

ԱՆԱՖԻԼԱՔՍԻԱՅՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

Ընդհանուր դրույթներ

Անաֆիլաքսիան իմունային մեխանիզմներով զարգացող ալերգիկ ռեակցիայի ամենածանր, կյանքին վտանգ սպառնացող դրսևորումն է, որի դեպքում մահվան հիմնական պատճառներ են հանդիսանում անդարձելի անոթային կոլապսը, սուր շնչառական անբավարարությունը բրոնխոսպազմի և/կամ կոկորդի այտուցի պատճառով: Ալերգիայի համաշխարհային կազմակերպության (World Allergy Organization, WAO) և Ալերգիայի և կլինիկական իմունալոգիայի եվրոպական ակադեմիայի (European Academy of Allergy and Clinical Immunology, EAACI) կողմից ընդունված ԱՄՆ Ալերգիայի և վարակիչ հիվանդությունների ազգային ինստիտուտի (National Institute of Allergy and Infectious Disease, NIAID) անաֆիլաքսիայի բնորոշմանը և վարմանը նվիրված 2006թ. համաժողովին ձևավորված դրույթների համաձայն՝ անաֆիլաքսիա **ախտորոշումը** դրվում է կլինիկական չափանիշների հիման վրա, երբ դիտվում է ստորև նշված 3 չափորոշիչներից առնվազն մեկի կտրուկ առաջացում, ենթադրվող ալերգենի հետ շփումից վայրկյաններից մինչև ժամեր անց:

1. **Հիվանդության սուր սկիզբ մաշկի և/կամ լորձաթաղանթների ախտահարմամբ.** գեներալիզացված ցան, էրիթեմա, շրթունքների, քիմքի այտուց՝ զուգակցված նշվածներից առնվազն մեկի հետ.

- *շնչառական ախտանշաններ՝* դիսպնեա, ստրիդոր, սուլող շնչառություն, արտաշնչման առավելագույն արագության նվազում, հիպօքսեմիա
- *սիրտանոթային ախտանշաններ՝* հիպոտոնիա կամ դրանով պայմանավորված ծայրամասային օրգանների ախտանշաններ (սինկոպե, անմիզապահություն, անկղապահություն):

2. **Տվյալ պացիենտի համար հավանական ալերգենի հետ շփումից հետո ստորև նշված ախտանշաններից առնվազն երկուսի սուր առաջացում.**

- *մաշկային և/կամ լորձաթաղանթային ախտանշաններ՝* գեներալիզացված ցան, էրիթեմա, շրթունքների, քիմքի այտուց,
- *շնչառական ախտանշաններ՝* դիսպնեա, ստրիդոր, սուլող շնչառություն, արտաշնչման առավելագույն արագության նվազում, հիպօքսեմիա,

- սիրտանոթային ախտանշաններ՝ հիպոտոնիա կամ դրանով պայմանավորված ծայրամասային օրգանների ախտանշաններ (սինկոպե, անմիզապահություն, անկղապահություն),
- սրամոքսաղիքային ախտանշաններ՝ որովայնի կայուն ցավեր, փսխում:

3. **Տվյալ պացիենտի համար ճշտված ալերգենի հետ շփումից հետո ՁՃ անկում**, ընդ որում, հիպոտենզիան պետք է բավարարի հետևյալ պահանջներին.

- 1 ամսեկանից 1 տարեկան երեխաների համար P սիստոլիկ՝ 70մմ/ս.ս.-ից ցածր,
- 1 - 10տ.տ. երեխաների համար P սիստ.՝ 70մմ/ս.ս. + (2 x տարիքը տարիներով),
- 11 - 17տ.տ. երեխաների համար՝ 90մմ/ս.ս.-ից ցածր,
- 17տ.-ից բարձր՝ 100մմ/ս.ս.-ից ցածր,
- բազալ P սիստոլիկի համեմատ՝ ՁՃ 30%-ով և ավել իջեցում:

Անաֆիլաքսիայի առավել ծանր դրսևորումը *անաֆիլակտիկ շոկն* է, որն ունի բարձր մահացություն: Կլինիկական պրակտիկայում հաճախ հանդիպում են համանման իրավիճակներ, որոնք զարգանում են առանց իմունային մեխանիզմների, որոնց անվանում են ոչ ալերգիկ անաֆիլաքսիա/անաֆիլակտոիդ ռեակցիաներ: Բուժման մոտեցումները նույնն են, սակայն վերջիններն ունեն ավելի թեթև ընթացք և ցածր մահացություն՝ ի տարբերություն ալերգիկ անաֆիլակտիկ ռեակցիաների:

Անաֆիլաքսիայի առավել հաճախ հանդիպող պատճառներն են՝ սնունդը, դեղորայքը, միջատի խայթոցը:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. **Գամբարով Սպարտակ Սեմյոնի** (գործելակարգի պատասխանատու համակարգող), բ.գ.դ., պրոֆեսոր, ԵՊԲՀ կլինիկական իմունալոգիայի և ալերգալոգիայի ամբիոնի վարիչ, Հերացի թիվ 1 համալսարանական հիվանդանոցի կլինիկական իմունալոգիայի և ալերգալոգիայի բաժանմունքի վարիչ:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Կորյունի 2, ԵՊԲՀ, հեռ՝ +374 91 42 08 65

2. **Կծոյան Լուսնթագ Արծրունու**, բ.գ.թ., ԵՊԲՀ կլինիկական իմունալոգիայի և ալերգալոգիայի ամբիոնի դոցենտ, Արաբկիր բժշկական կենտրոնի բժիշկ ալերգոլոգ – իմունոլոգ:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Կորյունի 2, ԵՊԲՀ, հեռ՝ +374 91 55 88 10

3. **Հակոբյան Արմինե Վիուլենի**, բ.գ.թ., ԵՊԲՀ կլինիկական իմունալոգիայի և ալերգալոգիայի ամբիոնի դոցենտ, Հերացի թիվ 1 համալսարանական հիվանդանոցի կլինիկական իմունալոգիայի և ալերգալոգիայի բաժանմունքի բժիշկ ալերգոլոգ – իմունոլոգ:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Կորյունի 2, ԵՊԲՀ, հեռ՝ +374 91 07 77 88

4. **Հարությունյան Սոնա Սերգեյի**, բ.գ.թ., ԵՊԲՀ կլինիկական իմունալոգիայի և ալերգալոգիայի ամբիոնի դոցենտ, Հերացի թիվ 1 համալսարանական հիվանդանոցի կլինիկական իմունալոգիայի և ալերգալոգիայի բաժանմունքի բժիշկ ալերգոլոգ – իմունոլոգ:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Կորյունի 2, ԵՊԲՀ, հեռ՝ +374 91 42 91 40

5. **Կալիկյան Զարուհի Գևորգի**, բ.գ.թ., ԵՊԲՀ կլինիկական իմունալոգիայի և ալերգալոգիայի ամբիոնի ավագ դասախոս, ԵՊԲՀ օտարերկրացիների նախապատրաստական ուսուցման բաժնի պետ, բժիշկ ալերգոլոգ – իմունոլոգ:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Կորյունի 2, ԵՊԲՀ, հեռ՝ +374 93 11 88 45

6. **Գաբրիելյան Արսեն Ռոբերտի**, բ.գ.թ., ԵՊԲՀ կլինիկական իմունալոգիայի և ալերգալոգիայի ամբիոնի ավագ դասախոս, Հերացի թիվ 1 համալսարանական հիվանդանոցի կլինիկական իմունալոգիայի և ալերգալոգիայի բաժանմունքի բժիշկ ալերգոլոգ – իմունոլոգ:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Կորյունի 2, ԵՊԲՀ, հեռ՝ +374 93 08 57 75

7. **Զաքարյան Ալեքսանդրա Սպարտակի**, ԵՊԲՀ կլինիկական իմունալոգիայի և ալերգալոգիայի ամբիոնի դասախոս, Հերացի թիվ 1 համալսարանական հիվանդանոցի կլինիկական իմունալոգիայի և ալերգալոգիայի բաժանմունքի բժիշկ ալերգոլոգ – իմունոլոգ:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Կորյունի 2, ԵՊԲՀ, հեռ՝ +374 94 50 50 47

