**Введение**

Под аллергическими реакциями в клинической практике понимают проявления, в основе возникновения которых лежит иммунологический конфликт. В диагностике аллергических реакций важно выявить аллерген, его причинную связь с клиническими проявлениями и тип иммунологической реакции. Общепринятым является патогенетический принцип выделения 4 типов аллергических реакций.

**Типы аллергических реакций**

Первые три типа проявляются остро и поэтому больше нуждаются в ургентных мероприятиях.

В основе ***первого типа реакции*** лежит реагиновый механизм повреждения тканей, протекающий с участием обычно IgE, реже класса IgG, на поверхности мембран базофилов и тучных клеток. В кровь высвобождается ряд биологически активных веществ: гистамин, серотонин, брадикинины, гспарин, медленно реагирующая субстанция анафилаксии, лейкотриены и др., которые приводят к нарушению проницаемости мембран клеток, интерстициальному отеку, спазму гладкой мускулатуры, повышению секреции. Типичными клиническими примерами аллергической реакции первого типа являются анафилактический шок, бронхиальная астма, крапивница, ложный круп, вазомоторный ринит.

***Второй тип аллергической реакции***цитотоксический, протекающий при участии иммуноглобулинов классов О и М, а также при активации системы комплемента, что ведет к повреждению клеточной мембраны. Этот тип аллергической реакции наблюдается при лекарственной аллергии с развитием лейкопении, тромбоцитопении, гемолитической анемии, а также при гемолизе во время гемотрансфузий, гемолитической болезни новорожденных при резус конфликте.

***Третий тип аллергической реакции*** (по тину феномена Артюса) связан с повреждением тканей иммунными комплексами, циркулирующими в кровяном русле, протекает с участием иммуноглобулинов классов С и М. Повреждающее действие иммунных комплексов на ткани происходит через активацию комплемента и лизосомальных ферментов. Этот тип реакции развивается при экзогенных аллергических альвеолитах, гломерулонефрите, аллергических дерматитах, сывороточной болезни, отдельных видах лекарственной и пищевой аллергии, ревматоидном артрите, системной красной волчанке и др.

***Четвертый тип аллергической реакции*** - туберкулиновый, замедленный - возникает через 24-48 ч, протекает с участием сенсибилизированных лимфоцитов. Характерен для инфекционно-аллергической бронхиальной астмы, туберкулеза, бруцеллеза и некоторых других заболеваний.

Аллергические реакции могут возникать в любом возрасте; их интенсивность различна. Клиническая картина аллергической реакции не зависит от химических и фармакологических свойств аллергена, его дозы и путей введения. Чаще аллергическая реакция возникает при повторном введении аллергена в организм, однако известны случаи анафилактических реакций при первом введении антибиотика в организм без предварительной сенсибилизации, поэтому необходима осторожность при проведении внутрикожных проб.

Клинические проявления аллергических реакций отличаются выраженным полиморфизмом. В процесс могут вовлекаться любые ткани и органы. Кожные покровы, желудочно-кишечный тракт, респираторный путь чаще страдают при развитии аллергических реакций. Принято выделять реакции немедленного и замедленного типа, однако что деление в значительной мере условно. Так, крапивница считается одной из форм аллергических реакции немедленного типа, однако она может сопутствовать сывороточной болезни как классической форме аллергии замедленного типа. Различают следующие клинические варианты аллергических реакций: местная аллергическая реакция, аллергическая токсикодермия, поллиноз, бронхиальная астма, ангионевротический отек Квинке, крапивница, сывороточная болезнь, гемолитический криз, аллергическая тромбоцитопения, анафилактический шок. В продромальном периоде любой аллергической реакции отмечается общее недомогание, плохое самочувствие, головная боль, озноб, тошнота, иногда рвота, одышка, головокружение. Появляется кожный зуд (порой мучительный), ощущение жжения в полости рта и носа, ощущение онемения, заложенности носа, непрерывное чиханье.

**О необходимости изучения состояния аллергической заболеваемости**

Распространение аллергических заболеваний приобретает всё большее значение в формировании неблагоприятных сдвигов в состоянии здоровья населения. По данным литературы (Вельтищев Ю.Е., 1995; Дуева А.А., 1995; Каганов С.Ю., 1995), аллергические проявления встречаются у 20% населения мира. Исследованиями, проведенными в г.Оренбурге (Павловская О.В., 1990) установлено, что аллергические заболевания встречаются у 12,1% детей. По мнению исследователей (Чукина М.В., 1990; Погорельская С.А., 1992; Казначеева Л.Ф., 1994), в формировании аллергических заболеваний значимость факторов внешней среды составляет 50-70%. В зонах высокой загрязненности атмосферного воздуха продуктами нефтепереработки и выбросами автотранспорта наблюдается увеличение частоты аллергических заболеваний в 2,6 раза. Многие промышленные загрязняющие вещества по своей природе являются аллергенами, которые после адсорбции на белковом носителе могут приобретать свойства полноценных аллергенов. Важное значение в формировании аллергических состояний имеют растения (особенно лебеда, полынь, амброзия), животные, домашняя пыль. Поэтому тотальная аллергия является ведущим экопатологическим состоянием (Зайцева Н.В. и соавт., 1997). Клинически это проявляется респираторным, кожным, кишечным или сочетанным синдромом.

