

**Российская ассоциация аллергологов и клинических
иммунологов (РААКИ)**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО
ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ АНАФИЛАКСИИ**

Москва 2015

Список сокращений

АСИТ – аллерген-специфическая иммунотерапия

АШ – анафилактический шок

АД - артериальное давление

АПФ - ангиотензинпревращающий фермент

БА – бронхиальная астма

ГКС - глюкокортикостероид

ЛС – лекарственное средство

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

в/в – внутривенно (-ый)

в/м – внутримышечно (-ый)

Оглавление

1. Методология	4
2. Определение	6
3. Профилактика	6
4. Скрининг	9
5. Классификация	9
6. Диагноз	9
7. Показания к консультации других специалистов	12
8. Лечение	13
9. Важно.....	17
Приложение: Противошоковый набор для оказания помощи при АШ	18

Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных, научных публикациях.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в базы данных EMBASE и PubMed/MEDLINE, данные международного согласительного документа Мировой ассоциации аллергологов (World Allergy Organization Guidelines for Assessment and Management of Anaphylaxis (2011)), данные согласительного документа Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (2014)).

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;

- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл. 1).

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств

Настоящие клинические рекомендации основаны на доказательствах, ранжированы по уровню достоверности (табл.1). Выделяли 4 уровня достоверности данных - А, В, С и D.

Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций.

Уровень достоверности		Описание уровней достоверности
А	Высокая достоверность	Основана на заключениях систематических обзоров рандомизированных контролируемых испытаний.
В	Умеренная достоверность	Основана на результатах по меньшей мере одного независимого рандомизированного контролируемого клинического испытания (РККИ).
С	Ограниченная достоверность	Основана на результатах по меньшей мере одного клинического испытания, не удовлетворяющего критериям качества РККИ, например, без рандомизации.
Д	Неопределенная достоверность	Утверждение основано на мнении экспертов; клинические исследования отсутствуют.

Таблицы доказательств:

Таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Экономический анализ

Анализ стоимости не проводился, публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка
- Внутренняя экспертная оценка

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в рекомендации изменения регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для обсуждения в предварительной версии на совещании Рабочей группы, Президиума РААКИ и членов Профильной комиссии в _____ 2015 году. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РААКИ для того, чтобы лица, не участвующие в совещании, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематической ошибки

при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

1. Определение:

Впервые феномен и термин «анафилаксия» был описан и введен французскими физиологами Шарль Робер Рише и Полем Портье в 1902 г., а в 1913 г. за работы по анафилаксии Шарль Робер Рише получил Нобелевскую премию. Необходимо подчеркнуть, что анафилаксия представляется более широким понятием в сравнении с анафилактическим шоком.

Анафилаксия – это тяжелая, угрожающая жизни, генерализованная или системная реакция гиперчувствительности, которая развивается быстро и может привести к смерти.

Анафилаксия имеет 3 степени тяжести в зависимости от клинической картины (см. ниже)

Анафилактический шок является наиболее тяжелым клиническим проявлением **анафилаксии**, связанным с высокой летальностью. Это острая тяжёлая системная угрожающая жизни реакция гиперчувствительности, сопровождающаяся выраженными нарушениями гемодинамики (согласно международным рекомендациям (WAO; EAACI): снижение систолического артериального давления ниже 90 мм.рт.ст. или на 30% от исходного уровня), приводящими к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах.

На сегодняшний день существуют коды 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.

Код диагноза анафилаксии в МКБ-10 отсутствует, в связи с чем, используются различные коды, соответствующие наиболее выраженным клиническим проявлениям. Например: острая крапивница, обострение бронхиальной астмы и т.д., которые, к сожалению, не отражают полную клиническую картину анафилаксии, а именно системность поражения. Вследствие чего, снижается настороженность врачей и пациентов в отношении данного жизнеугрожающего состояния.

3. Профилактика:

- Больные, имеющие в анамнезе аллергические заболевания: аллергический ринит,

бронхиальная астма, атопический дерматит, лекарственная аллергия, реакции на ужаление перепончатокрылых, пищевая аллергия и т.д. - должны быть в плановом порядке проконсультированы врачом аллергологом-иммунологом, особенно перед плановыми оперативными вмешательствами, рентгеноконтрастными исследованиями, при наступлении беременности.

