|  |  |
| --- | --- |
| **ПОГОДЖЕНО**  **Заступник Директора**  **Департаменту охорони здоров’я**  **Виконавчого органу Київської міської ради**  **(Київської міської Державної адміністрації)**  **Курмишов О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** | **ЗАТВЕРДЖЕНО**  **Директор**  **Приватне підприємство  «ПАО»**  **Ярошенко О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** |

**ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО   
«ПАО»**

**ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ**

*Надання медичної допомоги при анафілактичному шоці.*

1. **ПАСПОРТНА ЧАСТИНА.**
   1. **Діагноз:** *Надання медичної допомоги при анафілактичному шоці.*
   2. **Шифр МКХ -10:**
2. Т 8.2 – анафілактичний шок неуточнений.
3. Т 8.0 - анафілактичний шок, що викликаний патологічною реакцією на харчові продукти.
4. Т 78.5- анафілактичний шок, пов'язаний з введенням сироватки.
5. Т88.6 - анафілактичний шок, пов'язаний з патологічною реакцією на адекватно призначений і правильно застосований лікарський засіб.
   1. **Дата складання:**
   2. **Дата перегляду:**
   3. **Наказ по ПРИВАТНОМУ ПІДПРИЄМСТВУ «ПАО» щодо розробки Локального протоколу.**
   4. **Члени робочої групи з розробки локального протоколу:**

|  |  |
| --- | --- |
| **П.І.Б.** | **ПОСАДА** |
| **Дякунчак Ярослав Еміліянович** | **Лікар-терапевт** |

