

N1 (8), 2025

Journal of modern medicine

**Zamonaviy tibbiyot jurnali
Журнал современной медицины**



ISSN: 2992-8958 (online)

ZAMONAVIY TIBBIYOT JURNALI

ЖУРНАЛ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

JOURNAL OF MODERN MEDICINE

Choraklik ilmiy amaliy jurnal
2023 yildan buyon nashr etiladi

№1(8) Tom 3, 2025

Bosh muharrir: M.M. Madazimov
Bosh muharrir o'rinbosari: K.Z. Salohiddinov

Mas'ul kotib: A.B. Mamadaliyev

Texnik kotib: M.N. Xakimov

TAHRIRIYAT KENGASHI:

Z.S. Salohiddinov, Q.T. Xudayberdiev, X.T. Musashayxov, N.S. Xakimov, M.F. Nishonov

TAHRIRIYAT HAY'ATI:

Michael Vaiman (Tel Aviv)

MD, professor

Wolfgang Sharek (Rostok)

DSc, professor

D.B. Asranqulova (Andijon)

t.f.d., professor

Sh.N. Eranov (Samarqand)

PhD, dotsent

A.A. Gofurov (Andijon)

t.f.d., professor

M.E. Irismetov (Toshkent)

t.f.d., professor

G.M. Kariyev (Toshkent)

t.f.d., professor

M.Yu. Karimov (Toshkent)

t.f.d., professor

U.X. Musashayxov (Andijon)

DSc, dotsent

D.A. Nabieva (Toshkent)

t.f.d., professor

M.M. Nosirov (Andijon)

DSc, dotsent

U.M. Rustamova (Toshkent)

t.f.d., dotsent

Q.Q. Tursunov (Andijon)

PhD, dotsent

D.D. Usmonova (Toshkent)

t.f.d., professor

D.M. Xakimov (Andijon)

t.f.d., professor

R.A. Xakimova (Andijon)

t.f.n., dotsent

TA'SISCHILAR:

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
VA "NASHR MATBAA UYI" MChJ

Jurnal O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi tomonidan ro'yxatga olingan (26.06.2023-son №095109).

Tahririyat manzili: O'zbekiston Respublikasi, 170100,
Andijon, Yu.Otabekov ko'chasi, 1-uy.

Telefon: +998335157555

Email: nashruzjournals@gmail.com

Sayt: nashruz.uz

t.me: @nashruzjournals

ISSN: 2992-8958 (online)

JOURNAL OF MODERN MEDICINE

ЖУРНАЛ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

ZAMONAVIY TIBBIYOT JURNALI

Quarterly scientific and practical journal
Published since 2023

№1(8) Volume 3, 2025

Chief editor: M.M. Madazimov

Deputy Chief Editor: K.Z. Salokhiddinov

Executive secretary: A.B. Mamadaliev

Technical processing and layout: M.N. Khakimov

EDITORIAL BOARD:

Z.S. Salokhiddinov, K.T. Khudayberdiev, H.T. Musashaykhov, N.S. Khakimov, M.F. Nishonov

EDITORIAL COUNCIL:

Michael Vaiman (Tel Aviv)

MD, PhD

Wolfgang Scharek (Rostock)

DSc, professor

D.B. Asrankulova (Andijan)

DSc, professor

Sh.N. Eranov (Samarqand)

PhD, associate professor

A.A. Gofurov (Andijan)

DSc, professor

M.E. Irismetov (Tashkent)

DSc, professor

G.M. Kariev (Tashkent)

DSc, professor

M.Yu. Karimov (Tashkent)

DSc, professor

U.H. Musashaykhov (Andijan)

DSc, associate professor

D.A. Nabieva (Tashkent)

DSc, professor

M.M. Nosirov (Andijan)

DSc, dotsent

U.M. Rustamova (Tashkent)

DSc, associate professor

K.K. Tursunov (Andijan)

PhD, associate professor

D.D. Usmanova (Tashkent)

DSc, professor

D.M. Khakimov (Andijan)

DSc, professor

R.A. Khakimova (Andijan)

PhD, associate professor

FOUNDERS:

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE
AND "NASHR MATBAA UYI" LLC

The journal is registered by the Agency for Information and Mass Communications under the Administration of the President of the Republic of Uzbekistan (№095109 dated 26.06.2023).