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է, որ 2014, 2015 և 2016 թթ. ստացել է ճանապարհային գրանտներ Բերլին Խեմի ՓԲԸ դեղագործական ընկերությունից՝ արտասահմանում կայացաց EAACI գիտաժողովներին մասնակցության նպատակով:

Աշխատանքային խմբի անդամների հայտարարագրերը կցվում են: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կառույցը չի ունեցել ոչ մի ազդեցություն սույն Գործելակարգի մշակման որևէ փուլի վրա:

Գործելակարգի մշակման հենքը

Սույն Գործելակարգը մշակվել է Ալերգալոգիայի և իմունալոգիայի հայկական ասոցիացիայի անդամներից կազմված աշխատանքային խմբի կողմից՝ «Անաֆիլաքսիայով պացիենտների վարման կլինիկական ուղեցույց (2017)»-ի դրույթների հիման վրա՝ որի հիմքն իր հերթին հանդիսացել են Ալերգիայի և կլինիկական իմունալոգիայի եվրոպական ակադեմիայի (European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI)) 2014 թ. «Սննդային ալերգիայի և անաֆիլաքսիայի ուղեցույցներ», ինչպես նաև «Ալերգիայի համաշխարհային կազմակերպության անաֆիլաքսիայի ուղեցույցներ՝ ամփոփում» (World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: Summary) փաստաթղթերը և Cochrane library, PubMed և UpToDate էլեկտրոնային շտեմարանների տվյալները:

Գործելակարգի պացիենտի մոդել

Սույն Գործելակարգի պացիենտի մոդելն է բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հիմնարկների ընդունարաններում և այլ բաժանմունքներում գտնվող տարբեր ծագումնաբանությամբ և ծանրության աստիճանի անաֆիլաքսիայով պացիենտները (Այուսակ 1):

Այուսակ 1.

Անաֆիլաքսիայով պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոգոլոգիական ձևը	Անաֆիլաքսիա
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ և երեխաներ
Հիվանդության աստիճանը	Ցանկացած
Հիվանդության փուլը	Ցանկացած
Բարդությունները	Անկախ բարդություններից
Կողը ըստ ՀՄԴ-10 ¹	T78.0 Սննդի հանդեպ ախտաբանական ռեակցիայով պայմանավորված անաֆիլակտիկ շոկ

¹ ՀՄԴ-10-ում բացակայում է անաֆիլաքսիա ախտորոշման կոդը, որի պատճառով օգտագործվում են դրա առավել արտահայտված կլինիկական դրսևորումներին (բացի անաֆիլաքսիկ շոկից) համապատասխանող տարբեր կոդեր. Օր.՝ սուր եղջացան, կամ բրոնխային ասթմայի սրացում:

	T78.2 Չճշտված անաֆիլակտիկ շոկ T80.5 Շիճուկի ներարկման հետևանքով առաջացած անաֆիլակտիկ շոկ T88.6 Համապատասխան նշանակված և ճիշտ կիրառված դեղամիջոցի հանդեպ ախտաբանական ռեակցիայով պայմանավորված անաֆիլակտիկ շոկ
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Արտահիվանդանոցային (բուժկետեր, պոլիկլինիկաներ, առաջնային օղակի այլ բուժհաստատություններ, շտապ օգնության կանչ) և հիվանդանոցային

1. Անաֆիլաքսիայի վարում

Անաֆիլաքսիայով պացիենտի վարումը հիմնված է կենսաապահովման ընդհանուր օրինաչափությունների վրա: Այստեղ առանցքային է համակարգային մոտեցումը՝ բազիսային սկզբնական բուժումը (Basic Initial Treatment), որ գործողությունների հստակ ալգորիթմ է, անկախ օգնության ցուցաբերման միջավայրից, դրա հագեցվածությունից, վիճակը հարուցած դրդապատճառից և օգնությունը սկսելու պահից: Օգնության ցուցաբերման հարցում կազմակերպվածությունից ոչ պակաս կարևոր է արագությունը, քանի որ բուժման ուշացման դեպքում կորած թանկարժեք վայրկյանները ուղղակիորեն կապված են (արտահայտված դրական կոռելյացիա) մահվան կանխատեսման հետ:

1.1. Բազիսային սկզբնական բուժում

1. Անհապաղ հեռացնել ենթադրյալ հարուցող ազդակը, եթե հնարավոր է.

- Դադարեցնել կաթիլային դեղորայքը, որը տրվում էր այդ պահին:
- Հեռացնել մեղվի խայթը մաշկի միջից: Վաղ հեռացումն ավելի կարևոր է, քան հեռացման եղանակը:
- Սննդային ալերգիայի դեպքում՝ հեռացնել սննդի մնացորդները բերանի խոռոչից, սակայն պետք չէ կատարել փսխման հարուցում կամ ստամոքսի լվացում:

Եթե ազդակի հեռացումն անհնար է կամ փորձը ձախողվում է, պետք չէ հավելյալ ժամանակ ծախսել դրա վրա, հետաձգելով հաջորդող գործողությունները:

2. Արագ գնահատել կենսական ֆունկցիաները ABCDE հաջորդականությամբ, որտեղ.

- **Airways** - Շնչուղիների օբստրուկցիայի նշաններ. լեզվի, քիմքի, ըմպանի տեսանելի այտուց, ձայնի խռպոտություն (կոկորդի այտուց), աղմկոտ շնչառություն, ստրիդոր:
- **Breathing** - Շնչառության խանգարման նշաններ. տախիպնոէ, դիսպնոէ, խզզոցներով և սուլոցներով շնչառություն, ավելի ուշ շրջանում՝ ցիանոզի առաջացում:
- **Circulation** - Արյան շրջանառության անոթային կոլապսի նշաններ. տախիկարդիա, հիպոտենզիա, մազանոթների լցման երկարաժամանակ, սառը, գունատ, խոնավ, կաշուն մաշկ:
- **Disability** - Գիտակցության խանգարումներ, որոնք կարող են լինել տարբեր աստիճանի՝ հոգնածության զգացումից, շշմածությունից մինչև կոմա:
- **Exposure** - Արտաքին դրսևորումներ, մաշկի և լորձաթաղանթների բնորոշ փոփոխություններ, որոնք առկա են անաֆիլաքսիա ունեցող հիվանդների 84% մոտ և կարևոր վաղ մարկերներ են ախտորոշման համար: Կարող են լինել հազիվ նկատելիից մինչև դրամատիկ փոփոխությունների տեսքով, տեղային կամ գեներալիզացված, միայն մաշկի, միայն լորձաթաղանթների կամ դրանց միաժամանակ ընդգրկմամբ, սովորաբար, եղնջացանի, էրիթեմայի կամ այտուցի տեսքով (այտուցն ընդգրկում է ավելի խորանիստ հյուսվածքները և բնորոշ է կոպերի, շրթունքների, ըմպանի, լեզվի, քիմքի, գենիտալ շրջաններին, սակայն, այն կարող է լինել ցակացած վայրում):

Արագ և զուգահեռ կատարել 3, 4, 5 գործողությունները:

- 3. Օգնություն կանչել:** Հիվանդանոցային պայմաններում պետք է կանչել վերակենդանացման թիմը, իսկ արտահիվանդանոցային պայմաններում՝ շտապ օգնություն:
- 4. Ադրենալին (էպինեֆրին) ներմուծել²:** Ադրենալինը կիրառվում է միջմկանային ներարկման եղանակով ազդրի միջին դրսային երրորդականի հատվածում 0,01մգ/կգ 1:1000 (1մգ/մլ) նոսրացմամբ լուծույթը չափահասներին՝ 0.5 մգ, երեխաներին և հղիներին՝ 0.3 մգ չափաբաժնով (այս դեպքում կարևոր է ոչ թե պացիենտի տարիքը, այլ քաշը, և, երեխա է համարվում 35-40 կգ-ից ցածր քաշով պացիենտը): Ներարկումը

² **Ադրենալինի ինքնաներարկիչի** առկայության դեպքում՝ կիրառել այն (եթե պացիենտն անգիտակից վիճակում է և կամ չի կարող կատարել այդ գործողությունը): Ադրենալինի ինքնաներարկիչի չափաբաժինները՝ կախված տարիքից և քաշից հետևյալն են. 5-25 կգ քաշի դեպքում (1-6 տ երեխաներ)՝ 0.15 մլ և 25 կգ-ից բարձր քաշի դեպքում (6 տ. բարձր) 0.3 մլ:

կարելի է կրկնել 5-15 րոպեից (առնվազն 5ր.), բայց պացիենտների մեծամասնությունը պատասխանում է 1-2 ներարկմանը: Ադրենալինի մ/մ ներարկման ավելի ճշգրիտ չափաբաժինները՝ կախված պացիենտի տարքից և քաշից հետևյալն են.

