

# [Аллергозы



- ПМ.03.

Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе

Раздел 2.

- Неотложные состояния при внутренних болезнях

# Аллергические заболевания



- группа заболеваний, в основе развития которых лежит аллергия, или анафилаксия.
- Аллергия - иммунопатологическая реакция, связанная с повышенной чувствительностью организма к какому-либо чужеродному агенту.  
Термин «аллергия» был введён венским педиатром Клеменсом Фон Пирке в 1906 г. Он заметил, что у некоторых из его пациентов наблюдаемые симптомы могли быть вызваны определёнными веществами (аллергенами) из окружающей среды: пылью, пыльцой растений, некоторыми видами пищи. На протяжении долгого времени считалось, что гиперчувствительность развивается в связи с нарушением функции иммуноглобулинов E, однако впоследствии стало ясно, что многочисленные механизмы с участием различных химических веществ вызывают появление множества симптомов, ранее классифицированных как «аллергия».
- P. G. H. Gell и R. R. A. Coombs выделили 4 основных типа реакций гиперчувствительности. Термин аллергия был сохранён за первым типом реакций.

# Аллергия

- иммунопатологическая реакция.

## *Виды:*

- анафилаксия - аллергическая реакция, вызванная искусственно
- атопическая реакция - аллергическая реакция в результате самопроизвольной сенсibilизации организма

## *Типы:*

- I тип - реакция гиперчувствительности немедленного типа. Это гуморальная реакция (анафилактический шок, бронхиальная астма, острая крапивница). Развивается в течение 15-20 минут.
- II тип - цитотоксическая реакция. Протекает при участии IgG и M, а также активизации системы комплемента, что ведет к повреждению клеточной мембраны. Развивается через 1-2 суток.
- III тип - иммунокомплексная реакция. Это болезни ИК, которые оседают на стенках сосудов (васкулиты), вызывая геморрагический васкулит, нефрит, миокардит, дерматиты, сывороточную болезнь, пищевую аллергию.
- IV тип - РГЗТ(реакция гиперчувствительности замедленного типа). Это типичная аллергия тканевого характера. Встречается при эндогенной БА, альвеолитах, местных реакциях. Реакция возникает через 2-3, 4-6 суток. Примером является сывороточная болезнь, отторжение ткани при пересадке органов.

# Иммуноглобулины(Ig)

- антитела, играющие роль в иммунной защите организма. Существует 5 классов Ig:

IgG - направлен против микробов и вирусов

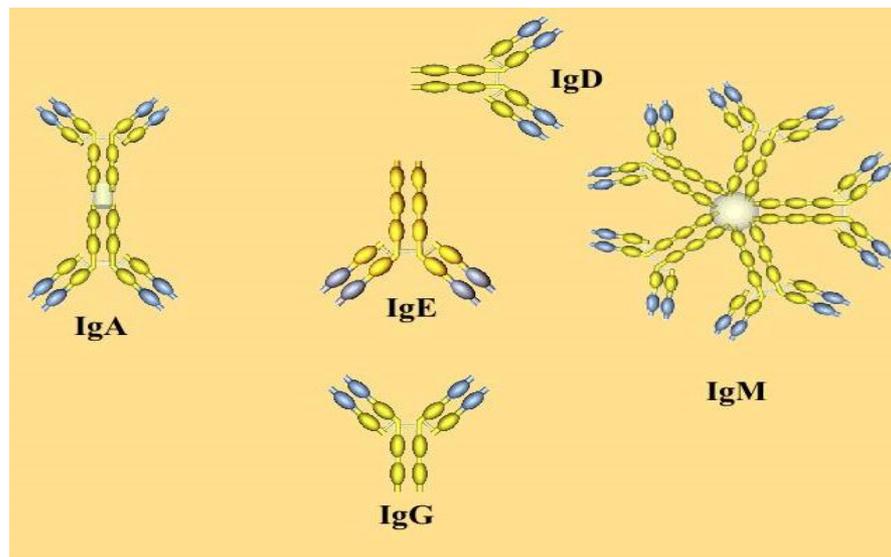
IgA - осуществляет защиту в пределах слизистых оболочек

IgM - против грамотрицательных палочек

IgD - роль не изучена

IgE - роль, связанная с аллергией, количество их увеличено при бронхиальной астме

Органами, отвечающими за иммунитет являются: лимфатическая ткань, красный костный мозг, тимус.



