

**МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Анафилактический шок**

Кодирование по Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:Т78.0, Т78.2, Т80.5, Т88.6

Год утверждения (частота пересмотра):2020

В озрастная категория: Взрослые,Дети

Пересмотр не позднее:2022

ГО:263

Разработчик клинической рекомендации

* **Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов**
* **Общероссийская общественная организация "Федерация анестезиологов и реаниматологов"**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

Ключевые елова Спиеок еокращений Термины и определения

1. Краткая информация
2. Диагноетика
3. Лечение
4. Реабилитация
5. Профилактика
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и иеход заболевания Критерии оценки качеетва медицинекой помощи

Спиеок литературы

Приложение А1. Соетав рабочей группы

Приложение А2. Методология разработки клиничееких рекомендаций

Приложение АЗ. Связанные документы

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Приложение В. Информация для пациентов

Приложение Г.

Ключевые елова

Список сокращений

HI-рецепторы - гиетаминовые рецепторы 1 типа;

АД - артериальное давление;

АСИТ - аллерген-епецифичеекая иммунотерапия;

АТТТ - анафилактичеекий шок;

ЛС - лекаретвенное ередетво;

НПВП - неетероидные противовоепалительные препараты;

СЛР - еердечно-легочная реанимация в/в - внутривенно (-ый);

кг - килограмм;

мг - миллиграмм;

мм ртет - миллиметр ртутного етолба.

УДД - уровень доетоверноети доказательетв

УУР - уровень убедительноети рекомендаций

Термины и определения

Анафилаксия — это жизнеугрожающая системная реакция гиперчувствительности. Она характеризуется быстрым развитием потенциально жизнеугрожающих изменений гемодинамики и/или нарушениями со стороны дыхательной системы. Возможно развитие анафилаксии с поражением кожи, слизистых и желудочно-кишечного тракта без гемодинамических и дыхательных нарушений [1,2,3].

1. Краткая информация
	1. **Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или**

**состояний)**

Анафилактический шок (АШ) — острая недостаточность кровообращения в результате анафилакеии, проявляющаяея енижением еиетоличеекого артериального давления (АД) ниже 90 мм ртет или на 30% от рабочего уровня [1] и приводящая к гипокеии жизненно важных органов

[4].

Без выраженных гемодинамичееких нарушений диагноз шока неправомерен: например, жизнеугрожающий бронхоепазм в еочетании е крапивницей - анафилакеия, но не АШ.

* 1. **Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы**

**заболеваний или состояний)**

Этиологичеекие факторы: медицинекие препараты и материалы, чаще лекаретвенные ередетва (ЛС) (31,2-46,5%), пищевые продукты (23,3-31%), яд перепончатокрылых наеекомых (14,9- 20%) [5,6,7,8,9]. Возможно развитие жизнеугрожающей анафилакеии на яды других животных, например, змей [10].

Ветречаютея елучаи анафилакеии, когда причину ее развития уетановить не удаетея (в 24-26% елучаев) [6].

Из медицинеких препаратов и материалов наиболее чаето вызывают АШ антибиотики для парентерального введения (ереди них бета-лактамные антибактериальные препараты - пенициллины, цефалоепорины), неетероидные противовоепалительные препараты (НПВП), рентгенконтраетные йодеодержащие вещеетва, миорелакеанты, латеке [11,12,13].

Наиболее чаетыми провоцирующими факторами пищевой анафилакеии являютея коровье молоко, рыба и морепродукты, орехи, арахие, яйца [14,15].

Вид триггера, наиболее чаето вызывающего анафилакеию, завиеит от возраета пациента. Так, в детеком возраете наиболее чаетая причина — пищевые продукты, у взроелых - ЛС и яд перепончатокрылых [16,17].

Патогенез: реакции гиперчуветвительноети немедленного типа, как правило, протекающие е учаетием иммуноглобулинов Е, фикеированных на поверхноети мембран базофилов и тучных клеток (1-й тип реакций гиперчуветвительноети по Cell и Coombs) [18].

* 1. **Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или**

**состояний)**

По данным зарубежных ученых, чаетота ветречаемоети анафилакеии в общей популяции варьирует в широких пределах 1,5-7,9 на 100000 наееления в год [5, 12].

Сиетематизированные данные по чаетоте ветречаемоети анафилакеии и АШ в Роееийекой Федерации в наетоящее время не предетавлены. Однако ееть данные по отдельному региону: в г.Казань заболеваемоеть АШ в 2012 г. еоетавила 0,37 на 10000 наееления [19].

При этом емертноеть от анафилакеии еоетавляет до 0,0001% [12], а летальноеть - до 1% [20,

21].

* 1. **Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

Т78.0 - Анафилактичеекий шок, вызванный патологичеекой реакцией на пишу;

Т78.2 - Анафилактичеекий шок, неуточненный;

Т80.5 - Анафилактичеекий шок, евязанный е введением еыворотки;

Т88.6 - Анафилактичеекий шок, обуеловленный патологичеекой реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекаретвенное ередетво.

* 1. **Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или**

**состояний)**

Сущеетвуют различные клаееификации АШ в завиеимоети от етепени тяжеети гемодинамичееких нарушений, екороети развития, клиничееких проявлений.

По етепени тяжеети:

1. етепень тяжеети АШ: Гемодинамичеекие нарушения незначительные, артериальное давление (АД) енижено на 30-40 мм рт.ет. от рабочих величин. Начало АШ может еопровождатьея появлением предвеетников (зуд кожи, еыпь, першение в горле, кашель и др.). Пациент в еознании, может быть возбуждение или вялоеть, беепокойетво, етрах емерти и пр. Отмечаетея чуветво жара, шум в ушах, головная боль, ежимающая боль за грудиной. Кожные покровы гиперемированы, возможны крапивница, ангиоотек, риноконъюнктивит, кашель и пр.
2. етепень тяжеети АШ: Гемодинамичеекие нарушения более выражены. Продолжаетея енижение АД ниже 90-60/40 мм рт.ет. Возможна потеря еознания. У больного может быть чувство беспокойства, страха, ощущение жара, елабоеть, зуд кожи, крапивница, ангиоотек, еимптомы ринита, затруднение глотания, оеиплоеть голоеа (вплоть до афонии), головокружение, шум в ушах, пареетезии, головная боль, боли в животе, в пояенице, в облаети еердца. При оемотре - кожа бледная, иногда еинюшная, одышка, етридорозное дыхание, хрипы в легких. Тоны еердца глухие, тахикардия, тахиаритмия. Может быть рвота, непроизвольное мочеиепуекание и дефекация.
3. етепень тяжеети АТТТ: Потеря еознания, АД 60-40/0 мм рт.ет. Нередко еудороги, холодный липкий пот, цианоз губ, раеширение зрачков. Тоны еердца глухие, еердечный ритм неправильный, пулье нитевидный.
4. етепень тяжеети АШ: АД не определяетея. Тоны еердца и дыхание не проелушиваютея. Оетановка кровообращения и дыхания - применяетея протокол еердечно-легочной реанимации.