- При отягощенном аллергологическом анамнезе перед оперативным вмешательством, рентгеноконтрастным исследованием необходимо провести премедикацию: за 60 минут - 1 час до вмешательства вводят дексаметазон 4-8 мг или преднизолон 30-60 мг в/м или в/в капельно на 0,9%-растворе натрия хлорида; хлоропирамина гидрохлорид 0,2%-1-2 мл или клемастин 0,1%-2 мл в/м или в/в на 0,9% растворе натрия хлорида или 5% растворе глюкозы.
- Обязательно наличие противошокового набора и инструкции по оказанию первой помощи при развитии анафилаксии не только в процедурных кабинетах, но и в кабинетах, где проводятся диагностические исследования с применением препаратов, обладающих гистаминолиберирующим действием (например, рентгеноконтрастные исследования), стоматологических кабинетах.
- Для уточнения диагноза лекарственной аллергии при положительном фармакологическом анамнезе провокационные тесты с подозреваемым препаратом: кожные, подъязычные и введение ЛС в полной терапевтической дозе проводятся врачом аллергологом-иммунологом в плановом порядке, строго по показаниям. Провокационное тестирование *in vivo* проводится в условиях приближенных к блокам реанимации и интенсивной терапии, так как не исключена возможность развития анафилаксии.
- Кожные тесты с лекарственными препаратами при отсутствии указаний в анамнезе на лекарственную гиперчувствительность не информативны и не показаны.
- Избегать полипрагмазии.
- Назначение ЛС строго по показаниям.
- Наблюдение за пациентом в течение не менее 30 минут после введения ЛС.
- Просветительская работа среди пациентов об опасности самолечения.
- В случае диагноза пищевой аллергии введение продукта осуществляется в условиях стационара в плановом порядке врачом аллергологом-иммунологом после проведения соответствующего аллергообследования.
- В случае невозможности осуществления консультации аллерголога-иммунолога врач любой специальности должен:

- **тщательно собрать аллергологический анамнез** с целью выявления и исключения возможных лекарственных средств и пищевых продуктов, содержащих этиологически значимые аллергены;

- **тщательно собрать фармакологический анамнез** с целью решения вопроса о проведении премедикации, а также, определения препаратов и/или их производных, и/или ЛС с перекрестно-реагирующими свойствами, которые необходимо исключить из использования. При сборе анамнеза следует обратить внимание на какой препарат развилась реакция; на какой день приема ЛС; путь введения препарата; через какой промежуток времени после приема ЛС развилась реакция; в какой дозе применялся препарат; клинические проявления реакции; чем купировалась реакция; по поводу чего применялся препарат; были ли ранее реакции на ЛС; принимал ли пациент после реакции препараты данной группы; какие препараты (в том числе из этой группы) пациент принимает и хорошо переносит.

3.1 Профилактика развития повторного эпизода анафилаксии:

- **Все больные, перенесшие анафилаксию, должны быть направлены на консультацию к врачу аллергологу-иммунологу.**
- Обучить пациента и его ближайшее окружение (родственники, педагоги, медицинский персонал и пр.) клиническим признакам анафилаксии, оказанию первой помощи.
- Необходимо выдать пациенту паспорт больного аллергическим заболеванием с указанием мероприятий необходимых для исключения контакта с причинно-значимым аллергеном (ЛС, пищевой продукт, яд насекомых, латекс и пр.) и четкого алгоритма действий по купированию анафилактической реакции.
- Больному, перенесшему анафилаксию, рекомендуется иметь при себе противошоковый набор, который обязательно должен включать 0,1%-ый раствор адреналина гидрохлорида (1,0 мл в ампулах).
- На титульном листе амбулаторной и/или стационарной карты больного необходимо указывать причину (ЛС, пищевой продукт, яд насекомых, латекс и пр.) анафилактической реакции, дату реакции и ее клинические проявления.
- Избегать любого возможного контакта с причинно-значимым аллергеном: не применять причинно-значимое ЛС и препараты, имеющие сходные антигенные детерминанты; учитывать дженерики, производимые разными фармацевтическими компаниями; не употреблять пищевой продукт, содержащий аллерген (в том числе в

следовых количествах), ставший причиной анафилаксии, избегать ужаления перепончатокрылыми насекомыми и т.д.

4. Скрининг: не проводится.

5. Классификация анафилаксии:

- В зависимости от патогенеза анафилактических реакций выделяют иммунную (IgE- и не IgE-опосредованную) анафилаксию, в которой задействованы различные иммунные механизмы, неиммунную и идиопатическую анафилаксию, причина и патогенез которых не известны.

