**Лекция № 8 для  групп 421сб 422ск 423ск 33сб33ск**

**Тема: Амбулаторная помощь при  острых аллергозах. Диагностика, неотложная помощь.**

**План:**

**1.Амбулаторная помощь при аллергозах, особенности работы с пациентами, сбор анамнеза.**

**2. Диспансеризация ,вакцинация.**

**3.Индивидуальное консультирование, диета.**

**4 Оказание НП при о. аллергозах, тактика и стратегия**

**Контрольные вопросы по теме занятия, подготовить к практическому занятию.**

1. Что такое аллергия? Какие типы аллергических реакций вы знаете?
2. Понятие об аллергенах (этиология острых аллергозов)
3. В чем заключаются особенности сбора аллергологического анамнез?
4. Какие вы знаете специфические методы аллергологической диагностики?
5. Крапивницы: определение, основы этиопатогенеза, клиники, диагностики, неотложная помощь.
6. Ангионевротический отек Квинке: определение, клинико-лабораторная диагностика, неотложная помощь при отеке гортани.
7. Поллинозы: определение, клинико-лабораторная диагностика, неотложная помощь.
8. Анафилактический шок: клиника, диагностика, неотложная помощь.

Термины и понятия, которые необходимо знать:

Аллергия, аллерген, гаптен, сенсибилизация, гиперчувствительность, пищевая непереносимость, антиген, крапивница, ангионевротический  отек Квинке, поллинозы, анафилаксия  шок,  артрит, артроз, остеохондроз, остеопороз, бурсит.

**Определение аллергии. Типы аллергических реакций.**

**Аллерги́я** ([др.-греч.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) ἄλλος — другой, иной, чужой + ἔργον — действие) — [гиперчувствительность](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%87%D1%83%D0%B2%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) организма, развиваемая адаптивной [иммунной системой](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0) в ответ на неинфекционные вещества окружающей среды, включая неинфекционные компоненты . Аллергия возникает у некоторых людей на обычно безвредные для большинства людей вещества, которые называются аллергенами, а сами аллергические реакции являются ненормальными реакциями иммунной системы на такие вещества]. Возникает аллергия при повторных воздействиях [аллергена](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D0%BD) на ранее [сенсибилизированный](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%B8%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_(%D0%B8%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)) этим аллергеном организм. При этом сенсибилизация не обязательно приводит к возникновению аллергии.  термин «аллергия» в широком смысле слова используется для обозначения любых реакций гиперчувствительности  и в случаях побочных реакций на еду или лекарства

Аллергические заболевания в популяции людей встречаются довольно часто и в нарастающем темпе по времени, к примеру в России в начале XXI века в зависимости от региона у 10-35 % населения. На мировом уровне хотя бы одно аллергическое заболевание встречается у 8—10 % людей]

Лучшим способом лечения аллергии является избегание контакта с аллергеном.

Существуют и др. проявления, схожие с аллергией. [Псевдоаллергией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B5%D0%B2%D0%B4%D0%BE%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F" \o "Псевдоаллергия" \t "_blank) называют повышенную чувствительность, которая возникает при первом контакте с агентом, без предварительной сенсибилизации, и является не-IgE-опосредованной, при этом по проявлениям псевдоаллергические реакции очень схожи с аллергическими. Помимо пищевой аллергии существует также [пищевая непереносимость](https://en.wikipedia.org/wiki/Food_intolerance)  (англ.)[рус.](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%B8%D1%89%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D0%BD%D0%B5%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C&action=edit&redlink=1), которая обусловлена неиммунологическими реакциями организма. В аутоиммунных заболеваниях, как и в аллергии, также задействована адаптивная иммунная система, но она уже реагирует не на чужеродные, а на свои антигены, атакуя собственные здоровые клетки, что должно предотвращаться защитными механизмами организма, при этом аллергия и [аутоиммунитет](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%83%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%82" \o "Аутоиммунитет" \t "_blank) отличаются типами вовлечённых T-хэлперов

Основной движущей силой аллергических реакций является иммунологический механизм. В норме иммунологические процессы в организме протекают бессимптомно. Аллергическим называется такой иммунологический процесс, который сопровождается какими-либо патологическими проявлениями – отеком, спазмом гладкой мускулатуры полых органов, разрушением клеток (цитолизом), воспалением. Таким образом, аллергия – это иммунная реакция организма, сопровождающаяся повреждением собственных тканей

Известны 4 основных типа аллергических реакций (согласно классификации Джейла и Кумбса):

I тип - анафилактические (реагиновые, обусловлены иммуноглобулинами Е);

II тип - цитотоксические;

III тип - опосредованные иммунными комплексами (иммунокомплексные);

IV тип - клеточные (замедленные, опосредованные Т-лимфоцитами).