Гипотония для детей определена как:

<70 мм рт.ет. от 1 мееяца до 1-го года

[< 70 мм рт.ет + (2 X возрает в годах)] от 1до 10 лет,

< 90 мм рт.ет от 11 до 17 лет.

Первым признаком гипотонии у детей может быть быетро нараетающая тахикардия [22, 23].

По характеру течения:

а) Злокачеетвенное течение характеризуетея оетрым началом е быетрым падением АД (диаетоличеекое — до 0 мм рт.ет), нарушением еознания и нараетанием еимптомов дыхательной недоетаточноети е явлениями бронхоепазма. Данная форма доетаточно резиетентна к интенеивной терапии и прогреееирует е развитием тяжелого отека легких, етойкого падения АД и глубокой комы. Чем быетрее развиваетея анафилактичеекий шок, тем более вероятно развитие тяжелого анафилактичеекого шока е возможным летальным иеходом. Именно поэтому для данного течения анафилактичеекого шока характерен неблагоприятный иеход.

б) Оетрое доброкачеетвенное течение характерно для типичной формы АШ. Раеетройетво

еознания ноеит характер оглушения или еопора, еопровождаетея умеренными

функциональными изменениями еоеудиетого тонуеа и признаками дыхательной

недоетаточноети. Для оетрого доброкачеетвенного течения АШ характерны наличие хорошего эффекта от евоевременной и адекватной терапии, благоприятный иеход.

в) Затяжной характер течения наблюдаетея поеле проведения активной противошоковой терапии, которая дает временный или чаетичный эффект. В поеледующий период еимптоматика не такая оетрая, как при первых двух разновидноетях АШ, но отличаетея резиетентноетью к терапевтичееким мерам, что нередко приводит к формированию таких оеложнений, как пневмония, гепатит, энцефалит. Данное течение характерно для АШ, развившегоея веледетвие введения препаратов пролонгированного дейетвия.

г) Рецидивирующее течение характеризуетея возникновением повторного шокового еоетояния поеле первоначального купирования его еимптомов. Чаето развиваетея поеле применения ЛС пролонгированного дейетвия. Рецидивы по клиничеекой картине могут отличатьея от первоначальной еимптоматики, в ряде елучаев имеют более тяжелое и оетрое течение, более резиетентны к терапии.

д) Абортивное течение - наиболее благоприятное. Чаето протекает в виде аефиктичеекого варианта АШ. Гемодинамичеекие нарушения при этой форме АШ выражены минимально. Купируетея доетаточно быетро [24].

По доминирующей клиничеекой еимптоматике:

а) Типичный вариант — гемодинамичеекие нарушения чаето еочетаютея е поражением кожи и елизиетых (крапивница, ангиоотек), бронхоепазм.

б) Гемодинамичеекий вариант — гемодинамичеекие нарушения выетупают на первый план или ноеят изолированный характер.

в) Аефиктичеекий вариант — преобладают еимптомы оетрой дыхательной недоетаточноети.

г) Абдоминальный вариант — преобладают еимптомы поражения органов брюшной полоети в еочетании е гемодинамичеекими или аефиктичеекими проявлениями.

д) Церебральный вариант — преобладают еимптомы поражения центральной нервной еиетемы в еочетании е гемодинамичеекими или аефиктичеекими проявлениями [24].

* 1. **Клиническая картина заболевания или состояния (группы**

**заболеваний или состояний)**

АШ обычно развиваетея в течение двух чаеов поеле воздейетвия аллергена, обычно в течение 30 минут при пищевой аллергии и быетрее при реакции на ЛС для парентерального введения или яд наеекомых. В елучаях фатальных реакций ереднее время от первых еимптомов до оетановки кровообращения еоетавляло 30, 15 и 5 минут для пищевых продуктов, ядов наеекомых и ЛС для парентерального введения еоответетвенно [25,26].

Для клиничеекой картины развития анафилакеии и АШ характерно наличие одного из трех диагноетичееких критериев:

• Оетрое начало заболевания (от неекольких минут до неекольких чаеов) е вовлечением кожи и/или елизиетых (генерализованная крапивница, зуд или гиперемия, отек губ, языка, небного язычка) в еочетании е:

А) респираторными нарушениями (диспноэ, бронхоспазм, свистяш,ие хрипы, снижение скорости потока, гипоксемия);

Б) снижение АД или ассоциированные с ним симптомы поражения органов-мишеней (гипотония, потеря сознания, недержание вследствие расслабления сфинктеров).

1. Два или более из следуюш,их симптомов, возникших остро после контакта с возможным аллергеном, но при обязательном наличии жизнеугрожаюш,их нарушений со стороны дыхания и/или кровообраш,ения:
2. Поражение кожи и/или слизистых в виде генерализованной крапивницы, зуда и/или эритемы, отека губ, языка, век, ушей, небного язычка.

Б) Респираторные проявления (затруднение дыхания, одышка, кашель, заложенность носа, чихание, хрипы в груди, стридор, гипоксемия).

1. Внезапное снижение АД и, как следствие, развитие коллапса, синкопальных состояний, недержания вследствие расслабления сфинктеров.

Г) Персистируюш,ие гастроинтестинальные нарушения в виде спастических болей в животе, рвоты.

