

Аллергозы (аллергические заболевания) лечения

3 курс

- **Лечение на догоспитальном этапе острой крапивницы**
- 1. Антигистаминные лекарственные средства (ЛС) — основные средства для лечения (2-3 поколения до месяца) легкая степень
 - - Хлоропирамин (супрастин) в дозе 20–40 мг (1-2 мл) парентерально. или
 - клемастин 0,1%
 - - Дифенгидрамин (димедрол) 20–50 мг (1%-2-5 мл) парентерально. (при средней степени)
 -
- Глюкокортикоиды:
 - Системные глюкокортикостероиды должны назначаться пациентам с генерализованной крапивницей, пациентам без адекватного ответа на антигистаминные препараты.
 - - преднизолон в/в 1 мг на кг;
 - - дексаметазон 8-12 мг.
 -
- **Показания к доставке в стационар:**
 - Тяжёлые формы острой крапивницы и ангионевротического отёка в области гортани с риском асфиксии.
 - Все случаи анафилактической реакции, сопровождающиеся крапивницей.
 - Тяжёлые формы обострения хронической крапивницы и ангионевротического отёка, торпидные к лечению в амбулаторных условиях.

- Медикаментозная терапия хронической крапивницы также должна начинаться с назначения блокаторов H1-гистаминовых рецепторов, но II поколения. Классификация блокаторов H1-гистаминовых рецепторов II поколения (оригинальные препараты) представлена в таблице . Известно, что антигистаминные препараты II поколения имеют целый ряд преимуществ, к которым можно отнести более высокое сродство к H1-рецепторам гистамина, быстрое начало и более высокую продолжительность действия — до 24 часов. Антигистаминные препараты II поколения обладают высокой селективностью по отношению к гистаминовым рецепторам и не влияют на другие рецепторы — холинергические и мускариновые, также у них отсутствует эффект тахифилаксии. Кроме того, антигистаминные препараты II поколения практически не оказывают влияния на центральную нервную систему, и, как следствие, при их применении наблюдается отсутствие седативного эффекта и минимальное воздействие на когнитивную сферу пациента

Название препарата		Характеристика	Кратность приёма
Торговое	Действующее вещество		
Антигистаминные препараты I поколения			
Димедрол	Дифенгидрамин	Хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер. Обладают седативным (вызывают сонливость) и холинолитическим действием. Эффективны при сильном зуде, вегетативной дисфункции по ваготоническому типу, холинергической крапивнице. Фенкарол и перитол обладают антисеротониновым эффектом.	25-50 мг/1-3 раза в день
Диазолин	Мебгидролин		100 мг/1-3 раза в сутки
Пипольфен Дипразин	Прометазин		50 мг/1-3 раза в сутки
Перитол	Ципрогептадин		2-4 мг/ до 8 раз в сутки
Супрастин	Хлоропирамин		25 мг/3-4 раза в день
Тавегил	Клемастин		1 мг/2 раза в сутки
Фенистил	Диметинден		4 мг/1 раз в день
Фенкарол	Хифенадин		25-50 мг/3-4 раза в день
Задитен Кетоф	Кетотифен		1 мг/2 раза в сутки
Антигистаминные препараты II поколения			
Зиртек Зодак Цетрин Летизен Парлазин Цетиринакс	Цетиризин	Плохо проникают через гематоэнцефалический барьер, не оказывают выраженного седативного эффекта. Обладают высоким сродством к H1-рецепторам гистамина, быстрым началом действия, продолжительным терапевтическим эффектом. Тормозят раннюю и позднюю фазы аллергической реакции. Оказывают противовоспалительное действие.	10 мг/1 раз в сутки
Кларитин Ломилан Лорагексал Кларидол Кларисенс	Лоратадин		10 мг/1 раз в сутки
Антигистаминные препараты III поколения			
Телфаст Аллегра Аллерфекс Гифаст Фексадин Фексофаст	Фексофенадин	Не проникают через гематоэнцефалический барьер. Не обладают кардиотоксическим эффектом. Не вызывают сонливость. Оказывают противоаллергическое и противовоспалительное действие. Антигистаминный эффект возникает через 1 час и продолжается 24 часа.	180 мг/ 1 раз в сутки
Эриус Дезал Лордестин Эзлор Блогир-3	Дезлоратадин		5 мг/ 1 раз в сутки
Ксизал Супрастинекс Алерон Алерзин L-цет	Левоцетиризин		5 мг /1 раз в сутки