Editorial address: Republic of Uzbekistan, 170100,
Andijan, st. Yu. Otabekova, house 1.

Phone: +998335157555

Email: nashruzjournals@gmail.com

Website: nashruz.uz

t.me: @nashruzjournals

The journal is included in the list of national scientific publications on medical sciences by decision of the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan No. 355/6 dated June 7, 2024.

ISSN: 2992-8958 (online)

ЖУРНАЛ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

JOURNAL OF MODERN MEDICINE

ZAMONAVIY TIBBIYOT JURNALI

Ежеквартальный научно-практический журнал

Издается с 2023 года

№1(8) Том 3, 2025

Главный редактор: М.М. Мадазимов

Заместитель главного редактора: К.З. Салохиддинов

Ответственный секретарь: А.Б. Мамадалиев

Технический секретарь: М.Н. Хакимов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

З.С. Салохиддинов, К.Т. Худайбердиев, Х.Т. Мусашайхов, Н.С. Хакимов, М.Ф. Нишонов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Michael Vaiman (Tel Aviv)

MD, PhD

Wolfgang Scharek (Rostock)

DSc, professor

Д.Б. Асранкулова (Андижан)

д.м.н., доцент

Ш.Н. Эранов (Самарканд)

к.м.н., доцент

А.А. Гофуров (Андижан)

д.м.н., профессор

М.Э. Ирисметов (Ташкент)

д.м.н., профессор

Г.М. Кариев (Ташкент)

д.м.н., профессор

М.Ю. Каримов (Ташкент)

д.м.н., профессор

У.Х. Мусашайхов (Андижан)

д.м.н., доцент

Д.А. Набиева (Ташкент)

д.м.н., профессор

М.М. Носиров (Андижан)

д.м.н., доцент

У.М. Рустамова (Ташкент)

д.м.н., доцент

К.К. Турсунов (Андижан)

к.м.н., доцент

Д.М. Хакимов (Андижан)

д.м.н., профессор

Д.Д. Усманова (Ташкент)

д.м.н., профессор

Р.А. Хакимова (Андижан)

к.м.н., доцент

УЧРЕДИТЕЛИ:

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ И ООО «NASHR MATBAA UYI»

Журнал зарегистрирован Агентством информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан (№095109 от 26.06.2023).

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 170100,

г. Андижан, ул. Ю. Отабекова, дом 1.

Телефон: +998335157555

Email: nashruzjournals@gmail.com

Сайт: nashruz.uz

t.me: @nashruzjournals

Журнал включен в перечень национальных научных изданий по медицинским наукам решением ВАК при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан № 355/6 от 7 июня 2024 год

БОЛАЛАРДА АНАФИЛАКСИЯ ВА АНАФИЛАКТИК ШОК: ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

Ашурова Д.Т., Исмаилова М.У.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Аннотация

Анафилаксия- организмнинг ўта сезувчанлик реакцияси бўлиб, ҳаёт учун хавф солувчи гемодинамик бузилишлар ва нафас олиш тизими томонидан ўзгаришларнинг кузатилиши билан характерланади. Анафилактик шок- (АШ) бу анафилаксия натижасида юзага келадиган ўткир қон айланиши бузилишидир. Этиологик омилларга кўра: дори препаратлари, озиқ-овқат маҳсулотлари, пардақанот ҳашаротлар заҳари ҳаёт учун хавфли анафилаксияни ривожланишига олиб келиши мумкин. Анафилаксия ва анафилактик шокнинг болаларда ўзига хос диагностик ва даволаш меzonлари мавжуд. Анафилаксия/АШ ни даволашда адреналин препаратини белгиланган тартибда юбориш самарали ҳисобланиди, шунингдек, кристаллоид эритмалар, глюкокортикоидлар, антигистамин препаратлари ва салбутамолни қўллаш мумкин.