Այուսակ 2.

Ադրենալինի մ/մ ներարկման չափաբաժինները

Տարիք (տ)	Քաշ (կգ)	Ադրենալինի ծավալը 1:1000 նոսրացման դեպքում (մլ)
1<	5-10	0.05-0.1
1-2	10-15	0.1
2-3	15-20	0.15
4-6	20-30	0.2
7-10	30-40	0.3
10-12	40-50	0.4
12-ից բարձր	50>	0.5

5. Դիրքավորել պացիենտին հարմարավետ:

- Անոթային կոլապսով պացիենտները պետք է լինեն պառկած, ոտքերը մարմնի մակարդակից բարձր: Արգելվում է կտրուկ նստել կամ կանգնել, քանզի այդ պահին մեծանում է սրտի կանգի վտանգը:
- Շնչառության դժվարացմամբ հիվանդները կարող են նստած ավելի հարմարվետ զգալ իրենց, այդ դեպքում, պետք չէ նրանց պառկեցնել:
- Անգիտակից, բայց ինքնուրույն շնչող հիվանդներին պետք է պառկացնել մեջքի վրա, ստորին վերջույթները բարձրացնել, գլուխը շրջել կողքի, փսխման զանգվածների ասպիրացիայից խուսափելու համար: Լեզվարմատի՝ շնչուղիները խցանելու ռիսկի դեպքում, կատարել Սաֆերի եռակի գործողությունը՝ ապախոնարիել գլուխը, բացել բերանը, ստորին ծնոտը բերել առաջ և վեր:
- Հղի հիվանդները պետք է պառկեն ձախ կողքին, կավալ կոմպրեսիայից խուսափելու համար:

6. Ապահովել թարմ օդի մուտքը դեպի պացիենտի շնչուղիներ կամ տեղադրել թթվածնի դիմակ (ըստ ցուցումների): Շնչուղիների անցանելիության պարագայում պետք է տալ բարձր հոսքով թթվածին (6-8 լ/ր):

7. Ապահովել ներերակային մուտքը լայն լուսանցքով կատետերով (16-18 G) և անոթային կոլապսի, այտուցների առկայության դեպքում առաջին 15ր ընթացքում ներմուծել 1-2լ իզոտոնիկ լուծույթ (երեխաներին՝ 10 մլ/կգ), հիպովոլեմիայի դեմ պայքարելու համար:

8. **Պատրաստ լինել սիրտ-թոքային վերակենդանացում կատարելու:** Մեծահասակներին սրտի անուղղակի մերսումը պետք է կատարել 1 րոպեում 100-120 հաճախությամբ 5-6 սմ խորությամբ, երեխաներին՝ 1 րոպեում 100 հաճախությամբ 5 սմ (մանուկներին՝ 4 սմ) խորությամբ: Ներշնչման և կրծքավանդակի սեղմման հարաբերությունը՝ 2:30:

9. **Վերահսկել կենսական ֆունկցիաների ցուցանիշները** (ՁՃ, անոթազարկ, սատուրացիա, շնչառության հաճախություն): Մոնիտորի բացակայության դեպքում յուրաքանչյուր 2-5 րոպեն մեկ չափել զարկերակային ճնշումը, անոթազարկը և սատուրացիան:

10. **Տեղափոխել պացիենտին հիվանդանոցի վերակենդանացման բաժանմունք:**

1.2. Բուժման հետագա մարտավարություն

- **Հ₁ հիստամինային ընկալիչների պաշարիչների կիրառում:** Այս խմբի դեղորայքից պետք է խուսափել անաֆիլաքսիայի սուր շրջանում, քանզի դրանք կարող են առաջացնել հիպոտենզիայի խորացում, նյարդաբանական ախտանշանների աղավաղում: Թույլատրվում այս խմբի դեղամիջոցների կիրառումը բուժման ավելի ուշ շրջանում (երբ ՁՃ կարգավորված է) եղնջացանի, էրիթեմայի, քորի բուժման նպատակով: Կիրառվում են (ընտրել որևէ մեկը).
 - **Կլեմաստին** (տավեգիլ) 0.1% մեծահասակներին՝ 2.0մլ (2 մգ) մ/մ կամ ն/ե, երեխաներին՝ 25 մկգ/կգ/օրը մ/մ 2 ներարկումով
 - **Քլորոպիրամին** (սուպրաստին) 0.2% մեծահասակներին՝ 1-2 մլ (20-40 մգ) մ/մ կամ ն/ե, երեխաներին՝ սկսած 5 մգ-ից (0.25 մլ)
 - **Դիֆենհիդրամին** (դիմեդրոլ) մեծահասակներին՝ 25-50 մգ, 35-40 կգ-ից պակաս քաշով երեխաներին՝ 1 մգ/կգ, առավելագույնը 50 մգ:
- **Կարճատև ազդեցության β₂-ագոնիստների և այլ բրոնխալայնիչների կիրառում:** Այս դեղամիջոցները լրացուցիչ կիրառում են բրոնխակծկանքը նվազեցնելու նպատակով, սակայն այս դեղամիջոցներն արդյունավետ չեն վերին շնչուղիների այտուցը նվազեցնելու հարցում: Բրոնխալայնիչներից կիրառվում է.
 - **Սալբուտամոլ**՝ 2.5 մգ/2.5 մլ ներուլայզերով,
- **Ստերոիդների կիրառում:** Անաֆիլաքսիայի ժամանակ արգելվում է ստերոիդները կիրառել որպես առաջին շարքի դեղորայք ադրենալինի փոխարեն, քանի որ դրանց ազդեցությունը զարգանում է միայն մի քանի ժամ անց, սակայն սա կարևոր դեղախումբ

է անաֆիլաքսիայի հնարավոր ուշ փուլից խուսափելու հարցում: Կիրառվում են (ընտրել որևէ մեկը).

- **Դեքսամեթազոն՝** ն/ե կաթիլային 8-32 մգ,
- **Պրեդնիզոլոն՝** ն/ե շիթային 90-120 մգ, երեխաներին՝ 2-5 մգ/կգ
- **Հիդրոկորտիզոն՝** ն/ե կաթիլային 5 մգ/կգ, առավելագույն՝ 200 մգ
- **Մեթիլպրեդնիզոլոն՝** ն/ե կաթիլային 50-120 մգ, կամ շիթային 1մգ/կգ, երեխաներին՝ առավելագույնը՝ 50 մգ:
- **H₂ հիստամինային ընկալիչների պաշարիչների կիրառում:** Բուժման ավելի ուշ շրջանում, երբ ԶՃ կարգավորված է, կիրառում են (ընտրել որևէ մեկը).
 - **Ռանիտիդին՝** 50 մգ, երեխաներին՝ 1 մգ/կգ, առավելագույնը՝ 50 մգ, ն/ե,
 - **Ֆամոտիդին** (կվամատել)՝ 5-10 մլ (20-40մգ) ն/ե:
- **Վերահսկում:** Պացիենտին սուր ռեակցիայից դուրս բերելուց հետո, նրա վիճակը պետք է վերահսկել առնվազն 6-8ժ. ընթացքում՝ շնչառական ախտանշանների գերակշռման դեպքում և 12-24ժ. ընթացքում՝ սիրտանոթային ախտանշանների գերակշռման դեպքում (*Հավելված 1*): Դուրս գրելուց հետո պացիենտին պետք է վերահսկել ևս 1 շաբաթվա ընթացքում՝ ուշացած ռեակցիաների կանխալգելման և բուժման համապատասխանության գնահատման համար:

