Приложение 2
к приказу № 290
от «9» сентября 2024 года
Министра Здравоохранения
Республики Узбекистан

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК У ДЕТЕЙ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО НОЗОЛОГИИ

«УТВЕРЖДАЮ»
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
аллергологии и клинической иммунологии,
профессор Гаипкова И.С

«____»_____2024й

СТАНДАРТ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО НОЗОЛОГИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

ТАШКЕНТ-2024

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК У ДЕТЕЙ СТАНДАРТ, СПЕЦИАЛИСТЫ ВОВЛЕКАЕМЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ

Кодирование по МКБ 10/11	**Наименование нозологии:**	**Специалисты, занимающиеся амбулаторной диагностикой по данной нозологии**		**Специалисты, занимающиеся диагностикой и лечением данной нозологии в условиях стационара**	
		Основной специалист	Дополнительные специалисты	Основной специалист	Дополнительные специалисты
T78.0 T78.2 T80.5 T88.6	— Анафилактический шок, вызванный патологической реакцией на пищу. — Анафилактический шок, неуточненный. — Анафилактический шок, связанный с введением сыворотки. — Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство.	Педиатр	Гастроэнтеролог Кардиолог Оталаринголог	Детские анестезиологии и реаниматологи	1. Врачи экстренной службы, 2. Педиатры 3. Кардиологи 4. Врачи общей практики 5. Врачи функциональной диагностики.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК У ДЕТЕЙ

Диагностические мероприятия	Наименование медицинских услуг	Виды и степень медицинкой помощи					Минимальное количество Медицинских услуг и обследований	Курс лечения
		Амбулаторная помощь		Стационарная помощь				
		СВП/СП	ЦМП	Районная (городская) больница	Областные медицинские учреждения	Республиканские медицинские учреждения		
Основной специалист (врач) консультация	Жалобы и сбор анамнеза	+	+	+	+	+	3-4	
	Объективный осмотр	+	+	+	+	+	Каждый день до выписки пациента	Каждый день до выписки пациента
	Физикальные и клинические обследоваия	+	+	+	+	+	Каждый день до выписки пациента	Каждый день до выписки пациента
	Ежедневное наблюдение анестезиолога-реаниматолога			+	+	+	По показаниям	
Примечание: Выявление фактора риска при обращении пациента; рекомендуется быстрое и срочное стационарное лечение; рекомендации по амбулаторной помощи при выписке из стационара.								
Специалист дополнительный консультация	1.Жалобы и сбор анамнеза.	+	+	+	+	+		
	2. Объективный осмотр	+	+	+	+	+		
	3. Физикальное и клиническое обследование	+	+	+	+	+		
Основные Лабораторные исследования	Биохимические анализы			+	+	+		
	сывороточная триптаза			+	+	+	1-2	

Основные Инструментальные исследования	АД, пульс, частоту дыхательных движений			+	+	+	1-2	
Примечание мониторировать								

Показания к стационарному лечению: Показана экстренная госпитализация в стационар с отделением интенсивной терапии и реанимации при диагностике анафилаксии/АШ. Госпитализация в отделении реанимации не менее 24 ч.

Жалобы и анамнез:

Жалобы **(**при сохраненном сознании) на высыпания на коже, кожный зуд, отек глаз, слизистой полости рта, чихание, кашель, одышку, слизистые выделения из носа, боли в груди, животе, металлический привкус во рту, слабость, головокружение, озноб, онемение языка, пальцев, беспокойство, чувство страха, шум в ушах, тревогу, ухудшение зрения, тошноту, схваткообразные боли в животе.

В тяжелых случаях:

Нарушения глотания; чувство комка в горле, низкий голос, нечеткая речь, афония, анартрия, головокружение, головная боль, боль в мышцах, быстрая утомляемость, бессонница, нехватка воздуха, боль в грудной клетке, парез дыхательных мышц с отсутствием движения межреберных мышц и потеря кашлевого рефлекса.

