Государственное образовательное учреждение

Спасский педагогический колледж №3

Контрольная работа

Тема: Аллергические состояния

с. Спасское 2009 г.

**Содержание**

1. Понятие об аллергии. Группы аллергенов и их краткая характеристика

2. Характеристика аллергических заболеваний и первая помощь

2.1 Бронхиальная астма

2.2 Экссудативно-катаральный диатез

2.3 Острая крапивница и отёк Квинке

2.4 Анафилактический шок

3. Профилактика аллергических заболеваний

Список использованной литературы

**1. Понятие об аллергии. Группы аллергенов и их краткая характеристика**

АЛЛЕРГИЯ (греч. allos другой + ergon действие) - необычная (повышенная) чувствительность организма к воздействию некоторых факторов окружающей среды (химических веществ, микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности, пищевых продуктов и др.), называемых аллергенами. Приводит к развитию аллергических заболеваний.

Аллергенами могут быть различные соединения - от простых хим. веществ (бром, йод) до самых сложных (белки, полисахариды, сочетания тех и других). Одни из них попадают в организм извне (экзогенные аллергены), другие образуются в самом организме (эндогенные аллергены, или аутоаллергены). Экзогенные аллергены бывают неинфекционного (бытовая пыль, шерсть животных, лекарственные средства, хим. вещества, пыльца растений, животные и растительные пищевые продукты) и инфекционного (бактерии, вирусы, грибки и продукты их жизнедеятельности) происхождения. Попадая в организм различными путями, экзогенные аллергены могут вызывать поражения различных органов и систем. Среди экзогенных аллергенов выделяют биологические, лекарственные, бытовые, пыльцевые, пищевые, промышленные.

Биологическими аллергенами могут быть бактерии, вирусы, грибки (см. Грибки микроскопические), гельминты, сыворотки (см. Иммунные сыворотки) и вакцины. Развитие многих инфекционных болезней (бруцеллез, лепра, туберкулез и др.) сопровождается аллергией. Такую А. называют инфекционной, а заболевания, вызванные бактериями, грибками или вирусами, в развитии которых большую роль играет А., - инфекционно-аллергическими. Нередко их вызывают микроорганизмы, которые обычно присутствуют на коже, в дыхательных путях, полости рта и кишечнике. Источником А. являются также очаги хронические инфекции в организме - кариозные зубы, тонзиллит, воспаление придаточных пазух носа и др. Сыворотки и вакцины, введенные парентерально, могут стать причиной различных аллергических реакций (в т. ч. и наиболее тяжелого их проявления - анафилаксии). А. при гельминтозах развивается в связи с всасыванием продуктов распада и обмена гельминтов.

Лекарственным аллергеном может быть практически любой лекарственный препарат. Так, аллергические реакции при применении кодеина наблюдаются примерно в 1,5% случаев, ацетилсалициловой кислоты - около 2%, сульфаниламидов - около 7%, пенициллина - до 16%. Нередко аллергические реакции возникают в ответ на введение новокаина, витамина В1 и многих других препаратов. В связи со значительным распространением антибиотиков именно они, и в первую очередь пенициллин, наиболее часто вызывают аллергические реакции. Частота этих реакций возрастает по мере повторения курса лечения. Пенициллин чаще других лекарственных средств служит причиной аллергических реакций со смертельным исходом, причем доза, вызывающая реакцию, может быть очень небольшой.

Среди бытовых аллергенов основную роль играет домашняя пыль, в которую входят пылевые частицы с ковров, одежды, постельного белья. К этой же группе относят так наз. эпидермальные аллергены - волосы, шерсть, перхоть животных. Нередко аллергеном является рачок дафния, который применяют как сухой корм для аквариумных рыб. В последние годы увеличивается число аллергических реакций на препараты бытовой химии, особенно на стиральные порошки. Бытовые аллергены чаще всего вызывают аллергические заболевания дыхательных путей (бронхиальная астма, аллергический насморк).