# Аллергены

— это антигены, вызывающие у чувствительных к ним людей аллергические реакции.

*В зависимости от происхождения аллергены можно разделить на несколько групп:*

- бытовые — домашняя и бытовая пыль, дафнии
- эпидермальные — шерсть, пух, перо, перхоть, экскременты, слюна домашних животных. Также может быть эпидермис человека.
- инсектные — синантропные микрочлещи, тараканы, жалящие и кровососущие насекомые, паукообразные.
- пыльцевые — пыльца различных растений, чаще злаковых, сорных трав, деревьев.
- пищевые — потенциально любой пищевой продукт может быть аллергеном.
- лекарственные — аллергенами могут быть любые лекарственные препараты, включая и противоаллергические средства.
- грибковые — основной компонент домашней пыли, чаще речь идет о плесневых и дрожжевых грибах.
- гельминтные — антигены аскарид, остриц, власоглава и др. гельминтов,

*В зависимости от механизма образования существует две группы аллергенов:*

- экзоаллергены(попадают в организм из внешней среды);
- эндоаллергены(образуются в самом организме и называются аутоаллергенами)





**Продукты, наиболее часто вызывающие**

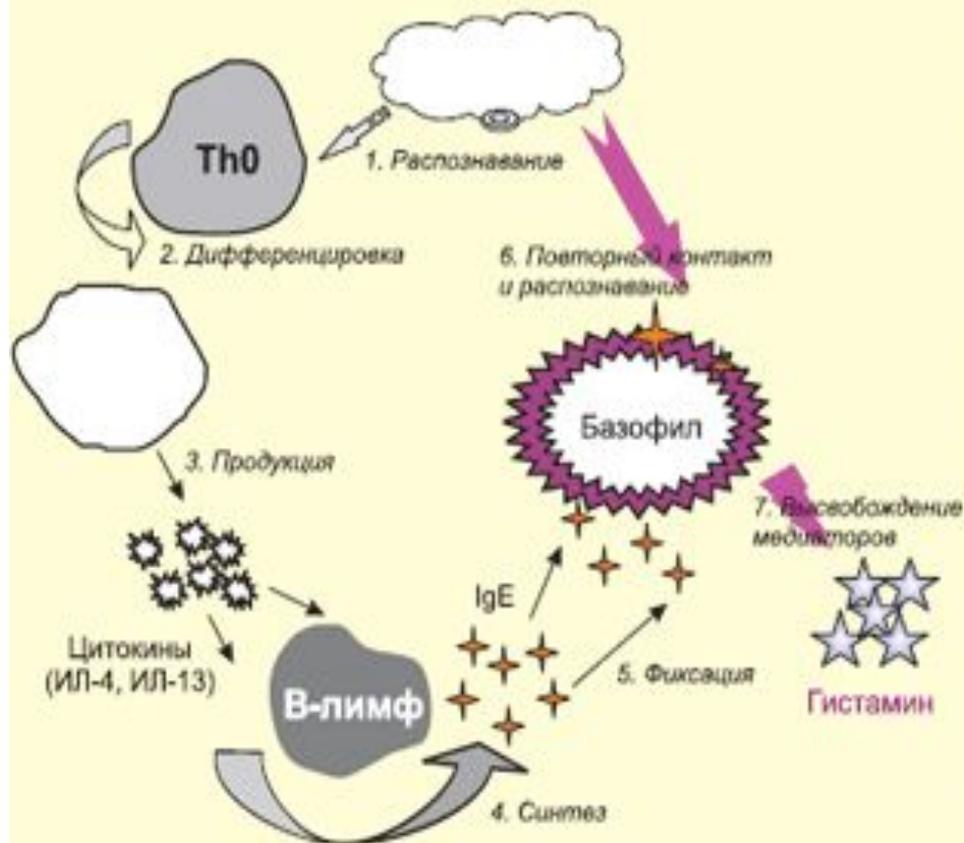


**аллергические реакции:**



# Патогенез аллергии

Патогенетическая основа — IgE-зависимый механизм развития + наследственная предрасположенность.



