

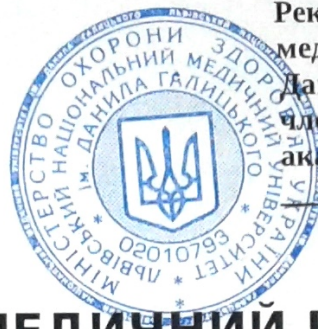
«ПОГОДЖЕНО»

Директор департаменту
охорони здоров'я
Львівської обласної адміністрації



«ПОГОДЖЕНО»

Ректор Львівського національного
медичного університету імені
Данила Галицького
Член-кореспондент Національної
академії медичних наук України
Зіменковський Б.С.



СТОМАТОЛОГІЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР Львівського національного медичного університету ім.Д.Галицького

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор СМЦ ЛНМУ ім.Д.Галицького

В.Я.Шибінський



20 квітня 2016 р.

ЛОКАЛЬНІ ПРОТОКОЛИ

медичної допомоги за спеціальністю «Медикаментозна алергія,
включаючи анафілаксію» адаптовані для роботи в Стоматологічному
медичному центрі

м. Львів

Склад комісії з розробки протоколу:

- – директор
- – заступники головного лікаря з лікувальної роботи
- – клінічний провізор
- – завідувач відділення терапевтичної стоматології № 1
- – завідувач відділення терапевтичної стоматології № 2
- – завідувач відділення стоматології дитячого віку № 1
- – завідувач відділення стоматології дитячого віку № 2
- – завідувач відділення ортопедичної стоматології № 1
- – завідувач відділення ортопедичної стоматології № 2
- – завідувач відділення хірургічної стоматології
- – завідувач відділення змішаного прийому
- – завідувач відділення підготовки до мікропротезування
- – головна медична сестра

Локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД) розроблений на основі:

1. Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію».
2. Адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію»

Локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД) призначений для:

Лікарів-алергологів, лікарів-алергологів дитячих та всіх лікарів, які призначають фармакотерапію, а також всіх медичних працівників, які надають екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу пацієнтам з медикаментозною алергією.

Мета ЛПМД:

Розроблений для створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з медикаментозною алергією шляхом координування та оптимізації екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Нормативні документи, затверджені МОЗ України, які регламентують надання медичної допомоги за темою ЛПМД:

1. Наказ МОЗ України від 30.12.2015 № 916 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при медикаментозній алергії, включаючи анафілаксію
2. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги МОЗ України».

Дата складання протоколу: 2016 р.

Дата запланованого перегляду: 2018 р.

Шифр МКБ – Z 88 Медикаментозна алергія.

Клінічна форма - Медикаментозна алергія.

<u>Положення локального протоколу медичної допомоги</u>	<u>Необхідні дії відповідно до стандарту (уніфікованого клінічного протоколу)</u>	<u>Строки виконання</u>	<u>Виконавці (ЗОЗ, структурний підрозділ закладу, посада, прізвище, ім'я та по батькові, телефон)</u>	<u>Індикатори якості медичної допомоги</u>
<p>Організація надання медичної допомоги</p>	<p>Обов'язкові: <u>1.Наявність локального протоколу медичної допомоги та клінічного маршруту пацієнта</u> <u>2.Можливість проведення функціональних, інструментальних досліджень в повному обсязі</u></p> <hr/> <p>Бажані <u>1.Наявність алергологічного кабінету.</u> <u>2. Наявність операційного блоку.</u></p>	<p><u>Постійно</u></p>	<p><u>Завідувач відділу</u> <u>Головна медична сестра центру</u> <u>Старша медична сестра відділу</u></p> <p><u>лікар-алерголог,</u> <u>лікар-алерголог дитячий,</u> <u>анестезіолог,</u> <u>анестезистка</u></p>	<p><u>Наявність у лікаря відділення ЛПМД по веденню пацієнта;</u> <u>100%</u></p>
<p>Діагностика</p>	<p>Обов'язкові: <u>1. Збір загального, алергологічного анамнезу та інформації про алергічні реакції на лікарські засоби.</u></p> <p>Особливості діагностики медикаментозної алергії та її профілактики для лікарів-стоматологів:</p> <p>I категорія пацієнтів: ургентні з гострим болем: Обов'язково заповнюється пацієнтом опитувальник (див. додаток 1) для виявлення алергічних захворювань. Лікар-стоматолог аналізує анкету, якщо у пацієнта є які-небудь алергічні захворювання назначає анестетики з урахуванням перехресних алергічних властивостей лікарських засобів, назначає за 20-30 хвилин до ін'єкції анестетика глюкокортикостероїд перорально (20-30 мг преднізолону) і дає прийняти блокатори H1-гістамінових рецепторів II покоління.</p> <p>II категорія пацієнтів: пацієнти, які звернулися до лікаря-стоматолога та вказали на наявність медикаментозної алергії: анафілаксія та тяжкі прояви алергії (синдроми Лайелла та Стівенса-Джонсона, набряк Квінке, генералізована кропив'янка) – захворювання, підтверджені медичною</p>	<p><u>При поступленні та надалі впродовж лікування</u></p>	<p><u>Лікуючий лікар</u> <u>Медична сестра кабінету</u></p>	<p><u>Медична карта стоматологічного хворого, ф-ма 043/о;</u></p>