Калит сўзлар: анафилаксия, анафилактик шок, гемодинамик ва респиратор бузилишлар, бронхоспазм, эшакеми

ANAPHYLAXIA AND ANAPHYLACTIC SHOCK IN CHILDREN: DIAGNOSIS AND TREATMENT CRITERIA

Ashurova D.T., Ismailova M.U.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Abstract

Anaphylaxis is a hypersensitivity reaction of the body, characterized by life-threatening hemodynamic disturbances and changes in the respiratory system. Anaphylactic shock - (ASh) is an acute circulatory disorder caused by anaphylaxis. According to etiological factors: medications, food products, poison of winged insects can lead to the development of life-threatening anaphylaxis. Anaphylaxis and anaphylactic shock in children have specific criteria for diagnosis and treatment. It has been established that the administration of adrenaline, as well as crystalloid solutions, glucocorticoids, antihistamines and salbutamol, is effective in the treatment of anaphylaxis/ASh.

Keywords: anaphylaxis, anaphylactic shock, hemodynamic and respiratory disorders, bronchospasm, urticaria

АНАФИЛАКСИЯ И АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И КРИТЕРИИ ЛЕЧЕНИЯ

Ашурова Д.Т., Исмаилова М.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Аннотация

Анафилаксия – реакция гиперчувствительности организма, характеризующаяся опасными для жизни гемодинамическими нарушениями и изменениями со стороны дыхательной системы. Анафилактический шок – (АШ) острое нарушение кровообращения, вызванное анафилаксией. По этиологическим факторам: лекарственные препараты, пищевые продукты, яд крылатых насекомых могут привести к развитию опасной для жизни анафилаксии. Анафилаксия и анафилактический шок у детей имеют специфические критерии диагностики и лечения. Установлено, что при лечении анафилаксии/АШ эффективным является введение адреналина, а также кристаллоидных растворов, глюкокортикоидов, антигистаминных препаратов и салбутамола.

Ключевые слова: анафилаксия, анафилактический шок, гемодинамические и респираторные нарушения, бронхоспазм, крапивница

Анафилаксия- организмнинг ўта сезувчанлик реакцияси бўлиб, ҳаёт учун хавф солувчи гемодинамик бузилишлар ва нафас олиш тизими томонидан ўзгаришларнинг кузатилиши билан характерланади. Баъзи ҳолатларда анафилаксия гемодинамик ва респиратор бузилишларсиз терининг, шиллиқ қаватларнинг ва меъда ичак трактининг ўзгаришлари билан кечиши мумкин.

Анафилактик шок (АШ) - бу анафилаксия натижасида юзага келадиган ўткир қон айланиши бузилишидир. У систолик артериал қон босимининг 30% ёки ундан ҳам кўпроқ пасайиши, ҳаётий зарур аъзоларнинг гипоксияси билан кечиш, яққол гемодинамик бузилишлар билан намоён бўлади [1, 2].

Анафилаксия ва анафилактик шок (АШ) бир биридан гемодинамик ўзгаришларнинг кузатилиши билан фарқланади.

Анафилактик реакциялар IgE-га боғлиқ бўлса, анафилактоид реакциялар IgE-га боғлиқ бўлмаган реакцияларни ўз ичига олади. Айнан ана шу икки термин сўнги йилларда анафилаксия ташхиси остида бирлашди [3, 4, 9].

Анафилаксия - бу қуйидаги мезонлардан бирининг ўткир бошланиши содир бўлганида қўйиладиган клиник ташхис: тери касалликларининг типик кўринишлари, нафас, юрак қон томир тизимлари ёки кўнгил айниши, қоринда оғриқ, қусиш каби ошқозон ичак трактининг доимий оғир кечувчи белгилари ҳамда гипотензия, бронхоспазм ва юқори нафас йўллариининг обструкцияси билан кечиши мумкин.