1. Активация Т-лимфоцитов и распознавание антигена.
2. Дифференцировка Th0 в Т-хелперы 2-го типа (Th2).
3. Th2 продуцируют цитокины (ИЛ-4 и ИЛ-13).
4. Цитокины включают синтез IgE в В-лимфоцитах.
5. IgE фиксируются к специфическим рецепторам на мембранах тучных клеток и базофилов.
6. При повторном контакте аллерген распознается фиксированными на тучной клетке антителами.
7. Происходит активация тучной клетки с высвобождением преформированных медиаторов аллергии — гистамина, серотонина, кининов.

Рисунок 1

# Диагностика

- **Кожные пробы**

Наиболее простым методом диагностики и мониторинга гиперчувствительности I типа являются кожные пробы (так же известные как пробы с накалыванием или скарификационные пробы). Небольшие количества предполагаемого аллергена, или его экстракта (пыльца, трава, экстракт орехов, и др.) вводятся интрадермально (в толщу кожи) в пределах зон на внутренней поверхности предплечья или на коже спины. Аллергены вводятся посредством интрадермальной инъекции или в небольшие царапины нанесённые на кожу пациента острым предметом. Если пациент сенсibilизирован по отношению к исследуемому аллергену, то воспалительная реакция развивается в течение 30 минут.

- **Определение уровня общего и специфических IgE**

Другой метод диагностики состояния гиперчувствительности I типа — это определение числа специфических для проверяемого аллергена IgE, содержащихся в сыворотке пациента при помощи колориметрического или радиометрического иммунологического анализа. Число специфических IgE для определённого аллергена так же может быть определено при помощи радиоаллергосорбент теста (RAST). Как и кожные тесты, проверки проводятся на ограниченном перечне аллергенных веществ, входящих в тестовые наборы.



# Общие и другие симптомы аллергозов

Общие симптомы разнообразны: слабость, головная боль, головокружение, сонливость, бессонница, отрыжка, тошнота, рвота, анорексия. Симптомом можно считать ухудшение в течении основного заболевания, несмотря на усиление лекарственной терапии.

Эти симптомы развиваются постепенно и только при АШ и крапивнице - внезапно(при шоке - потеря сознания)

## *Другие симптомы:*

- поражение СО: эрозии, язвы, стоматиты, конъюнктивиты, некроз и отслойка эпидермиса(син-м Лайела)
- поражение системы крови, лимфатической системы: увеличение лимфатических узлов, гемолиз эритроцитов, анемия
- поражение сердца: острая ишемия, миокардит
- поражение легких: риносинусит, ларингит, бронхоспазм, альвеолиты и инфильтраты
- поражение почек: лекарственный нефрит
- поражение ЖКТ: дисфагия, язвы, абдоминальные кризы, диарея
- поражение нервной системы: полиневриты



При анализе клинической картины аллергической реакции фельдшер «скорой помощи» должен получить ответы на следующие вопросы.

- **1) Были ли в анамнезе аллергические реакции.**

*Сбор аллергологического анамнеза всегда необходим перед проведением любой лекарственной терапии (в т.ч. глюкокортикоидами и антигистаминными средствами).*

- **2) Что их вызывало.**

*Возможна перекрестная аллергия (например, на пенициллины и цефалоспорины)*

- **3) Чем они проявлялись**

*Анамнестические данные сравниваются с данными, полученными при осмотре.*

- **4) Что предшествовало возникновению реакции в этот раз** (продукты питания, лекарственные средства, укусы насекомых и т.п.).

*Необходимо выявить возможный аллерген и путь его попадания в организм.*

# Крапивница

- кожная аллергическая реакция, имеет вид сыпи, которая состоит из красноватых выпуклых или уплощенных образований неправильной формы, вызывающих зуд. Сыпь появляется внезапно и затем периодически исчезает и снова возникает.



# Этиология

Крапивница развивается обычно в результате контакта с аллергеном, содержащимся в пище, лекарствах, вдыхаемом воздухе или одежде.

