teri rangi keskin oqarishi va tsianozi paydo bo'ladi .Tashqi nafas va Markaziy asab tizimi funktsiyasining buzilishi belgilari nisbatan kamroq namoyon bo'ladi.
3	Asfiktik turi	Bu turida etakchi klinik simptom o'tkir nafas etishmovchiligi va gazlar almashinuvining buzilishi xisoblanadi . Xolatning og'irlik darajasi xiqildoq shilliq qavatining shishishi va uning qisman yoki to'liq obstruksiyasi, o'tkir bronxospazm va shilliq gipersekresiyasi natijasida bronxiolalarning obstruksiyasi, interstisial yoki alveolar o'pka shishi bilan bog'liq bo'ladi . Shokning dastlabki davrida, gemodinamik buzilishlar va Markaziy nerv sestemasida o'zgarishlar kuzatilmaydi ,biroq kasallik uzoq va og'ir kechishida ular asosiy klinik belgilarga qo'shiladi .
4	Abdominal turi	"O'tkir korin" ko'rinishida epigastral soxada og'riq va qorin parda tasirlanish simptomlari bilan namoyon bo'lib , oshqozon yarasi perforasiyasi yoki ichaklar tutilishiga o'xshab ketadi. Ko'pincha qorin dam bo'lishi , ko'ngil aynishi ixtiyorsiz siydik va axlat ajralishi ,

		ayollarda bachadon va tuxumdonlar soxasida og'riq xamda jinsiy a'zolardan qonli ajralmalar kelishi bilan kechadi .Abdominal turida qorin a'zolari shikastlanishi gemodinamik yoki o'tkir nafas etishmovchiligi belgilar bilan birga namoyon bo'ladi..
5	Tserebral turi	Markaziy nerv sestemasi shikastlanishi belgilari gemodinamik yoki o'tkir nafas etishmovchiligi belgilar bilan birga namoyon bo'ladi . Tserebral turida asosiy o'zgarishlar Markaziy nerv sestemasida bo'ladi . Bosh og'rishi , ko'ngil aynishi , giperesteziya , psixomotor qo'zg'alish , es xushini yo'qotish , tutqanoq xurujlari kuzatiladi. Ba'zida shokning bu turi epileptik statusni eslatib, keyinchalik nafas va yurak faoliyatining to'xtashi bilan xam kechishi mumkin

V. Ashning kechishiga qarab turlari :

№	Ash turlari	Xarakteristikasi
1	Xavfli kechishi	Shokning bu turi o'tkir boshlanib ,qon bosimining tez tushishi (diastolik — 0 mm sm.ust gacha), es-xushning buzilishi va bronxospazm bilan kechuvchi nafas etishmovchiligi belgilari bilan namoyon bo'ladi . Ushbu xolat intensiv davolanishga juda chidamli bo'lib ,og'ir o'pka shishi, qon bosimining turg'un pasayishi va chuqur koma rivojlanishi bilan kechadi . Anafilaktik shok qanchalik tez rivojlansa, o'lim ko'rsatkichi shunchalik yuqori bo'ladi . Shu sababli anafilaktik shokning bu turi xavfli xisoblanadi [24,48].
2	O'tkir xavfsiz kechishi	Ash ning tipik shakli uchun xosdir. Bemorda es - xushning buzilishi , karaxtlik yoki sopor xolatida bo'lib , qon tomir tonusining engil darajada buzulishi va nafas etishmovchiligi belgilari bilan kechadi. Ash o'tkir xavfsiz kechishini o'z vaqtida va etarli davolash, yaxshi natija beradi [24,48].
3	Uzoq kechuvchi (cho'zilgan) turi	Bu turi shokka qarshi adekvat va to'g'ri terapiya o'tqazilgandan keyin davo choralarining vaqtinchalik yoki qisman samara berishi bilan namoyon bo'ladi . Keyingi bosqichlarda klinik belgilar dastlabki ikki turdagi kabi o'tkir bo'lmasadi , ular terapevtik chora-tadbirlarga chidamli , ko'pincha pnevmoniya, gepatit va entsefalit bilan asoratlanadi bu turdagi ash uzoq muddat ta'sir qiluvchi dorilarning organizmga tushishi natijasida ko'proq rivojlanadi[24,48].
4	Qaytalanuvchi kechishi	Bu turi birlamchi kasallik belgilari bartaraf etilganidan keyin takroriy yana shok holatining yuzaga kelishi bilan xarakterlanadi. Bu xolat xam ko'pincha uzoq muddat ta'sir qiluvchi dorilardanfoydalanish natijasida rivojlanadi. Klinik ko'rinishdagi belgilar dastlabki belgilardan farq qilishi mumkin, ayrim hollarda undan og'irroq , o'tkirroq kechadi va terapiyaga chidamliroq bo'ladi [24,48].
5	Abortiv turi	Eng xavfsiz turi xisoblanadi . U ashning asfiktik ko'rinishda kechadi. Gemodinamik buzilishlar minimal darajada bo'ladi . Shok belgilari oson va tez bartaraf etiladi [24,48].

3.1 Ashning klinikasi.

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

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

Ashning klinik ko'rinishi xar xolatda o'ziga xos bo'lib , bu organ va sestemalar faoliyatining turli darajada va kombinasiyalarda buzulishi bilan bog'liqdir ash kechishini 3ta davrga ajratish mumkin

1. *Shok oldi xolati* . Bu davr allergen bilan kontaktda bo'lgandan (dori vositasini va ovqat maxsulotlarini qabul qilish, xashoratlar chaqishi va boshqalar) keyin 3-30 daqiqa ichida paydo bo'ladi .Ba'zi kollarida masalan to'planuvchi (depo) preparatlar qabul qilganidan keyin 2soat ichida rivojlanadi .Bu davrda ichki noxushlik , qo'rquv xissi , titroq , xolsizlik , bosh aylanishi , quloqlar shang'illashi , ko'rishning yomonlashishi , qo'l barmoqlari , til va lablarining uvishishi , qorin va bel soxasida og'riq paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi . Bundan tashqari bemorlarda terisida qichishish , nafas olishning qiyinlashishi , tarqoq qavarchiqlar va angionevrotik Kvinke shish kuzatiladi . O'ta yuqori sezuvchanligi bor bemorlarda bu davr bo'lmasligi xam mumkin .(juda tez kechuvchi shokda).

2. *Avj olish davri* . Bu davr bemorning es - xushini yo'qotishi , gipotoniya (kattalarda AQB ning 90/60 mm sm.ust dan yoki ishchi qon bosimidan <30% dan ko'proq pasayishi), taxikardiya , teri qoplamlarining oqarishi va sovuq ter bosishi ,lablarning tsianozi ,nafas siqishi ,ixtiyorsiz siydik va axlat ajralishi , siydik ajralishining kamayishi (daqiqasiga 20 mldan kam) bilan xarakterlanadi . Teri va shilliq qavatlarda tarqoq qavarchiqlar paydo bo'ladi. Bu davrning davomiyligi anafilaktik shokning og'irlilik darajasini belgilaydi .

Anafilaktik shokda klinik belgilarning uchrash darajasi 2 jadvalda ko'rsatib o'tilgan (Nagua M., Gershvin M.E., 2004 yil)

Izox : bemorning shikoyatlari ash ning klinik jixatdan ustunlik qilayotgan simptomatikaning xarakteriga va og'irlik darajasiga bog'liq bo'ladi .

https://elib.vsmu.by/bitstream/123/17826/1/Anafilaksiia_Anafilakticheskij_shok_Klinicheskaia_kartina_diaagnostika_lechenie_Novikov-DK_2018.pdf

	Ashning belgilari uchrash darajasi (%)	Uchrash darajasi (%)
I	<i>Gemodinamik</i>	<i>100</i>
1	Arterial qon bosimining pasayishi , xolsizlik , bosh aylanishi.	100
II	<i>Teri va shilliq qavatlari</i>	<i>90</i>
1	Qavarchiqlar va angionevrotik Kvinki shishi (xalqum,til, ko'z qovoqlari , qo'l , oyoq , jinsiy a'zolari soxasida)	85-90
2	Teri giperemiyasi	45-90
3	Tanasida toshma bo'lmasdan kuzatiladigan qichishish	2-5
III	<i>Respirator belgilar</i>	<i>40-60</i>
1	Til, xalqum , xiqildoq shishi	50-60

2	Nafas siqishi , xushtaksimon nafas	45-50
3	Rinit belgilari	15-20
IV	Abdominal belgilar	35-40
	Ichak perestaltikasi kuchayishi , ko'ngil aynishi , qusish , qorindagi xurujsimon og'riqlar , ich ketishi	35-40
V	Yurak qon tomir sistemasiga xos belgilar	10-45
	To'sh ortida og'riq , taxikardiya, aritmiya	10-45
VI	Markaziy nerv sistemasiga xos belgilar	3-5
	Tutqanoq xurujlari	3-5
VII	Boshqa belgilar	0.1-1
	Og'izda metal ta'mi kelishi	0.1-1
	Ayollarda bachadondan qon ketishi	0.1-1
"Ikkilik qoidasi":		
- Ash allergen bilan kontaktda bo'lgandan keyin 2 daqiqadan 2 soatgacha bo'lgan vaqtda rivojlanadi,		
-Ashda jarayonlar ikki va undan ko'p organlar tizimida rivojlanadi.		

Ashning og'irlik darajasi gemodinamik ko'rsatkichlar , es xushidagi buzulishlar xamda davo muolajalariga samaradorligiga qarab engil , o'rta og'ir va og'ir ko'rinishda kechadi (3 jadval)

Ko'rsatkichlar	Engil kechishi	O'rta og'ir kechishi	Og'ir kechishi
Arterial qon bosimining pasayishi	AQB < 90/60-50/0 mm simob ustuni	Aniqlanmaydi	Aniqlanmaydi
Es xushining buzulishi	qisqa muddatli (1-2 daqiqa)	5-10 daqiqa	10 daqiqadan ko'p
Ash oldi xolati	3 - 30 minut	Qisqa muddatli (1-2 daqiqa)	Bir necha sekunt yoki bo'lmasligi xam mumkin
Davolash samaradorligi	Yaxshi , tez tiklanish bo'ladi	Qoniqarli , sekin tiklanish bo'ladi	Qoniqarsiz , ba'zida tiklanish bo'lmasligi mumkin

Klinik kechishining og'irlik darajasiga qarab dori vositalari miqdori va yordam ko'rsatish ko'lami to'g'risida qaror qabul qilinadi .

Ashning **engil kechishida** qisqa muddatli shok oldi xolati (bir necha daqiqadan bir soatgacha) bo'lib, teridagi umumiy qichishi, qavarchiqlar , eritematoz, petexial va papulyar ko'rinishidagi teri

toshmalari, teri giperemiyasi, qizib ketish hissi, burun bitishi, xurujsimon yo'tal, tomoq og'rig'i bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar xolsizlikka , bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, bosh, yurak, to'sh orqasida, qorin, bel soxasidagi og'riqlarga, nafas olish qiyinlashuviga shikoyat qiladi.

Teri rangining oqarib ketishi , ba'zan yuz terisining giperemiyasi, lablarda tsianoz , qo'zg'aluvchanlik bo'lib , jarayon davom etganda bemorlarda keskin xolsizlik , depressiya, alaxsirash va ba'zida xushdan ketish kuzatiladi . Silliq mushaklarning spazmi natijasida bronxospazm, nafas qisilishi, quruq xirillash, qorin og'rig'i, qusish, beixtiyor defekasiya va siyish bo'ladi . Puls ipsimon , yurak tonlari bo'g'iq, sinusli taxikardiya 110-150 ta daqiqasiga , ekstrastoliyalar, qon bosimi keskin pasayishi (90/40-60/20 mm simob ustuni) kuzatiladi . Odnako chatshe Klinicheskaya kartina vklyuchaet ne vse, a lish nekotoryu chast perechislennix simptomov. Biroq, ko'pincha sanab o'tilgan klinik belgilarning ba'zilarigina bemorda kuzatiladi.

Ashning **o'rtacha ogirlikda** kechishida xam qisqa muddatli shok oldi xolati , xususan umumiy xolsizlik , qo'rquv hissi, yuz giperemiyasi, tananing turli soxasida og'riq, toshmalar toshishi , yo'tal, ko'ngil aynishi , qusish bo'lib , bemor tez xushdan ketadi . Teri rangining oqarib ketishi , ba'zan yuz terisining giperemiyasi, lablarda tsianoz, bemor asabiy bo'lib qoladi . Peshonada sovuq yopishqoq ter, ba'zida og'izda ko'pik paydo bo'ladi. Ko'z qorachiqdari kengaygan va yorug'likka sezuvchanlik yuqoladi . O'pka shishi fonida quruq va (yoki) nam xirillashlar, bo'g'ilish va asfiksiya bilan nafas qisilishi rivojlanishi mumkin. Yurak tonlari bo'g'iq , zo'rg'a eshitiladi, ba'zi hollarda o'pka arteriyasi ustida II ton aktsenti , puls ipsimon, aritmik, taxikardiya (bradikardiya), qon bosimi keskin pasayadi yoki aniqlanmaydi. EKGda tishlar amplitudasining pasayishi, S-T segmentining pastga siljishi, ba'zi tarmoqlarda manfiy T tishchalar paydo bo'lishi , o'tkazuvchanlikning buzilishi barchasi yurak mushagining ishemiyasi boshlanganini ko'rsatadi. Ixtiyorsiz defekasiya va siyish, bachadonning spastik qisqarishi va qindan qonli ajralmalar kelishi kuzatiladi. Bosh miya seroz pardalarining shishishi va miya ishemiyasi tufayli tonik va klonik tutqanoq xuruylari paydo bo'ladi. Qonning fibrinolitik tizimining faollashishi burun, oshqozon va ichakdan qon ketishiga olib kelishi mumkin. Agar jarayon davom etsa va asoratlar rivojlansa, bemorni o'limga olib borishi mumkin.

Ashning **og'ir kechishida** Markaziy asab tizimi, yurak-qon tomir va nafas olish tizimlarida buzilishlar bir necha soniya yoki daqiqada sodir bo'ladi va chaqmoq tezligida rivojlanadi. Agar bemorlarga tez yordam berilmasa, ular tezda o'ladi. Teri qoplamlari tez oqarib ketadi, ayniqsa ko'krakda, qo'llarda, lablarda - tsianoz, og'izda ko'pik paydo bo'ladi . Peshona sovuq yopishqoq ter bilan qoplangan (giperkapniya va asidoz xisobiga). Ko'z qorachiqdari kengaygan va yorug'likka sezuvchanlik yuqoladi, bo'yin tomirlari kengayadi. Nafas olish shovqinli, aritmik, laringial shish bo'lsa - hushtaksimom, stridoz bo'ladi. Agar bronxospazm tez rivojlansa , auskultasiya paytida nafas olish shovqinlari eshitilmaydi va "soqov o'pka"xolati paydo bo'ladi . Puls va qon bosimi

aniqlanmaydi, yurak tonlari eshitilmaydi . Tonik va klonik tutqanoq xurujlari , beixtiyor defekasiya va siyish kuzatiladi . Qon tomirlarining kollapsi va koma holati rivojlanadi.

3. *Shokdan chiqish davri* . Odatda 3-4 hafta davom etadi . Yurak-qon tomir va nafas olish etishmovchiligi belgilari bartaraf etgandan so'ng, bemorda quyidagi xolatlar bo'lishi mumkin:

- Keskin xolsizlik , tashqi ta'sirotlarga etiborsizlik , bo'shashish , bo'g'imlarda og'riq, mushaklar og'rig'i, isitma, titroq, nafas qisilishi, yurak va qorin og'rig'i, qusish va ko'ngil aynish;
- Uzoq muddatli gipotenziya (past qon bosimi).
- Yurak mushagi ishemiyasi xisobiga yurak soxasida og'riq
- O'zoq davom etgan miya gipoksiyasi tufayli intellektual funktsiyalarning pasayishi, bosh og'rishi , xotiraning yomonlashishi.

Bu davrda bemorlarda o'tkir miokard infarkti , bosh miya qon aylanishi buzulishi, allergik miokardit , glomerulonefrit , gepatit , nerv sestemasining shikastlanishi (meningoentsefalit, araxnoidit, polinevritlar), zardob kasalligi , qavarchiqlar va angionevrotik shish,gemolitik anemiya, trombositopeniya va boshqa asoratlar rivojlanishi mumkin. [47].

Shunday qilib, ashning quyidagi asoratlari mavjud:

1. *Anafilaktik shokning to'g'ridan to'g'ri asoratlari* : bradikardiya, so'ngra yurak to'xtashi; nafas olishni to'xtatish; buyrak etishmovchiligi; respirator distress-sindrom va o'pka shishi; miya ishemiyasi; DVS sindrom; umumiy gipoksiya va gipoksemiya.

2. *Ash terapiyaning asoratlari* (taxminan 14% hollarda uchraydi va birinchi navbatda epinefrin va / yoki vazopressorlarni kiritish va ortiqcha infuziya bilan bog'liq): har xil turdagi taxikardiya; miokard ishemiyasi va infarkt rivojlanishi ; aritmiya. [47].