1. Снижение АД после контакта с известным для данного пациента аллергеном. Критерии снижения АД см. раздел 1.5 Классификация по степени тяжести [1,27,28].
2. Диагностика

*Как правило, диагноз АШ устанавливается на основании клинической картины заболевания (острое начало характерных симптомов через минуты - часы после контакта с триггером) и обстоятельств, при которых возникла реакция (применение ЛС, употребление пищевого продукта, ужаление перепончатокрылым, без установленной причины) [16].*

*Дифференциальная диагностика проводится с:*

* *другими видами шока (кардиогенный, септический и пр.);*
* *другими острыми состояниями, сопровождающимися артериальной гипотонией, нарушением дыхания и сознания: острая сердечно-сосудистая недостаточность, инфаркт миокарда, синкопальные состояния, тромбоэмболия легочной артерии, эпилепсия, солнечный и тепловой удары, гипогликемия, гиповолемия, передозировка ЛС, аспирация и др.;*
* *вазовагальными реакциями;*
* *психогенными реакциями (истерия, панические атаки);*
* *системным мастоцитозом [4].*
1. **Жалобы и анамнез**
* Рекомендуется всем пациентам е предполагаемыми анафилакеией или АШ еобрать информацию о веех возможных провоцирующих факторах е целью их верификации [4, 22].

**Уровень убедительности данных С (уровень достоверности данных 5).**

Комментарий: *Сбор анамнеза и жалоб чаще всего возможен после стабилизации состояния и*

*играет важную роль для постановки диагноза анафилаксии и АШ, определения причины его*

*развития и профилактики повторных реакций.*

* При еборе анамнеза у веех пациентов рекомендуется обратить внимание на:
* обетоятельетва, при которых развилея АШ (введение ЛС, употребление пищевого продукта, ужаление наеекомым, проведение АСИТ).
* время возникновения реакции - внезапное развитие характерных еимптомов (через минуты, чаеы) поеле воздейетвия триггера, чаето быетрое прогреееирование еимптомов.
* наличие факторов, повышающих риек развития тяжелого АШ (пожилой возрает, еопутетвующая патология: бронхиальная аетма и другие хроничеекие заболевания органов дыхания, тяжелые атопичеекие заболевания, еердечно-еоеудиетая патология, маетоцитоз, прием бета-адреноблокаторов и ингибиторов ангиотензин-конвертирующего фермента (АКФ)идр.)[4, 14,22, 23,29].

• Рекомендуется всем пациентам с предполагаемыми анафилаксией или АШ оценить характерные для клинической картины жалобы с целью постановки диагноза, определения варианта, характера течения, степени тяжести заболевания [4, 22].

**Уровень убедительности данных С (уровень достоверности данных 5)**

Комментарий: *Жалобы пациента зависят от степени тяжести, доминирующей клинической симптоматики, характера течения АШ.*

*Жалобы (при сохраненном сознании) на кожный зуд, высыпания на коже, отек глаз, слизистой полости рта, слизистые выделения из носа, чихание, кашель, одышку, боли в груди, животе, металлический привкус во рту, беспокойство, чувство страха, тревогу, озноб, слабость, головокружение, онемение языка, пальцев, шум в ушах, ухудшение зрения, тошноту, схваткообразные боли в животе [22, 30].*

1. **Физикальное обследование**

• Рекомендуется всем пациентам с анафилаксией или АШ провести физикальный осмотр с целью постановки диагноза, определения варианта, характера течения, степени тяжести [22,24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарий: *Обязательным критерием анафилаксии/АШ являются жизнеугрожающие нарушения со стороны дыхания и/или снижение АД в сочетании с нарушениями со стороны других органов и систем:*

* *сердечно-сосудистой системы: тахикардия, брадикардия, нарушения ритма сердца,*

*сжимающая боль за грудиной, шум в ушах, парестезии, недержание мочи, кала, остановка сердца;*

* *кожных покровов и слизистых: эритема и гиперемия, генерализованный зуд кожи и слизистых, уртикарные высыпания, ангиоотек губ, языка, периорбитальный отек, конъюнктивит, на более поздних стадиях - бледность, холодный пот, цианоз губ;*
* *дыхательной системы: ринит, ринорея, чихание, одышка, кашель, бронхоспазм, гиперсекреция слизи, дисфония, стридор, отек дыхательных путей (возможно развитие асфиксии при отеке гортани);*
* *центральной нервной системы: головная боль, головокружение, изменение поведения, возбуждение, вялость, страх смерти, судороги, потеря сознания, мидриаз;*
* *желудочно-кишечного тракта: боль в животе, тошнота, рвота, диарея;*

- *других органов и систем: металлический привкус во рту, метроррагия [22].*

1. **Лабораторные диагностические исследования**

• Рекомендуется пациентам с подозрением на анафилакеию/АШ для дифференциальной диагноетики е другими видами шока определение активноети еывороточной триптазы в крови через 15 минут - 3 чаеа поеле возникновения первых еимптомов и поеле выздоровления [12, 19]. Диагноетичееки значимым являетея повышение уровня триптазы выше, чем (1,2 х базальный уровень триптазы + 2 мг/дл) [27].

Уровень убедительноети рекомендаций - С (уровень доетоверноети доказательетв - 5)

Комментарии.' *Нормальный уровень сывороточной триптазы не исключает диагноз АШ. Уровень сывороточной триптазы может повышаться при других состояниях (инфаркт миокарда, травма, эмболия амниотическими водами, синдром внезапной младенческой смерти, мастоцитоз) [31,32]. В настоящее время тест недоступен к экстренному применению в широкой клинической практике.*

1. **Инструментальные диагностические исследования**

• Рекомендуется веем пациентам е анафилаксией/А111 обязательно мониторировать АД, пулье, чаетоту дыхательных движений для оказания неотложной помош,и [33, 34].

Уровень убедительно ети рекомендаций С (уровень доетоверноети доказательетв - 5)

Комментарий: *при отсутствии возможности подсоединить монитор измерять АД, пульс вручную каждые 2-5 минут, контролировать уровень оксигенации [4].*

1. **Иные диагностические исследования**

Не проводятея.

1. Лечение
	1. **Консервативное лечение**

*При выявлении критериев анафилаксии, АШ любыми лицами, необходимо немедленно вызвать*

*помощь для оказания первой медицинской помощи [22,20].*

* Рекомендуется всем пациентам е анафилакеией/АШ незамедлительно ввеети эпинефрин\*\* для купирования анафилаксии/АТТТ [13, 35].

Уровень убедительноети рекомендаций А (уровень доетоверноети доказательетв - 3)

* Рекомендуется веем пациентам е анафилакеией/АШ в/м введение эпинефрина\*\* в переднебоковую поверхноеть верхней трети бедра, при необходимоети - через одежду (данная локализация предпочтительна в еравнении е введением в дельтовидную мышцу и подкожным введением) для купирования анафилаксии/АТТТ [35, 36, 37, 38].

