

**АО «Медицинский Университет Астана»  
Кафедра Внутренних болезней**

**Международные и национальные  
клинические руководства, протоколы по  
ведению больных с аллергическими  
заболеваниями.**

**Аширбаев Т.Е.**

**Группа: 777**

**Шарипханова Г.Х**

**Астана, 2017 год**

- Рекомендовано
- Экспертным советом
- РГП на ПХВ «Республиканский центр
- развития здравоохранения»
- Министерства здравоохранения
- и социального развития
- Республики Казахстан
- от «12» декабря 2014 года
- протокол № 9

- **Анафилактический шок (АШ)** – острая системная аллергическая реакция на повторный контакт с аллергеном, угрожающая жизни и сопровождающаяся выраженными гемодинамическими нарушениями, а также нарушениями функций других органов и систем [1].

**Название протокола:** Анафилактический шок

**Код протокола:**

**Код (коды) по МКБ-10:**

T78.0 Анафилактический шок, вызванный патологической реакцией на пищу.

T78.2 Анафилактический шок неуточненный.

T80.5 Анафилактический шок, связанный с введением сыворотки.

T88.6 Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство.

- **Сокращения, использованные в протоколе:**

АД – артериальное давление

АЛТ – аланинаминотрасфераза

АСТ – аспарагинаминотрасфераза

АШ – анафилактический шок

БАК – биохимический анализ крови

ВОП – врач общей практики

ГКС – глюкокортикостероиды

ДАД – диастолическое артериальное давление

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИВЛ – искусственная вентиляция лёгких

КЩС – кислотно-щелочное состояние

ЛС – лекарственное средство

- МКБ – международная классификация болезней
- ОАК – общий анализ крови
- ОАМ – общий анализ мочи
- САД – систолическое артериальное давление
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- ЧСС – частота сердечных сокращений
- IgE – иммуноглобулин класса
- E pO<sub>2</sub> – парциальное напряжение кислорода
- pCO<sub>2</sub> – парциальное напряжение углекислого газа
- SaO<sub>2</sub> – сатурация (насыщение гемоглобина кислородом)

**Дата разработки протокола:** 2014 год.

**Категория пациентов:** взрослые.

**Пользователи протокола:** врачи всех профилей, фельдшеры.

- **Клиническая классификация анафилактического шока**

**По клиническим вариантам [1]:**

- • типичный;
- • гемодинамический (коллаптоидный);
- • асфиксический;
- • церебральный;
- • абдоминальный.

**По течению [1,2]:**

- • острое доброкачественное;
- • острое злокачественное;
- • затяжное;
- • рецидивирующее;
- • абортивное.

**По степени тяжести [1]:**

- I степень;
- II степень;
- III степень;
- IV степень.

- **Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий**

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне: не проводятся.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне: не проводятся.

Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: не проводится.

- **Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:**
  - • ОАК;
  - • ОАМ;
  - • определение КЩС (рН, рСО<sub>2</sub>, рО<sub>2</sub>);
  - • БАК (билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, сахар, калий, натрий);
  - • коагулограмма;
  - • электрокардиограмма
  - • мониторинг АД, ЧСС, SaO<sub>2</sub>, суточного диуреза.



- **Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:**
  - • определение центрального венозного давления;
  - • определение давления заклинивания в легочной артерии;
  - • рентгенография органов грудной клетки;
  - • УЗИ органов брюшной полости и малого таза;
  - • определение Ig E в сыворотке крови методом иммунохемилюминисценции (после элиминации ГКС).

- 

**Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:**

- • сбор жалоб и анамнеза;
- • физикальное обследование;
- • мониторинг АД, ЧСС.

- **Диагностические критерии**

- **Жалобы и анамнез**

- **Жалобы [1]:**

- **типичный вариант:**
- остро возникающим состоянием дискомфорта в виде неопределенных тягостных ощущений (тревога, страх смерти, «ожога крапивой» или «обдало жаром») с возбуждением и беспокойством;  
резкая слабость, головокружение;  
расстройство сознания;  
ощущение прилива крови к голове, языку и лицу;  
ощущение покалывания и зуда кожи лица, рук и головы;  
головная боль;  
затрудненное дыхание;  
резкий кашель;  
боли в области сердца или сердцебиение;  
чувство тяжести за грудиной или сдавления грудной клетки;  
тошнота, рвота;  
боли в брюшной полости.