3.2 Объектив ва физикал текширувлари :

Ash odatda allergen ta'sir qilgandan keyin ikki soat ichida, xususan ovqat masulotlaridan so'ng 30 daqiqa ichida xamda parenteral yuborilgan dorilar yoki hasharotlar zaharidan yanada tezroq rivojlanadi. Ba'zi xollarda dori vositalarini parenteral yuborish , xashoratlar chaqishi va oziq ovqat maxsulotlari 5-30 daqiqa ichida o'lim bilan yakullanuvchi ash rivojlanishiga olib keladi

Anafilaksiya va ashning klinik ko'rinishi namoyon bo'lishi uchun uchta diagnostik mezondan biri bo'lishi kerak :

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

Diagnostik mezon	
1	Kasallikning o'tkir boshlanishi (bir necha daqiqadan bir necha soat ichida) Bu jarayonda teri va/yoki shilliq qavatlarning shikastlanishi (tarqoq qavarchiqlar ,qichishish yoki qizarish , lablari , tili va yumshoq tanglay shishi) quydagi belgilar bilan birga namoyon bo'ladi :

	A	Respirator buzilishlar (dispnoe, bronxospazm, xushtaksimon xirillashlar , gipoksemiya)
	B	AQB ning pasayishi yoki unga bog'liq bo'lgan nishon a'zolarning shikastlanish belgilari (gipotoniya, es xushi yo'qotilishi, sfinkterlar bo'shashishi natijasida siydik va axlat tuta olmaslik)
	Sababchi antigen bilan kontaktda bo'lgandan keyin quyidagi ikki va undan ko'p simptomlarning o'tkir paydo bo'lishi bunda albatta nafas va/yoki qon aylanish sistemasida xayot uchun xavfli xolatlarning mavjudligi:	
2	A	Teri va/yoki shilliq qavatlarinig tarqalgan qavarchiqlar , qichishish, eritema , ko'rinishida shikastlanishi va/yoki lablar, til, qovoqlar, quloqlar, tanglayda shish paydo bo'lishi
	B	Respirator belgilar (nafas olishning qiyinlashuvi, nafas siqishi, yo'tal, burun bitishi , aksirish, ko'krak qafasida xirillashlar, stridor, gipoksemiya).
	V	AQBning keskin pasayishi va buning oqibatida kollaps, sinkopal xolatlar paydo bo'lishi xamda sfinkterlarning bushashishi natijasida axlat va siydik tutib tura olmaslik.
	G	Qorindagi spastik og'riqlar, qusish kabi qaytalanuvchi gastrointestinal buzulishlar mavjudligi .
3	Bemor uchun ma'lum allergen bilan kontaktda bo'lgandan so'ng qon bosimining pasayishi. Qon bosimini kamayish mezonlari yuqorida keltirilgan.	

3.3 Shikoyatlari va anamnezi:

Bemorning shikoyatlari (es xushi saqlangan holatda) terida qichishish , toshmalar toshishi , ko'z va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarida shish bo'lishi , burundan shilimshiq suvli ajralmalar kelishi , aksirish , yo'tal, nafas siqishi, ko'krak qafasida va qorin bo'shlig'ida og'riq , og'izdan metal ta'mi kelishi, bezovtalik, vaxima, o'lib qolish qo'rquv xissi paydo bo'lishi, keskin umumiy xolsizlik, titroq, bosh aylanishi, qo'l barmoqlari va til uchining uvishishi, quloqlarda shovqin, ko'rishning yomonlashishi, ko'ngil aynishi, qorinda spastik og'riqlar bo'lishi.

Bemor axvoli barqarorlashgandan keyin anamnez va shikoyatlar to'g'risida ma'lumotlar yig'ish mumkin bo'ladi.

5 C	Ash va anafilaksiyaga gumon qilingan barcha bemorlarda bu xolatga olib kelishi mumkin bo'lgan qo'zg'atuvchi omillar haqida ma'lumot to'plash tavsiya etiladi. [22, 30].
-----	---

Izox : bemor axvoli barqarorlashganidan keyin bemorning shikoyatlari va anamnezi to'g'risida ma'lumotlar yig'ish , ash xolatiga diagnoz qo'yish , uning sababini aniqlash va shu kabi xolatlarning oldini olishda muxum ahamiyat kasb etadi

4 C	1. Ash / anafilaksiya qaysi xolatda paydo bo'ldi (dorilar vositalari va oziq-ovqat iste'moli , hasharotlarni chaqishi, Asitdan keyin rivojlangan).
-----	---

	<p>2. Ash ning rivojlanish vaqti - sababchi omil va triggerlar ta'sirida xarakterli belgilarning to'satdan rivojlanishi (bir necha daqiqa ,soat ichida) . Odatda simptomlar tez rivojlanadi.</p> <p>3. Og'ir darajali ashning rivojlanish xavfini oshiruvchi omillarning mavjudligi (qo'shimcha kasalliklar : bronxial astma va nafas yo'li a'zolar tizimining boshqa surunkali kasalliklari , og'ir atopik kasalliklar, yurak – qon tomir tizimi a'zolari patologiyasi, mastositoz, β-adrenoreseptorlar blokatorlari va APF ingibitorlari qabul qilishi , keksa yoshli bemorlar va boshqa sabablar) [4, 14, 22, 23, 29].</p>
--	---

5 C	<p>Ash va anafilaksiyaga gumon qilingan barcha bemorlarga to'g'ri tashxis qo'yish, uning og'irlik darajasi , turi , kechish xarakterini aniqlashtirish maqsatida kasallikning klinikasiga xos bo'lgan shikoyatlariga baxo berish tavsiya qilinadi. [4, 22].</p>
-----	---

Izox : Bemorning shikoyatlari ash ning klinik jixatdan ustunlik qilayotgan simptomatikaning xarakteriga va og'irlik darajasiga bog'liq bo'ladi .

3.4 Fizikal tekshiruvlar:

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

5 C	<p>Anafilaksiya yoki ash o'tqazgan bemorlarga to'g'ri tashxiz qo'yish , uning turini ,kechishi va og'irlik darajasini aniqlash maqsatida fizikal tekshiruvlar o'tqazish tavsiya qilinadi..[22, 24].</p>
-----	---

Izoh: anafilaksiya/ashning asosiy ko'rsatkichi bu hayot uchun xavfli bo'lgan nafas olish jarayonining buzilishi va/yoki qon bosimining pasayishi quydagi organlar va tizimlarning faoliyatidagi o'zgarishlar birgalikda kechishida namoyon bo'ladi:

-Yurak - qon tomir tizimi: taxikardiya, bradikardiya, yurak ritmining buzilishi, to'sh ortida siquvchi og'riq, quloqda shovqin paydo bo'lishi ,paresteziya, siydik va najas ushlab tura olmaslik , yurak foliyatining to'xtashi ;

- Teri va shilliq qavatlar : eritema va giperemiya, teri va shilliq pardalarning umumiy qichishi, qavarchiqlar, lablar angioedemasi, til, periorbital soxada shish, kon'yunktivit, keyingi bosqichlarda – rangparlik, sovuq ter, lab tsianozi;

- Nafas olish tizimi: rinit, rinoreya, aksirish, nafas qisilishi, yo'tal, bronxospazm, shilimshiq gipersekresiyasi, disfoniya, stridor, nafas yo'llarining shishishi (laringeal shish natijasida asfiksiya rivojlanishi mumkin);

- Markaziy asab tizimi: bosh og'rig'i, bosh aylanishi, xulq-atvorning o'zgarishi, qo'zg'alish, keskin bo'shashish, o'lim qo'rquv xissi , tutqanoq xurujlari, es – xushini yo'qotish, midriaz;

- oshqozon-ichak trakti: qorin og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, diareya;
- boshqa organlar va tizimlar: og'izda metall ta'm, metrorragiya [22].

3.5 Laborator tekshiruvlar

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

V C	Ash / anafilaksiya gumon qilingan bemorlarda kasallik boshlangandan 15 daqiqadan 3 soatgacha bo'lgan vaqtda boshqa shoklar bilan qiyosiy tashxislash maqsadida qon zardobida β -triptaza (neytral proteaza, faqat semiz xujayralar tarkibida uchraydi) miqdorini aniqlash tavsiya qilinadi[12, 19].
-----	--

Izox : qonda β - triptaza miqdorining ($1,2 \times$ triptazning bazal miqdori + 2 mg/dl yoki > 25 mkg/l) dan oshishi diagnostik ahamiyatga ega xisoblanadi [27]. Qon zardobida β - triptaza miqdori bir marotaba (kasallik simptomlari paydo bo'lganidan keyin 1-2 soat ichida) yoki ideal xolatda uch marotaba kasallik boshlanishi bilan 1-2 va 24 soatdan keyin xamda shifoxonadan chiqib ketayotgan vaqtda o'lchanadi (bu triptazning bazal miqdori ni aniqlash maqsatida kerak bo'lib , ba'zilar u normada yuqori bo'ladi) .. β - triptazaning eng yuqori miqdori shok boshlangandan keyin 60-90 daqiqa ichida kuzatilib 6 soatgacha saqlanib qoladi . Shuni xam aytib o'tish kerakki , .. β - triptaza miqdori sestemali mastositoz kasalligida yuqori bo'ladi ..Ashda β - triptaza miqdorining ortishi kattalarda 60 % xolatlarda , bolalarda esa undan xam kamroq kuzatiladi . Qonda β - triptaza miqdorining normal bo'lishi ash diagnozini istisno qilmaydi . Qonda β - triptaza boshqa kasallik va xolatalarda (miokard infarkti, travmalar, amniotik suv emboliyasi, to'satdan yuz beruvchi chaqaloqlar o'limi, mastositoz) xam ko'tarilishi mumkin. [31,32,47]

V C	<p>1) umumiy qon taxlili . Gematokrit va EChTning ortishi , leykositoz, eozinofiliya, ba'zida anemiya, trombositopeniya</p> <p>2) umumiy siydik analizi . Buyraklar shikastlanishi bo'lganda : proteinuriya, gematuriya, leykosituriya, tsilindruriya . Koptokchalar filtrasiyasining pasayishi , endogen kreatinin klirensi va kanalchalarning konsentrasion qobiliyatining pasayishi</p> <p>3) qonning bioximiyaviy taxlili ..Transaminaza, kreatinfosfokinaza, laktatdegilrogenaza miqdorining ortishi ,gipoglikemiya, giperkaliemiya, gipokaltsiemiya, gipokomplementemiya.</p> <p>Kislota - ishqor muvozanatini aniqlash : gipoksiya natijasida asidoz giperlaktatemiya bilan birga rivojlanadi v arterial qon tarkibida gidrokarbonatlar miqdori kamayadi (norma 22-25 mmol/l) . kislorodning umumiy so'rilishi pasayadi. Arterial qon bosimining kislorodga to'yinishi - 80-90 %dan past bo'ladi.</p> <p>A) xarakterli o'zgarishlar yo'q (ash I darajasida);</p>
-----	--

	<p>B) metabolik asidoz, gipokaliemiya, gipoksiya (ash II darajasida); V) kuchli rivojlangan metabolik asidoz, og'ir gipoksemiya (ash III – Iv darajasida);</p> <p>4) plazmada gistamin miqdorini aniqlash . Kasallik boshlangandan keyin 5 - 10 daqiqa ichida plazmada gistamin miqdori ko'tariladi , yarim parchalanish davri 20 daqiqani tashkil qiladi . Shuning uchun bu ko'rsatkichni aniqlash qiyinchilik tug'diradi va katta ahamiyat kasb etmaydi .</p> <p>5) allergologik tekshiruvlar (qonda shubxa qilingan allergenga nisbatan maxsus IgE, IgG antitellar kasallikning o'tkir davrida qilinmaydi. Bu ko'rsatkichlar ashdan 3-4 hafta o'tgandan keyin tekshiriladi .</p>
--	--

3.6 Asosiy va qo'shimcha instrumental tekshiruvlar

Instrumental tekshiruvlar

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	Ash / anafilaksiya gumon qilingan bemorlarda tez yordam berishni ta'minlash maqsadida AQB, puls, nafas olish sonini muntazam nazoratga olish tavsiya qilinadi [33, 34].
-----	---

Izox : Bemorlarni muntazam kuzatuv monitorga ulashning imkoniyati bo'lmasa , ularda qon bosimi , puls har 2-5 daqiqada o'lchab turiladi va oksigenasiya nazoratga olinadi. Kasallikning o'tkir xolatini bartaraf etish davrida AQB, puls, oksigenasiya , nafas olish soni, diurez, tana xarorati va EKG tekshiruvi muntazam amalga oshirib turiladi . Boshqa diagnostik tekshiruvlar tezkor ravishda o'tqazilmaydi [47].

Rejali boshqa diagnostik instrumental tekshiruvlar lozim bo'lganda stabil gemodinamik ko'rsatkichlar fonida taqoslama diagnostika maqsatida ko'rsatmalarga qarab tekshiriladi:

- *EKG*. O'tib ketuvchi o'zgarishlar: supraventrikulyar aritmiyalar, T tishchasi inversiyasi , ST segmenti depressiyasi, blokada nojek puchka gisa tutami oyoqchalari blokadasi , ba'zida sindrom WPW.
- *Markaziy venoz qon bosimini aniqlash* . Unga qarab o'ng qorinchadagi bosimni aniqlash imkonini paydo bo'ladi. Bemorga infuzion suyuqliklar quyishni aniqlash maqsadida o'lchanadi. Agar Markaziy venoz bosim past bo'lsa bu vena ichiga suyuqliklar infuziyasi (quyish) kerakligini ko'rsatadi .. Markaziy venoz bosimining 15 mm rt. st.dan yuqoriligi organizmda suyuqlik ko'pligini yoki yurak faoliyatining buzulganligini ko'rsatadi;
- *Ko'krak qafasi a'zolarini rentgenologik tekshiruvlari* boshqa kasalliklar bilan qiyosiy taqqoslash , og'ir tizimli reaksiyalarda organ va sistemalarning shikastlanish darajasini aniqlash, asosiy

kasallik belgilarini kuchayishi va og'irlashishiga sabab bo'luvchi qo'shimcha kasalliklarni aniqlash maqsadida amalga oshiriladi.

- *Kichik chanoq va qorin a'zolari ultra tovush tekshiruvi* boshqa kasalliklar bilan qiyosiy taqqoslash , og'ir tizimli reaksiyalarda organ va sistemalarning shikastlanish darajasini aniqlash, asosiy kasallik belgilarini kuchayishi va og'irlashishiga sabab bo'luvchi qo'shimcha kasalliklarni aniqlash maqsadida amalga oshiriladi. [47]

3.7 mutaxassislarning konsultativ ko'ruvi uchun ko'rsatmalar

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

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

- Allergolog-immunolog konsultasiyasi.;
- Kardiolog konsultasiyasi (qo'shimcha yurak kon tomir kasalliklarini aniqlash maqsatida);
- Nevrolog konsultasiyasi (qo'shimcha nevrologik patologiyani aniqlash maqsatida);
- Otorinolaringolog konsultasiyasi (qo'shimcha LOR-a'zolar patologiyasini aniqlash);
- Gastroenterolog konsultasiyasi (ovqat xazm a'zolari patologiyasini aniqlash)

3.8 Tashxislash algoritmi

Anafilaktik shok bilan og'rigan bemorda tashxis qo'yishda quyidagi ketma-ketlik tavsiya etiladi: etiologiyasi, shakli va og'irligi, MKB-10 kodini ko'rsatish. Masalan :

1. Ari chaqishi natijasida kelib chiqqan anafilaktik shok - T78.0..2 chi og'irlik darajasi , tipik turi , o'tkir xavfsiz kechishi.
2. Penisillin in'ektsiyasi natijasida rivojlangan anafilaktik shok -T88. 6.. 3 chi og'irlik darajasi , asfiktik turi , xavfli kechishi.