Анафилактик шок ташхиси учун аниқ гемодинамик бузилишлар қайд этилиши лозим: масалан, эшакеми билан биргаликда ҳаёт учун хавфли бронхоспазм анафилаксия, аммо анафилактик шок эмас. Этиологик омилларга кўра: дори препаратлари (31,2-46,5%), озиқ-овқат маҳсулотлари (23,3-31%), пардақанот хашаротлар захари (14,9-20%) ҳолатларда ҳаёт учун хавфли анафилаксияни ривожланишига олиб келиши мумкин [11]. Анафилаксиянинг учраш частотаси йилига 100 000 аҳолининг 1,5-7,9 ни ташкил этади. Анафилаксияни чақирувчи триггер тури бемор ёшига боғлиқ бўлиб, F. Simons ва б. тадқиқотларига кўра, болаларда кўпинча озиқ - овқат маҳсулотлари сабаб бўлади.

Жадвал №1

Анафилактик шокни ташхислаш мезонлари

Гемодинамик бузилишлар даражаси	Кечиш характериға кўра кузатилади	Клиник белгиларига кўра кузатилади
1 даража: Сезиларсиз гемодинамик бузилишлар: АБ 40 мм.сим.уст. гача пасайиши, бемор ҳушида, қўзғалувчан, қулоқларнинг шанғиллаши, бош оғриғи, тўш ортида оғриқ.	1. ёмон сифатли кечуви: ўлим хавфи жуда юқори	1. Касалликнинг ўткир кечуви: Тери ва шиллиқ қаватлардаги ўзгаришлар респиратор ва гемодинамик бузилишлар билан кечиши
2 даража: яққол гемодинамик бузилишлар: АБ нинг жуда пасайиши, баъзан ҳушнинг йўқолиши, ангиошиш, ютишнинг қийинлашуви, ҳансираш, тахикардия, қусиш, ихтиёрсиз пешоб ва нажас ажралиши	2. АШ нинг типик шакли : ижобий натижа билан яқунланади	2. Аллерген контакти натижасида нафас олиш ва қон айланиш тизими бузилишлари билан кечадиган терининг шикастланиши, абдоминал белгиларнинг кузатилиши
3 даража: Ҳушнинг йўқолиши, АБ 40/0 мм.сим.уст., талвасалар	3. Чўзилувчан шакли: даво чораларига резистентлик	3. Бемор учун таниш аллергия таъсири натижасида АБ нинг

лабларда цианоз, кўз қорачиғларининг кенгайиши, юрак тонлари бўғиқ, пульс ипсимон	кузатилади	пасайиши
4 даража : АБ аниқланмайди, нафас ва қон айланиши тўхтаган	4.Қайталанган шакли: шокнинг биринчи симптомлари бартараф этилгач, яна такрорланади	

Анафилаксия одатда IgE воситасида юзага келадиган юқори сезувчанлик реакцияси бўлиб, маълум бир антигенга қайта таъсир қилгандан сўнг базофиллар ва семиз хужайралар дегрануляцияси хисобига ажралиб чиқувчи кимёвий медиаторларни ажралиб чиқишини ўз ичига олади. IgE нинг бирикиши ва юқори аффин рецепторларнинг агрегацияси натижасида сақланган гистамин, триптаза, карбоксипептидаза каби кимёвий медиаторларнинг қисқа фурсатда ажралишига олиб келади. Фосфолипаза А циклооксигеназалар ва липоксигеназаларнинг фаоллашуви натижасида улар арахидон кислотаси метаболитларини, шу жумладан, лейкотриенлар, простагландинлар ва тромбоцитларни фаоллаштирувчи омилларни ҳосил қилади [5, 13]. Яллиғланиш реакцияси аввалдан шакланган ва кечки фаза реагенти ҳисобланадиган ўсимта некрози омили томонидан амалга оширилади. Ушбу кимёвий медиаторларнинг физиологиясида қуйидагилар ахамиятлидир: гистамин томирлар ўтказувчанлигини ва вазодилатацияни ошириб, тўқималарнинг гипоперфузиясига олиб келиши хисобига юрак қисқаришлар сони ортади. Простагландин Д бронхларни, юрак ва ўпка артерияларини торайтириши билан бирга периферик томирларни кенгайтаради ва ҳаётий зарур аъзоларни қон билан таъминланишини камайтиради. Лейкотриенлар бронхоспазмни ва қон томирлар ўтказувчанлигини кучайтирса, тромбоцитларни фаоллаштирувчи омил бронхоконстриктор сифатида таъсир этиб, томирлар ўтказувчанлигини оширади.