- В зависимости от тяжести течения выделяют 3 степени тяжести анафилаксии (см. раздел 6.2: физикальное обследование, таблица 3).

- В зависимости от особенностей характера течения анафилаксии выделяют:

1. Затяжной характер течения (продленная анафилаксия) выявляется после проведения активной противошоковой терапии, которая дает временный или частичный эффект, при этом анафилактическая реакция продолжается в течение длительного времени (от часов до нескольких суток и, в исключительных случаях, недель). Данное течение характерно для анафилаксии вследствие введения ЛС пролонгированного действия.

2. Рецидивирующее течение (бифазная анафилаксия) характеризуется повторным развитием симптомов анафилаксии, после их исчезновения, без повторного воздействия аллергена. Время между начальной реакцией и второй волной может составлять от 1 до 72 часов.

6. Диагноз

Как правило, диагноз анафилаксии устанавливается на основании клинической картины заболевания и обстоятельств, при которых возникла реакция.

Сбор анамнеза чаще всего возможен после стабилизации состояния.

6.1. Анамнез.

Сбор анамнеза играет важную роль для постановки диагноза анафилаксии, определения причин ее развития и профилактики повторных реакций:

- Необходимо детально изучить, что предшествовало развитию анафилаксии (введение ЛС, употребление пищевого продукта, ужаление перепончатокрылыми, проведение АСИТ, физическая нагрузка, воздействие холодных факторов и т.д.).

- Определить время возникновения анафилаксии, для которой характерно внезапное развитие клинических проявлений (минуты/часы, как правило, в течение 1 часа) после воздействия аллергена и возможно быстрое прогрессирование симптомов.

- Выявить наличие факторов, повышающих риск развития анафилаксии: физическая нагрузка, употребление алкоголя, приём ЛС (НПВП, блокаторы β -адренорецепторов, ингибиторы АПФ и др.), возраст, пол больного, сопутствующую патологию (БА, крапивница, мастоцитоз, инфекции и др.), стресс и т.д.

6.2. Физикальное обследование.

Согласно международным рекомендациям, врач должен подумать **об анафилаксии**:

1. При остром развитии реакции через несколько минут, часов после воздействия предполагаемого аллергена и характеризующейся сочетанием двух или более следующих клинических проявлений:

а) Поражение кожи и/или слизистых в виде генерализованной крапивницы, зуда и/или эритемы, отека губ, языка, небного язычка.

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

в) Внезапное снижение артериального давления (АД) и, как следствие, развитие коллапса, синкопальных состояний, паралича сфинктеров.

г) Персистирующие гастроинтестинальные нарушения в виде спастических болей в животе, рвоты.

2. Наряду с этим, одним из вариантов течения анафилаксии может служить острое изолированное снижение АД через несколько минут, часов после воздействия известного аллергена.

Критерии снижения АД у взрослых и детей различны:

а) Взрослые: систолическое давление ниже 90 мм.рт.ст. или снижение более, чем на 30% от исходного систолического АД.

б) Дети: снижение систолического АД более чем на 30% от нормы (оценивается в соответствии с возрастом*);

*Низкое систолическое давление у детей: <70 мм. рт. ст. - от 1 мес. до 1 года; <[70 мм. рт. ст. + (2 x возраст)] - от 1 до 10 лет; <90 мм. рт. ст. - от 11 до 17 лет. Первым признаком гипотонии у детей может быть быстро нарастающая тахикардия.

У новорожденных респираторные проявления встречаются чаще, чем гипотензия или шок.

В клинической практике достаточно часто встречаются аналогичные по клинической картине состояния, называемые неаллергической анафилаксией. Лечение аллергической и неаллергической анафилаксии идентично. Разница заключается в том, что анафилактический шок (АШ) протекает более тяжело и имеет более высокую летальность.

Тяжесть анафилаксии определяется по стандартным критериям тяжести и оценивается по наиболее страдающей системе органов (Таблица 3.):

Таблица 3. Оценка тяжести анафилаксии.

