Реферат

Детские аллергические заболевания

**Содержание**

Введение

. Понятие об аллергии

. Характеристика аллергических заболеваний и первая помощь

.1 Экссудативно-катаральный диатез

.2 Анафилактический шок

.3 Острая крапивница и отёк Квинке

. Профилактика аллергических заболеваний

Заключение

Список литературы

**Введение**

Аллергическая патология является одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. Это связано с неуклонным ростом заболеваемости аллергией во всем мире. На сегодняшний день каждый третий житель Земли хотя бы раз в жизни перенес аллергическую реакцию. Самые ранние проявления аллергии могут возникнуть уже с первых дней жизни ребенка.

По данным эпидемиологических обследований, аллергическими реакциями и заболеваниями страдает до 25% детского населения (И. И. Балаболкин, 2003). В связи с неблагополучной эпидемиологической ситуацией по инфекционным заболеваниям в нашей стране особую актуальность приобретает проблема полного охвата профилактическими прививками этого контингента детей. Между тем до недавнего времени значительной части детей с аллергической патологией врачи необоснованно давали отводы от прививок из-за боязни обострения аллергического процесса и возникновения тяжелых аллергических реакций.

Поэтому свою работу я начала с описания понятия аллергия, рассмотрю группы аллергенов и дам им краткую характеристику, так же опишу типы аллергических реакций. Во второй главе я раскрою характеристику аллергических заболеваний и опишу коротко правила первой помощи. Третья глава посвящена непосредственно профилактике аллергических заболеваний. В заключении мною будут подведены итоги и сделаны выводы по данной теме.

**1. Понятие об аллергии**

**Аллергия** - повышенная чувствительность организма к воздействию некоторых факторов окружающей среды (химических веществ, микробов, пищевых продуктов), называемых аллергенами. Аллергия лежит в основе так называемых аллергических болезней, к которым, как считают, предрасположено более 2/3 населения планеты. Аллергические заболевания не заразны, но предрасположенность к ним наследуется.

Если в семьях родителей ребенка были случаи аллергических заболеваний и один из родителей страдает им, вероятность развития у ребенка этого состояния составляет 50 %. Если аллергия есть у обоих родителей - более 75 %.

Все аллергены можно разделить на ряд групп: биологические (микробы, вирусы, грибки, гельминты, вакцины); лекарственные (аллергическую реакцию может вызвать практически любой препарат - кодеин, аспирин, пенициллин и др.); бытовые (домашняя пыль, в которую входят пылевые частички с ковров, одежды, белья, частички домашних насекомых и др.); пыльцевые (пыльца растений); пищевые аллергены (любые пищевые продукты) и промышленные.

Наиболее раннее проявление пищевой аллергии - экссудативный диатез, который может проявиться у ребенка уже на 2-й неделе жизни и в течение нескольких месяцев перейти в другую форму кожного заболевания.

Аллергия поражает почти все органы и ткани детского организма:

кожу - в виде экземы, нейродермита, крапивницы;

глаза - в форме конъюнктивита;

нос - в форме аллергического ринита;

легкие - в форме бронхиальной астмы;

почки - в виде громерулонефрита;

сердце - в форме ревматизма;

кости - в форме артритов;

кишечник - в форме дискинезий;

кровь - в форме анемий, лейкопений.

При соприкосновении с аллергеном в организме человека развивается аллергическая реакция, которая носит специфический характер. По времени появления аллергические реакции принято делить на 2 группы: реакции немедленного и реакции замедленного типа.

Реакции немедленного типа могут проявиться через 15-20 мин после воздействия специфического аллергена в виде кожных волдырей, спазмов бронхов и др.

К аллергическим реакциям замедленного типа относят анафилактический шок, крапивницу, бронхиальную астму и многие другие болезни.

Аллергия развивается не во всех случаях контакта с аллергеном. Определенную роль играют наследственность, состояние эндокринной и нервной систем.

Поэтому, исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что решение проблемы как предотвратить аллергию, состоит в том, чтобы свести к минимуму неблагоприятные условия, которые оживляют предрасположенность к аллергии.