Аллергические заболевания возникают при попадании в организм пыльцы некоторых видов растений, чаще ветроопыляемых (пыльцевые аллергены). Пыльца вызывает насморк, конъюнктивит и другие проявления поллинозов. Сильными аллергическими свойствами обладает пыльца амброзии.

Пищевыми аллергенами могут быть чуть ли не все пищевые продукты. Чаще других А. вызывают молоко, яйца, мясо, рыба, помидоры, цитрусовые, шоколад, клубника, земляника, раки. При попадании в организм аллергенов через желудочно-кишечного тракт возникает пищевая аллергия. Пищевая аллергия может развиваться очень быстро. Так, при А. к молоку уже через несколько минут после его приема могут появиться рвота, понос, а несколько позже и другие симптомы (крапивница, лихорадка). Иногда первые симптомы возникают лишь спустя некоторое время. Обычно пищевая аллергия развивается на фоне нарушений функции желудочно-кишечного тракта. У детей ее развитию способствует перекармливание; часто пищевые аллергены вызывают у них диатезы. Непереносимость определенных пищевых продуктов не всегда связана с аллергической реакцией. Она может быть обусловлена недостаточностью некоторых ферментов (напр., лактозы) в пищеварительных соках, которая приводит к нарушению переваривания пищи и расстройствам, похожим на пищевую аллергию. В отличие от пищевой аллергии аллергические поражения желудочно-кишечного тракта, развивающиеся при попадании аллергена в организм иным путем, называют желудочно-кишечной аллергией. Напр., аллерген, проникающий в организм через слизистую оболочку дыхательных путей, может вызвать аллергическую реакцию в любом отделе желудочно-кишечного тракта.

Развитие хим. промышленности привело к значительному увеличению количества различных веществ (промышленных аллергенов), с которыми приходится соприкасаться людям. Это обусловило возникновение разных по своему характеру аллергических реакций, гл. обр. поражений кожи - аллергических дерматитов. Промышленными аллергенами могут быть скипидар, минеральные масла, никель, хром, мышьяк, деготь, дубильные вещества, азонафтоловые и прочие красители, лаки, инсектофунгициды, вещества, содержащие бакелит, формалин, мочевину, эпоксидные смолы, детергенты, аминобензолы, производные хинолина, хлорбензола и многие другие вещества. В парикмахерских и косметических кабинетах аллергенами могут оказаться красители для волос, бровей и ресниц, парфюмерные вещества, жидкости для волос; в фотолабораториях - метол, гидрохинон, соединения брома.

Особую группу аллергенов составляют физические факторы - тепло, холод, механическое воздействие. Считают, что во многих случаях под действием этих факторов в организме образуются определенные вещества, которые и становятся аллергенами.

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

Бронхиальная астма - хроническое заболевание органов дыхания, как правило, инфекционно-аллергической природы, при котором возникают приступы удушья, носящие нередко мучительный характер. Эти приступы обусловлены нарушением проходимости бронхов вследствие спазма мускулатуры мелких бронхов (бронхиол), отека их слизистой оболочки и закупорки просвета бронхиол вязким содержимым.

Причиной развития заболевания являются вирусы, микробы, которые, взаимодействуя с организмом, вызывают его аллергическую перестройку. Чаще всего бронхиальная астма развивается на фоне предшествующих хронических заболеваний органов дыхания (особенно бронхитов и пневмоний), а также и придаточных пазух носа (например, гайморита). При бронхиальной астме больной становится чувствительным к различным раздражителям аллергической природы — пыльце растений, химикатам, домашней пыли, грибкам и другим агентам внешней среды. Обострение болезни чаще возникает в весенние и осенние месяцы, когда организм наиболее предрасположен к простудным инфекциям.