-

- • гемодинамический (коллаптоидный) вариант (превалированием гемодинамических нарушений с развитием выраженной гипотонии и вегето-сосудистых изменений):
  - сильные боли в области сердца.
  - 
  - асфиксический вариант:
    - кашель;
    - осиплость голоса;
    - удушье.
  - церебральный вариант:
    - появление страха/возбуждения;
    -
  - абдоминальный вариант (с развитием симптоматики так называемого «ложного острого живота»):
    - резкие боли в эпигастральной области.

При остром злокачественном течении шока период жалоб отсутствует. Наступает внезапная потеря сознания, остановка сердца и клиническая смерть [1].

- **Анамнез**

Наличие следующих факторов риска:

- • наличие аллергических заболеваний;
- • прием лекарственных препаратов с высокой сенсibiliзирующей активностью;
- • длительное применение лекарственных веществ, особенно повторными курсами;
- • использование депо-препаратов;
- • полипрагмазия;
- • длительный профессиональный контакт с лекарственными и химическими средствами [2] .

### **Физикальное обследование [1]**

В зависимости от клинических вариантов:

- • типичный вариант:
- частый нитевидный пульс (на периферических сосудах);  
тахикардия (реже брадикардия, аритмия);  
тоны сердца глухие;  
АД быстро снижается (в тяжелых случаях ДАД не определяется);  
нарушение дыхания (одышка, затрудненное хрипящее дыхание с пеной изо рта);  
зрачки расширены и не реагируют на свет.

- - гемодинамический (коллаптоидный) вариант:
  - резкое снижение АД;  
слабость пульса и его исчезновение;  
нарушение ритма сердца;  
спазм периферических сосудов (бледность) или их расширение (генерализованная «пылающая гиперемия») и дисфункция микроциркуляции (мраморность кожных покровов, цианоз).
  - асфиксический вариант:
  - развитие ларинго- и/или бронхоспазма;  
отёка гортани с появлением признаков тяжёлой острой дыхательной недостаточности;  
развитие респираторного дистресс-синдрома с выраженной гипоксией.
  - церебральный вариант:
  - развитие судорожного синдрома;  
психомоторное возбуждение;
  - нарушение сознания больного;  
дыхательная аритмия;  
вегето-сосудистые расстройства;  
менингеальный и мезенцефальный синдромы.
  - 
  - абдоминальный вариант:
  - наличие признаков раздражения брюшины.

- **В зависимости от течения [1,2]:**
- острое доброкачественное: стремительное наступление клинической симптоматики, шок полностью купируется под влиянием соответствующей интенсивной терапии.
- острое злокачественное:
  - характеризуется острым началом с быстрым падением АД (диастолическое— до 0 мм рт. ст.), нарушением сознания и нарастанием симптомов дыхательной недостаточности с явлениями бронхоспазма;  
данная форма является достаточно резистентной к интенсивной терапии и прогрессирует с развитием тяжелого отека легких, стойкого падения АД и глубокого коматозного состояния;  
чем быстрее развивается АШ, тем более вероятно развитие тяжелого АШ с возможным летальным исходом (поэтому для данного течения АШ характерен неблагоприятный исход, даже при проводимой адекватной терапии).

- • затяжное течение:
- начальные признаки развиваются стремительно с типичными клиническими симптомами, активная противошоковая терапия дает временный и частичный эффект; в последующем клиническая симптоматика не такая острая, но отличается резистентностью к терапевтическим мерам.
- 
- рецидивирующее течение:
- характерно возникновение повторного состояния после первоначального купирования его симптомов, нередко возникают вторичные соматические нарушения.
- 
- абортное течение:
- шок быстро проходит и легко купируется без применения каких-либо лекарств.

- • У больных с нарушением проходимости дыхательных путей вследствие отека глотки и гортани необходимо интубировать трахею. В случаях невозможности или затруднений при интубации необходимо выполнить коникотомию (экстренное рассечение мембраны между щитовидным и перстневидным хрящами). После восстановления проходимости дыхательных путей необходимо обеспечить дыхание чистым кислородом. Перевод больных на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) показан при отеке гортани и трахеи, некупируемой гипотонии, нарушении сознания, стойком бронхоспазме с развитием дыхательной недостаточности, не купирующемся отеке легких.