3.9 Qiyosiy tashxis va qo'shimcha tekshiruvlarni asoslash

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

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

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

Tashxis qiyosiy tashxis uchun asos	Tashxis qiyosiy tashxis uchun asos	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
O'tkir yurak etishmovchiligi (O'YuE) shikoyatlari : nafas siqilishi, bemorning tez	O'tkir yurak etishmovchiligi (O'YuE) shikoyatlari : nafas siqilishi, bemorning tez charchashi, sinusli taxikardiya , kechasi bo'g'ilish xurujlari, yo'tal, periferik shish, siydik ajralishining buzilishi, o'ng	1.Umumiy qon taxlili 2.Umumiy siydik analizi . 3.Qonning bioximiyaviy taxlili . 4. EKG 5. Ko'krak qafasi rentgenogrammasi.	Laboratoriya diagnostikasi: - umumiy oqsil, albuminlar kamayish; gipoproteinemiya kuzatilishi mumkin ; -bilirubin , alanin va aspartatamin aminotferazalari, timol

<p>charchashi,si nusli taxikardiya , kechasi bo'g'ilish xurujlari, yo'tal, periferik shish, siydik ajralishining buzilishi, o'ng qovurg'a ostida og'irlik xissi va og'riq.</p>	<p>qovurg'a ostida og'irlik xissi va og'riq.</p>	<p>6. Miya qavati natriyuretik peptid darajasini aniqlash</p>	<p>namunalari, gamma - glutamiltranspeptidaza, laktat dehidrogenaza darajasini oshishi: - protrombin miqdori pasayishi - xolesterin trigliseridlari, past va juda past zichlikdagi lipoproteinlarning ko'payishi; - yuqori zichlikdagi lipoproteinlarni kamayishi; - og'ir yurak etishmovchiligida qonda kardiospesifik kreatinfosfokinazning MV- fraktsiyasining oshishi ; - kaliy, natriy, xlor, magniy miqdori kamayadi; kreatinin va mochevina miqdori oshadi . EKG: O'YuE etiologiyasini aniqlash maqsatida tekshiriladi ko'krak qafasi rentgenogrammasi: o'pkadagi dimlanish og'irlik darajasini aniqlanadi Miya qavati natriyuretik peptid darajasini aniqlash - yurak etishmovchiligi rivojlanib borishida uning miqdori ortadi</p>
<p>Miokard infarkti</p>	<p>Asosiy shikoyat-ko'krak qafasidagi anginal og'riq, ko'pincha yurak sohasida kuzatiladi . Odatda bu og'riqlar bosuvchi , siquvchi , sanchuvchi , yondiruvchi xarakterga ega bo'ladi . Ko'pincha ular ko'krak qafasi chap yarmida, to'sh orqasida joylashgan, lekin ular kuraklar orasida , epigastral soxada ba'zida ko'krak qafasi o'ng yarmida xam bo'ladi . Odatda anginal og'riqlar chap qo'l, pastki jag, chap kurak soxasi, kuraklar orasiga xattoki o'ng qo'lga xam</p>	<p>1.Klinik belgilar 2.Umumiy qon taxlili 3. Qonning bioximiyaviy taxlili . 4. EKG</p>	<p>Rangining oqarib ketishi , kuchli ter bosishi , pulsning tezlashishi , yurak cho'qqisida I va II tonlarning keskin sustlashishi va qo'shimcha III toning paydo bo'lishi , o'pkaning pastki bazal soxasida nam xirillashlarning paydo bo'lishi . Laborator diagnostikasi : - Qonda laktatdehidrogenaza, kreatinfosfokinaza, troponina miqdorining ortishi .</p>

	<p>tarqalishi mumkin . O'limdan qo'rqish hissi, to'satdan paydo bo'luvchi keskin xolsizlik , terlash, ba'zan ko'ngil aynish, qusish yoki bo'g'ilish kuzatiladi . O'tkir koronar sindromning rivojlanishini tavsiflovchi o'ta muhim klinik belgilar – bu jismoniy faoliyat paytida yoki undan keyin darhol og'riqning paydo bo'lishi, ularning davomiyligi 20 daqiqadan ortiq bo'lishi va nitrogliserinning samarasizligidir.</p>		<p>EKG-o'zgarishlar - Q - tishli miokard infarktda : ST segmentining ko'tarilishi , T tishcha inversiyasi va keng va chuqur Q tishcha paydo bo'lishi ; - Q tishchasiz – miokard infarktda : ST segmentining depressiyasi va manfiy T tishcha paydo bo'lishi Q tishcha o'zgarishsiz bo'ladi .</p>
<p>Xushdan ketish</p>	<p>Shikoyatlari: ko'krak qafasida siqilish, holsizlik, ko'z oldida miltillovchi xosilalar uchishi , qo'l-oyoqlarning uvishishi, ko'ngil aynishi,qusish, teri qoplaminig oqarishi , qon bosimining pasayishi.</p>	<p>1.Klinik belgilar 2.Umumiy qon taxlili 3. Qonning bioximiyaviy taxlili . 4. EKG</p>	<p>Quloqlarda shang'illash bilan bosh aylanishi, keskin bo'shshish hissi, o'tkir holsizlik, esnash, ko'z oldi qorayishi, ko'ngil aynishi, sovuq ter bosishi , qo'l-oyoqlarning uvishishi, nafas olish yuzaki va sekinlashishi. . Teri oqargan va puls kuchsiz. Bemor birdan ko'zini yumadi, sovuq ter bilan qoplanadi, puls zaiflashadi, oyoq-qo'llari sovuq bo'ladi, dastlab kuz korachiqdari torayib , keyin esa kengayishi kuzatiladi. Ko'pincha, bu holat bir necha soniya davom etadi, keyin asta-sekin bemor o'ziga kelib , atrofdagi muhitga munosabat bildiradi boshlaydi. Laboratoriya diagnostikasi: qizil qon hujayralari – eritrositlarning sonining kamayishi, glyukoza darajasining pasayishi, yurak shikastlanganda Tropinin 1 miqdori ortishi. Holter monitorida , bosh miya Ktsida , EKG, ExoKG da o'zgarishlar kuzatiladi</p>

<p>O'pka arteriyasi tromboemboliyasi</p>	<p>Shikoyatlari : kasallik qisqa muddatli hushni yo'qotish yoki hushdan ketish, to'sh orqasida yoki yurak soxasida og'riq, taxikardiya, nafas siqilishi, bo'g'ilish bilan boshlanadi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klinik belgilar. 2. D-dimer konsentrasiyasini aniqlash. 3. EKG 4. MSKT 	<p>Klassik massiv emboliya sindromi belgilariga - kollaps, to'sh orqasida og'riq, tananing yuqori yarmida tsianoz, taxipnoe, bo'yin venalarining shishishi kiradi . Qon bosimi < 90 mm.sm ust dan pasayishi ,qon tupirish , oyoklarida kuchsiz shish, taxikardiya kuzatiladi . Yurak va o'pkaning auskultasiyasi triskuspidal klapan va o'pka arteriyasi ustida II tonning aktsenti va bu nuqtalarda sistolik shovqin eshitilishi mumkin. II ton ikkilanishi , galop ritmi - yomon prognostik belgi xisoblanadi . Emboliya zonasi ustida nafas shovqinlari zaiflashuvi, nam xirillashlar va plevra ishqalanish shovqini eshitiladi . Og'ir o'ng qorincha etishmovchiligida bo'yin venalari shishadi va pulsasiyalanadi; jigar kattalashishi mumkin. Laboratoriya diagnostikasi: D-dimer konsentrasiyasini aniqlash. D-dimer konsentrasiyasi ortishi 500 mkg / ml dan ortishi o'pka tromboemboliyasi ehtimoligini oshiradi . EKGdagi o'zgarishlari: o'ng qorinchaning o'tkir zo'riqish belgilari - manfiy S tishcha I chi tarmoqda, Q tishchasi III tarmoqda kuchli rivojlangan bo'ladi . Bundan tashqari o'tish zonasining chapga siljishi (V5-V6 tarmoqlarda chuqur S tishchasi) manfiy T tishchasi bilan birga , Giss to'tamining o'ng yoki chap oyoqchasi oldingi shoxchasi bo'ylab</p>
--	--	--	--

		<p>o'tkazuvchanlikning buzilishi bilan birga namoyon bo'ladi. Bir qator bemorlarda S-T segmentining chap tarmoqlarda depressiyasi yoki ko'tarilishi kuzatiladi , bu odatda chap qorincha miokard ishemiyasi sifatida talqin qilinadi. ExoKG: o'ng bo'lmachalar va o'pka arteriyasining kengayishi, qorinchalararo to'siqning paradoksal harakati, triskupidal klapan etishmovchiligi ko'riladi . Ko'krak qafasi rentgenogrammasi: shikastlanish tomonida diafragma gumbazining baland turishi, yurak qorincha va bo'lmachasining va o'pka ildizlarining kengayishi, tomir surati sustlashishi, diskoid atelektazlarning mavjudligi bilan namoyon bo'lishi mumkin. Infarkt pnevmoniyasi hosil bo'lganda uchburchak soyalar, sinusdagi suyuqlik infarkt tomonida ko'rinadi. O'pkani perfuzion skanerlash: preparatning kam to'planishi yoki uning o'pka sohasining biror qismida to'liq bo'lmasligi bu sohada qon aylanishining buzilganligini ko'rsatadi. Xarakterli belgilar ikki yoki undan ortiq segmentda nuqsonlarning mavjudligi hisoblanadi. Kompyuter tomografiyada o'pka arteriyalariga kontrast yuborib ko'rish o'pka to'qimasi perfuziyasining pasayishi va trombolitik massalar o'choqlarini aniqlash imkoniyatiga ega.</p>
--	--	--

			Oyoqlar va kichik chanoq venalarining ultratovush angiografiyasi emboliya manbasini va uning tabiatini aniqlash uchun kerak bo'ladi.
Epileptik status (es)	Shikoyatlari : psixikada umumiy sustlik (bradipsixizm), xarakteristik sustligi, nutqdagi teranlik yo'qligi , shuningdek, anamnezida avlodda bu kasallik borligi , uyqusida yurish yoki enurez xaqidagi ma'lumotlar , bolalikda yuqori harorat, bosh jarohatiga javoban tutqanoq xurujlarining bo'lganligi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klinik belgilar 2. Umumiy qon taxlili 3. Qonning bioximiyaviy taxlili . 4. EEG 	<p>Tutqanoq va tutqanoqning psixik ekvivalentlari xarakterda bo'ladi . Shaxsiyatdagi o'zgarishlar (uzoq muddatli, doimiy, progressiv buzilishlar). Kasallik kechishi xususiyatlari: 1) spazmofiliyaning oktyabr—noyabr oylarida simptomlarning oshishi va mart—aprel oylarida uning namoyon bo'lishining kuchayishi ; 2) spazmofiliyada elektr qo'zg'aluvchanligi (Erba simptomi) va mexanik qo'zg'aluvchanlik (Trusso va Xvosteka belgilari) yuqoriligi; 3) spazmofiliyaga xos bo'lgan laringospazmlar va ayniqsa kaltsiy almashinuvining sezilarli buzilishlari. Laboratoriya diagnostikasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -tutqanoq sindrom bo'lgan bemorlarda qonda glyukoza, natriy, kaltsiy, magniy miqdorini aniqlash; - qonda zaharli moddalar borligini tekshirish; - metabolik asidoz - ortiqcha mushak qisqarishlari , glikogen miqdori kamayishi , anaerob glikoliz va sut kislota to'planishiga sabab bo'ladi. <p>Tutqanoq xurujlari fonida rning 7.2 ga pasayishi kamdan-kam hollarda og'ir yurak ritmi buzilishi bilan kechadi;</p>

			- nafas olish asidozi; nafas olish faoliyatining tutqanoqqa qarshi dorilar ta'sirida buzilishi va tutqanoq xurujlari paytida mushaklarda karbonat anhidrid miqdorining ortishi va ajralishining yomonlashishi kuzatiladi EEG: qo'zg'aluvchanlik o'choqlari paydo bo'ladi
Quyosh va issiqlik urishi	Shikoyatlari: Bosh aylanishi, qattiq bosh og'rishi, yuzning qizarishi . Ko'z oldi qorayishi, ko'ngil aynishi, ba'zan qusish. Ko'rish buzilishi va burundan qon ketishi sodir bo'lishi mumkin.	1. Klinik belgilar 2. Umumiy qon taxlili 3. Qonning bioximiyaviy taxlili . 4. Umumiy siydik taxlili	Bosh og'rishi, lanjlik, qusish, tana haroratining ko'tarilishi (ba'zan 40 °C dan yuqori), nafas olish va pulsning buzilishi, tirishish, qo'zg'aluvchanlik va boshqa belgilar. Og'ir hollarda-koma. Muhitning namligi oshganda qizib ketish alomatlari kuchayadi. Laboratoriya diagnostikasi : trombosipeniya, leykositoz, gipofibrinogenemiya . Siydikning umumiy tahlilida tsilindruriya, leykosituriya, proteinuriya
Гипогликемия	Shikoyatlari: ochlik xissi , bosh og'rig'i, bosh aylanishi, tez o'tib ketuvchi ko'z oldida "tuman" bo'lishi , ko'z oldida "nuqta" lar miltillashi, diplopiya kabi shikoyatlar .	1. Klinik belgilar 2. Umumiy qon taxlili 3. Qonning bioximiyaviy taxlili . 4. Qonda qand miqdorini aniqlash	Neyroglükopeniya intellektual faoliyatning pasayishi, diqqatni jamlash qobiliyati va orttirilgan psixomotor malakalarning qisman yo'qolishi bilan xarakterlanadi. Bemorlar birdan nima bo'layotganiga befarq bo'ladilar, lanj va uyquchan bo'lib qoladilar. Ko'pincha gipoglikemiyaning bu belgilari bemorlarning o'ziga qaraganda boshqalarga ko'proq seziladi. Ko'pincha neyroglükopeniya - u o'rinsiz kayfiyat va xatti-harakatlar (nomutanosib yig'i, agressiya, autizm, negativizm) bilan namoyon bo'ladi. Neyroglükopeniya

		<p>og'irlashuvi es xushining o'zgarishiga olib keladi , trizm, dastlab alohida mushak guruhlari va umumiy tirishishlar paydo bo'ladi va gipoglikemik komaga o'tishi mumkin . Giperkatexolaminemiya klinik jihatdan taxikardiya, qon bosimining ko'tarilishi, terlash, titrash, terining oqarib ketishi , vaxima va qo'rquv hislari bilan namoyon bo'ladi. Tungi gipoglikemiya uyqu paytida sodir bo'lsa, vaxima va qo'rquv hislari yomon tushlar shaklida namoyon bo'ladi . Diabetga chalingan bemorning qoniqarli salomatligi fonida to'satdan es xushini yo'qotsa, birinchi navbatda, gipoglikemik koma xaqida o'ylash kerak. Gipoglikemik koma qandli diabet dekompenzatsiyasi bo'lmasdan sodir bo'lsa teri qoplamlari o'rtacha namlikda , normal rangda, to'qimalarning turgor qobilyati qoniqarli, ko'z olmalari bosib ko'rilganda normal , nafas olish ravon , puls tez-tez yoki normal va to'laqonli , qon bosimi normal yoki biroz ko'tarilgan , yorug'ligiga reaksiyasi saqlangan bo'ladi . Ba'zi bemorlarda koma holatida aniqlangan mushaklarning gipertonusi odatda trizm bilan kechadi, bu asfiksiyaga olib kelishi mumkin. Chuqur va uzoq davom etadigan gipoglikemik koma hollatlari miya asosi simtomatikasi masalan nafas olish beqarorligi va yurak etishmovchiligi</p>
--	--	---

5. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi:

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

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

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

Birinchi yordam ash paydo bo'lgan joyda boshlanib , to'laqonli malakali tibbiy yordam intensiv terapiya bo'limida ko'rsatilishi kerak . Ash da birinchi yordam tez ko'rsatilishi davolash effektivligini oshiradi .

Agar ash uyda yoki ko'chada paydo bo'lsa birinchi yordam ma'lum bir ketma ketlikda amalga oshiriladi .Reanimasion tez yordam brigadasi chaqiriladi .

Anafilaksiya bilan kasallangan bemorlarga birinchi yordam ko'rsatish ketma ketligi :

(World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis 2011)

1. Anafilaksiyani diagnostikasi va davolash bo'yincha yozma protokolga ega bo'ling.
2. Allergenning organizmga tushishini to'xtatish kerak (anafilaksiyaga olib kelgan yoki bemor o'zini noxush xis qilganda dori-darmonlar kiritilishini to'xtatish, hasharotlar chaqqanda nishini olib tashlash va boshqalar).
3. Bemorda xayot uchun muxim a'zolar tizimi - yurak - qon tomir , nafas olish , bosh miya faoliyatiga baxo beriladi .. Buning uchun bemorda puls , nafas olish soni , nafas yo'llari o'tqazuvchanligini , arterial qon bosimi , ruxiy xolati tekshirilib unga baxo beriladi . AQB, puls, nafas olish sonini doimiy nazorat qilish ..Bemorlarni monitorga ulashning imkoniyati bo'lmasa AQB, puls, nafas olish sonini va saturasiyasini xar 2-5 minutda o'lchab turiladi.
4. Zudlik bilan tez yordamga telefon qilib reanimasion brigada chaqiriladi
5. Sonning old yuqori lateral qismiga epinefrin (adrenalin) mushak orasiga 0,01 mg/kg, 1:1000 (1 mg/ml), maksimum 0,5 mg (kattalarga) yoki 0,3 mg (bolalarga) qilinadi va qilingan doza xamda vaqti yozib qo'yiladi . Lozim bo'lsa shu dozada dori vositasi 5-15 daqiqadan keyin yana qilinadi . Ko'pchilik bemorlarga 1-2 marta adrenalin qilish kerak bo'ladi.
6. Agar bemorda qusish va /yoki resperator distress belgilari kuzatilsa orqasi bilan tekis joyga yotqizilib oyoqlari tizzadan bukib ko'tariladi (bemorlar o'rinlaridan turishi, o'tirishi , xarakterlanishlari mumkin emas..Bu bemorlarni o'limga olib keladi) Agar kerak bo'lsa bemor gorizantal yotgan xolatda boshi buyin soxasidan orqaga va yon tarafga egiladi , pastki jag'oldinga va yuqoriga tortiladi xamda og'iz ochiladi bu usul yordamida og'iz bo'shlig'i ochilib , tozalanadi . Bu bilan yuqori nafas yo'llarining o'tqazuvchanligi va kislorod kirishi ta'minlanadi .
7. Bemorga kislorod berish (ko'rsatmalarga asosan). Kislorod bemor spontan nafas olish saqlangan xolatda niqob , burun kateteri yoki xavo o'tkazuvchi trubka orqali beriladi (6-8 l/min)

8. Bemor vena qon tomiriga tushish yoki uni saqlab qolish talab etiladi . Kerak bo'lganda 1-2 10,9% NaCl (izotonik eritma) zudlik bilan yuboriladi . Dastlabki 5-10 min davomida kattalarga 5-10 ml/kg va bolalarga 10 ml/kg yuborish tavsiya qilinadi

9. Har doim o'pka –yurak reanimasiyasini amalga oshirishga tayyor turish kerak. Nafas olish va qon aylanish faoliyati to'xtaganda tashqi yurak bilvosita massaji va sun'iy nafas berish kerak .

