




Наименование структурного подразделения:	ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника»		
Названия документа:	СОП «Анафилактический шок»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заведующий отделением	Садыков Г.Б.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Дата согласования:	04.01.2024г.		
Дата введения в действие	04.01.2024г.		
Версия №	Копия № _____	04 /01 _____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01 » 2024г
 Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 2 из 6

Анафилактический шок (АШ) – анафилаксия, которая сопровождается выраженными нарушениями гемодинамики: 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 (согласно международным рекомендациям World Allergy Organization, WAO).

Гипотензия для детей определена как:

- < 70 мм.рт.ст. от 1 месяца до 1 года;
- < 70 мм.рт.ст. от 1 до 10 лет;
- < 90 мм.рт.ст. от 11 до 17 лет.

1. Немедикаментозное лечение:

- прекратить введение триггерного препарата;
- оценить уровень сознания;
- провести мониторинг витальных функций;
- обеспечить венозный доступ.

2. Диагностика и лечение анафилактических реакций по системе ABCDE:


А – airway (дыхательные пути). Осмотреть дыхательные пути на наличие обструкции: тяжелая обструкция сопровождается парадоксальными движениями грудной клетки и живота с участием вспомогательной мускулатуры; цианоз – поздний симптом обструкции. Ингаляция высокого потока увлажненного кислорода (> 10 л/мин) с дальнейшим титрованием для поддержания целевой SpO₂ = 94–98 %, но не менее 90–92 %.

Следует предусмотреть возможность трудной интубации в результате отёка глотки или трахеи. Если черты лица пациента меняются на глазах – показана немедленная интубация трахеи – через минуту может оказаться уже технически невозможно интубировать! Альтернатива в этих ситуациях – коникотомия.

В – breathing (дыхание). Подсчитать ЧДД (в норме 12–20 дыханий в минуту у взрослых), более высокая ЧДД – риск резкого ухудшения. Оценить глубину и ритм дыхания, равномерность дыхания с обеих сторон. PaCO₂ – основной критерий адекватности вентиляции, при необходимости проведение ИВЛ по данным газов крови и клиническим показаниям.

С – circulation (кровообращение). Шок чаще всего связан с гиповолемией из-за вазодилатации, увеличения проницаемости сосудов и потерей внутрисосудистого объёма. Низкое диастолическое давление предполагает артериальную вазодилатацию, а снижение пульсового давления – артериальную вазоконстрикцию.

Д – disability (отсутствие сознания). Наиболее частые причины отсутствия сознания: гипоксия, гиперкапния, гипоперфузия головного мозга вследствие гипотензии. Для

 ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1

оценки используют шкалу комы Глазго. Также нужен контроль глюкозы крови для исключения гипогликемии (< 3 ммоль/л – 50 мл 10 % глюкозы внутривенно).

E – exposure (экспозиция, контакт). Осмотреть все доступные участки тела пациента, так как изменения на коже и слизистых могут быть неявными.

3. Клинические и лабораторно-инструментальные показания к интубации и проведению ИВЛ:

- остановка сердца;
- апноэ или брадипноэ (< 8 в минуту);
- гипоксическое угнетение сознания;
- поверхностное дыхание, аускультативное распространение зон «немых легких» при астматическо-обструктивном проявлении анафилаксии;
- избыточная работа дыхания, истощение (усталость) основных и вспомогательных дыхательных мышц;
- прогрессирующий цианоз и влажность кожного покрова;
- прогрессирующая тахикардия гипоксического генеза;
- прогрессирующий отек легких;
- прогрессирующая гипоксемия, рефрактерная к кислородотерапии;
- $PaO_2 < 60$ мм рт. ст. (< 65 мм. рт. ст. при потоке кислорода более 5 л/мин),
 $SaO_2 < 90$ %, $PaCO_2 > 55$ мм рт. ст., ЖЭЛ < 15 мл/кг.

4. Показания к коникотомии

- невозможность вентиляции маской;
- невозможность интубации при отеке;
- обструкция на уровне верхних дыхательных путей – данный метод экстренной помощи обеспечивает оксигенацию временно.

5. Медикаментозное лечение

Неотложное лечение пациента с анафилаксией нужно начинать при наличии 3 из нижеперечисленных признаков (A):

- внезапное начало и быстрое прогрессирование симптомов;
- жизнеугрожающие нарушения A (airway–дыхательные пути) или B (breathing–дыхания), или C (circulation – кровообращения);
- изменения со стороны кожных покровов или слизистых (гиперемия, уртикарная сыпь, ангионевротический отёк).