Из промышленных аллергенов существенную роль играют окислы азота, серы, углеводороды, меркаптаны, формальдегид, тяжелые металлы (никель, хрома, кобальт и др.), пестициды. Доказательством участия этих экзопатогенов в развитии аллергических заболеваний являются выявление специфических аллергических антител к ксенобиотикам, специфические реакции иммунокомпетентных клеток на антигены.

Известно, что в г.Оренбурге фоновые концентрации в атмосферном воздухе диоксида азота, формальдегида превышают ПДК, отмечена тенденция к росту концентраций серосодержащих веществ. Обнаружено высокое содержание в почве никеля и хрома. В последние годы неудовлетворительно проводится скашивание сорных трав.

Это привело к тому, что по данным отчетной формы №12 отмечается выраженная тенденция к росту заболеваемости, в частности аллергическим ринитом (см. таблицу). Так в 1996 году распространенность аллергического ринита выросла, в сравнении с многолетними показателями (1991-1995 гг.), у взрослых в 1.5 раза, у детей в 2.6 раза; бронхиальной астмы - у взрослых на 37%, у детей на 6%.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | 1991г | 1992г | 1993г | 1994г | 1995г | Средняя 1991-95г | 1996г | Превышение средн. уровня в 1996 году % |
| ВЗРОСЛЫЕ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Аллергический ринит | 1.7 | 3.9 | 4.6 | 5.2 | 4.7 | 4.02 | 5.98 | 48.9 |
| Бронхиальная астма | 3.9 | 3.9 | 3.6 | 4.3 | 4.1 | 3.96 | 5.44 | 37.3 |
| ДЕТИ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Аллергический ринит | 0.9 | 0.8 | 1.7 | 2.2 | 2.8 | 1.68 | 4.4 | 163.6 |
| Бронхиальная астма | 2.7 | 2.8 | 3.0 | 3.2 | 5.2 | 3.38 | 3.6 | 6.4 |

Необходимо отметить, что в июле был зарегистрирован подъем ОРЗ. На 27.07.97г. зарегистрировано 2977 случаев, и это только по обращаемости. Уровень прошлого года превышен в 1.8 раза, в том числе у взрослых в 2.6 раза. Известно, данное заболевание сопровождается аллергическим компонентом и трудно дифференцируется с аллергическими ринитами и др.

Проведен сбор информации в городском аллергологическом центре. Установлено, что среди больных, помощь которым оказана амбулаторно на 1 месте - поллиноз (52,4%), на 2 месте - дерматиты (14%), на третьем месте - крапивница (11.1%), на 4 месте - лекарственная аллергия (8.5%), на 5 месте - аллергические риниты (3.1%). Средняя длительность пребывания на больничном листе составила 14.0 дней. Наибольшая длительность пребывания на больничном листе характерна для поллиноза (17.6 дней), астматического бронхита (16.64 дня) и бронхиальной астмы (16.57 дней).

Среди больных помощь которым оказана в стационаре на 1 месте - лекарственная аллергия (25.6%), на 2 месте - крапивница (23.2%), дерматиты (14%), на третьем месте - дерматиты (22.2%), на 4 месте - нейродермит (6.9%), на 5 месте - анафилактический шок (3.9%). Средняя длительность пребывания в стационаре составила 9.34 дня. Наибольшая длительность пребывания характерна для нейродермита (16.9 дня), экземы (12.8 дня) и сывороточной болезни (11.5 дня). Необходимо отметить, что если в 1994-95 гг. в стационар с анафилактическим шоком поступили 2 больных, то в 1996 - 8 человек.

Заведующий аллергоцентром - главный аллерголог города в качестве проблемы выделяет увеличение числа больных с лекарственной аллергией, что связано с бесконтрольным применением модных лекарств.

**Заключение**

Таким образом, распространенность аллергической патологии стала массовой проблемой, которая из-за нехватки кадров, недостаточного количества контрольных аллергенов выявляется не полностью. Так по свидетельству О.В.Павловской (1990) распространенность аллергических заболеваний у детей в составляет **14.2 %.** Поэтому, на 1997 год запланировано дальнейшее изучение данной проблемы.