Уровень убедительно ети рекомендаций В (уровень доетоверноети доказательетв - 2)

* Рекомендуется веем пациентам е анафилакеией/АШ введение эпинефрина\*\* из раечета 0,01 мг/кг, макеимальная разовая доза для взроелого пациента еоетавляет 0,5 мг, для ребенка - 6- 12 лет - 0,3 мг, до 6 лет - 0,15 мг для купирования анафилаксии/АТТТ [2, 22].

Уровень убедительно ети рекомендаций С (уровень доетоверноети доказательетв - 5)

* Рекомендуется пациенту е анафилакеией/АШ при отеутетвии ответа на первую дозу не менее, чем через 5 минут, в/м ввеети повторную дозу эпинефрина\*\* для доетижения клиничеекого эффекта [30, 39].

Уровень убедительно ети рекомендаций С (уровень доетоверноети доказательетв - 5)

* Рекомендуетея пациенту е анафилакеией/АШ при недоетаточном ответе на 2 и более дозы эпинефрина\*\* в/м, в/в введение эпинефрина\*\* оеуш,еетвлять только при мониторировании еердечной деятельноети [30].

Уровень убедительно ети рекомендаций В (уровень доетоверноети доказательетв - 3)

* Рекомендуется пациенту е анафилакеией/АШ при отеутетвии эффекта от в/м введения эпинефрина\*\* ввеети его в/в в разведении до 1:10000 (1 мл раетвора эпинефрина\*\* на 10 мл раетвора натрия хлорида\*\* 0,9%) для купирования анафилакеии/АШ [39, 42, 43].

Уровень убедительно ети рекомендаций С (уровень доетоверноети доказательетв 5).

* Рекомендуется пациенту е анафилакеией/АШ при неэффективно ети трех болюеов эпинефрина\*\*, введенных в/в или в/м, начать инфузию эпинефрина\*\* в дозе 0,1 мкг/кг/мин е

титрованием дозы (до 1 мкг/кг/мин) для купирования анафилаксии/АШ [42, 44].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

* Рекомендуется всем пациентам с анафилаксией/АШ прекратить поступление

предполагаемого аллергена в организм для купирования анафилаксии/АШ [4, 30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарий.' *при развитии АШ на: в/в введение ЛС - немедленно остановить введение ЛС, сохранить венозный доступ; яд перепончатокрылых - удалить жало (при наличии), выше места ужаления на конечность наложить венозный жгут [4]. Если удаление аллергена требует значительных затрат времени (например, промывания желудка), делать этого не следует.*

* Рекомендуется всех пациентов с анафилаксей/АШ уложить в положение на спине, приподнять нижние конечности. В случае, если пациент без сознания, провести прием Сафара для обеспечения проходимости дыхательных путей [4, 44].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарий; *нельзя поднимать пациента или переводить его в положение сидя, так как это в течение нескольких секунд может привести к фатальному исходу.*

*В случае, если пациент без сознания, следует повернуть его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Если у пациента установлены зубные протезы, их необходимо удалить [4].*

* Рекомендуется всем пациентам с анафилаксией/АШ обеспечить поступление кислорода средним потоком через лицевую маску для восполнения кислорода в тканях организма [28, 30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

* Рекомендуется пациенту с анафилаксией/АШ после введения эпинефрина\*\* в/в введение солевых растворов болюсно для профилактики гиповолемии [30].

Комментарий.' *если вызвавшее аллергию ЛС вводилось в/в, то необходимо сохранить доступ [24]. Рекомендованная доза солевых растворов составляет 20 мл/кг массы тела [28]. Применяется подогретый (по возможности) 0,9% раствор натрия хлорида\*\* или, предпочтительнее, сбалансированный солевой раствор (500 - 1000 мл для пациента с нормотензией и 1000 - 2000 мл для пациента с артериальной гипотензией); при наличии в анамнезе сердечной недостаточности - не более 250 мл за 5 10 мин, у детей - 20 мл/кг [43]. Растворы декстрозы\*\* не рекомендуются вследствие быстрой экстравазации введенного объема [45].*

* Рекомендуется пациенту с анафилаксией/АТТТ после введения эпинефрина[[1]](#footnote-1) [[2]](#footnote-2) введение кортикостероидов для системного использования для снижения риска продленной фазы респираторных проявлений [4, 30].

Начальные дозы: Взрослым: дексаметазон\*\* 8-32 мг в/в капельно, или преднизолон\*\* 90-120 мг в/в капельно или струйно, или #метилпреднизолон\*\* 50-120 мг в/в струйно, или гидрокортизон\*\* 200 мг в/м или в/в медленно, #бетаметазон 8-32 мг в/в капельно. Детям: #метилпреднизолон\*\* 1 мг/кг, максимум 50 мг, или #преднизолон\*\* 2-5 мг/кг, или гидрокортизон\*\* детям старше 12 лет - 100 мг, 6-12 лет - 50 мг, младше 6 лет - 25 мг в/м или в/в медленно, или #бетаметазон 20-125 мкг /кг или 0,6-3,75 мг/ мл через 12 или 24 ч. [39, 46].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: *Длительность и доза кортикостероидов для системного использования подбирается индивидуально в зависимости от тяжести клинических проявлений.*

* Не рекомендуется пульс-терапия кортикостероидами для системного использования пациентам с анафилаксией/АШ [4].

**Уровень убедительности данных С (уровень достоверности данных 5)**

* Рекомендуется пациенту с анафилаксией/АШ после стабилизации АД, если есть проявления со стороны кожи и слизистых, введение антигистаминных препаратов системного действия для уменьшения проницаемости капилляров, отека тканей, зуда и гиперемии.

Рекомендуемые дозировки: клемастин 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 2 инъекции; хлоропирамин\*\* 2% - 1 мл (20 мг) для в/в или в/м введения взрослым 1-2 мл, детям - начинают лечение с дозы 5 мг (0,25 мл); дифенгцдрамин\*\* для взрослого - 25-50 мг, для ребенка весом менее 35-40 кг - 1 мг/кг, максимально 50 мг [1, 32, 39, 47].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

*Комментарий: Начало действия антигистаминных препаратов существенно превышает начало действия эпинефрина^^, поэтому в данном случае нет пользы их немедленного введения после возникновения эпизода анафилаксии/АШ. Но существенным ограничением является факт возможного усугубления гипотензии при быстром внутривенном введении. Поэтому для взрослых дифенгидрамин\*\* назначается медленно (не менее 5 мин) внутривенно в дозе 25-50 мг [45]. Детям,* весом менее 35-40 кг - 1 мл/кг, максимально 50 мг. Запреш,ен при недоношенности и в период новорожденности.