Астматический синдром, развивающийся при бронхиальной астме, характеризуется приступами удушья, которые чаще всего развиваются внезапно и ночью. Больные могут назвать час и минуты начала приступа. Первыми предвестниками приступа могут быть першение в горле, кашель, насморк, зуд кожи. Спустя непродолжительное время больной ощущает недостаток воздуха. Дыхание становится все более затрудненным, при этом затруднен выдох, который сопровождается громкими свистящими хрипами. Вскоре (что бывает довольно часто) присоединяется и кашель с небольшим количеством выделяемой вязкой мокроты.

Приступ удушья длится от нескольких минут до нескольких часов, а иногда и суток. Больные обычно принимают вынужденное положение при приступе удушья. Они, сидя или стоя, опираются руками о край стола, стула, кровати, чем отчасти облегчают свое состояние. Вдох короче выдоха более чем в два раза (а в норме наоборот). Частота дыханий в 1 мин возрастает до 50 и более.

При осмотре больного обращает на себя внимание страдальческое выражение лица, несколько одутловатого, с набухшими, синеватыми шейными венами, а также неестественное положение. Дыхание шумное, свистящее. Приступ удушья может закончиться и через несколько минут. Но если он носит мучительный характер и затягивается, необходимо оказать срочную доврачебную помощь.

При легких приступах удушья следует обеспечить как можно скорее приток свежего воздуха и успокоить больного, помочь ему воспользоваться противоастматическими средствами, в частности ингалятором, который он должен иметь дома. Можно также дать эфедрин в таблетках (1 -2 таблетки по 0,025 г), или эуфиллин (0,1-0,15 г), либо их аналоги. Предпочтительнее из медикаментов те, что лучше всего помогают больному (обычно он сам говорит, какие именно). Имеется широкий выбор лекарств, обладающих бронхолитическим эффектом. К таким бронхорасширяющим препаратам относятся: сальбутамол (виталин, асталин, сальбен, сальтос) и фенотерол (беротек). Находящиеся в ингаляторах, они обладают выраженным антибронхоспастическим эффектом, а также и противовоспалительным. Такие аэрозольные баллончики нужно иметь всегда при себе, покидая дом, ибо они могут срочно понадобиться. В более тяжелых случаях следует сделать инъекцию эуфиллина или адреналина (1 мл того или другого) подкожно. При этом надо убедиться, что больной раньше принимал эти препараты и хорошо их переносит. Если приступ удушья не прекращается, а больной чувствует себя все хуже и хуже, необходимо обратиться за помощью к врачу. В тяжелых случаях вызвать «скорую помощь».

Из народных средств при бронхиальной астме используются следующие:

*Алтей лекарственный*. Приготовить настой: Взять 6—8 г измельченного корня и залить холодной водой на 1 час. Процедить через марлю, добавить для улучшения вкуса сахар или мед. Принимать по 2-3 ч. ложки через каждые 2 часа;

*Хрен.* 150 г очищенного хрена промойте в воде и пропустите через мясорубку. В полученную массу добавьте сок 2 лимонов, тщательно все перемешайте (до получения однородной массы). Принимать по 1 ч. ложке 1 раз в день;

*Мед* (если на него нет аллергической реакции). Возьмите обыкновенный чайник с плотно закрывающейся крышкой. Налейте в него 50 мл воды, поставьте на огонь и, когда вода закипит, положите в нее 1 ст. ложку меда. На носик чайника наденьте резиновую трубку, а на другой ее конец прикрепите пластмассовую воронку. Мед добавляют в воду только после ее закипания (чтобы избежать потери летучих антимикробных фитонцидов). Вода должна кипеть умеренно; чтобы регулировать это, надо время от времени выключать огонь. Через пластмассовую воронку больной вдыхает пары. Дыхание должно быть равномерным. Процедуры обычно делают по утрам. Продолжительность сеанса 15—20 мин. После окончания процедуры сразу на улицу не выходить. Можно делать процедуру и 1 раз вечером перед сном;

*Солодка голая*. Приготовить настой: 15—20 г корня кипятить в 200 мл воды 10 мин, настаивать 2 часа. Принимать по 1 ст. ложке 4—5 раз в день;