Но подобные высыпания могут также появиться под действием солнечных лучей, высоких температур (например, слишком горячий душ) или стресса. Причина развития крапивницы — выделение в коже гистамина.

Крапивница — наиболее частое проявление лекарственной аллергии. Это острое заболевание, связанное с нарушением проницаемости сосудистой стенки.

Вызывают крапивницу пищевые аллергены (белая постная рыба, куриные яйца, молоко и др.), а также укусы перепончатокрылых насекомых.

Развитие хронической крапивницы связано с нарушением функции почек, печени, желудочно-кишечного тракта, глистными инвазиями, повышенной чувствительностью к солнечному свету и другими причинами.



# Клиническая картина

- Острая крапивница характеризуется внезапным началом, появлением сильного зуда, жжения и высыпаний на любых участках кожного покрова, а также на слизистых оболочках губ, языка, мягкого неба, гортани. Волдыри могут быть различных размеров и очертаний, возможно их слияние, сопровождающееся нарушением общего состояния (крапивная лихорадка, артралгии). Острая крапивница чаще обусловлена лекарственной или пищевой аллергией, парентеральным введением лекарств, сывороток, вакцин, переливанием крови.
- Хроническая рецидивирующая крапивница обычно развивается на фоне продолжительной сенсibilизации, обусловленной очагами хронической инфекции (тонзиллит, холецистит, аднексит и др. ), нарушением деятельности желудочно-кишечного тракта, печени и др. Рецидивы заболевания, характеризующиеся появлением волдырей на различных участках кожного покрова, сменяются ремиссиями различной длительности. Во время приступа возможны головная боль, слабость, повышение температуры тела, артралгии, при отеке слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта - тошнота, рвота, понос. Мучительный зуд может сопровождаться бессонницей, невротическими расстройствами.



- Солнечная крапивница - разновидность фотодерматоза; развивается у лиц, страдающих заболеванием печени и нарушенным порфириновым обменом при выраженной сенсibilизации к ультрафиолетовым лучам. Болеют чаще женщины. Заболевание характеризуется появлением высыпаний на открытых участках кожи (лицо, руки и др. ). Характерна сезонность (весна -лето). При длительном пребывании на солнце высыпания могут сопровождаться общей реакцией организма в виде нарушения дыхания и сердечной деятельности, возможен шок.

# Лечение

Лечение крапивницы состоит в отыскании аллергена и его устранении.

Обычно это легко сделать в отношении острой крапивницы. При хроническом течении крапивницы требуется более тщательное обследование, включающее в себя подробную историю заболевания, анализа крови, мочи и кала, а также в некоторых случаях рентгенологическое исследование. При крапивнице помогают антигистаминные препараты (супрастин, димедрол, тавегил) - это главное лечение, холодные компрессы и успокаивающие зуд лосьоны. В тяжелых случаях иногда приходится прибегать к кортикостероидам. Если отек распространяется на большие участки тела и захватывает слизистые оболочки тела, создавая угрозу жизни, то приходится использовать экстренные меры - введение больших доз активных стероидов и адреналина (эпинефрина).



# Ангионевротический отек Квинке

- остро развивающийся, быстро проходящий аллергический отёк кожи, подкожной клетчатки и слизистых оболочек.

Предрасполагающими факторами к возникновению отека Квинке могут быть паразитарные и вирусные инфекции (лямблиоз, гепатит, глистные инвазии и т.д.), заболевания внутренних органов и эндокринной системы (например, щитовидной железы).



# Этиология

Причины отека Квинке - разнообразные аллергены, их сочетания (пищевые продукты, медикаменты, бактерии, косметические средства и др.). Чаще всего причиной являются антибактериальные препараты



# Клиническая картина

## локальные отеки:

**губ, век,** возможно вовлечение мозговых оболочек, с появлением менингеальных симптомов или лабиринтных систем, что проявляется клиникой синдрома Меньера (головокружение, тошнота, рвота).