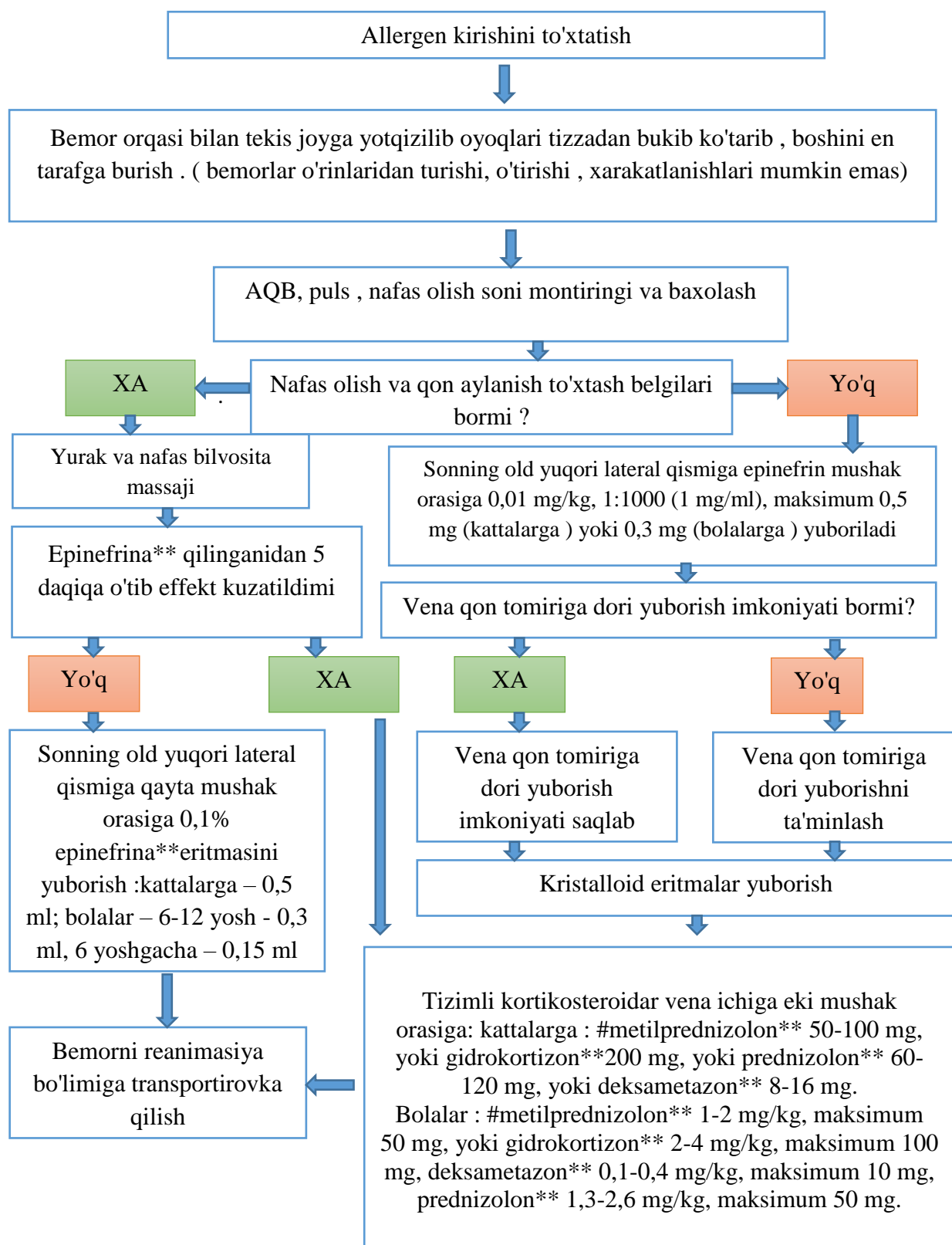
10. Doimiy AQB, puls, nafas olish sonini doimiy nazorat qilish kerak .

Eslatma : 4,5,6 punktlar juda tez va bir vaqtning o'zida amalga oshirilishi kerak .

Ash reanimasiya va intentsiv davolash bo'limiga yotqizib davolash uchun absalyut ko'rsatma xisoblanadi.

4.1 Shifokor harakatlari algoritmi

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



4.2 Asosiy dori-vositalarning ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan): 4. jadval

Farmakoterapevtik guruh qo'llash tartibi dalillar darajasi	Dori-vositasining halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
Alfa - i beta-adrenomimetik	Epinefrin gidroxlorid	0,01 mg/kg mushak orasiga	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/360 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Parenteral foydalanish uchun regidratasiya va dezintoksikasi uchun	Natriy xlorid	0.9 %-li natriy xlorid eritmasi 20 ml/kg bolyus usulida	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
Glyukokortikosteroid 8-	Deksametazon	32 mg vena ichiga	https://www.vidal.ru/drugs/dexamethasone__3484 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Glyukokortikosteroid	Prednizalon	90-120 mg vena ichiga	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 Jarrohlik aralashuvi

Agar intubasiya qilish imkoni bo'lmasa yoki bajarish qiyin bo'lsa, konikotomiya (qalqonsimon va halqa shaklidagi Tog'ay o'rtasidagi membranani favqulodda kesish) qilish kerak.

Shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalari:

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

Anafilaksiya yoki ashni bartaraf etgandan keyin ularning uzoq muddat yoki qaytalanuvchi kechishini oldindan aytib bera olmaslik hisobga olinib, kamida 24 soat davomida reanimasiya va intensiv davolash bo'limiga hospitalizatsiya qilish va kuzatish tavsiya etiladi

Anafilaktik shok bilan og'rigan bemorlarga ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamning ko'rsatishning sifat mezonlari.

No	Sifat mezonlari	Tavsiyalarning ishonchlik darajasi	Dalillarning ishonchlik darajasi
1	Allergenni tanaga kirishini to'xtatish	5	C
2	Zudlik bilan epinefrin yuborish.	4	C
3	Epinefrinni sonning yuqori uchdan bir qismi old yon yuzasiga mushak orasiga yuborish	1	A
4	Nafas olish a'zolaridagi xavfli asoratlarni oldini olish uchun sistemali GKS yuborish	5	C
5	Tez tibbiy yordam ko'rsatish yoki reanimasion brigada chaqirish	5	C
6	Bemorni gorizantal xolatda yotqizib oyoqlarini ko'tarish va boshini yon tarafga burish	5	C
7	O'rtacha tezlikda yuz niqobi orqali bemorga namlangan kislorod berish	5	C
8	Epinefrinning takroriy dozasini mushak orasiga kamida 5 daqiqadan so'ng qo'llash	5	C
9	Mushak orasiga qilingan birinchi va ikkinchi dozaga javob reaksiyasi bo'lmasa epinefrin vena ichiga 1:1000 nisbat eritmada (1 ml epinefrin eritmasi 9 ml a natriya xlorid 0,9% eritmasida) qilish yurak faoliyati nazorati ostida .	4	B
10	AQB, nos ,YUUS , puls doimiy nazorat qilish .	5	C

6.1 Stasionar darajasida davolash taktikasi:

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

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

5 C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok tibbiyot muassasasidan tashqarida (ko'chada) sodir bo'lsa tez tibbiy yordam brigadasini , intensiv terapiya va reanimasiya bor tibbiyot muassasasida belgilari mavjud bemorlarga reanimatolog shifokorni зудlik bilan chaqirish tavsiya qilinadi. [30,47,48].
-----	--

5 C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok kuchayib ketishini oldini olish maqsatida organizimga sababchi allergenning kirishini to'xtatish tavsiya qilinadi . [4, 30,47,48]
-----	--

Izox :Dori vositalari natijasida kelib chiqqan ashda: dori vositasini vena orqali yuborish to'xtatiladi , vena qon tomiri orqali boshqa dorilar yuborish uchun kirish yo'li saqlab qolinadi ; xashoratlar chaqqanida - agar nishi qolgan bo'lsa olib tashlanadi , shu joydan yuqoriga jgut qo'yiladi . Agar allergenni chiqarish ko'p vaqt talab qilsa , masalan oshqozonni yuvish , unda bu vazifani amalga oshirish kerak emas .

5 C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok kuchayib mavjud bemorlarni orqasi bilan tekis joyga yotqizilib oyoqlari tizzadan bukib ko'tarish va gorizantal yotgan xolatda boshi buyin soxasidan yon tarafga egish tavsiya qilinadi . [4, 35,47,48].
-----	--

Izox : Agar bemorda qusish va /yoki resperator distress belgilari kuzatilsa orqasi bilan tekis joyga yotqizilib oyoqlari tizzadan bukib ko'tariladi . bemorlar o'rinlaridan turishi, o'tirishi , xarakatlanishlari mumkin emas..Bu bemorlarni o'limga olib keladi) Agar kerak bo'lsa bemor gorizantal yotgan xolatda boshi buyin soxasidan orqaga va yon tarafga egiladi , pastki jag'oldinga va yuqoriga tortiladi xamda og'iz ochiladi . Bu usul yordamida og'iz bo'shlig'i ochilib , tozalanadi .Bu bilan yuqori nafas yo'llarining o'tqazuvchanligi va kislorod kirishi ta'minlanadi.

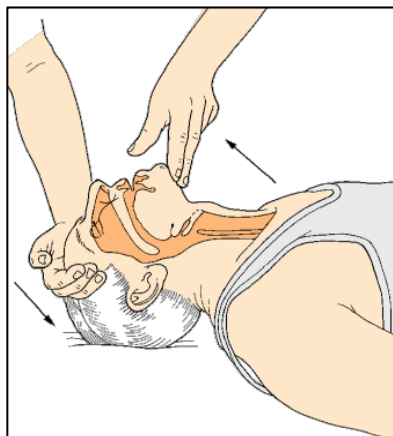
5 C	Xomiladorlarda anafilaksiya yoki anafilaktik shok vujudga kelganda ularni chap yonboshi bilan yotqizib , yuqori nafas yo'llari o'tqazuvchanligini ta'minlash tavsiya qilinadi . [2,48].
-----	---

5 C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok yuqori nafas yo'llari angionevrotik shishi yoki bronxospazm natijasida bo'g'ilish bilan birgalikda kelganda bemorlarni o'tqazish tavsiya qilinadi . [2,48].
-----	--

Izoh: shuni ta'kidlash kerakki, anafilaksiya yoki anafilaktik shok yuqori nafas yo'llari angionevrotik shishi yoki bronxospazm bilan birga kelganda o'tirishga ruxsat etilmasa , keyin o'limga olib kelishi mumkin.

5 C	Barcha es xushini yuqotgan bemorlarga nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlash maqsatida safar usulidan foydalanish tavsiya qilinadi . [4, 35].
-----	---

Izox : bemorga reanimasion chora tadbirlarni boshlashdan oldin amerikalik olim Piter Safari



tomonidan taklif etilgan usuldan foydalaniladi. Safari usuli quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Bemor qattiq yuzali tekis joyga gorizantal xolatda yotqiziladi.
2. Bemor gorizantal yotgan xolatda boshi buyin soxasidan orqa tarafga egiladi . Bunda yordam ko'rsatuvchi bir qo'li bilan bo'yin orqa tarafidan ko'taradi , ikkinchi qo'li bilan peshona soxasiga bosib boshi orqaga egiladi.Bo'yin umurtqalari shikastlanishiga shubxa bo'lganda bo'yin soxasidan boshni orqaga egish taqiqlanadi .
3. Bemorning pastki jag'oldinga va yuqoriga tortiladi xamda og'iz ochiladi.
- 4 natijada tilning orqaga ketib qolishi va asfiksiya oldi olinadi, og'iz bo'shlig'i qusiq masalaridan tozalanadi yuqori nafas yo'llarining o'tqazuvchanligi va kislorod kirishi ta'minlanadi.
- 5 Agar bemor og'iz bo'shlig'ida tish protezlari bo'lsa olib tashlanadi ..[4,48].

3 A	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok belgilari mavjud bemorlarga zudlik bilan epinefrin** (adrenalin) qilish tavsiya qilinadi [13, 36,48]
2 B	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok belgilari mavjud bemorlarga zudlik bilan elka yoki son soxasi yuqori tashqi yon kismiga mushak orasiga epinefrin qilish kerak , tez yordam ko'rsatish paytida kiyim ustidan xam shu soxaga qilish mumkin bu soxaga inektsiya qilish qulay va samaradorligi yuqori xisoblanadi . [36, 37, 38, 39].

Izox : bu soxaga dori vositasini kiritish deltasimon mushak va teri ostiga qaraganda qulay va afzalroqdir [36, 37, 38, 39]. Vena qon tomiriga dori vositasini yuborish imkoniyati bo'lganda , vazopressorlardan foydalanish va titrlash tajribasiga ega bo'lgan o'qitilgan xodimlar (masalan, anesteziologlar va reanimatologlar) yurak faoliyatini nazoratida epinefrinni vena ichiga qilishi mumkin [40].

5 C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok belgilari mavjud bemorlarga epinefrin 0,01 mg/kg dozada qilinadi .Kattalar uchun anafilaksiya /ashga qarshi epinefrinning maksimal bir martalik dozasi 0,5 mg, 6 - 12 yoshlilarga– 0,3 mg , 6 yoshdan kichik bolalarga -0.15 mgni tashkil etadi . [2, 22,47,48].
-----	---

Adrenalinning dozasi bolalarda yoshiga qarab belgilanadi :

12 yoshdan katta bolalar	500 mkg gacha	0.5 ml (0.05 ml/kg)
6 - 12 yosh	300 mkg, agar bola kichkina , yaxshi rivojlanmagan bo'lsa	0.3 ml (0.03 ml/kg)
6 yoshdan kichik bolalar	300 mkg	0.3 ml (0.03 ml/kg)

5 C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok belgilari mavjud bemorlarga birinchi dozaga javob reaksiyasi bo'lmasa 5 daqiqadan keyin epinefrin** qaytadan yuqorigidagi dozada qilinadi [30, 41].
-----	--

3 B	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok belgilari mavjud bemorlarga mushak orasiga qilingan birinchi dozaga javob reaksiyasi bo'lmasa epinefrin vena ichiga 0,1 mg/ml - 1 ml epinefrin eritmasi 10 ml a natriya xlorid 0,9% eritmasida anafilaksiyani bartaraf qilish uchun 0,1-1 mkg/kg/min tezlikda (5-20 daqiqa davomida) qilinadi . Bolalar uchun adrenalinning vena ichiga qilinadigan dozasi - 1 mkg/kg. [30,48].
-----	---

Izox : xayot uchun xavfli og'ir shok xolatdagi va maxsus ko'rsatmalarga asosan anesteziya paytida adrenalin vena ichiga qilish tavsiya qilinadi ..Bu muolajani faqat maxsus tayyorgarlikdan o'tgan , biladigan shifokor qilishi kerak . Vena ichiga adrenalin inektsiyasi AQB, EKG va puls, nafas olish nazoratida juda sekinlik bilan qilinadi.

5 C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok belgilari mavjud bemorlarga mushak orasiga va venaga ichiga 2 - 3 marta bolyus usulida epinefrin qilinganda xam effekt bo'lmasa , 1,0 ml 0,1% epinefrin v 250 ml 5% glyukoza yoki natriy xlor eritmasida infuziya xolatida dozasi 0,1 mkg/kg/min tezligida anafilaksiya/ash bartaraf qilinguncha yuboriladi [35, 41, 44, 45].
-----	--

Izox : Bosh og'irishi , titroq, qon bosimi oshib ketishi adrenalinning no'juya ta'siri xisoblanadi . Katta yoshli , YUIK bilan og'irgan , bosh miya qon tomirlari aterosklerozi bor bemorlarda adrenalinni vena ichiga yuborish taxikardiya , yurak ritmi buzulishiga , yurakdagi ishemik xolatlarning ortishiga va subaraxnoidal qon quyulishlarga olib kelishi mumkin , shuning uchun bu muolaja muntazam EKG nazoratida amalga oshiriladi adrenalinni ishlatishga absolyut qarshi ko'rsatmalar yo'q . Prosta bezi adenomasi , yopiq burchakli glaukoma , tireotoksikoz , arterial gipertenziya, aritmiya, tserebro-vaskulyar etishmovchilik adrenalini qo'llanishiga nisbiy qarshi ko'rsatma xisoblanadi ..Beta-blokatorlar adrenalini ta'sirini kamaytiradi . Simpatomimetiklar , monoaminooksidaza ingibitorlari , digoksin adrenalini nojuya ta'sirlarini ko'paytiradi.