<p>документацією. Пацієнти направляються до лікаря-алерголога, лікаря-алерголога дитячого.</p> <p><u>2. Консультація лікаря-алерголога, лікаря-алерголога дитячого, лікаря-імунолога, лікаря-анестезіолога</u></p> <p><u>Збір детального анамнезу та інформації про алергічні реакції на лікарський засіб. (див. додаток 2 - Анкета для визначення стану здоров'я пацієнта, наявності медикаментозної алергії та моніторингу прийому лікарських засобів)</u></p> <p><u>3. Проведення фізикального обстеження</u></p> <p>Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: - за показаннями усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу. Візуальна оцінка: - уважно оглянути шкірні покриви, ротоглотку; - провести аускульту легень та серця.</p> <p><u>Допоміжні:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Алергологічне обстеження з урахуванням передбачуваного механізму реакції гіперчутливості на лікарські засоби (див. додаток 3). 2. Проведення шкірних прик-тестів та інтрадермальних (внутрішньошкірних) тестів з причинними та / або альтернативними лікарськими засобами 3. При анафілаксії – оцінка рівня триптази (базового). 	<p>При підозрі на виникнення медикаментозної алергії та попередження її виникнення</p> <p>При виникненні медикаментозної алергії, в тому числі анафілаксії, під час проведення стоматологічних маніпуляцій</p> <p>При скеруванні на додаткове обстеження не раніше 4-6 тижнів після повного регресу всіх клінічних симптомів (в залежності від типу та тяжкості форм первинної реакції)</p>	<p>Лікар-алерголог, Лікаря-алерголог дитячий, Лікар-імунолог, Лікар-анестезіолог</p> <p>Лікуючий лікар Медична сестра кабінету</p> <p>Лікар-алерголог, Лікар-алерголог дитячий з досвідом роботи у галузі медикаментозної алергії та за наявності всіх необхідних заходів для лікування анафілактичного шоку в разі необхідності.</p>	<p>Медична карта стоматологічного хворого, ф-ма 043/о;</p> <p>Зав. відділенням, Лікуючий лікар, Медична сестра</p> <p>Наявність на робочому місці лікаря засобів екстреної медичної допомоги при анафілаксії, 100%</p>
<p>Лікування</p>	<p>У пацієнтів з анафілаксією слід негайно оцінити функції дихальних шляхів, дихання, кровообігу. Смерть настає в результаті ураження верхніх дихальних шляхів, нижніх дихальних шляхів та / або внаслідок серцево-судинних порушень. (див. додаток 4).</p> <p>ПЕРША ЛІНІЯ ЛІКУВАННЯ</p> <p>1. Епінефрин в дозі 0,01 мл/кг маси тіла до максимальної сумарної дози 0,5 мл. - внутрішньом'язово в середину зовнішньої частини стегна. Доза може бути повторена</p>	<p>При наданні невідкладної допомоги</p>	<p>Зав. відділенням, Лікуючий лікар, Медична сестра</p>