аллергия диатез анафилактический шок крапивница

**2.Характеристика аллергических заболеваний и первая помощь**

**2.1 Экссудативно-катаральный диатез**

Диатезом принято называть особую, как правило, врожденную аномалию конституции человека, при которой организм неадекватно реагирует на внешние раздражители (отдельные виды пищи, холод, цветочная пыльца и др.) и отдельные заболевания, обычно протекающие в более тяжелой форме.

Экссудативно-катаральный диатез является одной из наиболее распространенных форм в патологии раннего детского возраста. Развивается она, по-видимому, под влиянием экзогенных факторов, действующих на плод (плохая экология, различные заболевания родителей, интоксикации, вредные привычки, в том числе курение во время беременности). В патогенезе экссудативного диатеза значительную роль играет повышенная чувствительность организма, изменяющая обменные процессы.

Клинические проявления экссудативного диатеза чаще всего наблюдаются у детей, рожденных с большим весом. Уже с первых месяцев жизни у них появляются опрелости от самых незначительных раздражений. Нарастание веса происходит быстро, кривая его неустойчива, дети производят впечатление пастозных, «рыхлых», они часто страдают от простудных заболеваний. На коже волосистой части головы и надбровных дуг - характерные серо-желтые корки (себорея). Кожа лица, особенно щек, явно гиперемирована, сухая, легко трескается, при вторичной инфекции образуется сплошная экзематозная корка. В складках кожи на шее, за ушами, в подмышечных впадинах - мокнущие поверхности. На коже туловища и конечностей - эритематозная, крупнопапулезная сыпь, иногда крапивница.

Кожные проявления экссудативного диатеза бывают также в виде почесухи (мелкой узелковой сыпи на разгибательной поверхности конечностей) или в виде небольших (с булавочную головку) пузырьков с серозным содержимым, быстро засыхающих с образованием корочки. Кожные высыпания обычно сопровождаются зудом, что очень беспокоит ребенка, вызывает расчесы и вторичное инфицирование.

Одной из главных особенностей детей при экссудативном диатезе является снижение иммунитета. Частые, нередко затяжные простуды, осложняющиеся пневмониями, кишечные расстройства отличаются тяжестью течения и нередко переходят в хроническую форму.

По мере роста и развития детей проявления экссудативного диатеза меняются. Обычно к двум - трем годам кожные высыпания резко уменьшаются или исчезают. Однако именно в этом периоде начинается развитие астматического бронхита или приступов бронхиальной астмы, которая в последующем приобретает совершенно четкие клинические признаки и трактуется как самостоятельное заболевание.

Основной целью лечения является регулирование измененной реакции организма в целом с одновременным воздействием на местные симптомы, которые могут быть тяжелыми и даже мучительными (например, при кожных высыпаниях и их осложнении вторичной инфекцией).

Желательно ограждать ребенка от заражения различными инфекциями (особенно кишечными и распространяемыми воздушно-капельным путем). Активной иммунизацией (прививками), как методом профилактики, нужно пользоваться очень осторожно. Нельзя проводить прививки вскоре после выздоровления детей от интеркуррентных (вирусных) заболеваний, нужно индивидуализировать перерывы между прививками против разных инфекций, следует устанавливать индивидуальные дозы вакцин.

При появлении опрелостей не следует применять присыпки, лучше, соблюдая строжайшую чистоту, смазывать кожу стерильным (прокипяченным) растительным маслом (например, подсолнечным).

Образование корок на волосистой части головы устраняют путем смазывания кожи стерильным растительным маслом, после чего корки легко снимаются с поверхности кожи кусочком ваты или гребешком.

Очень трудно бывает ликвидировать обширные экзематозные высыпания на лице, которые ребенок расчесывает и повторно инфицирует, испытывая мучительный зуд. В этих случаях прежде всего надо предотвратить расчесы. С этой целью на локтевые сгибы накладывают короткие шинки, препятствующие сгибанию рук; в иных случаях приходится фиксировать руки ребенка к кровати. Местно рекомендуется применение индифферентных мазей, в которые прибавляются по показаниям антибиотики, анестезин.