**слизистых оболочек полости рта** (языка, мягкого неба, миндалин  
**отек слизистой ЖКТ** может симулировать острую абдоминальную патологию, так как проявляется диспепсическими расстройствами, острой болью в животе, усилением перистальтики кишечника, иногда — перитонеальными симптомами. ),

**дыхательных путей,** наиболее угрожающее состояние - отек гортани с нарастающей клиникой острой дыхательной недостаточности (охриплость голоса, лающий кашель, прогрессирующее затруднение дыхания)

**мочеполовой области,** (острый цистит, развитие острой задержки мочи), **МОШОНКИ**

# Отек Квинке наследственный (псевдоаллергический)

Заболевание чаще всего носит семейный характер. Оно обусловлено наследственной недостаточностью некоторых ферментов, способствующих разрушению веществ, вызывают отек тканей. Псевдоаллергический отек Квинке протекает в виде обострений. Появляется болезненный отек кожи и слизистых оболочек (в основном дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта). Обострение заболевания может начаться от травмы, стресса, острого заболевания, резкой смены температуры и т.д.



# Неотложная помощь

- 1. **Гормонотерапия:** преднизолон 60—90 мг в/м или в/в; дексазон 8—12 мг в/в;
- 2. **Десенсибилизирующая терапия:** супрастин 2% — 2,0 в/м;
- 3. **Мочегонные:** лазикс 40—80 мг в/в стуйно в 10—20 мл физиологического раствора;
- 4. **Ингибиторы протеаз:** контрикал — 30000 ЕД в/в в 300 мл физиологического раствора, эпсилон-аминокапроновая кислота 5% — 200 мл в/в капельно, затем — по 100 мл через 4 часа или по 4 г per os 4—5 раз в день до полного купирования реакции;
- 5. **Дезинтоксикационная терапия** достигается проведением гемо-сорбции, энтеросорбции.
- **Госпитализация** в аллергологическое отделение.

# Анафилактический шок

- **аллергическая реакция немедленного типа, состояние резко повышенной чувствительности организма, развивающееся при повторном введении чужеродных белков и сывороток, медикаментов.**

Одно из наиболее опасных осложнений лекарственной аллергии, заканчивающееся примерно в **10-20 %** случаев летально.

Скорость возникновения анафилактического шока — от нескольких секунд или минут до 2 часов от начала контакта с аллергеном.

**NB!!!** В развитии анафилактической реакции у больных с высокой степенью сенсибилизации **ни доза, ни способ введения аллергена не играют решающей роли.** Однако большая доза препарата увеличивает тяжесть и длительность течения шока.



# Этиология

Анафилактический шок часто наблюдается при терапевтическом и диагностическом вмешательствах — применении лекарств (пенициллина и его аналогов, стрептомицина, витамина В1, амидопирина, анальгина, новокаина), иммунных сывороток, йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ, при кожном тестировании и проведении гипосенсибилизирующей терапии с помощью аллергенов, при ошибках переливания крови, кровезаменителей и др.

# Патогенез

В основе патогенеза лежит реакция гиперчувствительности немедленного типа.

Общий и наиболее существенный признак шока — остро наступающее уменьшение кровотока с нарушением периферического, а затем и центрального кровообращения под влиянием гистамина и других медиаторов, обильно секретируемых клетками.

Кожные покровы становятся холодными, влажными и цианотично-бледными. В связи с уменьшением кровотока в головном мозге и других органах, появляются беспокойство, затемнение сознания, одышка, нарушается мочеотделение.

# Клиническая картина

Первым симптомом или даже предвестником развития анафилактического шока является резко выраженная **местная реакция** в месте попадания аллергена в организм — необычно резкая боль, сильный отек, припухлость и краснота в месте укуса насекомого или инъекции лекарственного препарата, сильный зуд кожи, быстро распространяющийся по всей коже (генерализованный зуд). При приеме аллергена внутрь первым симптомом может быть резкая боль в животе, тошнота и рвота, отек полости рта и гортани.



Быстро присоединяется выраженный отек гортани, бронхоспазм и ларингоспазм, приводящие к резкому затруднению дыхания. Затруднение дыхания приводит к развитию учащенного, шумного, хриплого («астматического») дыхания. Развивается гипоксия. Больной сильно бледнеет, губы и видимые слизистые оболочки, а также дистальные концы конечностей (пальцы) могут стать цианотичными (синюшными). У больного с анафилактическим шоком резко падает артериальное давление и развивается коллапс. Больной может потерять сознание или упасть в обморок.