1.3. Կայուն անաֆիլաքսիայի բուժում

- **Շնչուղիների ինտուբացիա:** Եթե առկա է վերին շնչուղիների այտուց, կայուն բրոնխակծկանք և դրանք սպառնում են ինքնուրույն շնչառությանը, անհրաժեշտ է կատարել շնչափողի ինտուբացիա: Նախքան ինտուբացիան պետք է 3-4 ռ. ընթացքում տալ թթվածին:
- **Ադրենալինի ն/ե ներարկում:** Թույլատրելի է միայն մ/մ կրկնակի ներարկումների անարդյունավետության դեպքում, տերմինալ շրջանում, համապատասխան հմտություններին տիրապետող անձնակազմի կողմից: Պետք է 1.0 մլ 0.1% ադրենալինի լուծույթը նոսրացնել 1:10, այսինքն, ավելացնել 9.0 մլ NaCl-ի ֆիզիոլոգիական լուծույթ, դանդաղ 5-10ր ընթացքում ներարկել ն/ե շիթային: Ադրենալինի ն/ե կաթիլային ներարկումը (0.1% 1 մլ՝ 100 մլ 0.9% NaCl-ի մեջ) պետք է սկսել 30-100մլ/ժ արագությամբ (5-15 մկգ/ր)՝ կարգավորելով/տիտրելով հոսքը կլինիկական պատասխանի կամ ադրենալինի կողմնակի ազդեցությունների հիման վրա: Ծայրամասային երակային

մուտքերի բացակայության պարագայում աղբենալինը կարելի է ներմուծել ազդրային երակից, կամ այլ կենտրոնական երակներից:

- **Այլ անոթասեղմիչների կիրառում:** Ծանր, հիմնական սկզբնական բուժման նկատմամբ ռեֆրակտեր անաֆիլաքսիայի դեպքում կարելի է կիրառել մեկ այլ անոթասեղմիչ դեղամիջոց: Կիրառում են (ընտրել որևէ մեկը).
 - **Նորէպինեֆրին** (նորադրենալին) ն/ե կաթիլային 2-4 մգ (1-2 մլ 0.2%) 500 մլ 5% գլյուկոզայի կամ 0.9% NaCl-ի մեջ 4-8 մկգ/ր արագությամբ մինչև 2Ճ-ի կարգավորումը:
 - **Դոպամին** ն/ե կաթիլային 400 մգ 500 մլ 5% գլյուկոզայի կամ 0,9% NaCl-ի մեջ 2-20 մկգ/կգ/ր նախնական արագությամբ՝ կարգավորելով/տիտրելով հոսքը սիստոլիկ 2Ճ-ի 90 մմ ս.ս. մակարդակի վրա պահպանման հիման վրա: Ավելի ծանր դեպքերում չափաբաժինը կարող է ավելացվել մինչև 50 մկգ/կգ/ր և ավելի: Օրական չափաբաժինը՝ 400-800 մգ է (առավելագույնը՝ 1500 մգ): Հեմոդինամիկ ցուցանիշների կարգավորման դեպքում կարելի է իջեցնել չափաբաժինը:
 - **Գլյուկագոն³** 1-5մգ (երեխաներին 20-30 մգ/կգ, առավելագույնը՝ 1մգ), ն/ե շիթային եղանակով 5ր ընթացքում, որը կարելի է շարունակել 1 մգ/ժամ արագությամբ կաթիլային ներարկման տեսքով: Կիրառվում է բետա-բլոկատորներ ընդունող պացիենտների շրջանում, երբ բարձր է աղբենալինի անարդյունավետության հավանականությունը:
- **Վիրաբուժական միջամտություն:** Կոկորդի այտուցի դեպքում դեղորայքային բուժման անարդյունավետության պարագայում պետք է կատարել տրախեոտոմիա կամ կոնիկոտոմիա:

2. Բուժհաստատություններում անաֆիլաքսիայի ռիսկով պացիենտների վարում

1. Հակաշոկային հավաքածուն (*Հավելված 2*) և անաֆիլաքսիայի դեպքում անհետաձգելի բուժօգնության ալգորիթմը (*Հավելված 3*) պետք է լինեն բոլոր բուժհաստատությունների

³ Գլյուկագոնը պաշտոնապես գրանցված չէ Հայաստանում, սակայն որպես ուղեցույցներում առաջարկվող առավել արդյունավետ անոթասեղմիչ դեղամիջոց աղբենալինի հանդեպ կայուն անաֆիլաքսիայի դեպքում, կա նաև դրա անհրաժեշտությունը:

միջամտությունների, ախտորոշման և ստոմատոլոգիական սենյակներում, ոչ բժշկական հաստատությունների բուժկետներում:

2. Ծանրացած ալերգիկ անամնեզով (բրոնխային ասթմա, ալերգիկ ռինիտ, ատոպիկ մաշկաբորբ, ալերգիկ ռեակցիաներ սննդից, միջատի խայթոցից և դեղորայքից եղնջացանի, անգիոնևրոտիկ այտուցի և հատկապես անաֆիլաքսիայի դրսևորումներով, ինչպես նաև մաստոցիտոզ) պացիենտները պետք է անցնեն ալերգոլոգ-իմունոլոգի պարտադիր պլանային խորհրդատվություն, մասնավորապես դեղորայքային բուժում նշանակելուց, ռենտգեն կոնտրաստային հետազոտություններից և վիրահատություններից առաջ:
3. Ծանրացած ֆարմակոլոգիական անամնեզով պացիենտների դեղորայքային ալերգիայի ախտորոշումը հստակեցնելու նպատակով կատարվող հրահրիչ փորձերը կատարվում են միայն խիստ ցուցումներով, ալերգոլոգ-իմունոլոգի կողմից և համապատասխան պայմաններում (մոտեցված վերակենդանացման բաժանմունքի պայմաններին): Դեղորայքով մաշկային փորձերը ցուցված չեն, մասնավորապես անամնեզում դեղորայքային գերզգայունության բացակայության դեպքում:
4. Որոշ ալերգիկ հիվանդությունների բուժման համար կիրառվող (նշանակվում է միայն ալերգոլոգ-իմունոլոգի կողմից) հատկապես շնչառական ալերգեններով ալերգենաբնորոշ իմունաթերապիայի (ԱԲԻԹ) դեպքում պետք է չափազանց զգույշ լինել տվյալ ալերգենի շրջակա միջավայրում բարձր խտության ժամանակահատվածում: ԱԲԻԹ-ից պետք է հրաժարվել չվերահսկվող բրոնխային ասթմայով պացիենտների դեպքում:
5. Ալերգոլոգ-իմունոլոգի խորհրդատվության անհնարինության պարագայում այլ մասնագիտության ցանկացած բժիշկ պետք է մանրամասն հավաքագրի.
 - *ալերգալոգիական անամնեզը*, հնարավոր բոլոր պատճառային ազդակները բացահայտելու նպատակով,
 - *ֆարմակոլոգիական անամնեզը*, դեղորայքի հանդեպ նախկինում դիտված ալերգիկ ռեակցիաները, նրանց բնույթը, դեղն ընդունելուց հետո երևույթների առաջացման ժամանակահատվածը, ներմուծման ուղին, տևողությունը, հստակ դեղամիջոցը, դրա չափաբաժինը և իրավիճակը, որի բուժման համար այն կիրառվել է, ինչպես նաև լավ ընդունվող դեղամիջոցները պարզելու և այնուհետև ալերգիկ ռեակցիաներ առաջացրած դեղամիջոցի հետ բոլոր խաչաձև ռեակտիվականությամբ դեղերը բացառելու, կանխարգելիչ թերապիայի անցկացման հարցը լուծելու նպատակով:

6. Ծանրացած անաֆիլաքտիկ անամնեզով պացիենտների ամբուլատոր քարտերի և հիվանդության պատմությունների տիտղոսաթերթի վրա պետք է նշել անաֆիլաքսիայի պատճառը, ռեակցիայի ամսաթիվը և դրա կլինիկական դրսևորումները:
7. Ծանրացած ալերգիկ (հատկապես, անաֆիլաքտիկ) անամնեզով պացիենտներին հնարավորինս պետք է նշանակել պերորալ ընդունման դեղամիջոցներ, խուսափել β -բլոկատորներից և ԱՎՖ-ի ինհիբիտորներից՝ փոխարինելով դրանք նույն ազդեցությամբ այլ խմբի դեղամիջոցներով, դեղամիջոցը ներարկելուց հետո առնվազն 30ր. հսկել իրավիճակը, խուսափել պոլիպրագմազիայից:
8. Ծանրացած ալերգիկ (հատկապես, անաֆիլաքտիկ) անամնեզով պացիենտներին ռենտգեն կոնտրաստային հետազոտություն կատարելիս ցանկալի է օգտագործել ցածր օսմոտիկությամբ ռենտգեն կոնտրաստային նյութեր (ՌԿՆ), որոնք էականորեն ավելի քիչ հավանականությամբ են առաջացնում անցանկալի ռեակցիաներ, քան բարձր օսմոտիկությամբ ՌԿՆ-երը:
9. Ծանրացած ալերգիկ (հատկապես, անաֆիլաքտիկ) անամնեզով պացիենտներին նախքան ռենտգեն կոնտրաստային հետազոտությունը և կամ վիրահատությունը պետք է կատարել կանխարգելիչ թերապիա.
 - Բարձր և ցածր օսմոտիկությամբ ՌԿՆ-երի կիրառման դեպքում.
 - հետազոտությունից 13, 7 և 1 ժամ առաջ ժամանակացույցով ներարկել գլյուկոկորտիկոստերոիդներ (դեքսամեթազոն՝ 4-8 մգ, կամ պրեդնիզոլոն 30-60 մգ 0.9% NaCl լուծույթի մեջ ն/ե կաթիլային կամ մ/մ),
 - հետազոտությունից 1 ժամ առաջ՝ կլեմաստին (տավեգիլ) 0.1% 2.0 մլ, քլորոպիրամին (սուպրաստին) 0.2% 1.0-2.0 մլ կամ դիֆենհիդրամին (դիմեդրոլ) 50 մգ 0.9% NaCl լուծույթի մեջ ն/ե կաթիլային և ռանիտիդին 150 մգ կամ ֆամոտիդին (կվամատել) 20 մգ պերորալ,
 - անմիջապես հետազոտությունից առաջ՝ սալբուտամոլ 4մգ:
 - Վիրահատական միջամտության դեպքում.
 - միջամտությունից 1 ժամ առաջ ներարկել դեքսամեթազոն՝ 4-8 մգ, կամ պրեդնիզոլոն 30-60 մգ և կլեմաստին (տավեգիլ) 0.1% 2.0 մլ, քլորոպիրամին (սուպրաստին) 0.2% 1.0-2.0 մլ կամ դիֆենհիդրամին (դիմեդրոլ) 50 մգ 0.9% NaCl լուծույթի մեջ ն/ե կաթիլային և ռանիտիդին 150մգ կամ ֆամոտիդին (կվամատել) 20 մգ պերորալ,

- անմիջապես հետազոտությունից առաջ՝ սալբուտամոլ 4 մգ:

10. Լատեքսային սենսիբիլիզացիա ունեցող պացիենտների պարագայում արգելվում է լատեքսային ձեռնոցների, կատետերների, ինտուբացիոն խողովակների և այլ պարագաների կիրառումը:

11. IgG և IgA իմունային անբավարարությամբ պացիենտների դեպքում կիրառել, համապատասխանաբար, լվացած էրիթրոցիտների պարունակությամբ և IgA բացակայությամբ դոնորական արյուն՝ այդ պացիենտների կողմից արյան փոխներարկումից առաջացող անֆիլաքտիկ ռեակցիաները բացառելու նպատակով:

3. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

3.1. Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետ
	Արյան ընդհանուր քննություն լեյկոֆորմուլայով	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	Նույն օրը
	Մեզի ընդհանուր քննություն	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	Նույն օրը
	Կոագուլոգրամմա	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	Նույն օրը
	Արյան գազերի և թթվահիմնային հավասարակշռության որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	Նույն օրը
	Ծայրամասային երակային կաթետրի տեղադրում	1	2	Ընդունարան/Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ընդունարանի/Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	Նույն օրը
	Զարկերակային ճնշման չափում	1	96	Ընդունարան/Ինտենսիվ	Ընդունարանի/Ինտենսիվ	Նույն օրը

				թերապիայի բաժանմունք	թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	
	Պոլսօքսիմետրիա	1	96	Ընդունարան/ հնտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ընդունարանի /հնտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	Նույն օրը
	Սատուրոմետրիա	1	96	Ընդունարան/ հնտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ընդունարանի /հնտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	Նույն օրը
	ԷՍԳ	1	2	Ընդունարան/ հնտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ընդունարանի /հնտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	Նույն օրը
	հնտենսիվ թերապևտի խորհրդատվու թյուն	1	3	հնտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	հնտենսիվ թերապևտ	Նույն օրը
	Ալերգոլոգի խորհրդատվու թյուն	1	3	Ալերգոլոգիակ ան բաժանմունք/ կաբինետ	Ալերգոլոգ	1-7 օրեր
	Նեղ մասնագետի խորհրդատվու թյուն	1	2	Այլ բաժանմունքն եր	Ցանկացած նեղ մասնագետ	1-7 օրեր

**3.2. Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ
(լրացուցիչ ցանկ)**

Ծած կագ իր	Անվանում	Տրամադրմա ն հաճախական ություն	Միջին քանակ	Ստորա բաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետ
	Արյան մեջ տրիպտազայի որոշում	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	Նույն օրը
	Մեզի մեջ հիստամինի որոշում	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	Նույն օրը
	Կենտրոնական երակային կաթետրի տեղադրում	0.25	1	հնտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	հնտենսիվ թերապևտ	Նույն օրը
	Շնչափողի	0.25	1	հնտենսիվ	հնտենսիվ	Նույն օրը

	ինտուբացիա			թերապիայի բաժանմունք	թերապևտ	
	Տրախեոտոմիա	0.1	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	Նույն օրը
	Կոնիկոտոմիա	0.1	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	Նույն օրը
	Միզապարկի կաթետրիզացիա	0.5	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	Նույն օրը
	Արյան շիճուկում յուրահատուկ IgE-ի որոշումը	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	Մաշկային փորձեր	0.5	1	Ալերգոլոգիակ ան բաժանմունք/ կաբինետ	Ալերգոլոգ	դուրս գրումից առնվազն 1 ամիս անց
	Հրահրիչ փորձեր	0.1	1	Ալերգոլոգիակ ան բաժանմունք/ կաբինետ	Ալերգոլոգ	դուրս գրումից առնվազն 3 ամիս անց

4. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

4.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախակ անություն	Չափաբաժին և ներմուծման ձևը	Մասնագետ	Կատարման ժամկետ
Ալֆա-բետա ադրենոմիմետիկ կներ	C01CA24	Ադրենալին	1	մ/մ 1մգ/մլ (0.01մգ/կգ) 0.5 մգ երեխաներ հղիներ՝ 0.3 մգ	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը
Իզոտոնիկ լուծույթներ	B05CB01	0.9% NaCL	1	1-2լ երեխաներ՝ 10 մլ/կգ	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը
Իզոտոնիկ լուծույթներ	B05BB01	Ռինգերի լուծույթ	1	1-2լ երեխաներ 10 մլ/կգ	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը
Գլյուկոկորտիկո ստերոիդներ	H02AB02	Դեքսամեթազոն	1	8-32 մգ	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը
Գլյուկոկորտիկո ստերոիդներ	H02AB06	Պրեդնիզոլոն	1	90-120 մգ երեխաներ՝ 2-5 մգ/կգ	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը
Գլյուկոկորտիկո ստերոիդներ	H02AB09	Հիդրոկորտիզոն	1	5 մգ/կգ 200 մգ	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը
Գլյուկոկորտիկո ստերոիդներ	H02AB04	Մեթիլպրեդնիզոլոն	1	50-120 մգ երեխաներ՝ 50 մգ	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը
Հիդրոկլորիդների պաշարիչներ	R06AA04	Կլեմաստին	1	2.0 մլ (2 մգ)	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը
Հիդրոկլորիդների պաշարիչներ	R06AC03	Քլորոպիրամին	1	1.0-2.0 մլ (20-40 մգ)	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը

H ₁ ընկալիչների պաշարիչներ	R06AA02	Դիֆենհիդրամին	1	25-50 մգ, երեխաներ՝ 1 մգ/կգ, առավելագույնը 50 մգ:	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը
H ₂ ընկալիչների պաշարիչներ	A02BA02	Ռանիտիդին	1	50 մգ	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը
H ₂ ընկալիչների պաշարիչներ	A02BA03	Ֆամոտիդին	1	5.0-10.0 մլ (20-40 մգ)	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը
Կարճատև ազդեցության β ₂ -ազոնիստների	R03AC02	Սալբուտամոլ	1	2.5 մգ/2.5 մլ ներուլայգերով	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը
Բժշկական գազեր	V03AN01	Թթվածին	1	6-8 լ/ր	Ցանկացած մասնագետ բժիշկ / բուժքույր	Նույն օրը

4.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹՆ	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	Չափաբաժին և ներմուծման ձևը	Մասնագետ	Կատարման ժամկետ
Ալֆա-բետա ադրենոմիմետիկներ	C01CA24	Ադրենալին	0.25	1.0 մլ 9.0 մլ 0,9% NaCl-ի մեջ ն/ե շիթային 1.0 մլ 100 մլ 0,9% NaCl-ի մեջ ն/ե կաթիլային	Ինտենսիվ թերապևտ / բուժքույր	Նույն օրը
Ալֆա-ադրենոմիմետիկներ	C01CA03	Նորէպինեֆրին	0.25	2-4 մգ (1.0-2.0 մլ) ն/ե կաթիլային	Ինտենսիվ թերապևտ/բուժքույր	Նույն օրը
Ալֆա-ադրենոմիմետիկներ	C01CA04	Դոպամին	0.25	400-800 մգ առավելագույնը՝ 1500 մգ, ն/ե կաթիլային	Ինտենսիվ թերապևտ/բուժքույր	Նույն օրը

Գլխկոգենը տրոհող հորմոններ	H04AA01	Գլյուկագոն	0.1	1-5մգ երեխաներ՝ 20-30 մգ/կգ, առավելագ ույնը՝ 1մգ, ն/ե շիթային	Ինտենսիվ թերապևտ/ բուժքույր	Նույն օրը
Անգիոպրոտեկ տորներ	C05BB5 6	Գլյուկոզա	0.5	500 մլ	Ինտենսիվ թերապևտ/ բուժքույր	Նույն օրը

5. Պահանջներ աշխատանքի ռեժիմի, հանգստի, բուժման կամ վերականգնման նկատմամբ

- Անաֆիլաքսիա տարած բոլոր պացիենտները դուրս գրվելիս անմիջապես պետք է ուղեգրվեն ալերգոլոգ-իմունոլոգի խորհրդատվության, պատճառային ազդակների բացահայտման/հստակեցման համար:
- Հարուցող ազդակը հստակեցնելուց հետո պացիենտին պետք է տրամադրել «Ալերգիայով պացիենտի անձնագիր» կամ ցուցումներ տարբերանշանով թանոց ձեռք բերելու համար և անաֆիլաքսիայի անհատական վարման պլանը, որը ներառում է հայտնաբերված պատճառային ալերգեններից (դեղորայք, սննդամթերք, միջատի թույն, լատեքս և այլն) և այլ հնարավոր հարուցող ազդակներից խուսափելու միջոցառումները, ինչպես նաև գործողությունների հստակ ալգորիթմը անաֆիլաքսիկ ռեակցիայի կրկնման դեպքում (մասնավորապես ադրենալինի և եթե հնարավոր է՝ ինքնաներարկիչի, օգտագործման վերաբերյալ): Անաֆիլաքսիկ ռեակցիաների դեպքում գործողությունների պլանի ձևաչափը ներկայացված է *Հավելված 4-ում*:
- Պացիենտներին կամ նրանց խնամակալներին պետք է ուղորդել, որպեսզի նրանք ներկայացնեն անհատական գործողությունների պլանի կրկնօրինակները աշխատավայրի, ուսումնական հաստատության (բուհ, դպրոց, մանկապարտեզ և այլն) բուժկետեր:
- Ալերգոլոգ-իմունոլոգի խորհրդատվության անհնարինության դեպքում անաֆիլաքսիա տարած պացիենտներին պետք է դուրս գրել խորհրդատվական թերթիկով, որի մեջ ներառված են ալերգենից խուսափելու միջոցառումները և ցուցումներ ադրենալինի (եթե հնարավոր է՝ ինքնաներարկիչի) օգտագործման վերաբերյալ:

- Պացիենտին և նրա մտերիմներին պետք է սովորեցնել անաֆիլաքսիայի ինքնակառավարման, առաջին բուժօգնության սկզբունքները:
- Անաֆիլաքսիա տարած պացիենտին խորհուրդ է տրվում միշտ ունենալ հակաշոկային միջոցներ, որոնց մեջ պարտադիր պետք է ներառված լինի ադրենալինի 0.1% լուծույթը 1.0 մլ ամպուլաներով և կամ, եթե հնարավոր է՝ ադրենալինի ինքնաներարկիչը:
- Անաֆիլաքսիայի կրկնման և հատկապես ծանր ռեակցիաների ռիսկը մեծացնող բոլոր գործոնները պետք է հնարավորինս վերացնել. համարժեքորեն բուժել ուղեկցող ալերգիկ (բրոնխային ասթմա, ալերգիկ ռինիտ, ատոպիկ մաշկաբորբ, սննդային ալերգիա և այլն) և ոչ ալերգիկ (սուր ինֆեկցիաներ, համակարգային մաստոցիտոզ, սիրտանոթային) հիվանդությունները, ուշադիր լինել վարժությունների կամ ֆիզիկական լարվածության, տենդի դեպքերում, նախադաշտանային շրջանում, որոշ դեղամիջոցներ (ՈԱՀԲ-ներ, β -բլոկատորներ, ԱՎՖ-ի և ՄԱՕ-ի ինհիբիտորներ և այլն) և ալկոհոլ օգտագործելիս, նվազեցնել էմոցիոնալ սթրեսը:

6. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Անաֆիլաքսիայով պացիենտի սննդակարգում պետք է կատարել որոշակի սահմանափակումներ, սկզբնական շրջանում ընդհանուր թերալերգենային սննդակարգի ձևով (*տե՛ս Հավելված 5-ում*), այնուհետև ալերգոլոգ-իմունոլոգի խորհրդատվությունից և պատճառային ալերգենի սննդային բնույթը բացահայտելուց/հաստատելուց հետո՝ բացառման սննդակարգի ձևով:

7. Պացիենտի հոժարակամ տեղեկացված համաձայնության ստացման առանձնահատկությունները Գործելակարգը կատարելիս և հիվանդի, ինչպես նաև ընտանիքի անդամների լրացուցիչ տեղեկատվության տրամադրում

Հարկավոր է պացիենտի և/կամ նրան ներկայացուցիչների հետ համատեղ քննարկել անաֆիլաքսիայի և անաֆիլաքսիկ շոկի համալիր բուժման խնդիրները և հավանական ելքերը հնարավորինս շուտ և ոչ ուշ քան ախտորոշմանը հաջորդող 24 ժամերի ընթացքում:

8. Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերը

Աղյուսակ 3.