* 1. **Хирургическое лечение**

Не проводится.

* 1. **Иное лечение**

Не проводится.

Диетотерапия и обезболивание не применяется

1. Реабилитация

Не разработана.

1. Профилактика
* Рекомендуется всем пациентам е анафилакеией/АШ конеультация врача аллерголога- иммунолога для выявления аллергена, вызвавшего АШ и получения рекомендаций по дальнейшему предотвраш,ению контакта е аллергеном [30].

Уровень убедительноети рекомендаций С (уровень доетоверноети доказательетв - 5)

* Рекомендуется веех пациентов е анафилакеией/АШ обучить оказанию первой помош,и в елучае развития повторного АШ [30].

Уровень убедительно ети рекомендаций С (уровень доетоверноети доказательетв - 5)

* Рекомендуется веем пациентам е отягош,енным аллергологичееким анамнезом перед

оперативным вмешательетвом, рентгеноконтраетным иееледованием проводить премедикацию: за 1 чае до вмешательетва вводят #декеаметазон\*\* 4-8 мг или

#преднизолон\*\* 30-60 мг в/м или в/в капельно на 0,9%-раетворе натрия хлорида\*\*; клемаетин 0,1%-2 мл или #хлоропирамин\*\* 0,2%-1-2 мл в/м или в/в на 0,9% раетворе натрия хлорида\*\* или 5% раетворе декетрозы\*\* [39].

Уровень убедительно ети рекомендаций С (уровень доетоверноети доказательетв - 5)

Организация оказания медицинской помощи

Вызов реанимационной бригады или екорой медицинекой помощи.

**Показания к госпитализации**

Показана экстренная госпитализация в стационар с отделением интенсивной терапии и реанимации при диагностике анафилаксии/АШ Госпитализация в отделении реанимации не менее 24 часов.

**Показания к выписке пациента из стационара**

При купировании анафилаксия или АШ, учитывая невозможность предсказать их затяжное или рецидивирующее течение, показана госпитализация на срок не менее 12-24 часов [30]. При необходимости возможно продление на 2-3 суток. В течение 3-4 недель могут сохраняться нарушения функции различных органов и систем, в связи с чем требуется амбулаторное наблюдение [24].

1. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Прогноз

Даже при правильно оказанной медицинской помощи возможен летальный исход [33, 34, 43, 44, 45,48, 49, 50,51].

Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Критерии качества | Оценка выполнения |
| 1 | Прекращение поступления аллергена в организм | Да | Нет |
| 2 | Немедленное введение эпинефрина\*\* | Да | Нет |
| 3 | Введение эпинефрина\*\* должно проводиться в/м в переднебоковую поверхность верхней трети бедра | Да | Нет |
| 4 | Введение кортикостероидов для системного использования для снижения риска продленной фазы респираторных проявлений | Да | Нет |
| 5 | Вызов реанимационной бригады или скорой медицинской помощи | Да | Нет |
| 6 | Положение больного горизонтально на спине с поднятыми нижними конечностями и повернутой набок головой | Да | Нет |
| 7 | Рекомендована подача кислорода при средней скорости потока через лицевую маску | Да | Нет |
| 8 | При отсутствии ответа на первую дозу повторная доза эпинефрина\*\* может быть введена в/м не менее чем через 5 минут после предыдущей | Да | Нет |
| 9 | Эпинефрин\*\* в/в может вводится при недостаточном ответе на 2 и более дозы эпинефрина\*\* в/м, только при мониторировании сердечной деятельности | Да | Нет |
| 10 | Мониторирование пульса, АД, частота дыхательных движений | Да | Нет |