* 1. **Медико - технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол:**
* **Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 432 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Алергологія»;**
* **Наказ МОЗ України від 15.01.2014 № 34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги»;**
* **Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в закладах охорони здоров’я»;**
* **Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення і впровадження медико-технологічних документів по стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я»;**
  1. **Матеріально-технічне забезпечення (Додаток 1).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Положення локального Протоколу медичної допомоги | Необхідні дії згідно стандарту | Строки виконання | Виконавці | Індикатори якості медичної допомоги |
| Організація надання медичної допомоги | 1.Запис пацієнта через реєстратуру  Надання допомоги лікарем-терапевтом проводиться в кабінеті лікаря-терапевта  2.Оформлення медичної картки форма 043/o;  3.Оформлення лікарем-терапевтом згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення форми 003-6/о;  4.Заповнення виписки із медичної карти амбулаторного хворого 027/о;  5.Заповнення консультаційного висновок спеціаліста 028/o;  6.Оформлення фінансових документів, якщо надана послуга за спец рахунком. | п. 1. до 5 хвилин  -п.2; п.3; п.4; п.5; п.6 – до  30 хвилин | Реєстратор  П.І.Б.  Лікар-терапевт  П.І.Б.  каб.  тел. | Наявність локального протоколу у лікаря.  Наявність у кожного пацієнта медичної картки хворого, форми 043/о |
| Діагностика | Діагностика.  Основними клінічними проявами анафілактичного шоку є:  *- порушення гемодинаміки;*  *- порушення дихання (задишка, бронхоспазм, ядуха);*  *- порушення діяльності шлунково-кишкового тракту (нудота, блювання, пронос);*  *- шкірний висип (кропив’янка, інші екзантеми, набряк Квінке);*  Клінічна картина анафілактичного шоку в деяких випадках може бути схожою з психопатологічними станами (обмороки, втрата свідомості тощо), анафілактоїдними реакціями, що обумовлені виділенням медіаторів алергії без попередньої імунологічної реакції, за рахунок надмірного вживання їжі, продуктів з високим вмістом гістаміну. Дуже рідко імітувати шок можуть різні коматозні стани, холодова алергія, аспірація, інфаркт, емболії, спонтанний пневмоторакс, ортостатичний колапс, гіпервентиляційний синдром.  Медикаментозний анафілактичний шок (МАШ) - найбільш важкий генералізований прояв МА, обумовлений перебігом імунологічної реакції 1 типу з виділенням великої кількості цитокінів, що супроводжується вираженими порушеннями діяльності різних органів і систем (серцево-судинної, нервової, дихальної тощо).  Найбільш часто МАШ розвивається на введення рентгенконтрастних діагностичних препаратів, пеніцилінів, похідних піразолону, вітамінів групи В. При парентеральному введенні препаратів ЛАШ розвивається негайно, при пероральному – через 30-60 хвилин.  В зв'язку з переважним включенням тих чи інших патогенетичних механізмів перебіг МАШ може варіювати. А.С. Лопатін (1983) виділяє типову форму МАШ, а також варіанти: гемодинамічний, асфіктичний, церебральний і абдомінальний. В структурі всіх форм МАШ частота цих варіантів складає, відповідно, 55,4%, 20,0%, 51, 5 %, 8,1%, 5,0%.  При **типовій формі** МАШ хворі інколи не встигають повідомити про погіршення самопочуття, можуть відчувати жар, зрідка - нудоту, блювоту. При об'єктивному огляді відмічається гіперемія чи блідість шкіри, висип, набряк губ, повік. У хворих нерідко розвиваються судоми кінцівок, потім - неконтрольовані сечовиділення і дефекація. Пульс, як правило, слабкий, частий, тони серця глухі. Дихання частіше всього поверхневе, часте, з дистанційними хрипами. При аускультації можуть вислуховуватися свистячі хрипи, які інколи зникають на фоні задишки, що посилюється.  При гемодинамічном варіанті МАШ на перший план виходять симптоми порушення діяльності серцево-судинної системи, спостерігається спазм (блідість) чи розширення (гіперемія) периферичних судин. Артеріальний тиск знижений.  Асфіктичний варіант МАШ проявляється гострою дихальною недостатністю, яка обумовлена бронхоспазмом, набряком слизової оболонки бронхів.  Церебральний варіант МАШ характеризується переважанням порушень у діяльності ЦНС: психомоторним збудженням, порушенням свідомості, судомами, епілептиформними припадками, рідше - симптомами набряку мозкової тканини.  При абдомінальному варіанті МАШ основні ознаки - різкий біль в животі, симптоми подразнення очеревини. Можливою є поява загрудинного болю, що симулює інфаркт міокарду.  Виділяється також 5 типів перебігу МАШ: гострий злоякісний (летальність - 88,6%), гострий доброякісний ( летальність - 6%), затяжний (летальність - 8,6%), рецидивуючий (летальність - 14,3%), абортивний (летальність - 0%). Загалом, летальність при МАШ складає 0,48% всіх випадків.  Відповідний перебіг має анафілактичний шок при укусах комах, вживанні деяких харчових продуктів. |  | Лікар-терапевт  П.І.Б.  каб.  тел. | Вчасно поставлений діагноз. Вчасно розпочато лікування. |
| Лікування | Умови, при яких надається медична допомога.  Оптимальними умовами щодо цього є реанімаційні відділення лікарень, однак при виникненні шоку спонтанно, невідкладну допомогу повинні надавати медичні працівники любого фаху, в будь-яких умовах.  Лікувальні заходи при анафілактичному шоці будь-якого походження повинні базуватися на основних механізмах його патогенезу.  Лікувальні заходи повинні включати:  1.Припинення надходження алергену (АГ) до організму хворого.  У випадку надходження АГ парентерально (лікарський препарат, отрута комах при укусах) слід накласти джгут вище місця введення АГ на 25 хв. (кожні 10 хв. слід послабляти джгут на 1-2 хв.), прикладати до цього місця лід на 15 хв.; обколоти місце 0,3 - 0,5 мл 0,1% розчину адреналіну з 4,5 мл ізотонічного розчину хлориду натрію.  При пероральному надходженні АГ доцільно спробувати його видалити чи зв”язати (промивання шлунку, введення сорбенту – активованого вугілля, полісорбу, поліфепану, каопектату), в подальшому, призначити послаблюючі, очисні клізми.  2.Заходи, що спрямовані на відновлення гострих порушень функції м  кровообігу і дихання.  Підшкірно вводиться 0,1% розчин адреналіну в дозі 0,1 - 0,5 мл ( при необхідності повторити введення через 20-40 хв. під контролем рівня артеріального тиску). При нестабільній геодинаміці, з безпосередньою загрозою для життя, можливе внутрішньовенне введення адреналіну. При цьому 1 мл 0,1% розчину адреналіну розчиняється в 100 мл ізотонічного розчину хлориду натрію і вводиться з початковою швидкістю 1 мкг/хв.. (1 мл в хв.). При необхідності, швидкість введення може бути збільшеною до 2-10 мкг/хв. Внутрішньовенне введення адреналіну проводиться під контролем артеріального тиску. |  | Лікар-терапевт  П.І.Б.  каб.  тел. |  |
| Реабілітація |  |  |  |  |
| Профілактика |  |  |  |  |