# Варианты форм шока

- **Гемодинамический.** На первое место выступают симптомы нарушения сердечно-сосудистой деятельности: интенсивные боли в области сердца, слабость пульса, аритмии. Наблюдается бледность или генерализованная гиперемия, мраморность кожных покровов.
- **Асфиктический.** Преобладает острая дыхательная недостаточность, которая может быть обусловлена отеком слизистой оболочки гортани, бронхоспазмом вплоть до отека легких.
- **Церебральный.** Клиническая картина характеризуется преимущественными нарушениями ЦНС с симптомами психомоторного возбуждения, страха, судорог. Иногда возможен отек головного мозга, эпилептический статус с последующей остановкой дыхания и сердечной деятельности.
- **Абдоминальный.** Характерно преобладание симптомов "острого живота". Болевой абдоминальный вариант обычно возникает через 20-30 минут после появления первых признаков шока.

# Типы течения АШ

- **Острое злокачественное течение** (быстрое падение АД, нарушение сознания, дыхательная недостаточность, бронхоспазм, наблюдается резистентность к проводимой терапии).
- **Острое доброкачественное течение** (нерезкая выраженность симптомов).
- **Затяжное течение** (с острым началом, симптомы поддаются лечению, но остается длительно умеренная симптоматика).
- **Рецидивирующее течение** (возникновение повторного шокового состояния после первоначального купирования его симптомов)
- **Абортивное течение** (шок быстро проходит и легко купируется)

# Направления лекарственной терапии

- *1. Прекращение дальнейшего поступления в организм предполагаемого аллергена.*
- *2. Противоаллергическая терапия (антигистаминными препаратами или глюкокортикостероидами).*
- *3. Симптоматическая терапия.*
- *4. Противошоковые мероприятия.*

# Неотложная помощь

| Организационные мероприятия   | Первичная терапия  | Вторичная терапия   |
|---|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Прекратить введение препарата, вызвавшего шок, если игла в вене ее не вынимать, подсоединить шприц с физиологическим раствором и терапию проводить через эту иглу.</li><li>2. Сообщить врачу отделения реанимации</li><li>3. Уложить больного в горизонтальное положение с приподнятым ножным концом. Тепло укрыть. Положить голову набок, выдвинуть челюсть вперед при западении языка.</li><li>4. Измерить пульс, АД, поставить термометр.</li><li>5. Наложить жгут на место выше введения препарата, если это возможно.</li><li>6. Провести осмотр кожных покровов.</li><li>7. Обеспечить доступ свежего воздуха или дать кислород. При выраженной дыхательной недостаточности - ИВЛ.</li><li>8. Положить лед на место инъекции.</li><li>9. Приготовить систему для внутривенных вливаний с 400 мл физиологического раствора 2,5% 10 мл шприцы 5 - 6 штук, ампулы с адреналином, димедролом, преднизолоном.</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. При подкожном введении препарата, вызвавшего шок обколоть крестообразно место инъекции 0,3 - 0,5 мл раствора адреналина в каждый вкол (1 мл 0,1% раствора адреналина развести в 10 мл физиологического раствора).</li><li>2. При введении аллергического препарата в нос или в глаза, промыть их водой и закапать 1 - 2 капли 0,1% р-р адреналина.</li><li>3. В/венно струйно 0,1% р-р адреналина 0,1 мл/год жизни, но не более 1 мл. в течении 15 - 20 минут.</li><li>4. Восполнение ОЦК физиологическим раствором со скоростью 20 - 40 мл/кг/час</li><li>5. При подъеме АД на 20% от возрастной нормы или нормализации АД скорость инфузии уменьшается.</li><li>6. Преднизолон 5 - 10 мг/кг</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Димедрол 1% р-р 0,1 мл/кг, не более 5 мл.</li><li>2. Адреналин постоянная инфузия со скоростью 0,005 - 0,05 мл/кг/мин.</li><li>3. При сохраняющейся артериальной гипотензии или тахикардии - раствор норадреналина 0,05 мл/кг/мин до получения желаемого эффекта.</li><li>4. При бронхоспазме 1 - 2 ингаляции беротека (сальбутамола) с интервалом 15 - 20 минут. Эуфиллин 2,4% р-р 1 мл/ год жизни - разовая за 20 минут, затем титрование 0,5 мг/кг/час.</li></ol> |