Тяжесть	Кожа	Желудочно-кишечный тракт	Респираторный тракт	Сердечно-сосудистая система	ЦНС
1	Внезапный зуд глаз и носа. Генерализованный зуд, эритема, крапивница, ангиотёк	Оральный зуд, чувство покалывания во рту, незначительный отек губ, тошнота и/или рвота, умеренные боли в животе.	Заложенность носа и/или ринорея, чувство зуда в горле или удушье.	Тахикардия (повышение числа сердечных сокращений более чем на 15 уд/мин).	Изменение активности чувство тревоги.
2	Симптомы, указанные выше + бледность или цианоз кожных покровов	Симптомы, указанные выше + выраженные приступообразные боли в животе, диарея, повторяющаяся рвота.	Симптомы, указанные выше + дисфония, «лающий» кашель, нарушение глотания, стридор, одышка, хрипы.	Симптомы, указанные выше.	Спутанность сознания, страх смерти.
3	Симптомы, указанные выше.	Симптомы, указанные выше + непроизвольная дефекация.	Симптомы, указанные выше + сатурация $pO_2 < 92\%$, остановка дыхания.	Гипотензия и/или коллапс, аритмия, выраженная брадикардия и/или остановка сердца.	Потеря сознания

2 и 3 степени тяжести анафилаксии могут соответствовать клинике анафилактического шока.

6.3. Лабораторные методы исследования.

Проведение лабораторных тестов для подтверждения анафилаксии целесообразно лишь в оптимальные сроки после начала развития реакции:

- Для определения уровня сывороточной триптазы забор крови должен проводиться через 15 минут - 3 часа после возникновения первых симптомов анафилаксии максимум до 6 часов после развития реакции.

- Для определения уровня сывороточного гистамина забор крови должен осуществляться в течение 15-60 минут после возникновения первых симптомов анафилактической реакции.

Увеличение уровня концентрации гистамина и триптазы наиболее типично при развитии анафилаксии на фоне парентерального введения аллергена (введение ЛС, инсектная аллергия).

Данные методы мало информативны в случае пищевой анафилаксии.

Нормальные уровни гистамина и триптазы, определяемые в оптимальные сроки, не исключают диагноза анафилаксии.

Через 1,5-2 месяца, после перенесенного эпизода анафилаксии, показано обследование у врача аллерголога-иммунолога для определения возможной причины анафилактической реакции.

6.4. Дифференциальный диагноз.

Дифференциальный диагноз анафилаксии проводится с заболеваниями, для которых характерны схожие симптомы со стороны различных органов и систем: острый бронхоспазм у больных бронхиальной астмой, другие виды шоков (кардиогенный, гиповолемический, бактериальный и др.), инсульт, обострение хронической крапивницы или развитие острой, ТЭЛА, карциноидный синдром, феохромоцитомы и пр.

7. Показания к консультации других специалистов для дифференциальной диагностики и при развитии осложнений анафилаксии:

- кардиолога;
- невролога;
- отоларинголога;
- офтальмолога;
- эндокринолога;
- гастроэнтеролога;
- нефролога;

- гепатолога;
- гематолога и др.

8. Лечение.

При лечении анафилаксии скорость оказания помощи является критическим фактором (А).

Препарат выбора – раствор **эпинефрина** (адреналин гидрохлорид) 0,1%, все остальные ЛС и лечебные мероприятия рассматриваются как вспомогательная терапия.

Чем короче период до развития выраженной гипотонии, дыхательной и сердечной недостаточности от начала поступления в организм аллергена, тем не благоприятней прогноз и летальность достигает 90%. Обязательно ведение письменного протокола по оказанию первой медицинской помощи при анафилаксии.

Начинать выполнять пункты 1, 2,3,4, 5 – одномоментно!

Последовательность экстренных мероприятий по купированию анафилаксии:

1. Прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм (остановить введение ЛС, удалить жало и др.). В случае введения ЛС или ужаления в конечность выше места введения необходимо наложить венозный жгут для уменьшения поступления препарата в системный кровоток. Приложить лед к месту инъекции ЛС, ужаления перепончатокрылых.

2. Оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и вес пациента.

3. Срочно вызвать реанимационную бригаду (если это возможно) или скорую медицинскую помощь (если Вы вне медицинского учреждения).

4. **Максимально быстро** ввести в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра **эпинефрин** (адреналина гидрохлорид) в дозе 0,01 мг/кг в концентрации 1 мг/мл (разведение 1:1.000), максимальная доза 0,5 мг для взрослых и 0,3 мг для детей. При внутримышечном введении эпинефрина препарат действует быстрее, чем при подкожном его введении. При необходимости введение эпинефрина (адреналина гидрохлорид) можно повторить через 5-15 минут. Большинство пациентов отвечают на первую или вторую дозу адреналина.