**Понятие об аллергенах .**

Основной чертой аллергических реакций является зависимость их проявлений от наличия аллергенов. При исключении контакта с аллергеном заболевание, индуцируемое им, как правило, прекращается.

Необходимо четко дифференцировать понятия ''аллерген'', ''гаптен'', ''антиген''.

Антиген – это всякое простое или сложное вещество, способное при попадании в организм запускать иммунную реакцию и специфически взаимодействовать с ее продуктами - антителами или рецепторами лимфоцитов.

Гаптен – это простое химическое вещество, способное вызывать иммунную реакцию только после соединения с другими веществами (носителями).

Аллергены – это антигены и гаптены, вызывающие аллергические реакции.

Основные группы аллергенов, вызываюших острые аллергозы: 1. Неинфекционные:

* бытовые - домашняя, библиотечная пыль, перо подушки;
* эпидермальные - шерсть и перхоть животных- кошек, собак, лошадей, коров, овец и др.;
* растительные – чаще всего пыльца растений, реже их листья, стебли, корни, семена;
* химические – промышленные, бытовой химии, лекарственные.

2. Инфекционные:

* грибковые - мицелий и споры;
* бактериальные;
* простейших;
* гельминтов;
* вирусов.

Пути поступления аллергенов в организм+

* ингаляционный;
* энтеральный;
* контактный;
* инъекционный.

Следует помнить, что аллергические реакции возникают в организме лиц со сформировавшимся аллергическим фенотипом.

**Особенности сбора аллергологического анамнеза**.

Основная задача аллергоанамнеза – выяснить связь заболевания с наследственной предрасположенностью и действием аллергенов внешней среды.  Первоначально уточняют характер жалоб. Они могут отражать различную локализацию аллергического процесса (кожа, дыхательные пути, кишечник). Если жалоб несколько, уточняют связь между ними. Далее выясняют следующее.    Наследственную предрасположенность к аллергии – наличие аллергических заболеваний (бронхиальная астма, крапивница, поллинозы, отек Квинке, дерматиты) у кровных родственников.

1. Перенесенные ранее больным аллергические заболевания (шок, сыпь и зуд кожи на пищу, лекарства, сыворотки, укусы насекомых и другие, какие и когда).
2. Влияние окружающей среды:

* климат, погода, физические факторы (охлаждение, перегревание, облучение и др.);
* сезонность (зима, лето, осень, весна – точное время);
* места приступа болезни: дома, на работе, на улице, в лесу, в поле;
* время приступа болезни: днем, ночью, утром.

1. Влияние бытовых факторов:

* жилище;
* контакт с животными, птицами, кормом для рыб, с коврами, постелью, мягкой мебелью, книгами;
* применение пахучих косметических и стиральных веществ, средств от насекомых.

1. Связь обострений:

* с другими заболеваниями;
* с менструацией, беременностью, послеродовым периодом;
* с вредными привычками (курение, алкоголь, кофе, наркотики и др.).

1. Связь заболеваний с приемом:

* определенной пищи;
* лекарств.

1. Улучшение течения заболевания при:

* элиминации аллергена (отпуск, командировка, в гостях, дома, на работе и др.);
* при приеме антиаллергических средств.

**Специфические методы  антиаллергической диагностики**

Методы аллергодиагностики позволяют выявить у больного наличие аллергии на тот или иной аллерген. Специфическое аллергологическое обследование проводится только врачом-аллергологом в период ремиссии заболевания.

Аллергологическое обследование включает 2 вида методов:

1. провокационные тесты на больном разными способами нанесения аллергенов;
2. лабораторные методы.

Лабораторные тесты на больном подразумевают введение в организм больного минимльной дозы аллергена с целью провокации проявлений аллергической реакции. Проведение этих тестов опасно, может привести к развитию тяжелых, а порой и смертельных проявлений аллергии (шок, отек Квинке, приступ бронхиальной астмы). Поэтому такие исследования проводит врач – аллерголог совместно со средним медработником. Во время исследования состояние больного постоянно контролируется (АД, лихорадка, аускультация сердца и легких и др.).

**Крапивницы** – это заболевание, характеризующееся более или менее распространенным высыпанием на коже зудящих волдырей, представляющих собой отек ограниченного участка, главным образом сосочкового слоя. Этиологическим фактором может быть любой аллерген Клиника крапивницы складывается из следующих проявлений.