Հիվանդի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերի ցանկ

Ելքի անվանում	Ելքի զարգացման	Ելքին հասնելու մոտավոր	Բժշկական օգնության ցուցաբերման
---------------	----------------	------------------------	--------------------------------

	հաճախականություն	Ժամկետ	հաջորդականություն
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի վերականգնմամբ	≈ 90%	1 օր	Անցում համապատասխան վերականգնողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Ցատրոգեն բարդությունների զարգացում	≈ 5%	Ցանկացած փուլին	Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/գործելակարգին
Մահվան ելք	≈ 5%	Ցանկացած փուլին	

Հավելված 1

Պացիենտի բազային կլինիկական մոնիտորինգ

Ցուցանիշ	Հաճախականություն	Մեկնաբանություններ
ԶՃ	6 անգամ/ժամ	Կայուն վիճակում՝ 2 անգամ/ժամ*
ՍԿՀ	6 անգամ/ժամ	Կայուն վիճակում՝ 2 անգամ/ժամ*
Շնչառության հաճախականություն	6 անգամ/ժամ	Կայուն վիճակում՝ 2 անգամ/ժամ*
Սատուրացիա	6 անգամ/ժամ	Կայուն վիճակում՝ 2 անգամ/ժամ*
Գիտակցության մակարդակ	6 անգամ/ժամ	Կայուն վիճակում՝ 2 անգամ/ժամ*
Շնչառական ախտանշաններ	4 անգամ/ժամ	Կայուն վիճակում՝ 1 անգամ/ժամ*
Մաշկի և լորձաթաղանթի ախտանշաններ՝ ցան, այտուց	4 անգամ/ժամ	Կայուն վիճակում՝ 1 անգամ/ժամ*
Ստամոքսաղիքային ախտանշաններ	4 անգամ/ժամ	Կայուն վիճակում՝ 1 անգամ/ժամ*
Զերմություն	2 անգամ/օրական	
Դիուրեզ	2 անգամ/օրական	
Աղիների գործունեություն	2 անգամ/օրական	

*վերակենդանացման փուլից դուրս հաջորդիվ կայուն վիճակում՝ 4 անգամ/օրական

Հակաշոկային հավաքածու

Ա. Դեղամիջոցներ.

I. Առաջին շարքի դեղամիջոցներ.

- Ադրենալինի (էպինեֆրին) լուծույթ (0.1%, 1 մգ/մլ) ամպուլաներով № 10:

II. Երկրորդ շարքի դեղամիջոցներ.

1. H₁ հակահիստամինայիններ.

- Սուպրաստինի 2% լուծույթ ամպուլաներով № 10, կամ
- Տավեգիլի 0,1% լուծույթ ամպուլաներով № 10:

2. Գլյուկոկորտիկոստերոիդներ.

- Դեքսամեթազոնի լուծույթ (4 մգ) ամպուլաներով № 10, կամ
- Պրեդնիզոլոնի լուծույթ (30 մգ) ամպուլաներով № 10, կամ
- Հիդրոկորտիզոնի հեմիսուլցինատ (100 մգ)՝ № 10 (ն/ե ներարկման համար):

3. Սալբուտամոլ աերոզոլ ինհալացիայի համար 100 մկգ/դոզա № 2:

4. H₂ հակահիստամինայիններ.

- Ռանիտինի (50 մգ) ամպուլաներով № 5, կամ
- Կվամատել (20 մգ)՝ № 5 (ն/ե ներարկման համար):

5. Անոթասեղմիչներ.

- Նորէպինեֆրինի լուծույթ (0.2%, 2 մգ) ամպուլաներով № 5, կամ
- Դոպամինի լուծույթ 5 մլ (200 մկգ) ամպուլաներով № 5:

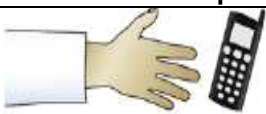
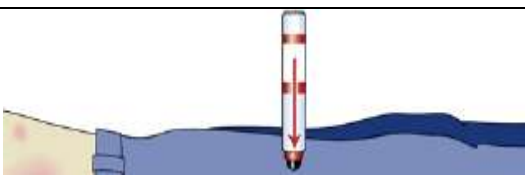
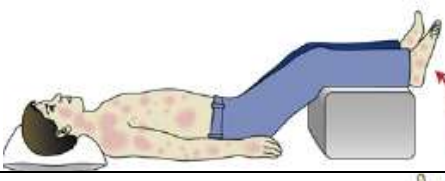
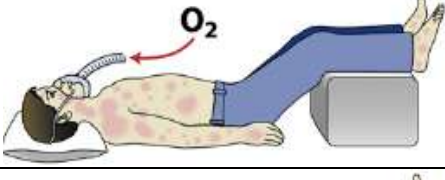
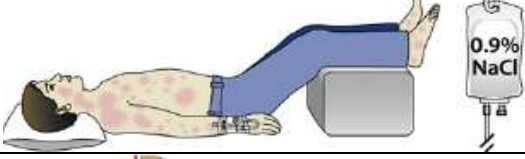
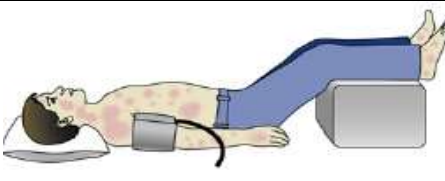
III. Այլ դեղամիջոցներ.

- NaCl-ի 0,9% լուծույթ ամպուլաներով № 20 և 500 մլ № 2:
- Գլյուկոզայի 40% լուծույթ ամպուլաներով № 20 և 5% լուծույթ՝ 250 մլ (ստերիլ) № 2:
- Դիազեպամի 0,5% լուծույթ (ռեկանիում, սեդուլքսեն) ամպուլաներով № 5:
- Էթիլային սպիրտ 70%՝ 100 մլ:

Բ. Պարագաներ.

- Թթվաձնային բարձ № 2:
- Օդատար խողովակ 6 սմ, 7սմ, 8 սմ, 9 սմ, 10 սմ՝ 1-ական:
- Շնչառական ապարատ ձեռքի (Ամբուլի տիպի):
- Մեկանգամյա ներարկիչներ 1 մլ, 2 մլ, 5 մլ, 10 մլ և ասեղներ՝ 5-ական:
- Ն/ե կաթետր կամ ասեղ (G14–18; 2,2–1,2 մմ տրամաչափի) № 5:
- Ն/ե կաթիլային ներարկման համակարգ № 2:
- Լարան № 1:
- Սկալպել № 1:
- Սառցե պարկ № 1:
- Բժշկական մեկանգամյա ձեռնոցներ 2 զույգ:
- Անաֆիլաքսիայի անհետաձգելի բուժօգնության ընթացակարգ:

Անաֆիլաքսիայի անհետաձգելի բուժօգնության ընթացակարգ

1	Անհապաղ հեռացնել ենթադրյալ հարուցող ազդակը. դադարեցնել կաթիլային դեղորայքը, որը տրվում էր այդ պահին, հեռացնել մեղվի խայթը մաշկի միջից, սննդային ալերգիայի դեպքում՝ հեռացնել սննդի մնացորդները բերանի խոռոչից, սակայն պետք չէ կատարել փսխման հարուցում կամ ստամոքսի լվացում:	
2		Արագ գնահատել կենսական ֆունկցիաները ABCDE հաջորդականությամբ. Շնչուղիների անցանելիությունը (Airways), շնչառությունը (Breathing), արյան շրջանառությունը (Circulation), գիտակցությունը (Disability), արտաքին դրսևորումները (Exposure):
Արագ և միաժամանակ կատարել 3,4,5 կետերը		
3		Օգնություն կանչել. Հիվանդանոցային պայմաններում կանչել վերակենդանացման թիմը, արտահիվանդանոցային պայմաններում՝ շտապ օգնություն՝ 1-03:
4		Ադրենալին (էպինեֆրին) ներմուծել մ/մ ազդրի միջին դրսային 1/3 հատվածում 0,01մգ/կգ 1:1000 (1մգ/մլ) լուծույթը չափահասներին՝ 0.5 մգ, երեխաներին և հղիներին՝ 0.3 մգ չափաբաժնով: Եթե կարիք կա՝ կրկնել առնվազն 5-15 ր, պացիենտների մեծամասնությունը պատասխանում է 1-2 ներարկմանը:
5		Դիրքավորել պացիենտին հարմարավետ. Անոթային կոլապսի դեպքում՝ պառկած, ոտքերը մարմնի մակարդակից բարձր, Կտրուկ նստելը կամ կանգնելը կարող է բերել սրտի կանգի:
6		Ապահովել թարմ օդի մուտքը դեպի պացիենտի շնչուղիներ կամ տեղադրել թթվածնի դիմակ. Շնչուղիների անցանելիության պարագայում՝ տալ բարձր հոսքով թթվածին (6-8 լ/ր):
7		Ապահովել ներերակային մուտքը լայն լուսանցքով կատետերով (16-18 G) և առաջին 15ր ընթացքում ներմուծել 1-2լ իզոտոնիկ լուծույթ (երեխաներին՝ 10 մլ/կգ):
8		Պատրաստ լինել սիրտ-թոքային վերակենդանացում կատարելու Մեծահասակներին՝ 1 ր. 100-120 սրտի անուղղակի մերսում 5-6 սմ խորությամբ, երեխաներին՝ 1 ր. 100 մերսում 5 սմ:
9		Վերահսկել կենսական ֆունկցիաների ցուցանիշները: Մոնիտորի բացակայության դեպքում յուրաքանչյուր 2-5 րոպեն մեկ չափել զարկերակային ճնշումը, անոթազարկը և սատուրացիան:
10	Տեղափոխել պացիենտին հիվանդանոցի վերակենդանացման բաժանմունք	