Поэтому лечение диатезов включает охранительный режим, соблюдение диеты и рациональное вскармливание детей. По показаниям проводится терапия седативными, антигистаминными средствами, витаминами, местное лечение кожных проявлений.

**2.2 Анафилактический шок**

Это одна из самых тяжелых разновидностей аллергических реакций. Она возникает при внутривенном или внутримышечном введении лекарственных средств, особенно антибиотиков, сывороток, вакцин, белковых препаратов и др. Также этот шок может развиваться при проведении проб с пыльцевыми и другими аллергенами. Анафилактический шок могут вызвать укусы насекомых.

Анафилактический шок развивается всегда очень быстро - в течение нескольких секунд или минут после попадания аллергена. Появляются признаки нарушения сознания, падает артериальное давление, могут быть судороги, непроизвольное мочеиспускание. При молниеносном течении шока наступает смерть.

Но у большей части больных вначале появляются чувство жара, покраснение кожи, страх смерти. Больной может быть возбужден или, наоборот, заторможен. Его беспокоят головная боль, боль за грудиной, удушье. Иногда развивается отек гортани с затруднением дыхания на вдохе, появляются кожный зуд, сыпь на коже, насморк, сухой кашель. Затем происходит падение артериального давления, пульс нитевидный, могут появиться кровянистые высыпания на коже. Причинами смерти могут быть острая дыхательная недостаточность из-за отека легких, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек мозга.

Первая помощь:

Нужно немедленно прекратить введение лекарственного препарата или другого аллергена и наложить жгут выше места введения препарата.

Неотложную помощь надо оказывать на месте. При этом больного нужно уложить и зафиксировать язык, чтобы больной не задохнулся.

Подкожно, в месте введения аллергена или в месте укуса вводится раствор адреналина и внутривенно капельно. Также вводится раствор адреналина или дофамина для поднятия артериального давления.

Одним из обязательных лекарств для лечения больных с анафилактическим шоком являются гормональные препараты. В таких случаях в вену вводятся преднизолон, дексаметазон или гидрокортизон.

Если вена по каким-либо причинам недоступна (например, при очень низком давлении), то их применяют внутримышечно. Подкожно вводятся противоаллергические препараты (пипольфен, супрастин или димедрол).

Если развивается сердечная недостаточность, внутривенно вводится коргликон в изотоническом растворе хлорида натрия, лазикс или фуросемид. При развитии аллергической реакции на пенициллин используется специальный нейтрализующий препарат - пенициллиназа.

Вводится раствор гидрокарбоната натрия и другие противошоковые жидкости.

В особо тяжелых случаях проводят реанимацию, которая включает закрытый массаж сердца, искусственное дыхание.

Главное что нужно выделить из всего сказанного то, что действовать необходимо незамедлительно.

**2.3.Острая крапивница и отёк Квинке**

Свое название крапивница получила за свои характерные проявления: волдыри, как будто оставшиеся после ожога крапивой. Эти волдыри сопровождаются покраснением, отеком, кожным зудом. Возможно повышение температуры тела, слабость, недомогание, головная боль.

Крапивница может быть локализованной и генерализованной (т.е. поражать определенный участок кожи или распространяться по всему телу), острой и хронической. Это общее название группы заболеваний со сходными проявлениями, но разными механизмами развития. Она может быть симптомом самых разных заболеваний.

В зависимости от причины возникновения, говорят о физической (тепло, холод, давление, солнечная радиация), дермографической (или механической - в месте раздражения кожи, например, расчесами), лекарственную, пыльцевую и т.д. Когда причину найти не удается, крапивницу именуют идиопатической.

Но чаще всего используется классификация крапивницы по механизму развития (патогенезу): на аллергическую (пыльцевую, пищевую и т.д.) и неаллергическую. Выделяют наследственные формы (синдром Шнитлера, пигментная крапивница и системный мастоцитоз, дефицит одного из компонентов системы комплемента - С3b-активатора и др.).