Капуста белокочанная. Исследованиями зарубежных ученых установлено, что квашеная капуста, употребляемая в пищу, смягчает силу приступов астмы. Особенно благоприятные результаты были получены в тех случаях, когда больные усиленно питались салатом, приготовленным из квашеной капусты, лука и чеснока;

*Чистотел*. Приготовить настойку: 20 г травы залить 200 мл водки. Настаивать 2 недели. Процедить и принимать по 20 капель (при приступах);

*Мать-и-мачеха*. Приготовить настой: 4 ч. ложки измельченных листьев заварить стаканом кипятка, настоять 1 час, процедить. Принимать по 1/4 стакана 4 раза в день.

**2.2 Экссудативно-катаральный диатез (аллергический (атопический) 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.

*Лечение*

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 примерение индифферентных мазей, в которые прибавляются по показаниям антибиотики, анестезин.

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

*Крапивница*

Свое название это заболевание получило 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.

*Лечение*

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.

Среднетяжелые и тяжелые аллергические реакции - показание к госпитализации, а затруднение дыхания, вызванное нарушением проходимости дыхательных путей - прямое показание.

**2.4 Анафилактический шок**

Анафилактический шок — тяжелое, угрожающее жизни больного патологическое состояние, развивающееся при контакте с некоторыми антигенами-аллергенами у сенсибилизированного человека.

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

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

Анафилактический шок развивается очень быстро и может привести к смерти в течение нескольких минут или часов после попадания аллергена в организм.

Возможны варианты анафилактического шока с преимущественным поражением:

кожных покровов с нарастающим кожным зудом, гиперемией, появлением распространённых крапивницы, отёков Квинке;

нервной системы (церебральный вариант) с развитием сильной головной боли, появлением тошноты, гиперестезии, парестезии, судорог с непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией, потерей сознания с клиническими проявлениями по типу эпилепсии;

органов дыхания (астматический вариант) с доминирующим удушьем и развитием асфиксии ввиду изменения проходимости верхних дыхательных путей вследствие отёка гортани и нарушения проходимости средних и мелких бронхов;

сердца (кардиогенный) с развитием картины острого миокардита или инфаркта миокарда и других органов.

Клинические проявления анафилактического шока обусловлены сложным комплексом симптомов и синдромов со стороны ряда органов и систем организма. Шок характеризуется стремительным развитием, бурным проявлением, тяжестью течения и последствий. Вид аллергена не влияет на клиническую картину и тяжесть течения анафилактического шока. Клиническая картина анафилактического шока разнообразна. При анализе 500 случаев анафилактического шока различного генеза (ужаление перепончатокрылыми насекомыми, воздействие лекарств, специфическая гипосенсибилизация) не наблюдалось даже 2 случаев, клинически идентичных по сочетанию симптомов, времени развития, тяжести течения, продромальным явлениям и др. Однако существует закономерность: чем меньше времени прошло от момента поступления аллергена в организм, тем тяжелее клиническая картина шока. Наибольший процент летальных исходов анафилактический шок дает при развитии его спустя 3-10 мин. после попадания в организм аллергена.

После перенесенного анафилактического шока существует период невосприимчивости, так называемый рефракторный период, который длится 2-3 нед. В это время проявления аллергии исчезают (или значительно снижаются). В дальнейшем степень сенсибилизации организма резко возрастает, и клиническая картина последующих случаев анафилактического шока, даже если она возникает спустя месяцы и годы, отличается от предыдущих более тяжелым течением.

Анафилактический шок может начинаться с «малой симптоматики» в продромальном периоде, который обычно исчисляется от нескольких секунд до часа. При молниеносном развитии анафилактического шока продромальные явления отсутствуют — у больного внезапно развивается тяжелый коллапс с потерей сознания, судорогами, который нередко заканчивается летально. В ряде случаев диагноз может быть поставлен только ретроспективно. В связи с этим ряд авторов полагают, что определенный процент кончающихся летально случаев сердечнососудистой недостаточности у пожилых людей в летний период на самом деле является результатом анафилактического шока на ужаление насекомыми при отсутствии своевременной и интенсивной терапии.