V C	Pereferik venalar orqali dori vositalarini yuborish imkoni bo'lmasa ,intubasion trubka yoki teri orqali punktsiya yo'li bilan traxeyaga yuboriladi. [35, 44,47].
-----	--

V C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok belgilari mavjud barcha bemorlarga to'qimalarga kislorod etib borishini taminlash maqsatida yuz maskasi orqali 6-8 l/ daqiqasiga kislorod berish tavsiya qilinadi [28, 30].
-----	--

V C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok belgilari mavjud barcha bemorlarga gipovolemiyani proflaktikasi uchun epinefrin qilingandan keyin vena ichiga kristalloid eritmalar bolyus usulida yuborish tavsiya qilinadi. [30,48]
-----	--

Izox : Agar allergiyaga sabab bo'lgan preparat vena ichiga yuborilgan bo'lsa , vena orqali kirishni saqlab turish kerak . Kristalloid eritmalarining tavsiya etilgan dozasi 20 ml/kg tana vaznini tashkil etadi . Isitilgan (iloji bo'lsa) 0,9% natriy xlorid eritmasi yoki, muvozanatli kristalloid eritmasi ishlatiladi (normotenziya bilan og'rikan bemor uchun 500-1000 ml va gipotenziya bilan og'rikan bemor uchun 1000-2000 ml); anamnezida yurak etishmovchiligi mavjud bo'lsa – 250 mldan ko'p bo'lmagan eritma 5-10 daqiqa ichida, bolalarga -20 ml/kg dozada yuboriladi dekstroza eritmalarini qon tomirdan tez chiqib ketganligi uchun qo'llash tavsiya qilinmaydi[46].

5 C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok belgilari mavjud barcha bemorlarga nafas olish a'zolaridagi xavfli asoratlarni oldini olish uchun epinefrin qilingandan keyin sistemali GKS yuborish tavsiya etiladi [4, 30,48].
-----	---

Izox:GKS lar shokni davolashda ishlatiluvchi asosiy patogenetik dori vositalari xisoblanadi . Ular xujayra ichi glyukokortikosteroid retseptorlari bilan birikib allergiyaga qarshi va metabolitik ta'sir ko'rsatadi . Anafilaksiyaning oxirgi fazalari rivojlanishining oldini oladi [4, 48].

5 C	Dastlabki dozalar kattalar uchun : deksametazon ** 8-16 mg vena ichiga, yoki prednizalon** 60-120 mg vena ichiga, yoki metilprednizolon ** 50-100 mg vena ichiga, bolalar uchun, metilprednizolon** 1-2 mg / kg, maksimal 50 mg yoki prednizalon **1.3-2.6 mg / kg,yoki deksametazon** 0,1-0,4 mg/kg, maksimum 10 mg qilinadi . [4, 30,48].
-----	---

Izox GKS dori vositalari dozasi va davomiyligi individual tarzda kasallik og'irlik darajasi va kasallikning klinik belgilariga asosan belgilanadi . Giperglikemiya , gipokaliemiya, osteoporoz, eyforiya, psixoz, miopatiya, turli infeksiyalar rivojlanishi GKS dori vositalarining nojo'ya ta'siri bo'lib , qisqa muddatga qo'llanilganda diyarli yuzaga chiqmaydi . GKS dori vositalarining ishlatishga absolyut qarshi ko'rsatmalar yo'q

Faqat xomiladorlikda va immunodepressantlar qabul qilayotgan bemorlarga xavfva foyda ta'sirlarini ko'rib chiqib qilinadi [48].

5 C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok belgilari mavjud barcha bemorlarga GKS puls-terapiya tavsiya etilmaydi [4].
-----	--

5 C	Teri va shilliq qavatlarda o'zgarishlar bor bo'lgan bemorlarga qon bosimini barqarorlashgandan so'ng, kapillyar o'tkazuvchanlikni kamaytirish uchun N1-gistamin reseptorlari blokatorlarini kiritish, to'qima shishi, qichishish va giperemiyani bartaraf etish maqsatida tavsiya etiladi [1, 32, 41, 49]
-----	---

Izox : H1-gistamin reseptorlari blokatorlari gistaminning effektni bloklash orqali teridagi o'zgarishlar (qavarchiqlar va Kvinke shishi) , vazodilyatasiya , bronxlar va oshqozon ichak trakti mushaklarining spazmini oldini oladi va yo'qotadi. [1]

5 C	Tavsiya qilingan dozalar: klemastin** 0.1% - 2 ml (2 mg) vena ichiga yoki mushak orasiga kattalar uchun , bolalarga –mushak orasiga 25 mkg/kg sutkasiga ,ikkiga bo'lingan in'ektsiya xolatida ; xloropiramin** 2% - 1 ml (20 mg) vena ichiga yoki mushak orasiga kattalar uchun 1-2 ml, bolalar – uchun 5 mg (0.25 ml), Difengidramin** kattalarga – 25-50 mg, bolalarga 35-40 dan kam og'irlikka ega bolalarda – 1 mg/kg, maksimal 50 mg/mg tavsiya qilinadi [1, 32, 41, 48].
-----	--

Izox : antigistaminlar epinefringa nisbatan kechroq ta'sir qiladi, shuning uchun anafilaksiya/ash yuzaga kelgandan keyin ularni zudlik bilan qilishdan foyda yo'q. N1-gistamin reseptorlari blokatorlarini parenteral yuborish qon bosimini tushiradi va gipotenziyani kuchaytiradi , shuning uchun gemodinamik ko'rsatkichlar stabillashganidan so'ng (AQB 90/60 mm.sm ust dan yuqori bo'lishi kerak) yoki infuzion terapiya boshlangandan keyin qilish kerak . Bu ularni tavsiya qilishda muhim cheklovdir. Shuning uchun kattalarga Difengidramin sekin (kamida 5 daqiqa) maboynida tomir ichiga 25-50 mg dozada buyuriladi . Bolalar 35-40kg dan kam og'irlikdagilarga – 1 ml/kg, maksimal 50 mg tavsiya qilinadi . chala tug'ulgan va yangi tug'ilgan chaqaloqlarga qilish taqiqlanadi. Bu dori vositalari sedativ va uyqu chaqiruvchi ta'sirga ega bo'lib , diqqatni jamlashni buzulishi va ataksiya bilan birga kelishi mumkin. Ular quydagi atropinga o'xshash nojo'ya ta'sirga ega : qo'zg'aluvchanlik , titroq , og'iz qurishi , ishtaxa yo'qolishi , ko'ngil aynishi , siydik tutilishi taxikardiya , qorin dam bo'lishi . [1, 32, 41, 49].

5 C	Epinefrinni kiritilishiga qaramay, anafilaksiya/ash mavjud bemorlarda bronxospazm saqlangan xolatda β 2-agonistlardan foydalanish tavsiya etiladi . [48,50, 51].
-----	--

Izox : qisqa ta'sir qiluvchi β 2-agonistlar β 2-reseptorlarni qo'zg'atishi natijasida bronxlardagi silliq mushaklarning bo'shashishiga , sekresiya miqdorining pasayishiga va mukosiliar klirensni yaxshilanishiga olib keladi ingalyasiya xolatida salbutamol eritmasi 2,5 - 5 mg nebulayzer yordamida (2-5 ml fiziologik eritma bilan) yoki dozalangan ingalyator yordamida 2 doza xar 15 daqiqada 1 soat ichida , keyin xar 4-6 soatda qilinadi . 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga 1,25-2,5 mg salbutamol 1-2.5 ml izotonik eritmada eritilib xar 15 daqiqada 1 soat ichida , keyin xar 4-6 soatda qilinadi . Salbutamol yordam bermasa teofillin preparatlari tavsiya qilinadi . Aminofillin 2,4% li eritmasi 4-6 mg/kg dozada vena ichiga 15-20 daqiqa ichida qilinadi . (bunda 2,4% aminofillin eritmasi 2 barobar ko'p miqdordagi izotonik eritmaga bilan aralashtirib olinadi) . Keyin

amionofillin 0.2-1.2 mg/kg/soat yoki 4-5 mg/kg (bronxospazmning og'irlik darajasiga qarab) 30 daqiqa ichida vena ichiga xar 6 soatda qilinadi . Qisqa ta'sir qiluvchi β 2-agonistlarni (albuterol, ventolin, salbutamol) adrenalning refrakter bronxospazmlarda ishlatish tavsiya qilinadi.[48,50,51].

6.2 Asosiy dori-vositalarning ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan): dalillar

darajasini kiritish kerak . (5 jadval)

Farmakoterapevtik guruh qo'llash tartibi dalillar darajasi	Dori-vositasining halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
Alfa - i beta-adrenomimetik	Epinefrin gidroxlorid	0,01 mg/kg mushak orasiga	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/360 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Parenteral foydalanish uchun regidratasiya va dezintoksikasiya uchun	Natriy xlorid	0.9 %-li natriy xlorid eritmasi 20 ml/kg bolyus usulida	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
Glyukokortikosteroid 8-	Deksametazon	32 mg vena ichiga	https://www.vidal.ru/drugs/dexamethasone__3484 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Glyukokortikosteroid	Prednizalon	90-120 mg vena ichiga	https://www.vidal.ru/drugs/prednisolon__37231 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Glyukokortikosteroid	Metilprednizolon	kattalarga :50-100 mg Bolalarga: 1-2 mg / kg, maksimal 50 mg	https://www.vidal.ru/drugs/methylprednisolone https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf

Qo'shimcha dori-vositalarning ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam) :

(6 jadval)

Farmakoterapevtik guruh qo'llash tartibi dalillar darajasi	Dori-vositasining halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
N1-gistamin reseptorlari blokatorlari	Klemastin	Kattalarga: 0.1% - 2 ml (2 mg) vena ichiga yoki mushak orasiga Bolalarga: mushak orasiga 25 mkg/kg sutkasiga	https://www.vidal.ru/drugs/clemastine-1/analogs https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
N1-gistamin reseptorlari blokatorlari	Xloropiramin	Kattalarga: 1 ml (20 mg) vena ichiga yoki mushak orasiga Bolalarga: 5 mg (0.25 ml)	https://www.vidal.ru/drugs/chloropyramine_14734 https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
N1-gistamin reseptorlari blokatorlari	Difengidramin	kattalarga: 25-50 mg vena ichiga yoki mushak orasiga	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/329 https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
β 2-agonistlar	Salbutamol eritmasi	Kattalarga: 2,5 - 5 mg nebulayzer yordamida (2-5 ml fiziologik eritma bilan) yoki dozalangan ingalyator yordamida 2 doza xar 15 daqiqada 1 soat ichida Bolalarga: 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga 1,25-2,5 mg salbutamol 1-2.5 ml izotonik eritmada eritilib xar 15 daqiqada 1 soat ichida	https://www.vidal.ru/drugs/salbutamol https://lek.103.ua/nebutamol-instruktsiya/ https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
Fosfodiesteraza ingibitori	Aminofillin	Kattalarga: 2,4% li eritmasi 4-6 mg/kg dozada vena ichiga	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/56 https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf

6.3 Jarrohlik aralashuvi :

V C	Xalqum va xiqildoq shishi tufayli nafas yo'llari o'tqazuvchanligi buzilgan bemorlarda traxeya intubasiya qilinishi kerak. Agar intubasiya qilish imkoni bo'lmasa yoki bajarish qiyin bo'lsa, konikotomiya (qalqonsimon va halqa shaklidagi Tog'ay o'rtasidagi membranani favqulodda kesish) amalga oshiriladi. [48, 50, 51].
------------	---

6.4 bemorning shifoxonadan chiqishi uchun ko'rsatmalar :

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

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

Anafilaksiya yoki ash ni bartaraf etgandan keyin ularning uzoq muddat yoki qaytalanuvchi kechishini oldindan aytib bera olmaslik hisobga olinib, kamida 24 soat hospitalizasiya qilish va kuzatish tavsiya etiladi . Agar kerak bo'lsa, bu muddat 2-3 kun davomida uzaytirilishi mumkin. 3-4 hafta davomda turli organlar va tizimlar faoliyatining buzilishi saqlangani uchun ambulator kuzatuvni talab qilinadi .

Anafilaktik shok bilan og'rigan bemorlarga ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamning ko'rsatishning sifat mezonlari.

№	Sifat mezonlari	Tavsiyalarning ishonchlik darajasi	Dalillarning ishonchlik darajasi
1	Allergenni tanaga kirishini to'xtatish	5	C
2	Zudlik bilan epinefrin yuborish	4	C
3	Epinefrinni sonning yuqori uchdan bir qismi old yon yuzasiga mushak orasiga yuborish	1	A
4	Nafas olish a'zolaridagi xavfli asoratlarni oldini olish uchun sistemali GKS yuborish	5	C
5	Tez tibbiy yordam ko'rsatish yoki reanimasion brigada chaqirish	5	C
6	Bemorni gorizantal xolatda yotqizib oyoqlarini ko'tarish va boshini yon tarafga burish	5	C
7	O'rtacha tezlikda yuz niqobi orqali bemorga namlangan kislorod berish	5	C
8	Epinefrinning takroriy dozasini mushak orasiga kamida 5 daqiqadan so'ng qo'llash	5	C
9	Mushak orasiga qilingan birinchi va ikkinchi dozaga javob reaksiyasi bo'lmasa epinefrin vena ichiga 1:1000 nisbat eritmada (1 ml epinefrin eritmasi 9 ml a natriya xlorid 0,9% eritmasida) qilish yurak faoliyati nazorati ostida .	4	B
10	AQB, nos ,YUUS , puls doimiy nazorat qilish .	5	C

Tavsiya etilgan shokka qarshi to'plami (davolash xonalari, operatsiya xonalari, tug'ruq xonalari, stomatologik kabinetlar uchun).

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

1. Epinefrin eritmasi 0,1 % ampulada № 10 ta
2. Prednizolon (30 mg) eritmasi ampulada №10
3. Deksametazon (4 mg) eritmasi ampulada № 10
4. Hidrokortizon 100 mg eritmasi - № 10 flakonda
5. Difengidramin eritmasi 1% ampulada №10
6. Klemastin 0,1% - 2 ml ampulada
7. Xloropiramin 2% - 1 ml ampulada
8. Salbutamol aerosolda dlya dozalangan ingalyasiya uchun 100 mkg/doza №2
9. Dekstroza 40% ampulada № 20
10. Natriy xlorid 0,9% -5,0 ampulada № 20
11. GIYukozi 5% – 250 ml (steril) № 2
12. Natriy xlorid 0,9% - 400 ml №2
13. Atropina 0,1% ampulada №5
14. Etil spirti 70% – 100 ml
15. Og'iz ochadigan №1
16. Til ushlab turadigan №1
17. Jgut №1
18. Bir marta ishlatiluvchi shpris 1 ml, 2 ml, 5 ml, 10 ml 5 tadan .
19. Vena ichi kateteri yoki ignasi (kalibr G14-18; 2,2-1,2 mm) №5
20. Vena ichiga suyuqliklar qo'yish uchun uskana №2
21. Bir martalik tibbiy qo'lqop 2 juft
22. Xavo o'tqazuvchi trubka
23. Qo'l orqali nafas berish apparati (tip AMBU)
24. Laringeal niqob
25. Nafas yo'llari o'tqazuvchanligini ta'minlash maqsatida ishlatiluvchi xalqum usti qurilmasi

**ANAFILAKTIK SHOK NOZOLOGIYASIDA TIBBIY
YONDASHUV BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

2.Asosiy qism.

2.1.Kirish:

Anafilaktik shok bilan og'riqan bemorlarga xizmat ko'rsatadigan mutaxassislar uchun mo'ljallangan ushbu protokol mavjud klinik dalillar, amaliy ko'nikmalar va ekspert xulosalarini taqdim etadi. Tavsiyalar etakchi tashkilotlar materiallarni o'z ichiga olib , asosiy ma'lumotlar Rossiya allergologlar va klinik immunologlar assosiasiyasi (RAAKI) , Belgiya allergologlar va klinik immunologlar assosiasiyasi, Evropa allergologlari va klinik immunologlari akademiyasi (EAASI) , butun dunyo allergologlari uyushmasi (WAO) tavsiyalari va klinik qo'llanmalaridan olingan . Ushbu protokol anafilaktik shok bilan og'riqan bemorlarda foydalanish uchun dori vositalarining mavjudligini hisobga olgan holda mahalliy sharoitga moslashtirilgan . Jahon tajribasiga asoslangan ma'lumotlarni o'z ichiga olgan protokolni ishlab chiqishda mavzu bo'yicha eng yaxshi qo'llanma materiallarini hamda ilmiy ma'lumotlarni qat'iy tanlash metodikasidan foydalanilgan.

2.2.Umumiy ta'rifi.

Anafilaktik shok (ash) – organizmga allergenning qayta tushishi natijasida rivojlanuvchi tezkor allergik reaksiyadir ..Ash - bu anafilaksiya natijasida paydo bo'luvchi o'tkir qon aylanishi etishmovchiligi bo'lib AQB 90mm.sm. ustunidan yoki ishchi qon bosimidan 30 % ga pasayishi [1]. va xayot uchun muhim a'zolarining gipoksiyasiga olib keladigan holatdir [4].