-



- **Медикаментозное лечение [1,2]**
- **Сосудосуживающая терапия:** чем короче период развития выраженной гипотонии, дыхательной и сердечной недостаточности от начала введения (или поступления в организм) аллергена, тем менее благоприятен прогноз лечения;
  - **раствор адреналина гидрохлорида 0,1%** (является препаратом выбора);
  - **раствора эпинефрина 0,1%:**
- в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра, 0,3-0,5 мл (0,01 мл/кг веса, максимум – 0,5 мл) (В), при необходимости введение эпинефрина можно повторить через 5-15 минут;

- **при неэффективности проводимой терапии:**
  - в/в струйно, дробно, в течение 5-10 минут: 1 мл 0,1% раствора разводят в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия);
  - и/или в/в капельное с начальной скоростью введения 30-100 мл/час (5-15 мкг/мин), титруя дозу в зависимости от клинического ответа или побочных эффектов эпинефрина: 0,1% - 1 мл в 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия.

**при отсутствии периферических венозных доступов:**

- эндотрахеально через интубированную трубку;
- в бедренную вену или другие центральные вены.

**Введение прессорных аминов с целью повышения АД (в/в капельно):**

- **норэпинефрин**, 2-4 мг (1-2 мл 0,2% раствора), разведя в 500 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия, со скоростью инфузии 4-8 мкг/мин до стабилизации АД.

- **Инфузионная терапия** (с целью ликвидации гиповолемии) (коллоидные и кристаллоидные растворы):
  - декстран, средняя молекулярная масса 35000-45000 Дальтон;
  - раствор натрия хлорида 0,9% (или другие изотонические растворы), 1-2 литра (5-10 мл/кг впервые 5-10 минут).

**Гормональная терапия:** в начальной дозе:

- дексаметазон 8-32 мг в/в капельно;
- преднизолон 90-120 мг в/в струйно;
- метилпреднизолон 50-120 мг в/в струйно;
- бетаметазон 8-32 мг в/в капельно;
- 

Длительность и доза ГКС подбирается индивидуально в зависимости от тяжести клинических проявлений.

Пульс-терапия ГКС не целесообразна.

### **Бронхолитическая терапия**

Применение блокаторов H1-гистаминовых рецепторов возможно только на фоне полной стабилизации гемодинамики и при наличии показаний.

- **Препараты выбора:**

- • клемастин 0,1%-2 мл (2 мг), внутривенно или внутримышечно;
- • хлоропирамина гидрохлорид 0,2%, внутривенно или внутримышечно 1-2 мл;
- • дифенгидрамин 25-50 мг.

- 

При сохраняющемся бронхообструктивном синдроме несмотря на введение эпинефрина:

- • аминофиллин
- - внутривенно струйно медленно 5-6 мг/кг 2,4% раствора в течение 20 мин;
- - внутривенно капельно 0,2-0,9 мг/кг в час (до устранения бронхоспазма).

### **Ингаляционная терапия:**

- • раствор сальбутамола 2,5 мг/2,5 мл (через небулайзер);
- • увлажненный кислород (под контролем SpO<sub>2</sub>).

- **Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи**

**Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):**

- • эпинефрин 0,18%-1,0 мл, ампула
- • норэпинефрин 0,2% - 1,0, ампула
- • фенилэфрин 1% р-р -1,0 мл, ампула
- • преднизолон 30 мг, ампула
- • дексаметазон 4 мг – 1,0 мл, ампула
- • гидрокортизон 2,5% - 2 мл, ампула
- • натрия хлорид 0,9% - 400 мл, флакон
- • дофамин 4% - 5,0 мл, ампула
- • клемастин 0,1% - 2,0 мл, ампула
- • дифенгидрамин 1% -1,0 мл, ампула
- • хлоропирамин 2% - 1,0 мл, ампула
-

- **Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):**
- • калия хлорид + кальция хлорид+Натрия хлорид, 400 мл, флакон
- • натрия ацетат + натрия хлорид+Калия хлорид, 400 мл, флакон
- • декстроза 5% – 500 мл, флакон
- • аминофиллин 2,4% - 5,0мл, ампула
- • сальбутамол 2,5 мг/2,5 мл ампула
- • фуросемид 20 мг – 2,0 мл, ампула

- **Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации**

**Показания для экстренной госпитализации:**

- • анафилактический шок.
- 

**Показания для плановой госпитализации: не проводится.**