Острая крапивница чаще всего имеет аллергическую природу, при хронической рецидивирующей редко выявляется связь с причинно-значимым аллергеном, и вообще установить какую-либо причину удается у 5-30% больных.

Ангионевротический отек, иначе отек Квинке или гигантская крапивница, отличается от обычной крапивницы лишь глубиной поражения кожи. Впервые он был описан в 1882 г. Отек значительных размеров чаще всего появляется в местах с рыхлой клетчаткой - на губах, веках, щеках, слизистой рта, половых органов. В типичных случаях он бесследно исчезает через несколько часов (до 2-3 суток). Больные со среднетяжелыми и тяжелыми реакциями должны быть госпитализированы.

Выделяется особая форма: наследственный ангионевротический отек, связанный с недостаточностью С1-ингибитора. Чаще болеют мужчины, характерен семейный анамнез, развитие отека провоцируется микротравмами и стрессом. Часто развивается отек гортани. Лечится заболевание по другим принципам. Перед хирургическими вмешательствами необходимо принимать профилактические меры.

Первая помощь:

Следует исключить причинный фактор и возможные триггеры, если их удалось установить. При острой крапивнице и отеке Квинке на первое место выходят мероприятия по быстрому купированию симптомов.

Все больные крапивницей и отеком Квинке должны избегать приема аспирина и других нестероидных противовоспалительных средств, т.к. они вызывают обострение уже имеющейся крапивницы в 50% случаев. Необходимо избегать неспецифических триггеров, таких как горячая ванна или прием алкоголя. Легкие реакции можно лечить только с использованием антигистаминных препаратов. Быстрое развитие действия современных антигистаминных препаратов позволяет применять препараты второго и третьего поколения, лишенных седативного эффекта. Нередко положительный эффект оказывают очистительные клизмы и применение энтеросорбентов (активированный уголь, полифепам, альгисорб, энтерос-гель, смекта).

Среднетяжелые и тяжелые реакции требуют применения помимо антигистаминных препаратов адреналина (0,1% раствор по 0,1-0,3 внутримышечно) для быстрого купирования симптомов, преднизолон внутривенно. Следовательно, среднетяжелые и тяжелые аллергические реакции - показание к госпитализации, а затруднение дыхания, вызванное нарушением проходимости дыхательных путей - прямое показание.

**3. Профилактика аллергических заболеваний**

Профилактика аллергических болезней заключается в соблюдении мер, предупреждающих повторные контакты с веществами, обладающими выраженным сенсибилизирующим действием, и мер, предупреждающих нарушение защитных реакций организма. Для достижения первой цели ограничивают прием медикаментов, назначая их только в необходимых случаях и под контролем врача. Важную роль играет внедрение на промышленных предприятиях передовой технологии, исключающей контакт работающих с аллергенами. В квартирах нельзя допускать скопления домашней пыли, так как наиболее частыми факторами, вызывающими аллергические реакции, являются бытовые аллергены, в первую очередь - домашняя пыль. Это не один аллерген, а целый комплекс. В ее состав входят различные волокна и частицы: эпидермис (слущенные частички поверхностных слоев кожи) человека, животных, грызунов, споры микроскопических плесневых и дрожжевых грибов, аллергены тараканов и клещей домашней пыли (частички хитинового панциря и продукты жизнедеятельности). Всемирная Организация Здравоохранения признала аллергию к клещам домашней пыли «всемирной проблемой». Домашняя пыль - не только видимый пылевой налет на мебели, который мы протираем при уборке. С точки зрения аллергии гораздо большее значение имеет пыль, взвешенная в воздухе. Пыль также скапливается внутри различных предметов - подушек, матрасов, ковров, откуда она легко попадает в воздух. Источником аллергенов также могут быть пыль и микроскопические плесневые грибки на страницах книг и газет. Аллергия очень индивидуальна. Даже у близких родственников набор причинно-значимых аллергенов может различаться. Поэтому для выбора нужных мер необходимо аллергологическое обследование.