1. Жалобы:

* на кожный зуд (локальный или генерализованный);
* на локализованную или генерализованную зудящую кожную сыпь с размерами кожных элементов от 1-2 до 10 мм с бледным центром и гиперемированной периферией, редко – с образованием пузырей;
* на повышение температуры тела до 37-38 С (редко).

1. Анамнез (см. вопрос 3) .
2. Осмотр – играет большую роль в диагностике заболевания.

Начало заболевания острое. На коже выявляется мономорфная сыпь. Первичный элемент ее – волдырь. Вначале это сыпь розового цвета, диаметр элементов – 1-10 мм. По мере развития заболевания ( несколько часов) волдырь в центре бледнеет, периферия остается гиперемированной. Волдырь приподнимается над кожей, зудит. Реже выявляются – элементы в виде пузырьков с серозным содержимым (в случае диепедеза эритроцитов – с геморрагическим).

Кожные элементы располагаются раздельно или сливаются, образуя причудливые структуры с фестончатыми краями. Реже встречаются высыпания на слизистых оболочках рта.

Длится эпизод острой крапивницы чаще всего от нескольких часов до 3-4 суток.

После купирования острой фазы заболевания – проводят аллергологическое обследование, позволяющее установить ''виновный'' аллерген.

Неотложная помощь при крапивнице – при остром приступе они должны быть направлены на устранение наиболее мучительного симптома заболевания – кожного зуда. Для этих целей обычно достаточно применения внутрь (реже – инъекционно) антигистаминных препаратов - димедрола, диазолина, фенкарола, тагевила, супрастина, пипольфена и других, обтирание зудящих участков кожи соком лимона, 50% этиловым спиртом или водкой, столовым уксусом (9% раствор уксусной кислоты), горячий душ. Главное в лечении крапивниц – устранение контакта с аллергеном.

**Ангионевротический отек Квинке**.– это четко локализованный участок отека кожи и подкожной клетчатки. По сути дела это гигантская крапивница. Этиопатогенез этих заболеваний однотипен, но не известны причины различия их клинических проявлений.

Клиника. Отек Квинке – это остро развивающийся (минуты, часы) большой, бледный, плотный, не зудящий локальный участок отека, при надавливании на который не остается ямка.  Локализация отека – места с рыхлой клетчаткой. Чаще всего – губы, веки, мошонка, язык, мягкое небо, гортань.  Особенности клиники отека гортани. У больных первоначально появляется охриплость голоса, ''лающий'' кашель. Затем возникает затрудненное дыхание и одышка инспираторного типа. Дыхание шумное, стридорозное. Возникает цианоз лица. Больные беспокойны, мечутся. Голосовое дрожание и бронхофония ослаблены. Выявляется ослабление (диффузное) везикулярного дыхания. Возможна гибель больных от асфиксии  Больных экстренно госпитализируют в ЛОР отделение, где в случае необходимости может быть выполнена трахеотомия.

**Поллинозы  – это хронические аллергические заболевания, вызываемые пыльцой растений, наиболее частыми проявлениями которых являются острый ринит, конъюнктивит, бронхит, бронхиальная астма, реже – аллергические реакции с локализацией в других органах.**

Поллинозы характеризуются сезонными периодами обострений, зависимыми от присутствия в воздухе пыльцы растений        Этиологический фактор – пыльца ветроопыляемых растений. Появление ее в воздухе характеризуется сезонностью (соответственно срокам цветения растений).    Апрель – цветение деревьев – сосна, береза, ива, ольха, орешник, дуб, вяз, ясень, клен.  Конец мая – июнь – цветут луговые и злаковые культуры - мятлик, пырей, лисохвост, тимофеевка, овсяница, рожь, пшеница, овес, реже конопля,крапива,бобовые,сложноцветные.Июль – сентябрь – цветут сорняки - полынь, лебеда, василек, ромашка, марь, птармика.

Это периоды обострения заболевания. Наиболее обилен обострениями период ''конец мая – июнь'' – 70-80% всех обострений.    Характерно сезонное (в одно и то же время года) возникновение у больных чаще всего однотипных клинических проявлений, чередующихся с межсезонными периодами ремиссий. Обострения заболевания связаны с определенной местностью (луг, дача, лес), усиливаются в сухую погоду, ослабевают при дожде, могут возникать вне периода цветения растений – аллергена при употреблении в пищу его семян или других частей растения (например, семечек подсолнуха при аллергии на сложноцветные).

Конъюнктивит – самое частое проявление поллиноза (50-90% случаев).

Характерны:

* зуд, жжение и резь в глазах;
* слезотечение, светобоязнь;
* конъюнктива гиперемирована, отечна;
* отек век;
* при тяжелом течении – отек и эрозии роговицы.