	<p>принаймні після 5-хвилинного інтервалу.</p> <p>ДРУГА ЛІНІЯ ЛІКУВАННЯ</p> <p>2. Поза пацієнта. Пацієнта з анафілаксією слід покласти на спину з піднятими нижніми кінцівками, якщо він виявляє нестабільність кровообігу, перевести у позицію «сидячи», якщо він виявляє дихальну недостатність, або у рятівне положення на боці, якщо пацієнт втратив свідомість</p> <p>ТРЕТЯ ЛІНІЯ ЛІКУВАННЯ</p> <p>3. Блокатори H1- та H2-гістамінових рецепторів - Блокатори H1-гістамінових рецепторів - антигістамінні (хлоропірамін, клемастин, дезлоратадин, левоцетиризин) - Блокатори H2-гістамінових рецепторів (ранітидин, фамотидин).</p> <p>4. Глюкокортикостероїди- парентеральне введення <i>(гідрокортизон, дексаметазон, преднізолон – для системного застосування)</i></p>			
<p><u>Рекомендації при закінченні лікування</u></p>	<p>НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ</p> <p>Що повинно включати навчання пацієнта</p> <p>Навчання має охоплювати:</p> <ul style="list-style-type: none"> – специфічні стратегії уникнення алергену в домашніх умовах, в соціальному середовищі і під час подорожей; – розпізнавання симптомів і попереджувючих сигналів; – інформацію з приводу того, коли і як вводити ін'єкції епінефрину самостійно; – інші заходи, необхідні для лікування реакції (наприклад, виклик допомоги). <p>Інструктаж пацієнта повинен акцентувати увагу на необхідності постійно носити з собою аутоін'єктор з епінефрином, якщо такий було призначено.</p>	<p><u>Постійно</u></p>	<p><u>Лікуючий лікар відділення</u></p>	<p><u>Відсоток пацієнтів, яким надані рекомендації щодо модифікації стилю життя та «Інформаційн у картку основних дій при анафілаксії» (Додаток 4): 100%</u></p>

Додаток 1
до Локального клінічного протоколу медичної
допомоги «Медикаментозна алергія, включаючи
анафілаксію»

Для лікарів ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, та лікарів-
стоматологів

Анкета-опитувальник для пацієнта

Впишіть чи підкресліть Дата " _____ " _____ 201__ р.

Опитувальник

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

стать (чол, жін) Дата народження _____

СКАРЖИТЕСЯ НА: напади ядухи (так, ні), задишки чи тяжкого дихання (так, ні),
задушливого кашлю (так, ні), періодичні хрипи (свисти), які чути на відстані
(так, ні)

Часту чи постійну закладеність носа (так, ні), виділення з носа без простуди (так,
ні), свербіння та/або почервоніння очей (так/ні), повік (так/ні), носа (так, ні)
цілорічно (так, ні), чи у весняно-літній період (так, ні), висипи на шкірі (так, ні), її
почервоніння (так, ні), набряки шкіри (так, ні), відчуття свербезу шкіри (так/ні),
болі у животі (так, ні), нудота (так, ні), часті діареї (так, ні), втрата свідомості
(так, ні), зниження артеріального тиску (так, ні), затруднення дихання (так, ні)
та ін.

Вищенаведені скарги виникають після застосування ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ (так, ні),
харчових продуктів (так, ні), побутової хімії (так, ні), контакту з різними
речовинами на виробництві (так, ні), інші речовини (які _____)
(так/ні).

У Вас раніше були виявлені бронхіальна астма (так, ні), алергічний риніт (так, ні),
алергічний дерматит (так, ні), інші алергічні захворювання (так, ні), небезпечні
реакції на укуси комах (так, ні).

Які є у пацієнта інші хронічні захворювання (особливо автоімунні, хвороби
нирок, печінки і жовчного міхура, шлунку і кишківника, підшлункової залози,
щитовидної залози, інші _____).

Чи існують харчові продукти, харчові домішки, які не переносить пацієнт.

Обов'язкова наявність підпису пацієнта, підпису лікаря.

Додаток 2
до Локального клінічного протоколу медичної
допомоги «Медикаментозна алергія, включаючи
анафілаксію»

Для лікарів ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану)
медичну допомогу

**АНКЕТА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА, НАЯВНОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ
АЛЕРГІЇ ТА МОНІТОРИНГУ ПРИЙОМУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Ваші відповіді на запитання, подані нижче, допоможуть захистити Вас від потенційно шкідливих взаємодій і побічних ефектів лікарських засобів. Для Вашої ж безпеки, ми повинні знати, чи маєте Ви медикаментозну алергію, а також яким є стан Вашого здоров'я. Ми також повинні знати, які лікарські засоби Ви регулярно приймаєте (це стосується як лікарських засобів, що відпускаються за рецептом, так і лікарських засобів, що відпускаються без рецепта).