Список литературы

1. Sampson Н, Munoz-Furlong А, Campbell R et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: Summary report—Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2006;117(2):391-397. doi:10.1016/j.jaci.2005.12.1303
2. Soar J, Pumphrey R, Cant A et al. Emergency treatment of anaphylactic reactions—Guidelines for healthcare providers. Resuscitation. 2008;77(2): 157-169. doi:10.1016/j.resuscitation.2008.02.001
3. Shaker M, Wallace D, Golden D et al. Anaphylaxis—a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2020. doi:10.1016/j.jaci.2020.01.017
4. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Елавные редакторы акад. РАН РМ. Хаитов, проф. Н.И. Ильина. — М., 2014. — С. 35-47.
5. Wood R, Camargo С, Eieberman Р et al. Anaphylaxis in America: The prevalence and characteristics of anaphylaxis in the United States. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2014;133(2):461-467. doi:10.1016/j.jaci.2013.08.016
6. Turner P, Gowland M, Sharma V et al. Increase in anaphylaxis-related hospitalizations but no increase in fatalities: An analysis of United Kingdom national anaphylaxis data, 1992-2012. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2015;135(4):956-963.el. doi: 10.1016/j.jaci.2014.10.021
7. Ye Y, Kim M, Kang H et al. Predictors of the Severity and Serious Outcomes of Anaphylaxis in Korean Adults: A Multicenter Retrospective Case Study. Allergy Asthma Immunol Res. 2015;7(1):22. doi:10.4168/aair.2015.7.1.22
8. Vale S, Smith J, Said M, Dunne G, Mullins R, Eoh R. AS CIA guidelines for prevention of anaphylaxis in schools, pre-schools and childcare: 2012 update. J Paediatr Child Health. 2013;49(5):342-345. doi: 10.1111/jpc. 12166
9. Sole D, Ivancevich J, Borges M et al. Anaphylaxis in Eatin America: a report of the online Eatin American survey on anaphylaxis (OEASA). Clinics. 2011;66(6):943-947. doi:10.1590/sl807- 59322011000600004
10. Ryan K, Martin Caravati E. Eife-threatening anaphylaxis following envenomation by two different species of Crotalidae. J Wilderness Med. 1994;5(3):263-268. doi: 10.1580/0953-9859-5.3.263
11. Fischer D, Vander Eeek T, Ellis A, Kim H. Anaphylaxis. Allergy, Asthma & Clinical Immunology. 2018;14(S2). doi:10.1186/sl3223-018-0283-4
12. Panesar S, Javad S, de Silva D et al. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. Allergy. 2013;68(11): 1353-1361. doi:10.1111/all.l2272
13. Simons F, Ebisawa M, Sanchez-Borges M et al. 2015 update of the evidence base: World Allergy Organization anaphylaxis guidelines. World Allergy Organization Journal. 2015;8:32. doi: 10.1186/s40413-015-0080-1
14. Есакова H.B., Пампура A.H. Пищевая анафилаксия у детей: ретроспективный анализ 53 случаев. Российский Аллергологический Журнал, 2013;5:22-27.
15. Воск S, Munoz-Furlong А, Sampson Н. Fatalities due to anaphylactic reactions to foods. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2001;107(1):191-193. doi:10.1067/mai.2001.112031
16. Sampson Н, Munoz-Furlong A, Bock S et al. Symposium on the Definition and Management of Anaphylaxis: Summary report. Journal of Allergy and Clinieal Immunology. 2005;115(3):584-591. doi: 10.1016/j.jaei.2005.01.009
17. Simons F. Anaphylaxis. Journal of Allergy and Clinieal Immunology. 2010;125(2):S161-S181. doi: 10.1016/j.jaei.2009.12.981
18. Clinieal aspeets of Immunology, 3-d, Cell PGH, Coombs RRA, Laehmann R. Oxford: Blaekwell Seintifie Publieations, 1975
19. Сафина Л.Ф., Фаееахов PC., Решетникова И.Д. e еоавт. Анафилактичеекий шок: ретро епективный анализ гоепитализаций по данным аллергологичеекого отделения города Казани. Практичеекая Медицина. 2014;7(83):91-95.
20. Ма L, Danoff Т, Borish L. Case fatality and population mortality assoeiated with anaphylaxis in the United States. Journal of Allergy and Clinieal Immunology. 2014; 133(4): 1075-1083. doi: 10.1016/j.jaei.2013.10.029
21. Mehr S, Liew W, Tey D, Tang M. Clinieal predietors for biphasie reaetions in ehildren presenting with anaphylaxis. Clinieal & Experimental Allergy. 2009;39(9): 1390-1396. doi:10.1111/j.l365- 2222.2009.03276.x
22. Simons F, Ardusso L, Bilo M et al. World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. World Allergy Organization Journal. 2011;4(2): 13-37. doi: 10.1097/wox.0b013e318211496e
23. Lieberman P, Nieklas R, Oppenheimer J et al. The diagnosis and management of anaphylaxis praetiee parameter: 2010 Update. Journal of Allergy and Clinieal Immunology. 2010;126(3):477- 480.e42. doi:10.1016/j.jaei.2010.06.022
24. Лопатин A.C. Лекаретвенный анафилактичеекий шок. — М.: Медицина, 1983
25. de Silva 1, Mehr S, Tey D, Tang M. Paediatrie anaphylaxis: a 5year retrospeetive review. Allergy. 2008;63(8): 1071-1076. doi:10.1111/j.l398-9995.2008.01719.x
26. Pumphrey RSH. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reaetions. Clin Exp Allergy 2000;30: 1144-1150.
27. Cox L, Larenas-Linnemann D, Loekey R, Passalaequa G. Speaking the same language: The World Allergy Organization Subeutaneous Immunotherapy Systemie Reaetion Grading System. Journal of Allergy and Clinieal Immunology. 2010;125(3):569-574.e7. doi: 10.1016/j.jaei.2009.10.060
28. Simons F. Anaphylaxis in infants: Can reeognition and management be improved?. Journal of Allergy and Clinieal Immunology. 2007;120(3):537-540. doi: 10.1016/j.jaei.2007.06.025
29. Worm M, Edenharter G, RuefifF et al. Symptom profile and risk faetors of anaphylaxis in Central Europe. Allergy. 2012;67(5):691-698. doi:10.1111/j.l398-9995.2012.02795.x
30. Muraro A, Roberts G, Worm M et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Aeademy of Allergy and Clinieal Immunology. Allergy. 2014;69(8): 1026-1045. doi: 10.1111/all. 12437
31. Valent P, Akin C, Aroek M et al. Definitions, Criteria and Global Classifieation of Mast Cell Disorders with Speeial Referenee to Mast Cell Aetivation Syndromes: A Consensus Proposal. Int Areh Allergy Immunol. 2012;157(3):215-225. doi: 10.1159/000328760
32. Laroehe D, Gomis P, Gallimidi E, Malinovsky J, Mertes P. Diagnostie Value of Histamine and Tryptase Coneentrations in Severe Anaphylaxis with Shoek or Cardiae Arrest during Anesthesia. Anesthesiology. 2014;121(2):272-279. doi:10.1097/aln.0000000000000276
33. Soar J, Pumphrey R, Cant A et al. Emergency treatment of anaphylactic reactions—Guidelines for healthcare providers. Resuscitation. 2008;77(2): 157-169. doi:10.1016/j.resuscitation.2008.02.001
34. Brown S, Mullins R, Gold M. 2. Anaphylaxis: diagnosis and management. Medical Journal of Australia. 2006;185(5):283-289. doi: 10.5694/j.l326-5377.2006.tb00563.x
35. Simons F, Roberts J, Gu X, Simons K. Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 1998;101(l):33-37. doi:10.1016/s0091- 6749(98)70190-3
36. Simons F, Gu X, Simons K. Epinephrine absorption in adults: Intramuscular versus subcutaneous

injection. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2001;108(5):871-873.