Gell ва Coombs бўйича 1 тоифа юқори сезувчанлик реакциялари семиз хужайралар ва базофиллар мембранаси юзасида жойлашган E иммуноглобулинлари иштирокида кечади.

Гемодинамик бузилишларнинг оғирлик даражаларига, ривожланиш тезлигига ва клиник кўринишларига асосан АШ нинг турли таснифлари мавжуд (жадвал №1).

Оғирлиги бўйича: АШ 1-даражасида гемодинамик бузилишлар яққол эмас, артериал босим (АБ) 30-40 мм сим. уст.га камади, бемор хуши сақланган, қулоқларнинг шанғиллаши, бош оғриғи, йўтал, тери қопламларининг қизариши, риноконъюнктивит каби белгилар қайд этилади.

АШ нинг 2-даражасида гемодинамик бузилишлар 90-60/40 мм сим.уст. дан пастроқ бўлиб, беморда хуш йўқолиши кузатилиши мумкин. Юрак тонлари бўғиқ, тахикардия, тахиартимия, қусиш, тери қопламларининг оқаришиёки цианоз, стридороз нафас, хансираш ва ўпкаларда хириллашлар кузатилади.

АШ нинг 3 даражасида хушнинг йўқотилиши, АБ 60-40/0 мм.сим.уст. Кўпинча талвасалар, кўз қорачиғларининг кенгайиши, лабларда цианоз, юрак тонлари бўғиқ, пульс ипсимон.

Анафилаксияни ташҳислаш мезонлари

Клиник белгилари	Давомийлиги
Касалликнинг ўткир бошланиши: Тери ва шиллиқ қаватларнинг зарарланиши -Нафаснинг бузилиши -А/Б нинг пасайиши	Бир неча дақиқадан бир неча соатгача
Икки ва ундан охиқ симптомнинг аллерген таъсиридан сўнг ривожланиши: -Тери ва шиллиқ қаватларнинг зарарланиши -нафаснинг бузилиши -А/Б нинг пасайиши -Ошқозон ичак симптомлари	Бир неча дақиқадан бир неча соатгача
А/Б нинг пасайиши	Бир неча дақиқадан бир неча соатгача

АШ 4 даражасида эса АБ аниқланмайди. Қон айланиши ва нафаснинг тўхташи кузатилади ва юрак-ўпка реанимацияси амалга оширилади [1].

Болаларда гипотониянинг илк белгилари кучайиб бораётган тахикардия бўлиши мумкин. Болаларда гипотония қуйидагича аниқланади: < 70 mmHg (1 ойдан 1 ёшгача) < 70 мм сим. уст. + (2 × ёш)1 ёшдан 10 ёшгача; < 90 мм сим. уст. 11 ёшдан 17 ёшгача.

Анафилаксия ва АШ ривожланишининг клиник кўриниш 3та диагностик мезондан бирининг мавжудлиги билан тавсифланади (жадвал№2). Бунда қуйидагилар аҳамиятлидир:

касалликнинг ўткир бошланиб, тери ва шиллиқ қаватлардаги ўзгаришларнинг бронхоспазм, гипоксемия ёки гипотония,хушнинг йўқолиши билан бирга кузатилиши;

аллерген билан контакт натижасида нафас олиш ёки қон айланиш тизимининг хаёт учун хавф солувчи бузилишларининг ўткир ривожланиши билан кечиши;

АБ нинг беморнинг аллерген билан контакти натижасида пасайиши.