При менее тяжелом течении шока «малая симптоматика» может быть представлена следующими явлениями: чувство жара с резкой гиперемией кожных покровов, общее возбуждение или, наоборот, вялость, депрессия, беспокойство, страх смерти, пульсирующая головная боль, шум или звон в ушах, сжимающие боли за грудиной. Могут отмечаться кожный зуд, уртикарная (иногда сливная) сыпь, отёки типа Квинке, гиперемия склер, слезотечение, заложенность носа, ринорея, зуд и першение в горле, спастический сухой кашель и др. Вслед за продромальными явлениями очень быстро (в срок от нескольких минут до часа) развиваются симптомы и синдромы, обусловливающие дальнейшую клиническую картину. Генерализованный кожный зуд и крапивница имеют место далеко не во всех случаях. Как правило, при тяжелом течении анафилактического шока кожные проявления (крапивница, отёк Квинке) отсутствуют. Они могут появиться спустя 30-40 мин. от начала реакции и как бы завершают ее. По-видимому, в данном случае артериальная гипотония тормозит развитие уртикарных высыпаний и реакций в месте ужаления. Они появляются позже, когда нормализуется артериальное давление (при выходе из анафилактического шока). Обычно отмечается спазм гладкой мускулатуры внутренних органов с клиническими проявлениями бронхоспазма (кашель, экспираторная одышка), спазм мускулатуры желудочно-кишечного тракта (спастические боли по всему животу, тошнота, рвота, диарея), а также спазм матки у женщин (боли внизу живота с кровянистыми выделениями из влагалища). Спастические явления усугубляются отёками слизистых оболочек внутренних органов (дыхательного и пищеварительного тракта). При выраженном отечном синдроме и локализации патологического процесса на слизистой оболочке гортани может развиться картина асфиксии. При отёке пищевода отмечаются явления дисфагии.

При системных аллергических реакциях сердце является органом-мишенью (прямое влияние медиаторов на миокард). Отмечается тахикардия, больные жалуются на боли в области сердца сжимающего характера. На ЭКГ, снятой во время анафилактического шока и в течение недели после него, регистрируются нарушения сердечного ритма, диффузное нарушение трофики миокарда с дальнейшей нормализацией ее в динамике. При нетяжелой анафилактической реакции отмечаются гипоксемия и гипокапния. При тяжелом анафилактическом шоке гипоксемия более выражена и развиваются гиперкапния и ацидоз. Гемодинамические расстройства при анафилактическом шоке бывают различной степени тяжести — от умеренного снижения артериального давления с субъективным ощущением полуобморочного состояния до тяжелой гипотензии с длительной потерей сознания (в течение часа и дольше). Характерен вид такого больного: резкая бледность (иногда синюшность) кожных покровов, заострившиеся черты лица, холодный липкий пот, иногда пена изо рта. При обследовании: артериальное давление очень низкое или не определяется, пульс частый, нитевидный, тоны сердца глухие, в ряде случаев почти не прослушиваются, может появиться акцент II тона над легочной артерией. В легких жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы. Вследствие ишемии центральной нервной системы и отёка серозных оболочек мозга могут наблюдаться тонические и клинические судороги, парезы, параличи. В этой стадии нередко происходят непроизвольная дефекация и мочеиспускание. При отсутствии своевременной и интенсивной терапии возможность летального исхода очень велика. Однако и своевременная энергичная помощь не всегда может его предотвратить.