# Лечение острых аллергических заболеваний

## 1. Прекращение дальнейшего поступления в организм предполагаемого аллергена.

Например, в случае реакции на лекарственный препарат, введенный парентерально или при укусе/ужалении насекомых - наложение жгута выше места инъекции или укуса на 25 мин (каждые 10 минут необходимо ослаблять жгут на 1-2 минуты); к месту инъекции или укуса - лед или грелка с холодной водой на 15 мин; обкалывание в 5-6 точках и инфильтрация места инъекции или укуса 0,3 - 0,5 мл 0,1% раствора адреналина с 4,5 мл изотонического раствора хлорида натрия.

## 2. Противоаллергическая терапия (антигистаминными препаратами или глюкокортикостероидами).

Введение антигистаминных препаратов показано при аллергическом рините, аллергическом конъюнктивите, крапивнице. Терапию глюкокортикоидами проводят при анафилактическом шоке и при отеке Квинке (в последнем случае - препарат выбора): внутривенно вводят преднизолон (взрослым - 60-150 мг, детям - из расчета 2 мг на 1 кг массы тела). При генерализованной крапивнице или при сочетании крапивницы с отеком Квинке высокоэффективен бетаметазон (дипроспан) 1-2 мл внутримышечно. При отеке Квинке для предупреждения влияния на ткани гистамина необходимо комбинировать антигистаминные препараты нового поколения (семпрекс, кларитин, клоратадин) с ГК.

## 3. Симптоматическая терапия.

При развитии бронхоспазма - показано ингаляционное введение  $\beta_2$ -агонистов и других бронхолитических и противовоспалительных препаратов через небулайзер. Коррекцию артериальной гипотонии и восполнение объема циркулирующей крови проводят с помощью введения солевых и коллоидных растворов (изотонического раствора хлорида натрия 500-1000 мл, полиглюкина 400 мл). Применение вазопрессорных аминов (допамин 400 мг на 500 мл 5% глюкозы, норадреналина 0,2 - 2 мл на 500 мл 5% раствора глюкозы, доза титруется до достижения уровня систолического давления 90 мм рт.ст.) возможно только после восполнения ОЦК. При брадикардии возможно введение атропина в дозе 0,3-0,5 мг подкожно (при необходимости, введение повторяют каждые 10 минут). При наличии цианоза, диспноэ, сухих хрипов показана также кислородотерапия.

## 4. Противошоковые мероприятия.

При анафилактическом шоке больного следует уложить (голова ниже ног), повернуть голову в сторону (во избежание аспирации рвотных масс), выдвинуть нижнюю челюсть, при наличии съемных зубных протезов - удалить. Подкожно вводят адреналин в дозе 0,1 - 0,5 мл 0,1% раствора (препарат выбора), при необходимости инъекции повторяют каждые 20 минут в течение часа под контролем уровня АД. При нестабильной гемодинамике с развитием непосредственной угрозы для жизни возможно внутривенное введение адреналина. При этом 1 мл 0,1% раствора адреналина разводится в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия и вводится с начальной скоростью 1 мкг/мин (1 мл в мин). При необходимости скорость может быть увеличена до 2-10 мкг/мин. Внутривенное введение адреналина проводится под контролем частоты сердечных сокращений, дыхания, уровня артериального давления (систолическое артериальное давление необходимо поддерживать на уровне более 100 мм рт.ст. у взрослых и более 50 мм рт.ст. у детей).