Ринит – встречается не реже конъюнктивита.

Характерны:

* затруднение дыхания через нос;
* зуд в носу;
* обильные водянистые выделения из носа;
* частое приступообразное чихание;
* снижение обоняния.

Выделения из носа обильные, серозные, прозрачные. Риноскопия: отек, гиперемия или бледность слизистой оболочки носа.

Бронхиты, бронхиальная астма – типичная клиника болезни с характерной сезонностью их обострений.

Другие проявления (редкие) – крапивница, отек Квинке, дерматиты, редко – артриты, циститы, вульвиты, плевриты, эпилептические припадки.

**Анафилактический шок: клиника, диагностика, неотложная помощь.**

Анафилактический шок – это самое тяжелое проявление аллергии, являющееся смертельно опасным и требующим неотложного врачебного вмешательства.

Анафилактический шок - это острая немедленная аллергическая реакция, возникающая на повторное введение в организм аллергена, в результате которой выделяются медиаторы, вызывающие угрожаемые для жизни нарушения функции жизненно важных органов и систем (сердечно – сосудистой, дыхательной, центральной нервной и других).

Анафилактический шок развивается через 1 – 60 минут после контакта с аллергеном (чем быстрее шок развивается, тем тяжелее он будет протекать).

Начальный период шока (продромальный) в зависимости от степени его тяжести длится от нескольких секунд до 30 минут. Чем короче продромальный период, тем тяжелее течение шока. Он проявляется зудом кожи, крапивницей, гиперемией и отеком кожи, отеком Квинке любой локализации.

После этого появляются боли в сердце, головокружение, слабость, чувство нехватки воздуха, шум в ушах, боли в животе, пояснице. Кожа бледнеет, иногда возникает ее цианоз. Дыхание становится шумным. Могут возникать рвота, схваткообразные боли в животе, нередки непроизвольная дефекация и мочеиспускание.

Очень часто после этого возникает потеря сознания, тонические клонические судороги. Потеря сознания и судорожный синдром возникают при легком течении редко, при среднетяжелом течении – через 5 – 10 минут, а при тяжелом течении шока – через несколько секунд после возникновения его клиники.

Данные объективного обследования больных.

Первоначально возникает гиперемия кожных покровов, которая сменяется их мраморной бледностью, сопровождающейся холодным липким потом и акроцианозом.

В случае потери сознания – зрачки широкие, на свет не реагируют.

Органы дыхания. Дыхание частое, иногда стридорозное, шумное, порой – клокочущее, на расстоянии могут быть слышны сухие хрипы. При перкуссии над легкими – часто выявляется коробочный звук, как признак острой эмфиземы легких. Выслушивается чаще всего жесткое дыхание, удлинение фазы выдоха, сухие хрипы, более выраженные на выдохе. В случае развития отека легких определяются влажные разнокалиберные хрипы.

Органы кровообращения. Пульс слабого наполнения и напряжения вплоть до полного его отсутствия; АД снижено, в тяжелых случаях – не определяется; тоны сердца глухие, тахикардия, экстрасистолия.

Органы пищеварения. Болезненность живота, напряжение передней брюшной стенки, спастическое состояние пальпируемых отделов кишечника, непроизвольная дефекация.

Органы мочеотделения. Боли в пояснице, непроизвольное мочеиспускание.

 Диагноз устанавливается по клиническим проявлениям заболевания.

Неотложная помощь при анафилактическом шоке – направлена на устранение угрожающих жизни клинических проявлениях шока.

1. Все лекарственные средства вводятся внутривенно.

2. Больного укладывают на спину, поворачивают его голову в сторону, выдвигают нижнюю челюсть, удаляют зубные протезы, очищают пальцем дыхательные пути.

3. В место введения аллергена вводят 1мл 0,1% раствора адреналина.

4. Для повышения уровня АД производят внутривенное вливание плазмозамещающих жидкостей (имеющихся в наличии) и вводят вазоактивные препараты (адреналин, норадреналин, дофамин).

5. При наличии признаков бронхообструктивного синдрома вводят внутривенно раствор эуфиллина.

6. При клинике отека легких внутривенно вводят раствор строфантина и лазикс.

7. Необходимо внутривенное введение антигистаминных препаратов (димедрол – 5мл, супрастин – 4мл, тавегил – 4мл).

В случае необходимости больному проводят искусственную вентиляцию легких или искусственный массаж сердца.

**Лабораторные аллергологические методы диагностики.**

Характерны:

* эозинофилия крови, слезной жидкости, отделяемого из полости носа, мокроты;
* другие признаки .

Самые распространенные болезни суставов повторяете самостоятельно к последней 5 практике