Анафилаксия ва анафилактик шок диагностикасининг асосий мезонлари учун нафас олиш тизимидаги бузилишлар ва АБ нинг пасайиши ва бошқа тизимлардаги бузилишларнинг биргаликда кечиши характерлидир:

Қон-томир тизими томонидан тахикардия, брадикардия, аритмия, гипотония, рангпарлик, юрак тўхташи;

Нафас олиш тизими томонидан хириллаш, стридор, хирқироқ овоз, гапиришда қийинчилик, йиғининг ўзгариши, ринит, ринорея, доимий йўтал, тилнинг шиши, бронхоспазм;

Марказий нерв системаси томонидан бош айланиши, қўзғалувчанлик, талвасалар, мидриаз;

Ошқозон ичак тракти томонидан қоринда оғриқ, кўнгил айниши, диарея, қусиш ва б. кузатилади.

Анафилаксия/АШ ривожланган ҳолатларда беморни зудлик билан реанимация бўлимига ўтказиш зарур. Беморни чалқанчасига ётқизиб, бошларини ён томонга буриб, оёқларини кўтариб қўйиш лозим, агар бола тўсатдан ўрнидан турса ёки ўтириб олса ўлим бир неча сонияда юз бериши мумкин. Аксинча, беморда бронхоспазм хисобига бўғилиш ёки юқори нафас йўлларида ангиошиш кузатилса, ўтирган ҳолат берилади. Хушсиз беморларга юқори нафас йўллари ўтказувчанлиги таъминланади (жадвал №3).

Анафилактик шокда шошинч ёрдам тадбирлари

Кўрсатиладиган шошинч ёрдам кетма-кетлиги
Аллергенни организмга киришини тўхтатиш
Беморни чалқанчасига ётқизиб, бошларини ён томонга буриш ва оёқларни кўтариш
Интенсив мониторинг кузатуви
Нафас ва қон айланиши тўхтаганда: А) юрак-ўпка реанимацияси Б) адреналин 0,1% бемор ёшига мос равишда қўлланилади В) венага киришни таъминлаш: Г) натрий хлор 0,9%- 20 мл/кг
Кортикостероид препаратларни қўллаш
А/Б стабиллашгач: Клемастин 0,1% - 25 мкг/кг/сут (2 га бўлиб)
Интенсив мониторинг кузатуви
Кўрсатма асосида: Сальбутамолни небулайзер орқали қўллаш

Анафилаксия/АШ даги беморларга зудлик билан адреналин 0,1%-0,01 мг/кг (бир марталик максимал доза 6 ёшгача болаларга-0,15 мг/кг, 6-12 ёш-0,3 мг, катталарга юбориладиган максимал доза 0,5 мг) мушак орасига юборилади [10,12]. Биринчи доза юборилгач, 5 минут ичида ижобий ўзгариш бўлмаса препарат қайтадан юборилади. Анафилаксия/АШ беморларга адреналиннинг 2 дозасидан наф бўлмаса, препарат 1: 10 000 эритилган ҳолатда в/и га ЭКГ, ЮҚС, АБ, нафас сони монитор кузатуви остида юборилади. 3 марта қўлланган адреналиндан самара бўлмаса, 0,1 мкг/кг/мин дозани (1 мкг/кг/мин гача) титрлаб қўлланилади (жадвал№4).

Адреналин периферик томирлар қаршилигини оширади, ҳамда юракка инотроп ва хронотроп таъсир этиб, артериал босимни оширади. У бронходилатация чақиради ва нафас йўлларидаги силлиқ ва скелет мушакларни вазодилатацияси хисобига шиллиқ қаватлардаги шишни камайтиради. Адреналин семиз ҳужайралар ва базофилларни стабиллаштиради.

Анафилаксия/АШ ни даволаш учун адреналин дозалари

Бемор ёши	Тана вазни (кг)	Адреналин хажми 1:1000
< 1	< 7,5	0,1 мл
1-2	10	0,1
2-3	15	0,15 мл
4-6	20	0,2 мл
7-10	30	0,3 мл
10-12	40	0,4 мл
> 12	> 50	0,5

Анафилаксия/АШ даги болаларга гипоксияни бартараф этиш мақсадида юз ниқоби орқали намланган кислород берилади.