Отсутствие симптомов со стороны кожных покровов не исключает диагноз анафилаксии!

Таблица 1 «Дозировки препаратов для лечения анафилаксии»

Препарат		Дети
----------	--	------



	Взрослый или ребенок > 12 лет	6-12	6 месяцев – 6 лет	< 6 месяцев
Эпинефрин 1:1000 (в/м), повтор через 5 мин при отсутствии реакции	500 мкг (0,5 мл)	300 мкг (0,3 мл)	150 мкг (0,15 мл)	150 мкг (0,15 мл)
Эпинефрин в/в титрованием	50 мкг (10-20 мкг для II ст., 100-200 мкг для III ст.)	1 мкг/кг	1 мкг/кг	1 мкг/кг
Инфузионная нагрузка	500-1000 мл при нормотензии, 1000-2000 мл при гипотензии	20 мл/кг	20 мл/кг	20 мл/кг
Гидрокортизон (в/м или медленно в/в)	200 мг	100 мг	50 мг	25 мг

Медикаментозная терапия анафилаксии:

Эпинефрин (адреналин) – препарат первой линии, препарат выбора для лечения анафилаксии (А).


Рекомендовано при отсутствии венозного доступа внутримышечное введение эпинефрина в переднюю или латеральную часть бедра.

По данным Европейского Совета по реанимации – 2015 и Национального Совета по реанимации (Россия): раннее распознавание и немедленное внутримышечное введение адреналина – основа лечения анафилаксии.

Для **инфузионной нагрузки** применяют:

- подогретый (по возможности) 0,9 % натрия хлорид или другой сбалансированный кристаллоидный 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.

Таким образом, к неотложной терапии анафилаксии относят введение эпинефрина, инсуффляцию O_2 с высоким потоком – при невозможности обеспечить высокий поток O_2 – мешок Амбу, интубацию трахеи, коникотомию – и инфузионную нагрузку.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

Кортикостероиды не относят к препаратам первой линии для лечения анафилаксии, так как они не влияют на исход острой анафилаксии, но могут предотвратить вторую фазу реакций спустя 24-72 ч. после начальных симптомов. **Антигистаминные** препараты относят ко второй линии лечения анафилаксии из-за их воздействия на потенцируемую гистамином вазодилатацию и бронхоконстрикцию.

Дозы препаратов для интенсивной терапии анафилаксии указаны в Таблице 1.

Хирургическое вмешательство: нет.

Дальнейшее ведение: нет.

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

- полное выздоровление;
- восстановление трудоспособности.

Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

2. Нормативные ссылки:

1. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» № ҚР ДСМ-175/2020;
2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» № ҚР ДСМ – 111;
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № «Об утверждении «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» ҚР ДСМ-90;
4. Клинический протокол «Анафилактический шок». Одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от 30 июля 2020 года – Протокол № 109.

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения



Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Шокибаев Г	Мед. с	04.01.2024	
2	Абдиевабаева Ж.С	мед. сестра	04.01.2024	
3	Тотайбева А	мед. сестра	04.01.2024	
4	Компанкеев С.В	мед. сестра	04.01.2024	
5	Ирмистова Д	анушар	04.01.2024	
6	Кудобердиев О.И	анушар	04.01.2024	
7	Ушироваева Д.А	уч. мед.	04.01.2024	
8	Жаракереева Д.Т	ст. мед.	04.01.2024	
9	Сардауб С.А	Технический	04.01.2024	
10	Абдиева Г. Э	стоматолог	04.01.2024	
11	Абдрахманов М	стом. мед.	04.01.24	
12	Абдиева А.О	стоматолог	04.01.24	
13	Торшбаева С.И	стом. зуб врач	04.01.24	
14	Мамнурова М	стом. мед.	04.01.24	
15	Абдиев С.И	стом. мед.	04.01.24	
16	Самиева А.А	стом. мед.	04.01.2024	
17	Саурбаев Д.Н	стоматолог	04.01.2024	
18	Шокибаев М.К	кзр. мед.	04.01.2024	
19	Кирбайли А.И	Мед. сестра	04.01.2024	
20	Ишмухамедов Г.И	Мед. сестра	04.01.2024	
21	Курманов Б.Т	Терапевт	04.01.2024	
22	Абдиева Р.В	мед. сестра	04.01.2024	
23	Абдиева М	мед. сестра	04.01.2024	
24	Жаркенова Д	мед. сестра	04.01.2024	
25	Ишмухамедов И	Мед. сестра	04.01.2024	
26	Жаркенова С	мед. сестра	04.01.2024	