Ваша конфіденційність дуже важлива для нас. Діяльність лікаря цілком відповідає законодавчим вимогам конфіденційності та захисту цієї інформації.

Дотримуйтесь інструкцій, наведених нижче.

Крок 1: Перевірте і заповніть інформацію в РОЗДІЛІ 1.

Крок 2: Заповніть всі розділи, подані нижче, використовуючи сині або чорні чорнила. Будь ласка, пишіть друкованими літерами.

Крок 3: Підпишіть заповнену анкету і віддайте її лікуючому лікарю.

РОЗДІЛ 1: Інформація про пацієнта

Ім'я пацієнта: _____ Стать: _____

Місяць / рік народження: _____ Контактний телефон: □□□ □□□ □□□□

Адреса пацієнта: _____

РОЗДІЛ 2: Історія Ваших медикаментозних алергій

Повністю зафарбуйте овальний символ, якщо Ви мали алергію або серйозну реакцію на будь-який з цих лікарських засіб:

<input type="radio"/>	Саліцилати (наприклад, ацетилсаліцилова кислота, сульфасалазин)
<input type="radio"/>	Кодеїн, інші:
<input type="radio"/>	Еритроміцин
<input type="radio"/>	НПЗ (наприклад: Ібупрофен, Диклофенак, Індометацин, Піроксикам, Мелоксикам, Мефенамінова кислота), інші:
<input type="radio"/>	Пеніциліни / цефалоспорини (наприклад: Амоксицилін, Ампіцилін, Бензилпеніцилін, Цефазолін, Цефтриаксон, Цефалексин), інші:
<input type="radio"/>	Сульфаніламідні препарати (наприклад: Триметоприм, Сульфаметоксазол)
<input type="radio"/>	Антибіотики тетрациклінового ряду

Якщо у Вас є алергія на лікарські засоби, які не перераховані вище, напишіть назву цього лікарського засобу друкованими літерами у вільній секції нижче.

Інші: Приклад, Морфін

Інші:

(Будь ласка, перегорніть сторінку)

РОЗДІЛ 3: Стан Вашого здоров'я

Чи діагностували у Вас коли-небудь медичні стани, перераховані нижче? Якщо так, повністю зафарбуйте овальний символ навпроти всіх станів, які Вас стосуються.

<input type="radio"/>	Алергія, сінна лихоманка (алергічний риніт)	<input type="radio"/>	Серцева недостатність (ХСН)
<input type="radio"/>	Артрит	<input type="radio"/>	Гемофілія і стани, подібні до гемофілії
<input type="radio"/>	Астма	<input type="radio"/>	Високий кров'яний тиск (гіпертонія)
<input type="radio"/>	Проблеми з контролюванням сечового міхура (нетримання сечі)	<input type="radio"/>	Високий рівень цукру в крові (діабет)
<input type="radio"/>	Крихіткі кістки (остеопороз)	<input type="radio"/>	Високий рівень холестерину (гіперхолестеринемія)
<input type="radio"/>	Біль у грудях (стенокардія)	<input type="radio"/>	Запальні захворювання кишечника
<input type="radio"/>	Хвороба Крона	<input type="radio"/>	Мігрені
<input type="radio"/>	Депресія	<input type="radio"/>	Підвищена активність щитовидної залози (гіпертиреоз)
<input type="radio"/>	Емфізема легенів (ХОЗЛ, хронічний бронхіт)	<input type="radio"/>	Пептична виразка, виразка шлунка або дванадцятипалої кишки
<input type="radio"/>	Збільшена простата (доброякісна гіперплазія передміхурової залози)	<input type="radio"/>	Недостатня циркуляція крові в нижніх кінцівках (периферійне захворювання судин)
<input type="radio"/>	Шлунковий рефлюкс, печія, або езофагіт	<input type="radio"/>	Судоми (епілепсія)
<input type="radio"/>	Глаукома	<input type="radio"/>	Інсульт (минуще ішемічне порушення)
<input type="radio"/>	Серцевий напад (інфаркт міокарда)	<input type="radio"/>	Знижена активність щитовидної залози (гіпотиреоз)

Якщо у Вас виявлено медичні стани, які не перераховані вище, напишіть назву цього стану друкованими літерами у вільній секції нижче.