Анафилаксия/АШ да томирларнинг кенгайиши ва ўтказувчанлигини ортиб кетиши томирлар ичидаги суюқликни томирлардан ташқи бўшлиқларга ўтишига сабаб бўлади.

Нисбий гиповолемиyani коррекциялаш мақсадида 20 мл/кг дозада кристаллоид

эритма юборилади [8].

Респиратор бузилишларнинг узайиб кетишини камайтириш мақсадида кортикостероид препаратлардан метилпреднизалон болалар учун 1-2 мг/кг ёки гидрокортизон 2-4 мг/кг, дексаметазон 0,1-0,4 мг/кг тавсия этилади [7].

АБ ни стабиллашгач, антигистамин препаратларидан фойдаланиш мумкин. Болалар учун клемастин 0,1 % суткасига 25 мкг/кг миқдорда 2 га бўлиб берилади. Антигистамин препаратларни в/и га тез юборганда гипотензияни чуқурлаштириши мумкин, шунинг учун дифенгидрамин 35-40 кг дан кам вазнли болаларга 1 мл/кг, максимал 50 мг буюрилади. Янги туғилган чақалоқларга бу препаратни қўллаш мумкин эмас [2,6].

Бронхоспазм ва хириллашлар бўлган ёки анамнезида астма бор болаларга анафилаксияни даволашни бир қисми сифатида ингалицион усулда салбутамолдан фойдаланиш тавсия этилади. Салбутамолни дозаланган ингалиатор кўринишида 5 тадан 10 тагача пуркаш ва хириллаш ёки респиратор дисстрес симптомлари бартараф этилгунига қадар хар 20 минутда қўллаш мумкин.

Анафилаксия қанчалик тез ва адекват даволанса, интенсив кузатув чоралари ўз вақтида қўлланса, ўлим холати шунчалик паст бўлади. Касалликнинг кечувида тезда кўрилган чора тадбирлар, жараённинг аниқланганлик даражаси, госпитализация тадбири албатта ўз самарасини беради. Анафилаксия ўтказган болаларнинг барчаси узоқ муддат давомида педиатр ва аллерголог кузатувида бўлишлари лозим.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Анафилактический шок (2-й пересмотр). Клинические рекомендации Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов и Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2024-2-7-20>
2. Незабудкин С.Н., Галустян А.Н., Незабудкина А.С. и др. Анафилактический шок. Современный взгляд. Медицина: теория и практика. 2020; 3(4): 143–50
3. Akenroye A.T., Ajala A., Azimi-Neku E., de Vos G.S. Prevalence of anaphylaxis among adults admitted to the intensive care unit with severe exacerbation of asthma. *Emerg Med J.* 2018 October; 35 (10):623-625
4. Castilano A., Sternard B., Cummings E.D., Shea R., Arnold T., Bahna S.L. Pitfalls in diagnosing and treating anaphylaxis in a university emergency department. *Allergy Asthma Proc.* 2018 01 июля; 39 (4):316-321.
5. Jimenez-Rodriguez TV, Garcia-Neuer M, Alenazi LA, Castells M. Anaphylaxis in the 21st century: phenotypes, endotypes and biomarkers. *J Allergic asthma.* 2018; 11 :121-142.
6. Kolawole H., Marshall S., Crilly H., et al. Australian and New Zealand Anaesthetic Allergy Group/ Australian and New Zealand College of Anaesthetists Perioperative Anaphylaxis Management Guidelines. *Anaesth Intensive Care.* 2017; 45(2): 151–8.
7. Li X., Ma Q., Yin J., et al. A Clinical Practice Guidelines for the Emergency Management of Anaphylaxis. *Frontiers in Pharmacology.* 2022; 13: 1–22.
8. DOI: 10.3389/fphar.2022.845689
9. Muraro A., Roberts G., Worm M. et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy.* 2014; 69(8): 1026–45. DOI: 10.1111/all.12437