5. Уложить больного на спину, приподнять нижние конечности, повернуть его голову в сторону, выдвинув нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Если у больного есть съёмные зубные протезы, их необходимо удалить.

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

6. Обеспечить внутривенный доступ. По показаниям вводить 1-2 литра 0,9% раствора хлорида натрия (то есть для взрослого 5-10 мл/кг впервые 5-10 минут; для ребенка – 10 мл/кг). Если реакция развилась на внутривенное введение препарата, постарайтесь не потерять венозный доступ для введения растворов и эпинефрина.

7. Возможно применение системных ГКС в начальной дозе: преднизолон 90-120 мг в/в струйно, метилпреднизолон 50-120 мг в/в струйно взрослым, 1 мг/кг детям, максимум 50 мг, дексаметазон 8-32 мг в/в капельно, бетаметазон 8-32 мг в/в капельно, гидрокортизон в/м взрослым 100-150мг каждые 4 часа, максимально 1000 -1500мг/сутки, детям 1-мг/кг –суточная доза 6-9мг/кг и др.;

для детей: преднизолон 2-5 мг/кг, бетаметазон 20-125 мкг/кг или 0,6-3,75 мг/мл
Длительность и доза ГКС подбирается индивидуально.

8. Будьте готовы до приезда скорой помощи или прибытия реанимационной бригады к проведению сердечно-легочной реанимации.

- Взрослым необходимо проводить компрессию грудной клетки (непрямой массаж сердца) с частотой 100-120 в минуту на глубину 5-6 см; детям – 100 в минуту на глубину 5 см (младенцам 4 см). Соотношение вдохов с компрессией грудной клетки – 2:30.
- Необходим контроль и обеспечение проходимости верхних дыхательных путей. В случаях нарушения проходимости дыхательных путей корнем языка в результате нарушения сознания, необходимо выполнить тройной прием Сафара (в положении пациента лежа на спине переразгибают голову в шейно-затылочном сочленении, выводят вперед и вверх нижнюю челюсть, приоткрывают рот), при возможности – вводят воздуховод или интубационную трубку. У больных с нарушением проходимости дыхательных путей вследствие отека глотки и гортани необходимо как можно быстрее интубировать трахею. В случаях невозможности или затруднений при интубации выполнить коникотомию (экстренное рассечение мембраны между щитовидным и перстневидным хрящами).
- После восстановления проходимости дыхательных путей необходимо обеспечить поступление к больному свежего воздуха или ингалировать кислород (6-8 л/мин.) (по показаниям). Кислород должен поступать через маску, носовой катетер или через воздуховодную трубку, которую устанавливают при сохранении спонтанного дыхания и отсутствии сознания.

9. Мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений. При отсутствии монитора для измерения АД, подсчет пульса вручную каждые 2-5 минут. По возможности контроль уровня оксигенации.

При развитии анафилаксии или АШ необходимо как можно быстрее транспортировать больного в стационар, если больной уже находится в стационаре, то в отделение реанимации.

Перевод больных на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) показан при отеке гортани и трахеи, не купируемой гипотонии, нарушении сознания, стойком бронхоспазме с развитием дыхательной недостаточности, не купирующемся отеке легких, развитии коагулопатического кровотечения.

Данные по силе рекомендаций мероприятий необходимых в лечении анафилаксии представлены в таблице 5.

Таблица 5. Экстренная терапия анафилаксии.

Рекомендации:	Сила рекомендации
Первая линия мероприятий:	
Препаратом первой линии в лечении анафилаксии является эпинефрин (адреналин) . Своевременное введение адреналина оказывает решающее действие в купировании симптомов анафилаксии и спасении жизни пациента.	C
Введение эпинефрина (адреналина) осуществляется в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра.	B
При необходимости повторного введения эпинефрина (адреналина) интервал между инъекциями должен составлять не менее 5 минут.	D
При неэффективности 2-х и более доз в/м инъекций эпинефрина (адреналина) , возможно его в/в введение под медицинским наблюдением и мониторингом сердечно-сосудистой системы в условиях отделения интенсивной терапии.	D
Возможность раннего введения эпинефрина (адреналина) (при развитии аллергической реакции близкой к анафилактической) может рассматриваться индивидуально.	D
Прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм, если возможно.	D

