Анафилактический шок

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: T78.0, T78.2, T80.5, T88.6 · Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Общероссийская общественная организация "Федерация анестезиологов и реаниматологов"

Анафилактический шок — жизнеугрожающая анафилаксия с выраженными гемодинамическими нарушениями; при сохранной гемодинамике диагноз шока неправомерен. Рекомендация посвящена распознаванию, неотложному введению эпинефрина, поддержке дыхания и кровообращения, госпитализации и профилактике повторных реакций.

Главное

- АШ диагностируют при наличии выраженных гемодинамических нарушений. Бронхоспазм с крапивницей без выраженных гемодинамических нарушений — анафилаксия, но не АШ.
- Наиболее частые триггеры — лекарственные средства и материалы, пищевые продукты, яд перепончатокрылых; у детей чаще причиной бывают продукты, у взрослых — лекарства и яд насекомых. Причину не удаётся установить примерно в 24–26% случаев.
- Тяжесть оценивают по АД и клинике: у взрослых при 1-й степени АД снижено на 30–40 мм рт. ст. от рабочих значений, при 2-й — ниже 90–60/40 мм рт. ст., при 3-й — 60–40/0 мм рт. ст., при 4-й АД не определяется, отсутствуют дыхание и тоны сердца. У детей гипотония: менее 70 мм рт. ст. в возрасте 1 месяц–1 год, менее 70 + 2 × возраст в годах — от 1 до 10 лет, менее 90 мм рт. ст. — в 11–17 лет.
- Тяжёлый АШ вероятнее при пожилом возрасте, астме и других заболеваниях лёгких, сердечно-сосудистой патологии, мастоцитозе, приёме бета-адреноблокаторов или ингибиторов АПФ, а также при лекарственном или ятрогенном триггере.
- Эпинефрин вводят незамедлительно: внутримышечно в переднебоковую поверхность верхней трети бедра, при необходимости через одежду.
- При отсутствии ответа на первую дозу эпинефрина повторное внутримышечное введение выполняют не ранее чем через 5 минут. Внутривенный эпинефрин допустим после недостаточного эффекта двух и более внутримышечных доз только при кардиореспираторном мониторинге.
- После стабилизации состояния необходимо собрать информацию о возможных провоцирующих факторах, направить пациента к аллергологу-иммунологу, обучить первой помощи и мерам предотвращения повторного контакта. После АШ на лекарство причинно-значимое средство в дальнейшем не применяют.

Диагностика

1. Уточнить время начала и обстоятельства реакции: введение лекарства, пища, ужаление насекомым, АСИТ или неизвестная причина. Обычно симптомы возникают через минуты–часы после контакта, при парентеральном лекарстве или ужалении — быстрее.
2. Проверить клинические критерии: острое поражение кожи/слизистых плюс респираторные нарушения или снижение АД; либо не менее двух острых групп симптомов после возможного аллергена при обязательных жизнеугрожающих нарушениях дыхания и/или кровообращения; либо снижение АД после известного для пациента аллергена.
3. Собрать жалобы и определить доминирующие проявления: зуд, высыпания, отёк глаз или слизистой полости рта, выделения из носа, чихание, кашель, одышка, боли в груди и животе, тревога, слабость, головокружение, тошнота и схваткообразные боли в животе.
4. Осмотреть кожу и слизистые, оценить проявления со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, центральной нервной и желудочно-кишечной систем, а также другие указанные проявления; определить вариант и степень тяжести АШ.
5. При экстренной помощи непрерывно либо периодически контролировать пульс, АД и ЧДД. Если монитор подключить невозможно, измерять пульс и АД вручную каждые 2–5 минут.
6. Для дифференциальной диагностики можно определить сывороточную триптазу через 15 минут–3 часа от первых симптомов и после выздоровления. Диагностически значимо повышение выше значения по формуле: 1,2 × базальный уровень триптазы + 2 мг/дл; нормальная триптаза АШ не исключает.