## Лекарственные средства, применяемые для лечения острых аллергических заболеваний на догоспитальном этапе.

| Аллергические заболевания                       | Лекарственные средства  |           |     |  |
|---|-------------------------|-----------|-----|--|
|   | Антигистаминные         | Адреналин | ГКС | b2-агонисты                                    |
| Аллергический ринит, аллергический конъюнктивит | +                       | -         | -   | +<br>(при наличии сопутствующего бронхоспазма) |
| Крапивница                                      | +                       | -         | +   | +<br>(при наличии сопутствующего бронхоспазма) |
| Генерализованная крапивница, отек Квинке        | +<br>(нового поколения) | -         | +   | +<br>(при наличии сопутствующего бронхоспазма) |
| Отек гортани                                    | -                       | +         | +   | +  |
| Анафилактический шок                            | -                       | +         | +   | +<br>(при наличии сопутствующего бронхоспазма) |

## Способ применения и дозировка антиаллергических препаратов.



| №  | Препарат  | Доза   |  |
|----|---|--|--|
|    |   | Дети   | Взрослые   |
| 1. | Адреналин (0,1 % р-р, ампулы по 1 мг)                                 | 0,1-0,5 мл 0,1% р-ра( или из расчета 0,01 мг/кг массы тела)<br>При неэффективности – повторная инъекция через 20 минут.    | 0,3-0,5 мл 0,1% раствора п/к.<br>При неэффективности повторить через 20мин     |
| 2  | Преднизолон (ампулы по 1 мг – 30 шт.)                                 | <b>В/в 1-2 мг/кг каждые 4-6 часов</b>  | 60 – 150 мг в/в струйно  |
| 3. | Пульмикорт  | <b>1/2 небулы (500 – 1000 мкг) через небулайзер в течение 5-10 минут.</b>  | 1000-1200 мкг (1/2 небулы) через небулайзер в течение 5-10 минут<br>1-2 мл в\м |
| 4. | Дипроспан   | 1 мл в/м   | 1 мл в/м   |
| 5. | Димедрол (1% р-р, ампулы по 1 мл)                                     | 0,1 мл/год жизни, не более 1 мл  | 1,0 мл 1% раствора в/м   |
| 6. | Супрастин (2% р-р, ампулы по 2 мл)                                    | 0,1 мл/год жизни, не более 1 мл  | 1,0 мл 1% раствора в/м   |
| 7. | Семпрекс (капсулы по 8 мг)  | Детям старше 12 лет – 10 мг или 2 ч\л сиропа<br>Детям от 2 до 12 лет – 5 мг ( 1\2 табл. или 1 ч\л сиропа)                  | 1 капсула 8 мг перорально  |
| 8. | Кларитин  | Детям старше 12 лет – 1 табл. 120 мг   | 1 таблетка 120 – 180 мг перорально   |
| 9. | <b>Кларитин</b><br>Клоратадин (таблетки по 10 мг, сироп по 5 мг в гл) | Детям менее 30 кг – ½ табл. (5 мг), или 1 гл сиропа (5 мг).<br>Детям более 30 кг – 1 табл. (10мг) или 2 гл сиропа (10 мг). | 1 таблетка 10 мг перорально  |

## ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ ТЕРАПИИ.

- Изолированное назначение H1-гистаминовых блокаторов при тяжелых аллергических реакциях, равно как и при бронхообструктивном синдроме, не имеет самостоятельного значения и на догоспитальном этапе лишь приводит к неоправданной потере времени.
- Использование дипразина (пипольфена) еще и опасно усугублением гипотонии.
- Позднее назначение ГКС; необоснованное применение малых доз ГКС.
- Использование отдельных препаратов, не показанных для лечения аллергических заболеваний (глюконата кальция, хлористого кальция и пр.).
- Наличие в таблице оснащения бригад скорой помощи препаратов однонаправленного действия (супрастин-димедрол-тавегил-диазолин и т. д.) экономически неоправданно.
- Неиспользование топических ГКС и b2-агонистов при аллергическом стенозе гортани и бронхоспазме.

## ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

После оказания неотложной помощи больные со среднетяжелыми и тяжелыми аллергическими реакциями (анафилактический шок, отек Квинке) должны быть госпитализированы в стационар для дальнейшего наблюдения. При легких аллергических реакциях вопрос о госпитализации решается индивидуально в каждом случае.