Նշում՝ Առաջարկվում է գործածել բուժօգնություններում և բուժկետերում: Հարմարեցված է Simons FER, Arduoso LRF, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J et al; for the World Allergy Organization. World allergy organization guidelines

for the assessment and management of anaphylaxis (Ալերգիայի համաշխարհային կազմակերպության անաֆիլաքսիայի ուղեցույցեր՝ ամփոփում). *World Allergy Organ J* 2011;4:13-37:

Անաֆիլակտիկ ռեակցիաների դեպքում գործողությունների պլանի ձևաչափ

Գործողությունների պլան	
Անուն, ազգանուն _____ Ծննդյան թիվը _____ Հաստատությունը _____ ԱԼԵՐԳԻԱ _____ հանդեպ _____ Ալերգիկ հիվանդություն: ☐ այո _____ ☐ ոչ _____ (սուր ռեակցիայի ավելի բարձր վտանգ)	լուսանկար
Անմիջապես ռեակցիա հետևյալի հանդեպ _____ Եթե նշված է, ներարկել աղբյուրային (էպինեֆրին). ☐ ալերգենի ներմուծման հավանականության և ցանկացած ախտանշանների դեպքում ☐ հստակ ալերգեն օգտագործելու, անգամ նշանների բացակայության դեպքում	
Սուր նշաններ Թվարկածներից մեկը կամ մի քանիսը՝ թոքեր հևոց, կրկնվող հազ, ընդհատվող շնչառություն սիրտ թույլ և թելանման զարկ, զարկերակային ցածր ճնշում, ուշագնացություն, գունատություն, կապտություն կոկորդ կոկորդի սեղմվածություն, խրպոտություն, չոր հազ բերան շրթունքների, լեզվի, բերանի խոռոչի այտուցվածություն մաշկ տարածուն եղնջացան, քորվող ցան, դեմքի և վերջույթների այտուցվածություն որովայն սրտխառնոց, որովայնային սպաստիկ ցավեր, փսխում, փորլուծություն	1. Անմիջապես ներարկել աղբյուրային (էպինեֆրին) 2. Զանգահարել 1-03: 3. Պատկեցնել՝ ոտքերը բարձր: 4. Կատարել վիճակի վերահսկում: 5. Տալ լրացուցիչ դեղամիջոցներ՝ • հակահիստամինային • բրոնխոլայնիչներ • գլուկոկորտիկոստերոիդներ ԿԱՐԵՎՈՐ Է. չի կարելի սահմանափակվել ինհալատորներով ասթմայով հիվանդների դեպքում և հակահիստամինայիններով, որպես աղբյուրային/ էպինեֆրինի փոխարինող անաֆիլաքսիայի ժամանակ:
Զափավոր արտահայտված նշաններ բերան քոր, ծակծկոցներ բերանի խոռոչում մաշկ մի քանի ցանային տարրեր բերանի շուրջը, դեմքի վրա, չափավոր քոր որովայն չափավոր սրտխառնոց, անհարմարավետություն	1. Տալ հակահիստամինայիններ 2. Մնալ հիվանդի հետ, կանչել հարազատներին (ծնողներին): 3. Եթե նշանները զարգանում են, ներարկել աղբյուրային (էպինեֆրին): 4. Վերահսկել վիճակը:
ԶԱՓԱԲԱԺԻՆՆԵՐ (տրված են առանձին ալգորիթմի տեսքով) Աղբյուրային (էպինեֆրին) _____ ներարկել միջուկանային կամ ներմաշկային (կարելի է կիրառել ինքնասրսկիչներ EpiPen, Twinject)	
Հակահիստամինայիններ (բուժում/չափաբաժիններ/եղանակ) _____ Այլ (բուժում/չափաբաժիններ/եղանակ) _____	
♦ ՇՏԱՊ ԿԱՆՉԵՐ ♦	
1. Շտապօգնություն՝ 1-03 (նշե՛ք կատարված բուժումը ալերգիկ ռեակցիայի դեմ) 2. Բժիշկ _____ Հեռախոսի համար _____ 3. Անհրաժեշտության դեպքում, հետևյալ անձինք (անուն/կապ, հեռախոսի համարներ). ա. _____ 1) _____ 2) _____ Բ. _____ 1) _____ 2) _____	
Նույնիսկ եթե հնարավոր չէ կապ հաստատել հարազատների հետ կամ շտապօգնություն կանչել, պետք է կատարել բուժման անհետաձգելի միջոցառումները կամ տանել բուժօգնություն: Հիվանդի ստորագրությունը (18տ. և բարձր) _____ ամսաթիվ _____ Հարազատի (ծնողի) ստորագրություն _____ ամսաթիվ _____ (պարտադիր է) Բժշկի ստորագրություն _____ ամսաթիվ _____ (պարտադիր է)	

Նշում. հարմարեցված է արտակարգ իրավիճակներում կատարվող բուժման ձևաչափի հիման վրա (The Food Allergy & Anaphylaxis Network; www.foodallergy.org):

Ընդհանուր թերալերգենային սննդակարգ

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՍՆՆԴԱԿԱՐԳԸ ՍՆՆԴԱՅԻՆ ԱԼԵՐԳԻԱՅԻ ԴԵՊՔՈՒՄ	
Բացառել	Կարելի է օգտագործել
Սպիտակ հաց խմորիչով	Սև կամ առանց խմորիչի սպիտակ հաց, լավաշ
Կաթ, պաղպաղակ	Ցածր յուղայնությամբ կաթնամթերք՝ մածուն, յոգուրտ, պանիր, կաթնաշոռ
Ձու և դրանից պատրաստված ուտեստներ	Կարագ, ձիթապտղի կամ եգիպտացորենի ձեթ
Թրչնամիս	Տավարի եփած միս
Ձկնամիս և ծովամթերք	Բանջարեղենային ապուրներ առանց մսային արգանակի
Ապխտած, պահածոյացված ուտեստներ, երշիկեղեն	Շոգեխաշած կամ ջեռոցում պատրաստված կարտոֆիլ
Մանանեխ, մայրնեզ, կետչուպ և այլ կծու համեմունքներ	Ձավարեղենով պատրաստված փլավներ, շիլաներ
Ընկուզեղեն	Լոբազգի հատիկավորներ
Բանջարեղեն՝ լոլիկ, սմբուկ, բողկ, գազար, նեխուր, սունկ	Բանջարեղեն՝ թարմ վարունգ, կանաչեղեն, դդմիկ, կաղամբ
Մրգեղեն՝ կարմիր կեղև ունեցող, հատապտուղներ, կիվի, բանան, ցիտրուսային, անանաս, խաղող	Մրգեղեն՝ խնձոր, տանձ առանց կեղևի կամ շոգեխաշած
Մեղր, մուրաբաներ	Շաքարավազ
Սուրճ, կակաո, շոկոլադ	Մրգային թարմ կոմպոտներ՝ խնձորից, տանձից, չրեղենից
Գազավորված ըմպելիքներ	Գազազերծված հանքային ջրեր
Ալկոհոլային խմիչքներ	Թեյ կանաչ՝ ուրցով, դաղցով, երիցուկով