Например, очистка воздуха, контроль влажности и использование гипоаллергенных постельных принадлежностей могут быть рекомендованы всем аллергикам, но при аллергии к клещу домашней пыли первоочередное значение приобретает устранение контакта с аллергеном в постели, при аллергии к животным одной из самых значимых мер является использование фильтрового очистителя воздуха. Устранение контакта с аллергенами рекомендуется при всех аллергических заболеваниях, идет ли речь о бронхиальной астме или об атопическом дерматите. Применяемые меры эффективны только в комплексе.

Учитывая экологическую ситуацию и особенности микроклимата современных квартир, а также растущую распространенность аллергических заболеваний, такие меры, как очистка воздуха, контроль влажности, замена постельных принадлежностей на гипоаллергенные, использование при уборке пылесосов с НЕРА-фильтрами (Фильтр высокоэффективной очистки воздуха от частиц) и борьба с плесенью, могут быть адресованы и здоровым людям, не страдающим аллергическими заболеваниями.

Ко второй группе мер относится ликвидация возможных очагов инфекции в организме, являющихся источником сенсибилизации. Такими очагами могут быть больные зубы, воспаленные придаточные пазухи носа, бронхит, холецистит и другие воспалительные процессы. Нормализация функции желудочно-кишечного тракта снижает возможность развития пищевой аллергии. Важнейшим профилактическим средством является вскармливание младенцев грудью. Отмечено, что у детей, находившихся на искусственном вскармливании, аллергические заболевания впоследствии развиваются чаще. Большое значение имеет правильный режим труда и отдыха. Главное условие успешного лечения аллергии - максимальное устранение контакта с аллергенами. Во многих случаях этого достаточно, чтобы полностью избавиться от симптомов аллергии, в других случаях это позволяет уменьшить объем необходимого лечения. Если контакт с аллергеном сохраняется, добиться контроля аллергических заболеваний становится очень сложно.

**Заключение**

Аллергические заболевания среди детей в настоящее время широко распространены, постоянно растет их количество и тяжесть течения. Это связано, по-видимому, с загрязнением окружающей среды выхлопными газами, отходами промышленных предприятий, появлением в быту множества синтетических материалов, красителей и других веществ, которые являются аллергенами, а следовательно, и способствуют распространению аллергических заболеваний.

Широкое и бесконтрольное использование лекарственных препаратов тоже приводит к росту числа аллергических реакций. Повышенная чувствительность к лекарственным веществам часто возникает вследствие необоснованного применения одновременно нескольких препаратов (полипрагмазия), бесконтрольного приема антибиотиков, недостаточных знаний врачами фармакокинетики лекарственного препарата. В возникновении аллергических заболеваний играют роль влияние климатических факторов, наследственности, общесоматической патологии, характера питания и др.

Снизить вероятность появления аллергических проблем у детей, даже при высокой предрасположенности к болезни, оказывается возможно. Нужно только знать, в каком направлении действовать.

В своей работе я старалась показать общую картину аллергических состояний у детей, рассмотрела несколько наиболее распространённых заболеваний и описала правила оказания первой помощи и лечения в дальнейшем.

На основании всего выше сказанного можно сделать вывод что, решение проблемы как предотвратить аллергию, состоит в том, чтобы свести к минимуму неблагоприятные условия, которые оживляют предрасположенность к аллергии.

**Список литературы**

1) Аллергические болезни. Диагностика и лечение Под редакцией А.Г. Чучалина. - М.:ГЭОТАР медицина, 2000.

) Адо А.Д. Общая аллергология.-М.: Медицина,1978.

) Бернет Ф. Клеточная иммунология. - М.: Мир, 1971

) В.Л. Леонов, А.Н. Гардеев, И.К. Горлина, В.Г. Новоженов. Клиническая иммунология для врачей. М., 1997.

) Унифицированная программа по аллергологии. Под ред. Горячкиной Л.А. Москва 2000

) http://deti.mail.ru/baby/7-12/allergiya\_u\_detej\_kak\_predotvratity\_ee\_razvitie/

) http://www.epidemiolog.ru/news/detail.php?ELEMENT\_ID=3778016

) http://www.7ya.ru/article/Predotvratit-allergiyu/