Anafilaksiya - bu organizmning xayot uchun xavfli bo'lgan sistemali(tizimli) yuqori sezuvchanlik reaksiyasidir. Anafilaksiyada yurak qon tomir va/yoki nafas olish a'zolar sestemasida xayot uchun xavfli o'zgarishlar tezkor ravishda rivojlanadi . Anafilaksiya yurak qon tomir va/yoki nafas olish a'zolar sestemasida o'zgarish bo'lmasdan turib teri , shilliq qavatlar va oshqozon ichak traktining shikastlanishi bilan xam kechadi. [1,2,3].. Ash to'g'risida dastlabki ma'lumotlar eramizdan oldingi 2641 yil xujjatlarida keltirilgan bo'lib , unda yozilishicha , Misr faraoni Menzes ari chaqishi natijasida xalok bo'lgan "anafilaksiya" so'zi (grekcha "ana" - qayta, qaytadan va "philaxis" – ximoya) ma'nosini bildirib , fanga birinchi marta frantsuz olimlari Sharl Rishe (S. Richet) va Pol Porte (P. Portier) tomonidan 1902 yilda kiritilgan . Ular itlarga zardob yoki ekstraktlarni qayta yuborganlarida o'ziga xos ba'zida o'limga olib keluvchi xolatlarni kuzatishgan va buni anafilaksiya deb atashgan[47].

Jarrohlik aralashuvi.

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

5 C	Xalqum va xiqildoq shishi tufayli nafas yo'llari o'tqazuvchanligi buzilgan bemorlarda traxeya intubasiya qilinishi kerak. Agar intubasiya qilish imkoni bo'lmasa yoki bajarish qiyin bo'lsa, konikotomiya (qalqonsimon va halqa shaklidagi Tog'ay o'rtasidagi membranani favqulodda kesish) amalga oshiriladi.
------------	---

Konikotomiya

https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock.pdf
<https://studfile.net/preview/3590978/>

Konikotomiya (uzuksimon va qalqonsimon Tog'ay orasidagi payni kesish) traxeotomiyaga nisbatan xavfsizroq usul hisoblanadi, chunki:

- bu vaqtda traxeya teriga eng yaqin joylashgan;
- katta tomirlar va nervlar yo'q;
- manipulyasiyani bajarish nisbatan oddiy.

U kattalar va 8 yoshdan oshgan bolalarda qo'llaniladi, chunki 8 yoshgacha halqumga zarar etkazish xavfi katta. 8 yoshgacha bo'lgan bolalarda konikopunktsiya amaliyoti bajariladi. Kattalarda konikopunktsiya vaqtinchalik chora sifatida mumkin (30-45 daqiqa davomida).

Ko'rsatkichlar:

1. Halqumning ortga qaytarib bo'lmaydigan obstruksiyasi (shish, travma, boshqa usullar bilan olib tashlash imkoni bo'lmagan yot jism bo'lganda).
2. Endotrakeal intubasiya qilishning imkoni bo'lmasa
3. Katta(keng) yuz – jag'shikastlanishi natijasida laringoskopiya o'tqazish imkoni bo'lmasa .

Amalga oshirish talablari, bajarish algoritmi

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

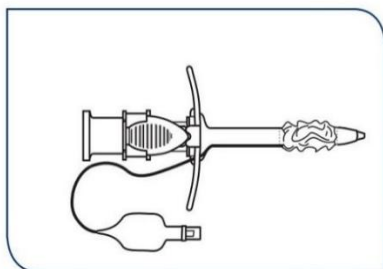
	Talabning mazmuni va shartlari	Amalga oshirish talablari, bajarish algoritmi
1	Tibbiyot xodimlarining xavfsizlikni ta'minlash talablari	Amaliyotdan oldin va keyin qo'llarni gigienik tozalashni amalga oshirish Jarayon davomida qo'lqoplardan foydalanish
Moddiy resurslar		
2	Qurilmalar, asboblari, tibbiy asboblari	- - Skalpel - - Konikopunktsiya amalga oshiriladigan bo'lsa keng ichi bo'sh igna - - Pintset - - Qaychi. - - In'eksion ninali shpris

		<ul style="list-style-type: none"> - - Traxeostomik trubkalar xar xil o'lchamli (kattalar uchun tashqi diametri - 6 mm, bolalar uchun - 3 mm) yoki endotraxeal trubkadan tayyorlangan trubka - - Rezina qo'lqoplar - - Bint (o'rtacha , keng) - - Tibbiyot paxtasi - - Steril bog'lov materiali - - Leykoplastr
3	Dori vositalari	<ul style="list-style-type: none"> - - 0,25% li novokain 50 ml - - yodonat 1% (yod preparati) - - Xlorgeksidin biglyukonat 0,5% - - Antisepticheskiy eritma - - Dezinfiksion eritma - - 70% li etilo spirti – 10 ml - - Analgetik - - Dori vositalari (qon tomir toraytiruvchi , kardiotonik)
4	Bajarishning o'ziga xosligi	<p>Jarayonga tayyorgarlik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kuraklar orasiga valik (yostikcha) qo'yib bemor boshini orqaga egish kerak . 2. Qo'lingizni yuving va quriting (sovun yordamida yoki Antiseptik bilan). 3. Qo'lqop kiying. 4. Bo'yin soxasini yodonat bilan ikki marta arting 5. Bo'yinning old yuzasini dokalar bilan yoping, ularni mahkamlang. 6. Konikotomiya o'tqaziladigan joy atrofi 0,25% novokain eritmasi bilan maxalliy og'riqsizlandiriladi <p>Amaliyotni bajarish</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ko'rsatkich barmoq bilan uzuksimon va kalqonsimon tog'aylar orasidagi bo'shliqni aniqlab oling 2. Qalqonsimon tog'ayni chap qo'lning 1 va 2 barmoqlar barmoqlari bilan mahkamlang-ushlab turing (chapqaylar uchun aksincha -aksincha). 3. O'ng qo'lning barmoqlari bilan uchidan ikki santimetr uzoqlikda kesish asbobi - skalpelni ushlang. 4. O'ng qo'l bilan bir vaqtning o'zida qalqonsimon va uzuksimon tog'aylar orasidagi pay va terida 2 sm gacha ko'ndalang kesma xosil qiling. 5. Traxeya kengaytirgichini traxeyaga joylashtiring 6. Kesma orqali traxeostomiya naychasini laringeal bo'shliqqa soling va kengaytirgichni olib tashlang. 7. Manjetni puflang, kislorodni ulang. 8. Naychani mahkamlang. <p>Konikopunktsiya amalga oshirilsa :</p>

		<p>1. O'ng qo'l bilan ignani uzuksimon va qalqonsimon Tog'ay orasidagi pay orqali 45 gradus burchak ostida traxeya bo'shlig'iga kiritiladi</p> <p>2. Bint yoki leykoplastr yordamida mustaxkamlang . Agar ignali katetrdan foydalangan bo'lsangiz , ignani olib tashlang .</p> <p>3. Kirayotgan xavo oqimini oshirish maqsatida bir necha ignadan foydalanish mumkin.</p>
5	Metodologiyani amalga oshirishning o'ziga xos xususiyatlari haqida qo'shimcha ma'lumot	<p>Vaqt tig'iz bo'lganda , tezkor xolatlarda jaroxlik amaliyoti og'riq qoldirish bajarmasdan shuningdek aseptika qoidalariga rioya qilmasdan (qo'llarni va jaroxlik maydoninitalamasdan) bajariladi .</p> <p>Skalpel o'rniga siz har qanday kesish ob'ektidan, pichoqdan xam foydalanishingiz mumkin.</p> <p>Traxeotomiya naychasi o'rniga siz ichi bo'sh trubkadan foydalanishingiz mumkin.</p> <p>Bundan tashqari, maxsus vosita – STILETTO kateter bo'lgan konikotomdan xam foydalanish mumkin</p>
6	Erishilgan natijalar va ularni baholash	Bemorning axvoli yaxshilanadi



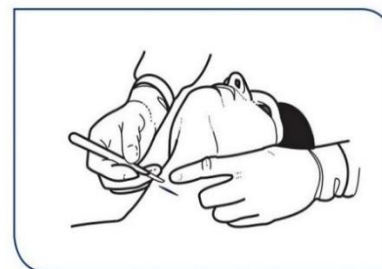
Как использовать наборы для крикотиroidотомии:



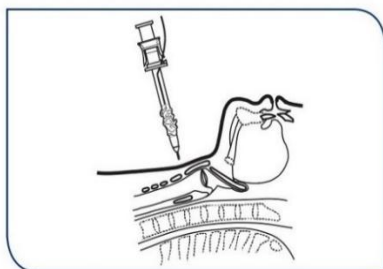
1. Канюля, готовая к использованию.



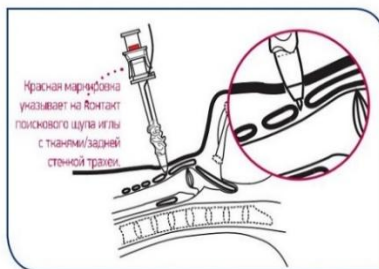
2. Зафиксируйте трахею между большим указательным пальцами и найдите крикотиroidную мембрану путем пальпации впадины чуть ниже щитовидного хряща.



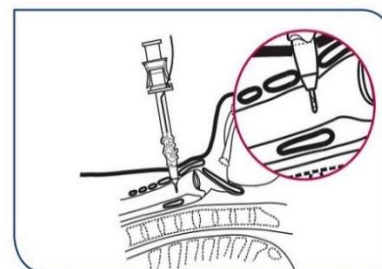
3. Сделайте надрез длиной 2 см на уровне крикотиroidной мембраны.



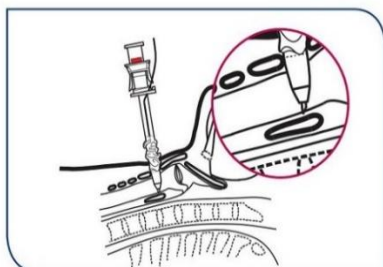
4. Продолжая удерживать трахею пальцами, расположите иглу над крикотиroidной мембраной.



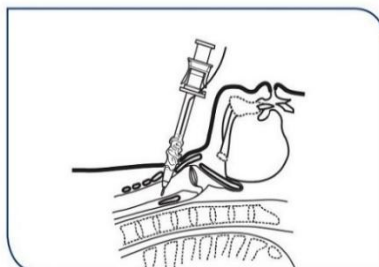
5. Введите иглу, непрерывно отслеживая положение красной отметки, указывающей на контакт затупленного конца иглы с тканями.



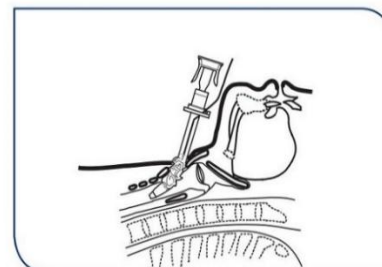
6. Продолжайте введение, пока не почувствуете отсутствие сопротивления и пока не скроется красная отметка поискового щупа.



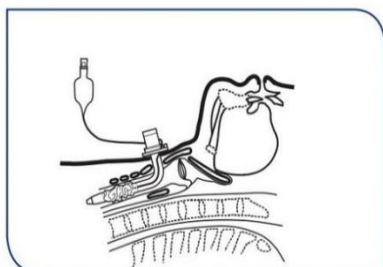
7. Аккуратно вводите щуп, пока красная отметка не укажет на контакт с задней стенкой трахеи.



8. Расположите канюлю наудалю, 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.

**ANAFILAKTIK SHOK NOZOLOGIYASINING TIBBIY
REABILITASIYASI VA PROFILAKTIKASI BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

2. Asosiy qism. Kirish

Reabilitasiya .

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

Butun dunyo sog'liqni saqlash tashkiloti (WHO) bo'yincha reabilitasiya bu "insonning sog'lig'ida o'zgarishlar bo'lganda , yashash sharoitidan kelib chiqqan xolda uning funktsional imkoniyatlarini tiklashga va nogironlikning kelib chiqishini oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui" deb ta'riflanadi."

Boshqacha qilib aytganda, reabilitasiya bolalar, kattalar yoki qariyalarga kundalik hayotda iloji boricha mustaqil bo'lishga va ta'lim olish, ishlash va bo'sh vaqtni maroqli o'tkazishga, shuningdek, oilaga g'amxo'rlik qilish kabi muhim ijtimoiy funktsiyalarni bajarishga yordam beradi. Shu maqsadda inson va uning oilasi bilan birga kasalliklarni davolash va ularning belgilarini yo'q qilish, yordamchi texnologiyalar yordamida ularning ehtiyojlarini yaxshiroq qondirish uchun yashash sharoitlarini o'zgartirish, o'z-o'ziga yordam berish ko'nikmalarini o'rgatish va vazifalarni xavfsizroq va tashqi yordamisiz bajarish uchun moslashtirish bo'yicha ishlar olib boriladi .

Olib borilgan kompleks chora tadbirlar insonlarda kongitiv buzulishlar , eshitish va ko'rishning , muloqot, ovqatlanish yoki harakatdagi buzilishlarni engishga va ularni tiklanishiga yordam beradi Reabilitasiya xizmatlari xayotning xar qanday bosqichida shikastlanish,jarrohlik, kasallik yoki boshqa sog'liqning buzilishi natijasida, shuningdek, yoshga bog'liq funktsional imkoniyatlarning pasayishi tufayli zarur bo'lishi mumkin.

Reabilitasiya xizmatlari individual bo'lib va chora - tadbirlarni tanlash bemorning maqsadlari va xoxishlarini hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak. Reabilitasiya xizmatlari– stasionarda, poliklinikada, ambulator fizioterapiya paytida, shuningdek jamoat joylarida, uyda, maktablarda yoki ish joyida ko'rsatilishi mumkin.

Reabilitasiya xizmatlarini ko'rsatishda turli mutaxassislikdagi tibbiyot xodimlari, jumladan fizioterapevtlar terapevtlar, logopedlar va audiologlar, ortopevt va protez bo'yincha mutaxassislar, klinik psixologlar, reabilitasiya shifokorlari va hamshiralalar ishtirok etadilar. Reabilitasiyada umumiy amaliyot shifokorlari, jarrohlar va sog'liqni saqlash xodimlari kabi ko'plab boshqa tibbiyot mutaxassislari ham muhim rol o'ynashi mumkin. (5)

Profilaktika.

Profilaktika [Yun. profilaktikos – saqlovchi,oldini oluvchi]–odamlarning uzoq umr ko'rishi, ishlash qobiliyatini saqlab qolishi, aholining jismoniy rivojlanishini yaxshilash,kasalliklarning yuzaga kelishi va tarkalishini oldini olish hamda salomatligi himoya qilishga qaratilgan iqtisodiy, ijtimoiy, gigienik va tibbiy chora-tadbirlar majmui. Profilaktika jamoat tashkilotlari va alohida fuqarolar tomonidan amalga oshiriladi.

Zamonaviy profilaktika inson salomatligiga salbiy ta'sir etadigan omillarni yo'qotishni ko'zda tutadigan hamda ularning jismoniy va ma'naviy irodalarini har tomonlama o'stirishni ta'minlaydigan, davlat va jamoat ahamiyatiga ega bo'lgan kompleks tadbirlar tizimini o'z ichiga oladi.

Shaxsiy, jamoat, tibbiy profilaktika turlari farqlanadi. Shaxsiy profilaktikaga insonning o'z sog'ligini saqlashi va mustahkamlashiga qaratilgan choralar, ya'ni sog'lom turmush tarziga amal qilish, shaxsiy gigiena, nikoh va oila, shuningdek, kiyim-kechak, ovqatlanish gigienasi, o'sib kelayotgan avlodni gigienik tarbiyalash, rasional ishlash va dam olish, faol jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanish kiradi.

Jamoat profilaktikasiga jamoat tashkilotlari tomonidan fuqarolarni jismoniy va ma'naviy rivojlantirishni ta'minlovchi, xalq sog'lig'iga yomon ta'sir qiluvchi omillarni kamaytirishga qaratilgan siyosiy, ijtimoiy, iqtisodiy, qonuniy, tarbiyaviy, sanitar-texnik, sanitar-gigienik, epidemiologik va tibbiy chora-tadbirlar kiradi.

Tibbiy profilaktika birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Birlamchi tibbiy profilaktika kasalliklarning kelib chiqish sabablari va rivojlanishiga qarshi qaratilgan ijtimoiy, tibbiy, gigienik va tarbiyaviy choralar; tashqi muhitning nomaqbul ta'siriga organizmning chidamliligini oshirish; organizmning sog'lom holatini saqlab qolish, unga patologik ta'sir ko'rsatuvchi omillarning oldini olish; dispanserizasiya o'tkazish va yuqumli kasalliklarga qarshi kurashishdan iborat. Ikkilamchi tibbiy profilaktika kasalliklarni erta aniqlash, patologik jarayonning rivojlanishi, uning asoratlari va qaytalanishlarining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlardir .

3. Profilaktika usullari.

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

V C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok o'tqazgan barcha bemorlarga allergolog - immunolog ko'rigida bo'lib sababchi allergenni aniqlash va u bilan kelajakda kontaktda bo'lmaslik chora tadbirlarini ishlab chiqish tavsiya qilinadi [1, 2, 3 , 4]
------------	---

Izox : bemor xushiga kelganda to'liq allergologik anamnez yig'ish va shikoyatlarini o'rganish kasallikni keltirib chiqargan sabablarni aniqlashga yordam beradi .Shu bilan birga bu xolatni tarkorlanishini oldini olishga yordam beradi .

Dori vositasidan kelib chiqqan anafilaktik shok uchun profilaktika choralari uch guruhga bo'lish mumkin.