doi:10.1067/mai.2001.119409

1. Sampson H, Mendelson E, Rosen J. Fatal and Near-Fatal Anaphylactic Reactions to Food in Children and Adolescents. New England Journal of Medicine. 1992;327(6):380-384. doi: 10.1056/nejml99208063270603
2. Soreide E, Buxrud T, Harboe S. Severe anaphylactic reactions outside hospital: etiology, symptoms and treatment. Acta Anaesthesiol Scand. 1988;32(4):339-342. doi:10.1111/j.l399- 6576.1988.tb02740.x
3. Незабудкин C.H., Еалустян A.H., Незабудкина A.C., Сардарян И.С., Погорельчук В.В., Рукуйжа М.С. Анафилактический шок. Современный взгляд. Медицина: теория и практика. 2018, Том 3, №4, с. 143-150.
4. Sheikh А. et al. Adrenaline for the treatment of anaphylaxis: Cochrane systematic review //Allergy. - 2009. - T. 64. - №. 2. - C. 204-212.
5. Campbell R. E. et al. Epinephrine in anaphylaxis: higher risk of cardiovascular complications and overdose after administration of intravenous bolus epinephrine compared with intramuscular epinephrine //The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice. - 2015. - T. 3. - №. 1. -C. 76-80.
6. McEean-Tooke A, Bethune C, Fay A, Spickett G. Adrenaline in the treatment of anaphylaxis: what is the evidence? BMJ2003; 327(7427): p. 1332-1335. Doi: 10/1136^mj.327.7427.1332
7. Anaphylaxis: Emergency treatment guidelines, 2017 (<https://allergy.org.au/>)
8. Harper N, Dixon T, Dugue P et al. Suspected Anaphylactic Reactions Associated with Anaesthesia. Anaesthesia. 2009;64(2): 199-211. doi:10.1111/j.1365-2044.2008.05733.x
9. Pumphrey R, Gowland M. Further fatal allergic reactions to food in the United Kingdom, 1999- 2006. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2007;119(4):1018-1019. doi:10.1016/j.jaci.2007.01.021
10. Тактика диагностики и лечения аллергических заболеваний и иммунодефицитов. Практическое руководство. Под редакцией академика РАН Р.М.Хаитова. Издательская группа «ЕЭОТАР-Медиа». 2019. С.90-95.
11. Kolawole Н, Marshall S, Crilly Н, Kerridge R, Roessler P. Australian and New Zealand Anaesthetic Allergy Group/ Australian and New Zealand College of Anaesthetists Perioperative Anaphylaxis Management Guidelines. Anaesth Intensive Care. 2017;45(2):151-158.
12. Аллергология и клиническая иммунология. Клинические рекомендации. Елавные редакторы акад. РАН РМ. Хаитов, проф. Н.И. Ильина. — М., 2019. — С. 52-69.
13. Harper N, Dixon Т, Dugue Р et al. Suspected Anaphylactic Reactions Associated with Anaesthesia. Anaesthesia. 2009;64(2): 199-211. doi:10.1111/j.1365-2044.2008.05733.x
14. Dykewicz М, Fineman S. Executive Summary of Joint Task Force Practice Parameters on Diagnosis and Management of Rhinitis. Armais of Allergy, Asthma & Immunology. 1998;81(5):463-468. doi:10.1016/sl081-1206(10)63152-3
15. Баялиева A.Ж., Заболотских И.Б., Лебединский К.М., Мусаева Т.С., Шифман Е.М., Куликов А.В. Профилактика и лечение периоперационной анафилаксии и анафилактического шока. Анестезиология и реаниматология.2018;1-2:82-90.

Приложение Al. Состав рабочей группы

1. Астафьева Наталья Григорьевна - д.м.н., профеееор, завкафедрой клиничеекой

иммунологии и аллергологии ФГБОУ ВО Саратовекий ГМУ им. В.И.Разумовекого М3 РФ.

1. Баялиева Айнагуль Жолдошевна - д.м.н., профеееор, заведующая кафедрой анеетезиологии и реаниматологии, медицины катаетроф ФГБОУ ВО «Казанекий гоеударетвенный медицинекий универеитет» Минздрава Роееии, член президиума общероееийекой общеетвенной организации «Федерация анеетезиологов и реаниматологов».
2. Заболотеких Игорь Бориеович - первый вице-президент Общероееийекой общеетвенной организации «Федерация анеетезиологов и реаниматологов», д.м.н., профеееор, заведующий кафедрой анеетезиологии-реаниматологии и транефузиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава Роееии, первый вице-президент Общероееийекой общеетвенной организации «Федерация анеетезиологов и реаниматологов», ответственный редактор.
3. Ильина Наталья Ивановна - вице-президент Роееийекой аееоциации аллергологов и клиничееких иммунологов (РААКИ), д.м.н., профеееор, замеетитель директора ФГБУ «ГНЦ Инетитут иммунологии» ФМБА Роееии по клиничеекой работе - главный врач, ответственный редактор.
4. Куликов Александр Вениаминович - д.м.н., профессор кафедры анестезиологии,

реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПИ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Екатеринбург), член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».

1. Латышева Татьяна Васильевна - д.м.н., профессор кафедры клинической аллергологии и иммунологии ФИ ДО МГМСУ, заведующий отделением иммунопатологии взрослых ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России.
2. Лебединский Константин Михайлович - д.м.н., профессор, зав. кафедрой анестезиологии и

реаниматологии имени В.Л. Ваневского ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, президент Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и

ре аниматол огов ».

1. Мусаева Татьяна Сергеевна - к.м.н., доцент кафедры анестезиологии-реаниматологии и

трансфузиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и

ре аниматол огов ».

1. Мясникова Татьяна Николаевна - научный сотрудник отделения иммунопатологии взрослых ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, к.м.н.
2. Пампура Александр Николаевич - руководитель отдела аллергологии и клинической иммунологии ОСП «НИКИ педиатрии имени академика Ю.Е.Вельтищева ФЕБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, д.м.н., профессор.
3. Фассахов Рустэм Салахович - д.м.н., профессор кафедры фундаментальных основ клинической медицины Казанского Федерального университета.
4. Хлудова Людмила Ееннадьевна - младший научный сотрудник отделения иммунопатологии взрослых ФЕБУ «ЕНЦ Институт иммунологии» ФМБА России.
5. Шифман Ефим Муневич - д.м.н., профессор, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», эксперт по анестезиологии и реаниматологии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, член президиума общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и ре аниматол огов ».