Анамнез заболевания:

При сборе анамнеза у всех пациентов рекомендуется обратить внимание:

- ✓ на обстоятельства, при которых развился АШ (введение лекарственных средств, употребление пищевого продукта, ужаление насекомым, проведение аллергенспецифической иммунотерапии);
- ✓ время возникновения реакции — развитие характерных симптомов внезапное, через минуты/часы после воздействия триггера, часто быстрое прогрессирование симптомов;
- ✓ наличие факторов, которые повышают риск развития тяжелого АШ (пожилой возраст и сопутствующие патологии, такие как бронхиальная астма и другие хронические заболевания легких, сердечно-сосудистая патология, тяжелые атопические заболевания, мастоцитоз, прием ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, блокаторов β-адренорецепторов и др.**)**

Физикальное обследование:

обязательным критерием анафилаксии/АШ являются жизнеугрожающее снижение АД и/или нарушения со стороны дыхательной системы в сочетании с нарушениями со стороны других органов и систем:

- сердечно-сосудистой системы: тахикардия, брадикардия, сжимающая боль за грудиной, шум в ушах, парестезии, нарушения ритма сердца, недержание мочи, кала, остановка сердца;
- кожного покрова и слизистых: эритема и гиперемия, генерализованный зуд кожи и слизистых, ангиоотек губ, языка, периорбитальный отек, уртикарные высыпания, конъюнктивит, на более поздних стадиях — цианоз губ, бледность, холодный пот;
- дыхательной системы: чихание, ринит, ринорея, одышка, бронхоспазм, кашель, дисфония, стридор, отек дыхательных путей (при отеке гортани возможно развитие асфиксии), гиперсекреция слизи;
- центральной нервной системы: головокружение, головная боль, изменение поведения, вялость, возбуждение, судороги, страх смерти, потеря сознания, мидриаз;
- желудочно-кишечного тракта: боль в животе, тошнота, рвота, диарея;
- других органов и систем: метроррагия, металлический привкус во рту.

Лабораторные диагностические исследования

Пациентам с подозрением на анафилаксию/АШ рекомендуется определение уровня сывороточной триптазы в крови через 15 мин — 3 ч после возникновения первых симптомов и после выздоровления для дифференциальной диагностики с другими видами шока.
Комментарий: *нормальный уровень сывороточной триптазы не исключает диагноз АШ. Сывороточная триптаза может повышаться при других состояниях (инфаркт миокарда, травма, эмболия амниотическими водами, синдром внезапной младенческой смерти, мастоцитоза — группы заболеваний, обусловленных накоплением и пролиферацией тучных клеток в тканях). Диагностически значимым является повышение уровня триптазы выше, чем (1,2 × базальный уровень триптазы + 2 мг/дл).*

Инструментальные диагностические исследования
Всем пациентам с анафилаксией/АШ рекомендуется мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений для оказания неотложной помощи.
Комментарий: *при невозможности мониторинга необходимо контролировать уровень оксигенации, измерять АД и пульс вручную каждые 2–5 мин.*

(МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

Лечебные мероприятия (основные)		**Виды и степень скорой и экстренной медицинской помощи**					**Средняя сутогчная доза**	**Курсовая доза**
		Амбулаторная помощь		**Стационарная помощь**				
		СВП/СП	**ЦМП**	**Районная (городская) больница**	**Областные медицинские учреждения**	**Республиканские медицинские учреждения**		
Название Лекарственных средств (междунароное непатентованное)	**Дозировка и применение лекарственных средств**							
эпинефрин 88 в/м. при отсутствии ответа на первую дозу не менее чем через 5 мин рекомендуется ввести повторную дозу эпинефрина** для достижения клинического эффекта.	из расчета 0,01 мг/кг, максимальная разовая доза для взрослого пациента составляет 0,5 мг, для ребенка — 0,3 мг.			+	+	+	**1**	**1**
Перфузионные растворы	*доза кристаллоидных растворов составляет 20 мл/кг массы тела. Применяется*			+	+	+	Дозировка подбирается индивидуально в зависимости от степени	Дозировка подбирается индивидуально в зависимости от степени

	подогретый (по возможности) 0,9 % раствор натрия хлорида или, предпочтительнее, сбалансированный кристаллоидный раствор (для пациента с нормотензией 0,5–1 л; для пациента с артериальной гипотензией 1–2 л); не более 250 мл за 5–10 мин при наличии в анамнезе сердечной недостаточности, у детей — 20 мл/кг.						тяжести, возраста больного	тяжести, возраста больного
Глюкокортикостероиды	- ***взрослым:*** *дексаметазон 8–32 мг в/в капельно, 90–120 мг в/в струйно преднизолон или 50–120 мг в/в струйно метилпреднизолон, гидрокортизон в/м по 100–150 мг каждые 4 ч в течение 48 ч; затем — каждые 8–12 ч, бетаметазон глубоко в/м 14 мг;* - ***детям*** *метилпреднизолон 1 мг/кг, максимум 50 мг, или преднизолон 2–5*			+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям

	мг/кг, или гидрокортизон 1–2 мг/кг каждые 4 ч, оптимальная суточная доза — 6–9 мг/кг.							
инфузия эпинефрина при неэффективности трех болюсов эпинефрина**, введенных в/в или в/м, рекомендуется начать инфузию эпинефрина** в дозе 0,1 мкг/кг/мин с последующим титрованием дозы (до 1 мкг/кг/ мин).	при отсутствии эффекта от в/м введения эпинефрина рекомендуется ввести его в/в в разведении до 1 : 10000 (1 мл раствора эпинефрина на 9 мл раствора натрия хлорида 0,9 %), разовая болюсная доза — 50 мкг, предпочтительно титрование.			+	+	+		
Блокатоы Н1-гистаминовых рецепторов	клемастин (тавегил) 0,1 % — 2 мл (2 мг) взрослым для в/в или в/м введения, детям — в/м по 25 мкг/кг в сутки, разделяя на две инъекции; дифенгидрамин (димедрол) для взрослого — 25–50 мг, для ребенка весом менее 35–40 кг — 1 мг/кг, максимально 50 мг, Хлоропирамин (супрастин) 2 % — 1 мл (20 мг) для в/в или в/м введения взрослым 1–2 мл,			+	+	+	Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям

	детям — начинают с дозы 5 мг (0,25 мл).							
Селективный β2-адреномиметик	*через небулайзер раствор сальбутамола 2,5 мг/2,5 мл.*						Индивидуально по показаниям	Индивидуально по показаниям

(ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ)

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТА	**Наименование медицинских услуг**	**СВП/СП**	**ЦМП**	**Минимальное количество мероприятий**	**Длительность диспансерного наблюдения**
Консультация специалиста врача аллерголога-иммунолога	**1. клиническое и физикальное обследование**				

Примечание: Всем пациентам с анафилаксией/АШ рекомендуется консультация врача аллерголога-иммунолога для выявления аллергена, вызвавшего АШ и получения рекомендаций по дальнейшему предотвращению контакта с аллергеном.
Всем пациентам с отягощенным аллергоанамнезом перед оперативным вмешательством или рентгеноконтрастным исследованием рекомендуется проводить премедикацию: вводят дексаметазон** 4–8 мг в/м или преднизолон** 30–60 мг в/м или в/в капельно на 0,9% растворе натрия хлорида; клемастин (тавегил) 0,1% 2 мл или Хлоропирамина (супрастин) гидрохлорид 0,2% 1–2 мл в/м или в/в на 0,9% растворе натрия хлорида или 5% растворе декстрозы за 1 ч до вмешательства.

Примечание: При купировании анафилаксии или АШ, учитывая невозможность предсказать их затяжное или рецидивирующее течение, показана госпитализация на срок не менее 12–24 ч. При необходимости возможно продление на 2–3 суток. Могут сохраняться нарушения функции различных органов и систем в течение 3–4 недель, в связи с чем требуется амбулаторное наблюдение.

Прогноз

Даже при правильно оказанной медицинской помощи возможен летальный исход (табл. 1).

Таблица 1. Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества	**Уровень достоверности доказательств**	**Уровень убедительности рекомендаций**
1 Поступления аллергена в организм прекращено	5	C
2 Эпинефрин введен немедленно	4	C
3 Введение эпинефрина должно проводиться в/м в переднебоковую поверхность верхней трети бедра	1	A

4 Введение системных ГКС для снижения риска продленной фазы респираторных проявлений	5	C
5 Вызвана реанимационная бригада или бригада СМП	5	C
6 Больной в положении горизонтально на спине с поднятыми ногами и повернутой набок головой	5	C
7 Рекомендована подача кислорода при средней скорости потока через лицевую маску	5	C
8 Повторная доза эпинефрина может быть введена в/м не менее чем через 5 мин после предыдущей	5	C
9 Эпинефрин в/в может вводится при недостаточном ответе на 2 и более дозы эпинефрина в/м, только при мониторировании сердечной деятельности	4	B
10 Мониторирование пульса, АД, частота дыхательных движений	5	C