1. Jamoat (ommaviy) profilaktika .

2. Umumiy tibbiy profilaktika .

3. Shaxsiy profilaktika .

Jamoat (ommaviy) proflaktik tadbirlarga quyidagilar kiradi:

1. Dori-darmonlar va emlash uchun preparatlar (vaktsinalar, zardoblar, gamma globulinlar va boshqa oqsil preparatlari) ishlab chiqarish texnologiyasini takomillashtirish xamda nazorat qilish .
2. Kimyo va farmasevtika sanoati tomonidan ishlab chiqarilgan mahsulotlar bilan atrof-muhitning ifloslanishiga qarshi kurashish.
3. Dori qo'shimchalarini oziq-ovqat mahsulotlarida (penisillin, asetilsalisil kislotasi), vaktsinalarda (kanamisin, gentamisin) va qon mahsulotlarida (levomisetin)ni konservant sifatida ishlatishni qat'iy tartibga solish yoki taqiqlash.
4. Antibakterial dorilarni dorixonalardan faqat shifokorlarning retsepti asosan sotishni ta'minlash
5. Aholini va tibbiyot xodimlarini dori-darmonlarning salbiy ta'sirlari, shu jumladan allergik reaksiyalar to'g'risida xabardor qilish . (3)

2. Umumiy tibbiy proflaktika tadbirlari quydagilardan iborat.

1. Bemorlarga dori-darmonlarni diagnoz mos ravishda klinik protokollarga asoslangan xolda buyurish.
2. Polipragmaziya qarshi kurash, ya'ni bemorga bir vaqtning o'zida ko'p sonli dori-darmonlarni tavsiya qilish. Bunda dorilar bir birini ta'sirini kuchaytirishi va terapevtik dozalarni toksik dozalarga aylanishi mumkin.
3. Kasallik tarixi yoki ambulatoriya kartasining birinchi saxifasida yuqori sezuvchanlik (allergik xolat) kuzatilgan dori-darmonlarni qizil siyoh bilan aloxida qilib ko'rsatish.
4. In'ektsiya uchun faqat bir martalik shpris va ignalardan foydalaning.
5. In'ektsiyadan keyin bemorlarni kamida 30 daqiqa davomida kuzatish.
6. Dori-darmonlar parenteral qilinadigan xar bir tibbiyot muassasasi xonasida shoshilinch tibbiy yordam uchun shokka qarshi jamlama bo'lishi kerak .
7. Anafilaktik shokka qarshi majmua :
 - epinefrin 0,1%-1,0 ml, 10 ampula
 - prednizolon 30 mg-1.0 , 10 ampula
 - deksametazon 4 mg – 1,0 ml, 10 ampula
 - gidrokortizon 2,5% - 2 ml, 10 ampula
 - natriy xlor 0,9% - 400 ml, 2 flakon
 - dekstroza 40 % -- 10,0 ml, 10 ampula
 - dekstroza 5% – 500 ml, 2 flakon
 - klemastin 0,1% - 2,0 ml, 2 ampula

- Difengidramin 1% -1,0 ml, 2 ampula
- xloropiramin 2% - 1,0 ml, 2 ampula
- aminofillin 2,4% - 5,0 ml, 2 ampula
- salbutamol 2,5 mg/2,5 ml 2 ampula
- furosemid 20 mg – 2,0 ml, 2 ampula
- atropina 0,1% - 1.0 5 ampula
- Etanol spirti 70% – 100 ml
- Og'iz ochish moslamasi (Rotorasshiritel) №1
- Til ushlagich (Yazikoderjatel) №1
- Jgut №1
- Bir martalik shpris 1 ml, 2 ml, 5 ml, 10 ml 5 donadan .
- Vena ichiga dori yuborish uchun kateter igna (kalibr G14-18; 2,2-1,2 mm) 5 ta
- Vena ichiga dori yuborish majmuasi (sistema) №2
- Bir martalik tibbiy qo'lqop 2 juft
- Xavo o'tqazgich (Vozduxovod)
- AMBU nafas berish apparati
- Laringeal niqob
- Xiqildoq ustidan nafas o'tqazuvchanligini ta'minlash qurilmasi (Nadgortannie ustroystva dlya obespecheniya proxodimosti dixatelnix putey)
- Tibbiyot tanometri (3,4)

3.Shaxsiy proflyaktika .

To'liq allergologik anamnez yig'ish .

- a) bemor va uning qarindoshlari allergik kasalliklardan aziyat chekadimi;
- b) bemor buyurilgan dori-darmonlarni ilgari qabul qilganmi;
- v) bemor uzoq vaqt va ko'p vaqt davomida qanday dorilar bilan davolangan;
- g) dori-darmonlarni qabul qilgandan keyin allergik reaksiyalar qayd etilganmi.

Antibiotiklar, sulfanilamidlar, analgetiklar, lokal anestetikalar, yod preparatlari, qon o'rnini bosuvchi moddalarni buyurishda salbiy reaksiyalarni aniqlashtirish kerak;

D) bemorda penisillin tipidagi dorilarni birinchi yuborish paytida allergik reaksiyalar xavfini oshiradigan terining zambrug'li kasalliklari bormi;

e) dorilar bilan aloqa mavjudmi. Qoida tariqasida, bu farmasevtika korxonalari, omborxonalar, dorixonalar, tibbiyot muassasalari xodimlarida uchraydi;

yo) Agar bemorda anamnezida allergiya bo'lsa, quyidagi ma'lumotlarni aniqlashtirish kerak bo'ladi :

* qaysi preparatdan reaksiya kelib chiqqan va preparatni qo'lanish yo'li;

- * preparat nima uchun ishlatilgan;
- * preparat qaysi dozada ishlatilgan;
- * reaksiyaning klinik ko'rinishlari;
- * preparatni qabul qilgandan keyin reaksiya boshlanguncha qancha vaqt o'tgan;
- * reaksiyani nima to'xtatgan;
- * preparatga oldin reaksiyalar bo'lganmi yoki birinchi martami ;
- * reaksiyadan so'ng ushbu guruhdan biron bir dori qabul qildingizmi;
- * u qanday dori-darmonlarni qabul qiladi va yaxshi ko'taradi

z) bemorda epidermal – xayvonlarga sezuvchanlik belgilari bormi. Hayvonlarga yuqori sezuvchanligi bo'lgan bemorlarda oqsillarni o'z ichiga olgan dori in'ektsiyalariga qattiq allergik reaksiyalar rivojlanishi mumkin (zardoblar: qoqshol, difteriya, stafilokokk, limfositlarga qarshi va boshqalar, quturishga qarshi gamma globulin va boshqalar.);

j) vaksinalar va zardoblar ilgari bemorga yuborilganmi va ularning sezuvchanligi qanday bo'lgan dori-darmonlarga yuqori sezuvchanlik (ko'tara olmaslik) aniqlanganda, bemorga nafaqat "aybdor" dori, balki u bilan umumiy antigenlik strukturasi ega bo'lgan dorilar ham qo'llanilishi mumkin emas.

Shuni aytib o'tish kerakki , anafilaksiya/ash umumiy antigen strukturasi (determinantga) ega turli dori vositalariga nisbatan rivojlanishi mumkin . (1 jadval)

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

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

	Umumiy antigen strukturasi ega dori vositalari..	Umumiy antigen strukturasi (determinanti) umumiy antigen strukturasi (determinantiga) ega dori vositalari
1	<i>β-laktam xalqasi</i>	1. Penisillinlar (benzilpenisillin, fenoksimetilpenisillin; yarim sintetik -penisillinazaga chidamli -okasillin, metisillin, ampicillin, korbenisillin va boshqalar .), kombinasiyalashgan - amoksiklav, amoklavin, ampioks, augmentin, betamp, klavosin, kloampi, leptimoks, sulasillin, timentin, tazosin, unazin) 2. Tsefalosporinlar (I avlod – tsefazolin, tsefaleksin, II avlod – tsefuroksim, III avlod - tsefotaksim, tseftriakson, tseftazidim, tsefoperazon, IV avlod – tsefepim) 3. Karbapinemlar (imipenem, meropenem)
2	<i>Anilin (fenilamin)</i>	1. Novokain, anestezin va unga o'xshash dori vositalari. 2. Paraaminosalisil kislota 3. Sulfanilamidlar (sulfadimidin, sulfadimetoksin, sulfalen va boshqalar .).
3	<i>Benzolsulfonamid guruxi</i>	1. Sulfanilamidlar (sulfadimidin, sulfadimetoksin, sulfalen, streptosid, sulfasil-natriy (albusid) va boshqalar) 2. Sulfanilamid tarkibiga ega kombinasiyalashgan dori vositalari (sulfametoksazol/trimetoprim (ko-trimoksazol, biseptol, baktrim), ingalpt va boshqalar)

		<p>3. Sulfonilmochevina tarkibli gipoglikemik dori vositalari (glibenklamid (maninil), gliklazid (dimebon MV, glidiab), glipizid (glibenez retard) , glikvidon (glyurenorm) , bukarban, butamid va boshqalar .)</p> <p>4. Diuretiklar :</p> <p>a) tiazidli diuretiklar (dixlotiazid(gipotiazid), gidroxlortiazid (triampur), tsiklometiazid, oksodolin) va kombinasiyalashgan dori vositalari (tenorik, kapozid, enap NL va boshqalar .)</p> <p>b) "tugunli" diuretiklar (furosemid (laziks), bufenoks, klopamid (brinaldiks), indapamid (arifon)</p> <p>v) karboangidraza ingibitori (diakarb)</p>
4	<i>Fenotiazin gruppasi</i>	<p>1. Neyroleptiklar (aminazin, propazin va boshqalar .)</p> <p>2. Antigistamin dori vositalari (prometazin)</p> <p>3. Metilen ko'k eritmasi</p> <p>4. Antidepressantlar (ftorasizin)</p> <p>5. Koronar qon tomirini kengaytiruvchi dori vositalari (xlorasizin, nonaxlazin)</p> <p>6. Antiaritmik dori vositalari (etmozin)</p>
5	<i>Yod</i>	<p>1. Yod va noorganik yodidlar (Kaliya ili natriya yodid, yodning spirtli eritmasi , Lyugol eritmasi)</p> <p>2. Yod saqlovchi rentgenokontrast dori vositalari (urografin, Omnipak, kardiostast, Triyodtrast, triombrin, sergozin va boshqalar .)</p> <p>3. Gormonal preparatlar (tiroksin, triyodtironin, tireokomb)</p>
6	<i>Etilendiamin</i>	<p>1. Etilendiamin unumlari (suprastin (xloropiramin gidroxlorid), ranitidin, o'smaga qarshi dori vositalar (prodimin), piperazin va uning unumlari (tsetirizin, gidroksizin (ataraks) va boshqalar).</p> <p>2. Ksantini: kofein, pentoksifillin, terfillin (teopek, teotard, teofedrin).</p> <p>3. Etilendiamin tutuvchi kremlar</p>

5 C	Dori allergiyasi oldini olish uchun dori vositasiga yuqori sezuvchanlik borligi teri sinamalari orqali aniqlash tavsiya qilinadi . [1, 2 ,3, 4]
------------	---

Anamnezida allergiya bo'lmagan xususan barcha dori-darmonlarga, oziq-ovqat mahsulotlariga, uy changi va kimyoviy moddalar bilan kontaktda yoki ilgari hech qachon gilyohvand moddalarni iste'mol qilmagan bemorlarni tekshirish shart emas.

Allergik anamnezga ega bemorlar uchun dori vositalariga nisbatan tekshiruv o'tqazish tavsiya qilinadi . Xavf darajasiga ko'ra, ularni uch guruhga bo'lish mumkin

Birinchi xavf guruxiga dori vositasiga yuqori sezuvchanligi bo'lmagan lekin anamnezda allergik kasalliklar bor bemorlar kiradi . Ularga dori allergiyasi va anafilaksiyaning oldini olish maqsatida dori vositasini qo'llashdan oldin teri skarifikasion va til osti provakasion sinamalar qilinadi . Til osti sinamalari og'iz orqali qabul qilinadigan dorilar uchun o'tqaziladi . Parenteral dori vositalari dastlab skarifikasion va teri ichiga sinamasi qo'yiladi . Agar 30 daqiqadan so'ng o'tkir allergik reaksiya bo'lmasa asosiy terapevtik dozani bemorga yuborish mumkin.

Ikkinchi xavf guruxga anamnezda dori vositalariga nisbatan qavarchiqlar yoki toshmalar paydo bo'lgan yoki oziq ovqat allergiyasi bor bemorlar kiradi .laborator tekshiruvdan keyin dastlab tomchi , Applikasion usulda manfiy natija bo'lganda skarifikasion va til osti sinamalari o'tqaziladi .Manfiy natijalarda teri ichi sinamasi o'tqaziladi. . Dori vositasiga sinamalar o'tqazilgandan keyin 1 sutka o'tib terapevtik doza qilinadi .

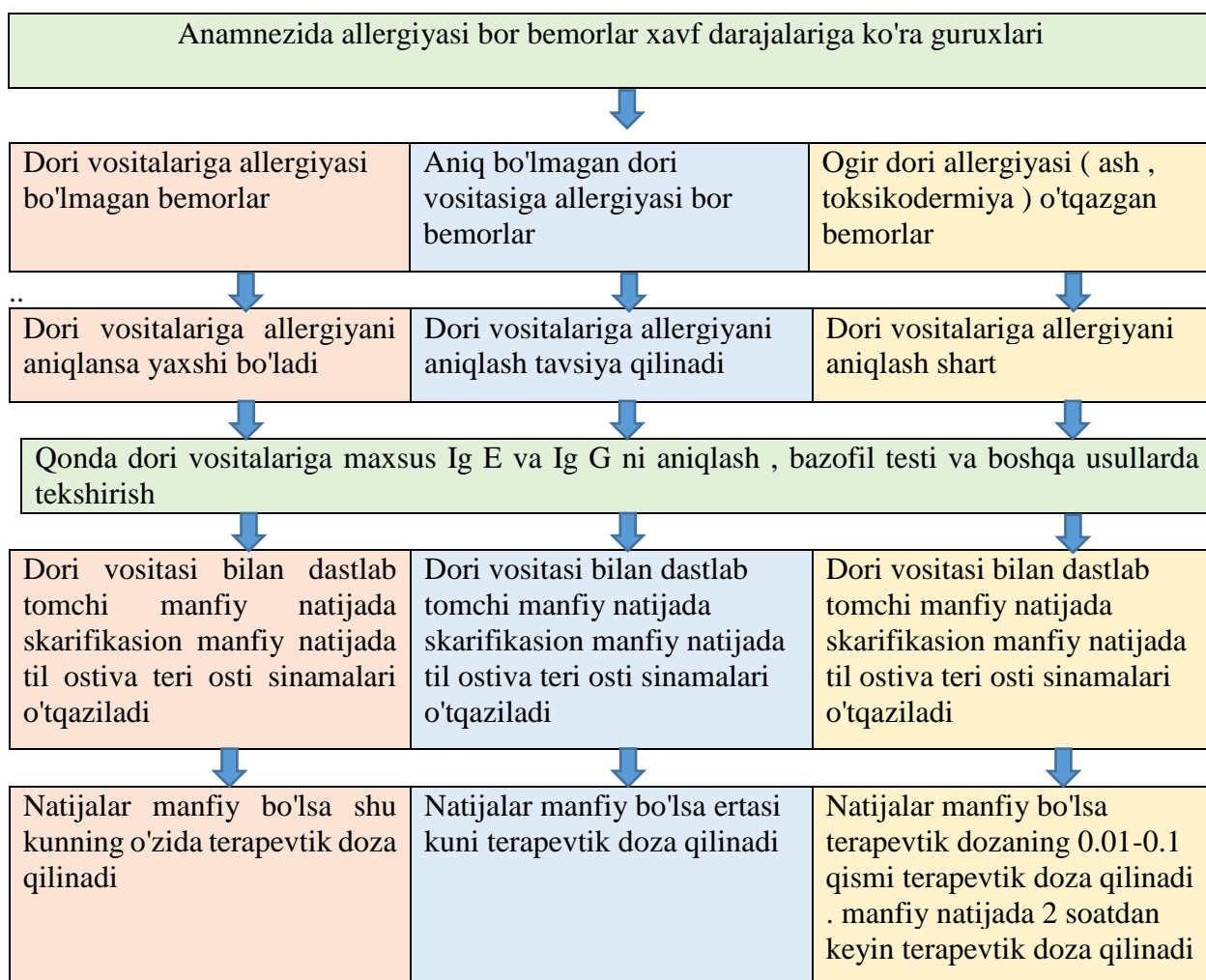
Uchinchi xavf guruxiga anamnezida og'ir allergik kasalliklar (toksikodermiya , shok) o'tqazgan bemorlar kiradi . Ular ko'pchilik tarkibi o'xshash bo'lgan dori vositalariga nisbatan yuqori sezuvchanlikka ega bo'ladi . Teri sinamalari o'tqazish qarshi ko'rsatma xisoblanadi . Ular laborator usulda tekshiriladi .Manfiy natija olinganda dastlab tomchi , Applikasion usulda manfiy natija bo'lganda skarifikasion va til osti sinamalari o'tqaziladi .Sinamalar manfiy bo'lsa davolovchi terapevtik dozaning 0.01 -0.1 qismi yuboriladi .Shunda xam reaksiya kuzatilmasa unda terapevtik doza qilinadi

Dastlab yuqori sezuvchanlikni laboratoriya usulida tekshirish maqsadga muvofiq deb hisoblaymiz.