Приложение А2. Методология разработки
клинических рекомендации

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

врач-акушер-гинеколог;

врач-аллерголог-иммунолог;

врач-анестезиолог-реаниматолог;

врач-гастроэнтеролог;

врач-генетик;

врач-дерматовенеролог;

врач-детекий хирург;

врач-лабораторный генетик;

врач-неонатолог;

врач общей практики (еемейный врач); врач-ортодонт; врач-оториноларинголог; врач-педиатр;

врач-педиатр городекой (районный);

врач-педиатр учаетковый;

врач-плаетичеекий хирург;

врач по гигиене детей и подроетков;

врач по гигиене труда;

врач по общей гигиене;

врач приемного отделения;

врач екорой медицинекой помощи;

врач-етоматолог;

врач-етоматолог детекий;

вр ач-етоматол ог- ортопед;

врач-етоматолог-терапевт;

врач-етоматолог-хирург;

врач-терапевт;

врач-терапевт подроетковый; врач-терапевт учаетковый;

врач-терапевт учаетковый цехового врачебного учаетка;

врач-транефузиолог;

врач функциональной диагноетики;

врач-хирург;

врач-челюетно-лицевой хирург; врач-эндоекопиет;

**Методология разработки клинических рекомендаций**

2 члена рабочей группы (Мяеникова Татьяна Николаевна и Хлудова Людмила Геннадьевна) незавиеимо друг от друга выполняли еиетематичеекий поиек и отбор публикаций незавиеимо друг от друга е 01.08.2019 по 23.09.2019. Поиек проводилея в поиековой еиетеме PubMed l<http://www.nebi.nlm.nih>.gov/pubmed/l. Кокрановекой библиотеке

Ihttp: //www. cochranelibrary. com/\ научной электронной библиотеке eLlBRARY.ru

l<http://elibrary.m/defaultx.as>p\ базе данных EMBASE (<https://www.elsevier.eom/solutions/embase> biomedieal researeh), а также по региетрам клиничееких иепытаний: https://cliпiealtrials.gov/ и <https://www.eliniealtrialsregister.eu/etr> seareh/seareh. Было найдено 250 публикаций, и из них было отобрано ПО публикаций. В елучае возникновения разноглаеий при отборе публикации привлекалиеь оетальные члены рабочей группы. На оеновании отобранных публикаций оба экеперта незавиеимо друг от друга еформулировали тезие-рекомендации, которые были оценены е помогцью шкал оценки уровне доетоверноети доказательетв и методов диагноетики, оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв), оценки уровней убедительноети рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагноетики, лечения и реабилитации (профилактичееких, диагноетичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв). (Приложение 1, Приложение 2, Приложение 3) В дальнейшем каждая тезие- рекомендация была тгцательно обеуждена на обгцем еобрании рабочей группы, во веех елучаях разноглаеия был доетигнут конеенеуе.

Приложение 1. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД) для методов диагноетики (диагноетичееких вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

Приложение 2. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1 | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай- контроль» |
|  |  |

Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Приложение 3. Шкала оценки уровней убедительно ети рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагноетики, лечения и реабилитации (профилактичееких, диагноетичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УУР | Расшифровка |
| А | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| В | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| С | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клиничееких рекомендаций предуематривает их еиетематичеекую актуализацию - не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных е позиции доказательной медицины по вопроеам диагноетики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоенованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 мееяцев.

Приложение АЗ. Связанные документы

1. Федеральный закон от 25.12.2018 № 489 489-ФЗ «О внееении изменений в етатью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинеком етраховании в Роееийекой Федерации" и Федеральный закон "Об оеновах охраны здоровья граждан в Роееийекой Федерации" по вопроеам клиничееких рекомендаций».
2. Приказ МИНЗДРАВА РФ № ЮЗн от 28.02.2019 г. «Об утверждении порядка и ероков разработки клиничееких рекомендаций, их переемотра, типовой формы клиничееких рекомендаций и требований к их етруктуре, еоетаву и научной обоенованноети включаемой в клиничеекие рекомендации информации».
3. Приказ Минздрава Роееии от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинеких уелуг".
4. Приказ Миниетеретва здравоохранения Роееийекой Федерации (Минздрав Роееии) от 20 декабря 2012 г. N 1183н г

Приложение А4. Рекомендуемый противошоковый
набор (для процедурных, стоматологических

кабинетов).

1. Раетвор эпинефрин\*\* 0,1 % в ампулах № 10
2. Раетвор преднизолона\*\* (30 мг) в ампулах №10
3. Раетвор декеаметазона\* \* (4 мг) в ампулах № 10
4. Раетвор гидрокортизона\*\* 100 мг - № 10
5. Раетвор бетаметазона (дейетвующие вещеетва: бетаметазона дипропионат 6,43 мг и бетаметазона натрия фоефат 2,63 мг) в ампулах №10
6. Дифенгидрамин\* \* 1% в ампулах №10
7. Клемаетин 0,1% - 2 мл
8. Хлоропирамин\*\* 2% - 1 мл
9. Сальбутамол\*\* аэрозоль для ингаляций дозированный 100 мкг/доза №2
10. Раетвор декетрозы\*\* 40% в ампулах № 20
11. Раетвор хлорида натрия\*\* 0,9% в ампулах № 20
12. Раетвор декетрозы\*\* 5% - 250 мл (етерильно) № 2
13. Раетвор натрия хлорида\*\* 0,9% - 400 мл №2
14. Раетвор атропина\*\* 0,1% в ампулах №5
15. Этанол\*\* 70% - 100 мл
16. Ротораеширитель №1
17. Языкодержатель №1
18. Жгут №1
19. Шприцы одноразового пользования 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл и иглы к ним по 5 шт.
20. В/в катетер или игла (калибром G14-18; 2,2-1,2 мм) №5
21. Система для в/в капельных инфузий №2
22. Перчатки медицинекие одноразовые 2 пары
23. Воздуховод
24. Аппарат дыхательный ручной (тип AMBU)
25. Ларингеальная маека

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



**Анафилактический шок (АШ)**



Приложение В. Информация для пациентов

1. Пациенты, перенесшие АШ на введение ЛС, должны быть информированы о причинно­значимых Л С и не должны их применять в дальнейшем.
2. Пациенты с АШ на ужаления перепончатокрылыми должны избегать ужалений перепончатокрылыми и иметь при себе раствор эпинефрина\*\* 0,1%, кортикостероиды для системного использования в растворе, антигистаминные препараты для системного использования.
3. Пациенты с АШ на пиш,евые продукты должны исключить эти продукты из употребления и иметь при себе раствор эпинефрина\*\* 0,1%, кортикостероиды для системного использования в растворе, антигистаминные препараты для системного использования.

Приложение Г.

Нет

1. Рекомендуется пациентам с анафилаксией/АШ при сохраняюш,емся бронхоспазме, несмотря [↑](#footnote-ref-1)
2. на введение эпинефрина\*\*, применение бета2-адреностимулятора селективного [30]. [↑](#footnote-ref-2)