Лечение

- Немедленно вызвать скорую помощь, а в организации с отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии — реанимационную бригаду (УУР С, УДД 5). Прекратить поступление аллергена: остановить внутривенное введение лекарства, сохранив венозный доступ; при ужалении удалить жало и наложить венозный жгут выше места ужаления. Длительные мероприятия, например промывание желудка, не должны задерживать помощь (УУР С, УДД 5).
- Уложить пациента на спину с приподнятыми ногами и повернутой набок головой; не поднимать и не переводить в положение сидя. Беременную уложить на левый бок. При удушье из-за бронхоспазма или ангиоотека верхних дыхательных путей рекомендуется положение сидя (УУР С, УДД 5).
- Незамедлительно ввести эпинефрин внутримышечно в переднебоковую поверхность верхней трети бедра в дозе 0,01 мг/кг: максимум 0,5 мг взрослому, 0,3 мг ребёнку 6–12 лет и 0,15 мг ребёнку младше 6 лет (УУР В, УДД 2; УУР С, УДД 5).
- Если эффекта нет, повторить внутримышечную дозу не ранее чем через 5 минут. После двух и более неэффективных доз внутривенный эпинефрин вводят только при кардиореспираторном мониторинге; без венозного доступа продолжают внутримышечное введение каждые 5–10 минут в тех же возрастных дозах (УУР С, УДД 5).
- Подать кислород через лицевую маску для коррекции гипоксемии и после эпинефрина начать внутривенное введение электролитных растворов. Ориентировочная доза — 10–30 мл/кг; 0,9% раствор натрия хлорида: 500–1000 мл при нормотензии, 1000–2000 мл при гипотензии, детям 20 мл/кг; при сердечной недостаточности — не более 250 мл за 5–10 минут. Растворы декстрозы для этой цели не рекомендуются (УУР С, УДД 5).
- При отсутствии эффекта от внутримышечного эпинефрина взрослым можно начать его внутривенную инфузию: 1 мл раствора эпинефрина на 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида со скоростью 0,5–1 мл/кг/ч. Детям при наличии оборудования начинают непрерывную инфузию с 0,1 мкг/кг/мин с титрованием до 1 мкг/кг/мин (УУР С, УДД 5).
- После стабилизации АД и устранения дыхательных проявлений ввести системный глюкокортикостероид: взрослым метилпреднизолон 50–100 мг внутривенно или гидрокортизон 200 мг; детям метилпреднизолон 1–2 мг/кг, максимум 50 мг, или гидрокортизон 2–4 мг/кг, максимум 100 мг (УУР С, УДД 5). При сохраняющемся бронхоспазме несмотря на эпинефрин — сальбутамол через небулайзер 2,5 мг/2,5 мл взрослым и детям (УУР С, УДД 5).
- Антигистаминные системного действия применяют после стабилизации АД при сохраняющихся кожных и слизистых проявлениях; они не заменяют эпинефрин и могут усугубить гипотензию при быстром внутривенном введении. Для взрослых указаны клемастин 2 мг, хлоропирамин 1–2 мл 2% или дифенгидрамин 25–50 мг; дифенгидрамин вводят внутривенно медленно, не менее 5 минут (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- При диагностике анафилаксии или АШ показана экстренная госпитализация в стационар с отделением интенсивной терапии и реанимации; в отделении реанимации пациента наблюдают не менее 24 часов.
- Даже после купирования реакции госпитализация должна продолжаться не менее 12–24 часов из-за возможного затяжного или рецидивирующего течения; при необходимости срок продлевают на 2–3 суток.
- После выписки требуется амбулаторное наблюдение, поскольку нарушения функции органов и систем могут сохраняться 3–4 недели.
- После стабилизации направить пациента на консультацию аллерголога-иммунолога для выявления аллергена и подбора мер предотвращения повторного контакта.

Частые вопросы

Можно ли считать анафилаксию с бронхоспазмом и крапивницей анафилактическим шоком?

Нет, если нет выраженных гемодинамических нарушений. В такой ситуации это анафилаксия, но не АШ.

Куда и в какой дозе вводить эпинефрин при АШ?

Внутримышечно в переднебоковую поверхность верхней трети бедра, в дозе 0,01 мг/кг. Максимум за одну дозу: 0,5 мг взрослому, 0,3 мг ребёнку 6–12 лет и 0,15 мг ребёнку младше 6 лет.

Когда повторять эпинефрин и когда переходить на внутривенное введение?

При отсутствии ответа повторную внутримышечную дозу вводят не ранее чем через 5 минут. После недостаточного эффекта двух и более внутримышечных доз внутривенный эпинефрин допустим только при кардиореспираторном мониторинге.

Нужно ли вводить антигистаминный препарат сразу после начала АШ?

Нет. Его применяют после стабилизации АД при кожных и слизистых проявлениях; начало действия существенно медленнее, чем у эпинефрина, а быстрое внутривенное введение может усилить гипотензию.

Как долго наблюдать пациента после купирования АШ?

Показана госпитализация минимум на 12–24 часа, при необходимости — до 2–3 суток. Госпитализация в отделении реанимации должна продолжаться не менее 24 часов.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/263-anafilakticheskij-shok. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/263_2