В течение анафилактического шока могут отмечаться 2-3 волны резкого падения АД. С учетом этого явления все больные, перенесшие анафилактический шок, должны быть помещены в стационар. При обратном развитии реакции (при выходе из анафилактического шока) нередко в конце реакции отмечаются сильный озноб, иногда со значительным повышением температуры, резкая слабость, вялость, одышка, боли в области сердца. Не исключена возможность развития поздних аллергических реакций. Так, существовала больная, у которой на 4-е сутки после перенесенного анафилактического шока на ужаление осой развился демиелинизирующий процесс. Больная погибла на 14-е сутки от аллергического энцефаломиелорадикулоневрита.

После перенесенного анафилактического шока могут развиться осложнения в виде аллергического миокардита, гепатита, гломерулонефрита, невритов и диффузного поражения нервной системы, вестибулопатии и др. В некоторых случаях анафилактический шок является как бы пусковым механизмом латентно протекающих заболеваний, аллергического и неаллергического генеза.

*Лечение анафилактического шока*

Первым мероприятием при анафилактическом шоке должно быть срочное введение адреналина — 0.2-0.5 мл 0.1 % раствора подкожно или, лучше, внутривенно. Введения адреналина можно повторять до суммарной общей дозы 1-2 мл 0.1 % раствора за короткий промежуток времени (несколько минут), но в любом случае вводить следует дробными порциями. В дальнейшем адреналин вводится по потребности, с учетом его короткого периода полувыведения, ориентируясь на артериальное давление, ЧСС, симптомы передозировки (тремор, тахикардия, мышечные подёргивания). Нельзя передозировать адреналин, поскольку его метаболиты обладают свойством ухудшать течение анафилактического шока и блокировать адренорецепторы.

Следом за адреналином должны вводиться глюкокортикоиды. При этом следует знать, что дозы глюкокортикоидов, необходимые для купирования анафилактического шока, в десятки раз превышают «физиологические» дозировки и во много раз — дозы, применяемые для лечения хронических воспалительных заболеваний типа артритов. Типичные дозы глюкокортикоидов, необходимые при анафилактическом шоке — это 1 «крупная» ампула метилпреднизолона (как для пульс-терапии) по 500 мг (то есть 500 мг метилпреднизолона), или 5 ампул дексаметазона по 4 мг (20 мг), или 5 ампул преднизолона по 30 мг (150 мг). Меньшие дозы малоэффективны. Порой требуются и дозы больше указанных выше — необходимая доза определяется тяжестью состояния больного с анафилактическим шоком. Эффект глюкокортикоидов, в отличие от адреналина, наступает не сразу, а через десятки минут или несколько часов, но длится дольше.

Также показано введение антигистаминных препаратов из числа не снижающих артериальное давление и не обладающих высоким собственным аллергенным потенциалом: 1-2 мл 1 % димедрола или супрастина, тавегила. Нельзя вводить дипразин — он, как и другие производные фенотиазина, обладает значительным собственным аллергенным потенциалом и, кроме того, снижает и без того низкое артериальное давление у больного с анафилаксией. Согласно современным представлениям введение хлорида или глюконата кальция, которое широко практиковалось ранее, не только не показано, но и способно отрицательно сказаться на состоянии пациента.

Показано медленное внутривенное введение 10-20 мл 2.4 % раствора эуфиллина с целью снятия бронхоспазма, уменьшения отёка лёгких и облегчения дыхания. В случае необходимости необходимо сделать искусственное дыхание "рот в рот".

Больного с анафилактическим шоком следует уложить в горизонтальное положение с опущенным или плоским (не поднятым!) головным концом для лучшего кровоснабжения мозга (учитывая низкое АД и низкую перфузию мозга). Наладить ингаляцию кислорода, внутривенное капельное введение физраствора или другого водно-солевого раствора для восстановления показателей гемодинамики и АД.