АСИТ-терапия

- **Аллерген-специфическая терапия (СИТ- терапия).**

Если аллергия – это чрезмерный иммунный ответ на какое-то вещество, то цель СИТ-терапии – создание **невосприимчивости** к этому веществу. Данное лечение может проводить только врач аллерголог в условиях специализированного кабинета или стационара. Лечение проводится **вне обострения** аллергии, как правило, в осеннее или зимнее время. Для достижения поставленной цели больному инъекционно вводят растворы аллергенов. Начинают с малой концентрации, постепенно увеличивая дозу. В результате к этому аллергену вырабатывается толерантность (невосприимчивость). Эффект от лечения тем выше, чем раньше начнется лечение.



ПРОФИЛАКТИКА АЛЛЕРГИИ

Лучший способ предотвратить возникновение **аллергической реакции** - *избегать контакта с аллергеном* или, по крайней мере, свести эти контакты к минимуму. Порой это сложно и очень обременительно, поэтому далеко не всегда возможно контролировать симптомы аллергии.

Человек с аллергией на пыльцу растений должен избегать *прогулок на природе, занятий спортом на свежем воздухе и пребывания на улице в середине дня*, когда температура воздуха максимальна. В СМИ уже во многих городах публикуются прогнозы цветения различных растений, поэтому наиболее опасные в плане воздействия аллергенов пыльцы дни можно узнать заранее и не выходить в это время на улицу.

Людам с пищевой аллергией следует избегать *продуктов, вызывающих аллергическую реакцию*. Но, к сожалению, не всегда мы знаем, какие именно ингредиенты содержатся в том или ином блюде. У многих людей аллергия на сою, которая содержится во многих хлебобулочных и кондитерских изделиях. *Арахис и арахисовое масло* также входят в состав очень многих готовых продуктов, представленных на полках магазинов.

Если у Вас аллергия на какие-либо *фармацевтические субстанции*, Ваш доктор поможет выбрать безопасное для Вас лекарство.

Для большинства аллергий **лучшей профилактикой** является *контроль за окружающей средой и строгое соблюдение правил гигиены*, особенно это, касается Вашей спальни.

Лечение отека Квинке

- При отеке гортани больного транспортируют в ЛОР отделение, так как в любой момент может понадобиться трахеотомия.
- Патогенетическая терапия: введение 0,1% раствора адреналина гидрохлорида 0,3-0,5 мл подкожно, 2 мл 2% раствора супрастина или 1—2 мл 1% раствора димедрола внутримышечно, 60-90 мг преднизолона внутривенно, ингаляции сальбутамола, алупента, 2—4 мл лазикса внутривенно.
- *Прогноз* обычно благоприятный при своевременной оказанной помощи. После купирования приступа пациенты направляются к аллергологу для дальнейшего наблюдения и лечения.

Анафилактический ШОК

Прекращение поступления аллергена

Наложение жгута выше места инъекции на 25 мин. (каждые 10 мин. ослаблять жгут на 1-2 мин);

к месту инъекции приложить лед или грелку с холодной водой на 15 мин.; обкалывание в 5-6 точках и инфильтрация места укуса или инъекции адреналина 0,1 % - 0,3-0,5 мл с 4-5 мл физиологического раствора

Противошоковые мероприятия

Больного уложить (голова ниже ног), повернуть голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть, снять съемные зубные протезы;

Обеспечить в/в доступ и начать болюсное переливание жидкостей (физиологический раствор взрослым > 1 л, детям из расчета 20 мл/кг).

Противоаллергическая терапия

Адреналин 0,1 % - 0,1 - 0,5 мл в/м, при необходимости повторить инъекции через 5-20 мин.

Глюкокортикостероиды в/в струйно (преднизолон 60-150 мг)

Профилактика АШ

- Важнейшей профилактической мерой является сбор аллергологического анамнеза и отказ от назначения медикаментозных средств без достаточного основания, и в первую очередь тех, которые чаще вызывают аллергическую реакцию
- Нежелательно назначение одновременно 3 и более лекарственных средств. Профилактика заключается в борьбе с самолечением, в борьбе с цветущей амброзией, в пропаганде необходимых знаний среди населения.

Принципы лечения ЛБ (как и любой аллергии)

- Прекращение дальнейшего поступления в организма предполагаемого лекарства.
- Противоаллергическая терапия (антигистаминные препараты или глюкокортикоиды).
- Симптоматическая терапия.
- Противошоковые мероприятия.