10. Okubo Y., Nochioka K., Testa MA. A nationwide study of hospitalizations due to food-induced anaphylaxis in children in the United States. *Pediatr Emerg Care*. 2019 November; 35 (11):769-773
11. Resuscitation Council UK. Emergency treatment of anaphylaxis: Guidelines for healthcare providers. RCUK, 2021. www.resus.org.uk/library/additional-guidance/guidance-anaphylaxis/emergencytreatment [Accessed on 13 February 2022]
12. Ryan K., Martin Caravati E. Life-threatening anaphylaxis following envenomation by two different species of Crotalidae. *J Wilderness Med*. 1994; 5(3): 263–8. DOI: 10.1580/0953-9859-5.3.263
14. Simons F., Arduoso L., Bilò M. et al. World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. *World Allergy Organ J*. 2011; 4(2): 13–37. DOI: 10.1097/wox.0b013e318211496c
15. Valenta R, Karaulov A, Niederberger V, Gattinger P, van Hage M, Flicker S, Linhart B, Campana R, Focke-Teikl M, Kurin M, Eckl-Dorna J, Lupinek S, Resch-Marat J, Vrtala S, Mittermann Ya, Garib V, Khaitov M, Valent P, Pickle VF. Molecular aspects of allergens and allergies. *Adv Immunol*. 2018; 138:195-256.

Мундарижа

БОЛАЛАРДА ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА ОШҚОЗОННИНГ ВАРИКОЗ ТОМИРЛАРИДАН ҚОНАШ ҲОЛАТЛАРИНИ АНИҚЛАШ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ Абдувалиева Ч.М.	4-11
БЕЛ УМУРТҚА ПОФОНАСИ КАНАЛИ СТЕНОЗИНИНГ ТАШХИСИДА МАГНИТ-РЕЗОНАНС ТОМОГРАФИЯ УСУЛИНИНГ АҲАМИЯТИ Аблязов А.А., Мадумарова З.Ш., Турғунов Ш.Ш., Кодиров Ф.Р., Дилшодов А.Д	12-18
ПРЕЭКЛАМПСИЯ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ТУРЛИ ЛАБОРАТОРИЯ ПАРАМЕТРЛАРИГА БОҒЛИҚЛИГИНИНГ ЛОГИСТИК РЕГРЕССИЯСИ Адизова С.Р.	19-25
СПОРТ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ ЎҚУВЧИ-ҚИЗЛАР ВА ЎСМИР ҚИЗЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТЕРИ ОСТИ ЁҒ ҚАВАТИ ЎЛЧАМЛАРИ ТАХЛИЛИ Акбарова Г.Х.	26-29
ЎПКА АРТЕРИЯ ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА КАРДИОВАСКУЛЯР АСОРАТЛАРНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ АНИҚЛАШ Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Атаходжаева Г.А., Сабиржанова З.Т.	30-33
ПАРОДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ОРГАНИЗМДАГИ КЛИНИК ЛАБОРАТОР ТАХЛИЛИ Асатбоев Ж.А., Исламова Н.Б.	34-40
БОЛАЛАРДА АНАФИЛАКСИЯ ВА АНАФИЛАКТИК ШОК: ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МЕЗОНЛАРИ Ашурова Д.Т., Исмаилова М.У.	41-47
ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ СИНДРОМИДА ФЕНОТИПИК ВА ГЕНОТИПИК АССОЦИАЦИЯ Бобоқулова С.Б.	48-55
ЭРТА БОЛАЛИК ДАВРИДА ЭПИЛЕПТИК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИНГ КЛИНИК-ИММУНОЛОГИК ТАВСИФИ ВА УНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ МЕЗОНЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ Вафоева Г.Р., Саидходжаева С.Н.	56-60
ЖИГАР ЦИРРОЗИДА РИВОЖЛАНГАН ГЕПАТОПУЛЬМОНАР СИНДРОМИНИНГ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ) Жураева М.А., Тиллабаев Н.А., Яминова Н.Х, Ашуралиева М.А.	61-67
ДЕСТРУКТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ С ГНОЙНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Кадиров К.З.	68-72