*Профилактика анафилактического шока*

Профилактика развития анафилактического шока заключается прежде всего в избегании контактов с потенциальными аллергенами. Больным с известной аллергией на что-либо (лекарства, пищу, укусы насекомых) любые препараты, обладающие высоким аллергенным потенциалом, следует либо вообще избегать назначать, либо назначать с осторожностью и только после подтверждения кожными пробами факта отсутствия аллергии на конкретный препарат. Профилактика во многом зависит от тщательно собранного аллергического анамнеза. Во-первых, по наблюдениям, ни в одном случае не развивался анафилактический шок, если больной не контактировал ранее с данным аллергеном (не получал данный лекарственный препарат или близкий к нему по химическому строению, не был ранее ужален насекомыми и т. д.), так как для развития аллергической реакции необходима предшествующая сенсибилизация. Во-вторых, развитию анафилактического шока, как правило, предшествуют какие-либо легкие или средней тяжести проявления аллергической реакции, возникавшие ранее при контакте с данным аллергеном. Это может быть повышение температуры — аллергическая лихорадка, кожный зуд или сыпь, ринорея, бронхоспазм, боли в животе и т. д. В-третьих, при назначении лекарств больному с лекарственной аллергией следует помнить о перекрестных реакциях в пределах группы из препаратов, имеющих общие детерминанты. Вообще не следует увлекаться полипрагмазией без должных к тому оснований, назначением внутривенных введений лекарственных препаратов, если можно ввести его внутримышечно или подкожно, особенно больным с аллергической конституцией. Такие больные в обязательном порядке должны оставаться в медицинском учреждении не менее 30 мин. после введения лекарственного препарата. Такой же срок обязаны выдерживать больные, получающие специфическую гипосенсибилизацию. В-четвертых, больные, ранее перенесшие анафилактический шок, должны иметь при себе карточку с указанием своего аллергена, а также анафилактический набор, который следует употребить в случае надобности. Для оказания немедленной медицинской помощи в каждом медицинском учреждении должен быть противошоковый набор («шоковая аптечка»): 2 резиновых жгута, стерильные шприцы (по 2, 10, 20 мл), одноразовая система для внутривенной инфузии, по 5-6 ампул препаратов −0,1 % раствора адреналина, 0,2 % раствора норадреналина, 1 % раствора мезатона, антигистаминные препараты, 5 % раствор эфедрина, растворы эуфиллина, 40 % глюкозы, изотонический раствор 0,9 % хлорида натрия, 30 мг раствора преднизолона, 125 мг раствора гидрокортизона-гемисукцината, кордиамина, кофеина, коргликона, строфантина в ампулах, пенициллиназы в ампулах, роторасширитель, языкодержатель, 100 мл этилового спирта, вата, марлевые тампоны, скальпель, кислородная подушка. Медицинский персонал должен быть проинструктирован для оказания помощи при анафилактическом шоке. У перенесших ЛАШ с целью профилактики рецидивов проводят этиологическую диагностику. Как правило, делают постановку 2-3 специфических иммунологических тестов, позволяющих подтвердить сенсибилизацию к определенному лекарственному средству из множества ранее употреблявшихся перед развитием аллергического состояния. В последние годы стали чаще применять также биофизические экспресс-методы исследования (иммунотермистография, спонтанная и индуцированная биохемилюминесценция сыворотки крови, др.). Что касается кожных проб с лекарственными аллергенами, в последние годы они не применяются из-за опасности для жизни больных и возможности получения ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

**3. Профилактика аллергических заболеваний**

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.

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.

**Список использованной литературы**

1. Лусс Л.В. Хроническая рецидивирующая крапивница, проблемы диагностики и терапии. Роль антигистаминных препаратов в лечении крапивницы. Русский Медицинский Журнал 2003, том 11, №5 (http://www.rmj.ru/main.htm/rmj/t11/n5/302.htm)

2. Л.А. Горячкина, Н.М. Ненашева, Е.Ю. Борзова. Крапивница. Лечащий врач, 2003, №9. (http://www.osp.ru/doctore/2003/09).

3. Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринберг П.А. Аллергические болезни: диагностика и лечение. Перевод с английского под ред. акад. РАМН Чучалина А.Г., 252-273