Інші: Приклад, рак молочної залози

Інші:

РОЗДІЛ 4: Ваші лікарські засоби, що відпускаються без рецепта

Повністю зафарбуйте овальний символ навпроти кожного лікарського засобу, що відпускається без рецепта, який Ви в даний час використовуєте.

<input type="radio"/>	Ібупрофен	<input type="radio"/>	Омепразол
<input type="radio"/>	Напроксен	<input type="radio"/>	Дифенгідрамін
<input type="radio"/>	Ацетилсаліцилова кислота	<input type="radio"/>	Циметидин
<input type="radio"/>	Кетопрофен	<input type="radio"/>	Парацетамол
<input type="radio"/>	Фамотидин	<input type="radio"/>	Ранітидин

Якщо Ви в даний час приймаєте лікарські засоби, що відпускається без рецепта, який не зазначено вище, напишіть назву цього лікарського засобу друкованими літерами у вільній секції нижче.

Інші:

Інші:

РОЗДІЛ 5: Лікарські засоби, призначені пацієнту за рецептом

Будь ласка, перерахуйте нижче **лікарські засоби, які Ви приймаєте в даний час за рецептом**. Інформацію про лікарський засіб можна знайти на рецептурних етикетках. Якщо Ви в даний час не приймаєте таких лікарських засобів, будь ласка, поставте позначку тут [] **ЖОДЕН**




Додаток 3
до Локального клінічного протоколу медичної
допомоги «Медикаментозна алергія, включаючи
анафілаксію»

Алгоритм діагностики медикаментозної алергії



Додаток 4
до уніфікованого клінічного протоколу
екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Медикаментозна алергія, включаючи
анафілаксію»

Зразок інформаційної картки основних дій при анафілаксії

<p>1 Необхідно мати при собі протокол невідкладних дій для розпізнавання та лікування анафілаксії, регулярно повторювати зміст протоколу</p>	
<p>2 Припиніть дію подразника, наприклад, внутрішньовенну ін'єкцію або терапевтичний агент, що міг спричинити симптоми</p>	
<p>3 </p>	<p>Оцініть кровообіг, дихання, психічний стан та вагу пацієнта</p>
<p>4 </p>	<p>Швидко і одночасно здійснити кроки 4, 5 і 6</p>
<p>5 </p>	<p>Зверніться за допомогою до служби невідкладної (екстреної) допомоги</p> <p>Ввести епінефрин внутрішньом'язово у передньолатеральну ділянку стегна, 0,01 мг/кг розчину 1:1,000 (1 мг/мл), максимум 0,5 мг (дорослі) або 0,3 мг (діти); записати час введення дози і повторити введення через 5-15 хв, якщо це необхідно. Більшість пацієнтів реагують на введення після 1-2 доз</p>
<p>6 </p>	<p>Покласти пацієнта на спину або помістити в іншу зручну позицію, якщо є порушення дихання та / або блювання; підняти нижні кінцівки; якщо пацієнт різко встане або сяде, може настати смерть</p>
<p>9 </p>	<p>За наявності показань у будь-який час, провести серцево-легеневу реанімацію із закритим масажем серця</p>
<p>10 </p>	<p>Крім того, </p> <p>Стежити за тиском, пульсом, диханням та оксигенацією пацієнта з частими, рівномірними інтервалами (якщо це можливо, слід стежити постійно)</p>

заступник директора з лікувальної роботи	Семчишин О.П.
клінічний провізор	Шандра М.С.
завідувач відділення терапевтичної стоматології № 1	Подільчак Н.В.
завідувач відділення терапевтичної стоматології № 2	Маковей Н.В.
завідувач відділення стоматології дитячого віку № 1	Харченко М.Я.
завідувач відділення стоматології дитячого віку № 2	Кубриш О.С.
завідувач відділення ортопедичної стоматології № 1	Равчук М.Р.
завідувач відділення ортопедичної стоматології № 2	Гупало Б.П.
завідувач відділення хірургічної стоматології	Слободян Р.В.
завідувач відділення змішаного прийому	Олійник Г.Н.
завідувач відділення підготовки до мікропротезування	Фіта М.І.
головна медична сестра	Станевич І.Б.