Вторая линия мероприятий:	
Одномоментно вызвать реанимационную бригаду и оценить состояние пациента.	D
Расположение пациента должно быть лежа на спине, в случае нестабильности артериального давления с приподнятыми нижними конечностями.	D
Всем пациентам с анафилаксией необходимо обеспечить поступление кислорода через маску.	D
При нестабильности АД возможно проведение инфузионной терапии (кристаллоиды 20 мл/кг).	D
Системные ГКС могут быть использованы для профилактики поздних реакций анафилаксии (поздних респираторных симптомов, рецидива гипотонии). Возможно применение высоких доз ингаляционных кортикостероидов через небулайзер для облегчения симптомов обструкции верхних дыхательных путей	D
Применение ингаляционно β 2-агонистов короткого действия возможно в качестве дополнительной меры для купирования бронхообструкции.	D
Третья линия мероприятий:	
Пероральное использование блокаторов H1(H2)-гистаминовых рецепторов у пациентов возможно при купировании симптомов со стороны кожи и/или слизистой.	B
Мониторинг:	
Длительность наблюдения и мониторинг за состоянием пациента с анафилаксией, протекающей с респираторными симптомами составляет 6-12 часов, в случае наличия симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы 24 часа и более.	D
Пациенту после перенесенной анафилактической реакции при выписке из стационара должен быть выписан рецепт на адреналин.	D
Пациенты после перенесенной анафилактической реакции должны быть проинформированы в отношении данного диагноза и направлены на консультацию и обследование к врачу аллергологу-иммунологу. Пациент должен всегда иметь при себе паспорт больного с аллергическим заболеванием с указанием причинно-значимых аллергенов, знать четкий	D

алгоритм действий при подозрении на анафилаксию, всегда иметь возможность доступа к раствору эпинефрина (адреналина) и знать правила его введения.	
--	--

9. Важно:

1. Нельзя назначать ЛС, ставшее причиной развития анафилаксии, комбинированные средства, содержащие данный лекарственный препарат, и препараты с перекрестно-реагирующими свойствами.

2. Нельзя использовать ЛС, содержащие пыльцу растений, у больных с подтверждённой сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам.

3. Нельзя употреблять пищевой продукт, содержащий аллерген (в том числе в следовых количествах), ставший причиной развития анафилаксии.

4. Нельзя начинать лечение анафилаксии с второстепенных препаратов (β 2-агонисты, блокаторы H1-гистаминовых рецепторов, системных ГКС), которые могут быть эффективны только после инъекции адреналина.

5. При развитии анафилактической реакции нельзя поднимать пациента или переводить его в положение сидя.

ПРИЛОЖЕНИЕ.

Противошоковый набор для оказания помощи при АШ.

1. Раствор адреналина (эпинефрин) (0,1 %, 1 мг/мл) в ампулах № 10
2. Раствор норадреналина 0,2% в ампулах №10
3. Раствор мезатона 1% в ампулах №5
4. Раствор допамина 5 мл (200 мкг) в амп. №5
5. Раствор супрастина 2% в ампулах № 10
6. Раствор тавегила 0,1% в ампулах №10
7. Раствор преднизолона (30 мг) в ампулах №10
8. Раствор дексаметазона (4 мг) в ампулах № 10
9. Гидрокортизон гемисукцинат или солюкортеф 100 мг - № 10 (для внутривенного введения)
10. Раствор эуфиллина 2,4% в ампулах №10
11. Сальбутамол аэрозоль для ингаляций дозированный 100 мкг/доза №2
14. Раствор диазепама (реланиум, седуксен) 0,5% в ампулах №5
15. Раствор глюкозы 40% в ампулах № 20
16. Раствор хлорида натрия 0,9% в ампулах № 20
17. Раствор глюкозы 5% – 250 мл (стерильно) № 2
18. Раствор хлорида натрия 0,9% - 400 мл №2
19. Раствор атропина 0,1% в ампулах №5
20. Жгут №1
20. Спирт этиловый 70% – 100 мл
21. Перчатки медицинские одноразовые 2 пары
22. Шприцы одноразового пользования 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл и иглы к ним по 5 шт.
27. В/в катетер или игла (калибром G14-18; 2,2-1,2 мм) №5
28. Система для в/в капельных инфузий №2
29. Роторасширитель №1
22. Языкодержатель №1
24. Воздуховод
25. Скальпель №1
- 26 Пузырь со льдом №1
30. Аппарат дыхательный ручной (тип Амбу)