[47 , 48

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

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



V C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok o'tqazgan barcha bemorlarga jarroxlik amaliyotidan yoki kontrastli rentgen tekshiruvlardan oldin quyidagi tartibda premedikasiya qilish tavsiya qilinadi . Jarayon boshlanishidan 30 daqiqa – 1 soat oldin, deksametazon 4-8 mg yoki prednizolon 30-60 mushak orasiga yoki tomir orqali tomchilab 0.9% natriy xlorid eritmasida yuboriladi ; klemastin 0,1%- 2 ml yoki xloropiramin gidroxlorid 0,2%-1-2 ml mushak orasiga yoki vena ichiga 0,9% natriy xlorid yoki 5% glyukoza eritmasida yuboriladi
------------	--

Rejali anafilaksiyaning oldini olish maqsatida glyukokortikoidlar (prednizolon 30-60 mg yoki deksametazon 4-8 mg) amaliyotdan 1, 7 ,13 soat , antigistamin dori vositasi (Difengidramin, klemastin, xloropiramin) 1,7 soat oldin qilinadi .qilinadi. Anamnezida bronxospazm bo'lgan bemorlarga amaliyotlardan 1 soat oldin 2-3 doza salbutamol sepish tavsiya qilinadi .

Xashoratlarni chaqirishiga yuqori sezuvchanligi bor bemorlarga quyidagilar tavsiya qilinadi :

- axlat ko'p to'planadigan joylar va bozorlarga bormaslik ;
- oyoq kiyimsiz o't o'lanlar ustida yurmaslik;
- och rangli yopiq kiyim va bosh kiyimda ko'chaga chiqish;
- xashoratlarni jalb qiluvchi atir va dezodrantlardan foydalanmaslik;
- xashoratlarni kelib qolganda qaltis va ortiqcha xarakatlar qilmaslik ;
- uy eshik va oynalarini xashoratlarni kirishidan asrovchi setka bilan yopish;
- insektisid balonli aerazollarning yonida bo'lishi kerak;
- shokka qarshi jamlamaning yonida bo'lishi kerak (jgut, 2 ampuladan adrenalini, prednizolon (deksametazon), xloropiramin (klemastin, difengidramin), spirt va paxta). Maxsus adrenalinni shpris ruchkalardan xam foydalanish mumkin ("Epi-pen", "Anapen" (0,3 mg adrenalini bir dozada) kattalar uchun , "Epi-pen Jr" (0,15 mg adrenalini) bolalar uchun) .

Oziq ovqat maxsulotlaridan anafilaktik shok rivojlanishini olish chora tadbirlari

- Bemor rasionidan sababchi oziq ovqat maxsulotini olib tashlash(agar u aniq bo'lsa) ;
- Bemorlarga nospesifik gipoallergen parhez tavsiya qilinadi .

Mumkin emas :

Tsitrus mevalar (apelsin ,mandarin , limon , greypfrukt va boshqalar)

Yong'oqlar (bodom , eryleng'oq , funduk va boshqalar) .

Baliq va baliq maxsulotlari (tuzlangan va yangi tutilgan baliq , baliqli bulon , baliq ikresi va boshqalar) , dengiz maxsulotlari .

Qushlar (o'rdak , g'oz , kurka , tovuq go'shti va boshqalar) va ulardan tayyorlangan maxsulotlar

Zambrug'lar va zambrug'li konservalar

Shokolad va shokolad maxsulotlari

Asal

Dudlangan maxsulotlar (kolbasa , pishloq)

Uksus (sirka kislotasi) , mayonez , gorchisa va boshqa ziravorlar

Pomidor , baqlajon va boshqa ta'm beruvchilar

Tuxum va tuxum maxsulotlari.

Sut

Qulupnay , maymunjon , qovun , ananas

Dukakli maxsulotlar (mosh , nuxat , fasol)

Ot go'shti va uning maxsulotlari (qazi)

Barcha spirtli va rangli ichimliklar .

Kofe, kakao

Zambrug'va zambrug'li maxsulotlar .

Qo'y go'shti va undan tayyorlangan maxsulotlar .

Mumkin .:

Mol go'shti (yog'siz , qaynatilgan)

Sho'rvalar (sabzavotli va mol go'shidan tayyorlangan)

Saryog' , zaytun yog'i , kungaboqar yog'i .

Qaynatilgan kartoshka

Grechkali , gurunchli , gerkulesli bo'tqalar (kashalar)

Sut maxsulotlari (tvorog , kefer , prostokvasha)

Bodiring , petrushka , ukrop .

Olma , nok , banan , tarvuz

Choy

Shakar

Olma , smorodina , olxo'ri, quritilgan mevalardan kompotlar .

Oq non .

Kun davomida 4-5 maxal ovqatlaning oz ozdan tez tez, to'yib ovqatlanish tavsiya etilmaydi

.Oshqozon ichak trakti yallig'lanish kasalliklarini davolash katta ahamiyatga ega .

- ASIT o'tqazilganda ash rivojlanishini oldini olish chora tadbirlari :
- - ASIT uchun bemorlarni to'g'ri tanlash;
- - Allergenni vena ichiga (tomirlarga) kiritish mumkin emas ;
- - Xar bir bemorga allergen inektsiya qilinayotgan etibor berib almashtirmasdan to'g'ri dozada ko'rsatmalar asosida qilish ;
- - Maxalliy va umumiy allergik reaksiyalarni qayd etish ;
- - Bemorlarga inektsiya qilingandan keyin 30 daqiqa kuzatish ;

- ASIT allergolog immunolog tomonidan shokka qarshi jamlama bor bo'lgan maxsus allergologik xonada va malakali xamshira tomondan amalga oshirilishi kerak;

5 C	Anafilaksiya yoki anafilaktik shok o'tqazgan barcha bemorlarga bu xolat qaytalanganda birinchi yordam ko'rsatish tartibini tushuntirish va o'rgatish tavsiya qilinadi .
------------	---

Izox : bemor va uydagilari shok paytida birinchi yordam ko'rsatish maqsatida anafilaksiya va ashni davolashning EAASI (Evropa allergologiya va klinik immunologiya akademiyasi) tomonidan ishlab chiqilgan algoritimini bilishlari tavsiya qilinadi .

Bemor uchun ma'lumotlar

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

1. Dori vositasi tufayli anafilaktik shok/anafilaksiya ro'y bergan bemorlar, sababchi dori haqida xabardor bo'lishlari va kelajakda ulardan foydalanmasliklari kerak.

2. Ari va xashoratlar chaqishi natijasida anafilaktik shok/anafilaksiya ro'y bergan bemorlar, xashoratlar chaqishidan extiyot bo'lishi va yonida doimo adrenalin 0.1 % , glyukokortikosteroid va antigistamin dori vositalari olib yurishlari kerak

3. Oziq – ovqat maxsulotlari natijasida anafilaktik shok/anafilaksiya ro'y bergan bemorlar, kunlik istemoldan shu maxsulotlarni chiqarib tashlashi va yonida doimo adrenalin 0.1 % , glyukokortikosteroid va antigistamin dori vositalari olib yurishlari kerak

Anafilaktik reaksiya (anafilaksiya) — bu organizm immun tizimining turli omil va kasalliklarga qarshi to'satdan vujudga keluvchi allergik reaksiyasidir . Anafilaktik reaksiya hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin. Bu holat zudlik bilan davolanishni talab qiladi. Ba'zan bu xolatda shifoxonada davolash kerak bo'lishi mumkin.

Sabablari nima?

Bu holatning sababi allergik bo'lgan modda (allergen)ning organizmga ta'sir qilishidir. Ushbu ta'sirga javoban organizm oqsillarni(antitelalar) ishlab chiqaradi , gistamin va boshqa mediatorlar qon oqimiga kiradi. Bu ba'zi to'qimalarda shish paydo bo'lishiga va yurak va o'pka kabi muhim organlar faoliyatini buzulishiga , qon bosimining pasayishiga olib keladi.

Anafilaksiya chaqiruvchi eng ko'p tarqalgan maxsulotlarga quyidagilar kiradi :

- Oziq-ovqat maxsulotlari ,ayniqsa eryong'oq, yong'oq ,bug'doy, qisqichbaqasimonlar, baliq, sut, tuxum va boshqalar
- Dori vositalari (ayniqsa antibiotiklar , og'riq qoldiruvchi dorilar)
- Hashorotlar chaqishi .

- Quyilgan qon yoki qon komponentlari (qon quyish).
- Turli kimyoviy moddalar, masalan bo'yoqlar , lateks va tibbiy ko'rikdan o'tkazish uchun ishlatiladigan kontrast moddalar

Kasallanish xavfni oshiradigan omillar

Quyidagi shaxslarda anafilaksiya holati rivojlanishi ehtimoli ko'proq:

- * Allergiyaga chalinganlar , anamnezida allergiyasi borlar
- * Ilgari anafilaktik reaksiyani boshdan kechirganlar
- * Anamnezida oila a'zolarida anafilaktik reaksiya kuzatilganlar
- * Muayyan bir kasalliklar bor bemorlar , xususan astma va ekzema bilan og'riganlar

Kasallik belgilari qanaqa bo'ladi ?

Anafilaktik reaksiya quyidagi belgilarni o'z ichiga oladi:

- Yuzning isishi (qizib ketishi) hissi. Bunda qizarish paydo bo'ladi .
- Teri ustida qichiydigan, qizil, shishgan joylar (urtikar toshmalar –qavrchiqlar) paydo bo'ladi
- Ko'zlar, lablar, yuz, og'iz, til yoki tomoqning shishishi kuzatiladi
- Nafas olish, gapirish yoki yutish qiyinligi bo'lishi mumkin
- O'pkasida xushtaksimom xirillashalar paydo bo'ladi
- Bosh aylanishi yoki xushdan ketish kuzatiladi
- Qorin og'rishi .
- Qayt qilish.
- Ich ketishi bo'lishi mumkin

Diagnoz qanday qo'yiladi ?

Bunda quyidagilarga asoslangan xolda diagnoz qo'yiladi :

- Sizning simptomlaringiz
- Fizikal tekshiruvlar .
- Qon analizlari .
- Oxirgi paytdagi allergenlarning ta'sir qilganligi .

Qanday davolanadi ?

Agar siz o'zingizda anafilaktik reaksiyani belgilarini kuzatgangiz , darhol quyidagilarni bajaring:

- Tez yordam chaqiring .
- Stasionar sharoitida davolanayotgan bo'lsangiz : xamshira yoki shifokorni chaqiring

Anafilaksiyada ishlatiluvchi dorilar quyidagicha ta'sir qiladi :

- Adrenalin - qon tomirlarini keskin toraytiradi
- Antigistamin dori vositalari - teri va shilliq qavatlardagi qichishish va toshmalarga qarshi ta'sir ko'rsatadi .

- Glyukokortikosteroidlar - to'qimalardagi shishni qaytaradi va oldini oladi.
- Namlangan kislorod nafas olishga yordam beradi .
- Tomir ichiga quyilayotgan suyuqliklar , organizmni suvsizlanishdan asraydi .

Uy sharoitida quyidagilarga e'tibor bering :

Shifokor ruxsat bermaguncha anafilaktik reaksiyadan so'ng mashina haydamang

- O'zingiz , oila a'zolaringiz va sizga ish beruvchi quydagilarni bilishi kerak:
 - Sizda allergiya bor va uning oldini olish mumkin
 - Sizda allergiya qachon , qanday xolatda paydo bo'ladi va unga birinchi yordam ko'rsatish tartibi .
- Shifokoringiz tomonidan aniqlangan allergik xolat borligini ko'rsatuvchi tibbiy bilaguzuk yoki medalion taqib yuring .
- Birinchi yordam ko'rsata olishingiz uchun anafilaksiya /ash belgilari va birinchi yordam ko'rsatish usullarini yaxshilab o'rganing.
- Anafilaktik reaksiya paytidagi harakat rejasini shifokoringiz bilan ishlab chiking .Bu xolatga tayyorgarlik muhim ahamiyatga ega.

Umumiy ko'rsatmalar

- Agar sizda eshakemi yoki toshma bo'lsa :
- Shifokoringiz tomonidan yozib berilgan reseptsiz antigistamin dori vositasini qabul qiling
- Teriga sovuq nam ro'molcha (sovuq kompres) qo'llash yoki salqin suv bilan hammom yoki dush qabul qiling. Issiq suvdan saqlaning.
- Faqat shifokor tomonidan tavsiya qilingan dori vositalarini qabul qiling
- Barcha shifokorlarga , sizda allergiya borligini ayting.
- Shifokoringiz aytgan paytda uning xuzuriga boring , bu juda muxim

Qanday oldini olish choralari mavjud?

- Ilgari sizda anafilaktik reaksiyaga sabab bo'lgan allergenlardan uzoqroq yuring
- Restoranga tashrif buyurganingizda, ofisiantga allergiyangiz haqida xabar bering . Agar siz biror bir taom ichida sizga allergiya chaqirishi mumkin bo'lgan ingradient borligini bilmasangiz yoki shubxa qilsangiz , ofisiantdan so'rang.

Zudlik bilan shifokorga murojat qiling.:

Sizda quydagi belgilarning paydo bo'lishi - allergik reaksiya boshlanganini ko'rsatadi .

- Teri qizarishi.
- Qavarchiqlar paydo bo'lishi .
- Ko'zlar, lablar, yuz, og'iz, til yoki tomoqning shishishi.

- Nafas olish, gapirish yoki yutishdagi qiyinchiliklar.
- Xushtaksimon nafas .
- Bosh aylanishi .
- Xushdan ketish .
- Qorindagi og'riqlar yoki spazm.
- Ko'ngil aynishi
- Qusish .
- Ich ketishi .

Bu kabi belgilar favqulodda jiddiy buzilishlarni ko'rsatishi mumkin. Kasallik belgilari o'z-o'zidan ketishini kutmang. Darhol quyidagi bosqichlarni bajaring:

- *Tez tibbiy yordam chaqiring.*
- *103 ga qo'ng'iroq qiling .*
- *O'zingiz kasalxonaga mashinani boshqarib bormang .*
- *Adrenalin yuboring .*
- *Olgan dori-darmoningiz yordam berayotgandek tuyulsa ham, qo'shimcha tibbiy yordam va nazorat kerakligini esdan chikarmang*

Klinik bayonnomani ishlab chiqilganidan keyin 3 yil o'tgach yoki dalillar darajasi bilan yangi usullar mavjud bo'lganda qayta ko'rib chiqiladi .

Adabiyotlar ruyxati :

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 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. Allergologiya. Federalnie klinicheskie rekomendatsii. Glavnie redaktori akad. RAN R.M. Xaitov, prof. N.I. Ilina. — M., 2014. — S. 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/air.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. Esakova N.V., Pampura A.N. Pitshevaya anafilaksiya u detey: retrospektivniy analiz 53 sluchaev. *Rossiyskiy Allergologicheskiy Jurnal*, 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*.
18. *Clinical aspects of Immunology*, 3-d, Gell PGH, Coombs RRA, Lachmann R. Oxford: Blackwell Scintific Publications, 1975
19. Safina L.F., Fassaxov R.S., Reshetnikova I.D. s soavt. Anafilakticheskiy shok: retrospektivniy analiz gospitalizatsiy po dannim allergologicheskogo otdeleniya goroda Kazani. *Prakticheskaya Medisina*. 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. Lopatin A.S. *Lekarstvenniy anafilakticheskiy shok*. — M.: Medisina, 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
41. Nezabudkin S.N., Galustyan A.N., Nezabudkina A.S., Sardaryan I.S., Pogorelchuk V.V., Rukuyja M.S. Anafilakticheskiy shok. *Sovremenniy Vzglyad. Medisina: teoriya i praktika*. 2018, Tom 3, №4, s.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. – T. 64. – №. 2. – S. 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. – T. 3. – №. 1. – S. 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. Novikov, D.K. Anafilaksiya. Anafilakticheskiy shok. Klinicheskaya kartina, diagnostika, lechenie : posobie / D.K. Novikov, L.R. Vixristenko, P.D. Novikov, N.D. Titova, O.V. Itshenko, I.V. Semenova, V.V. Yanchenko.
<https://elib.vsmu.by/handle/123/17826>
48. Anafilakticheskiy shok (2-y peresmotr) Rossiyskaya assosiyasiya allergologov i klinicheskix immunologov ObtsheRossiyskaya obtshestvennaya organizatsiya "Federatsiya anesteziologov i reanimatologov". 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. Taktika diagnostiki i lecheniya allergicheskix zabolevaniy i immunodefisitov. Prakticheskoe rukovodstvo. Pod redaktsiyey Akademika ran R.M.Xaitova. Izdatelskaya gruppa "Geotar-Media". 2019. S.90-95.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/>
51. Allergologiya i Klinicheskaya immunologiya. Klinicheskie rekomendatsii. Glavnie redaktori akad. RAN R.M. Xaitov, prof. N.I. Ilina. — M., 2019. — S. 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. Bayaliev A.J., Zabolotskix I.B., Lebedinskiy K.M., Musaeva T..S., Shifman E.M., Kulikov A.V. Profilaktika i lechenie perioperatsionnoy anafilaksii i anafilakticheskogo shoka. Anesteziologiya i reanimatologiya.2018;1-2:82-90.
<https://www.mediasphera.ru/issues/anesteziologiyareanimatologiya/2018/1/1020175632018011082>