



Аллергия

Орындаған: Қайратова Жаннұр
Топ: 3 м/с А

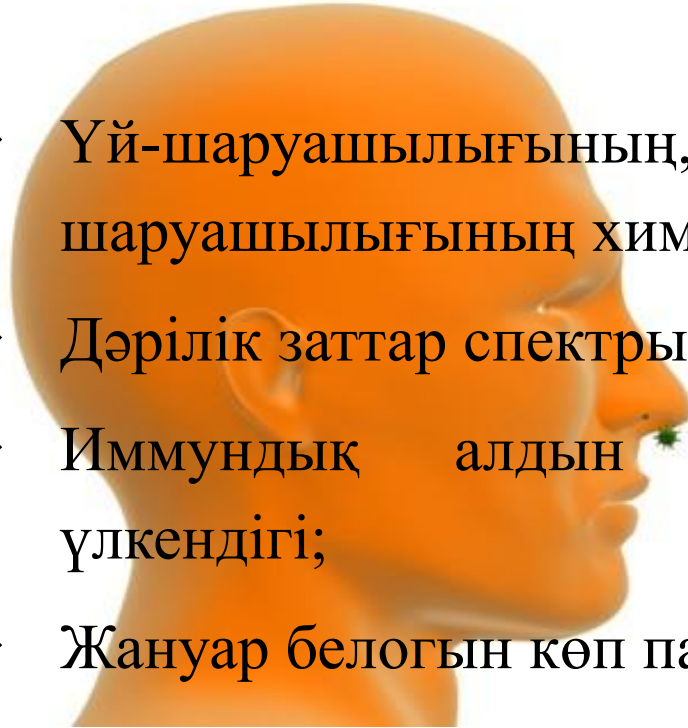
Аллергия — иммундық жауабының үлгісі, ол әр түрлі құрамдағы бөгде заттарға ағзаның жоғары ерекше сезімталдығының дамуынан пайда болады және осы заттармен аллергияны қоздырушы зат *аллергендер* деп аталады. Аллергияның патогенезін, диагностикасын, алдын-алу және емін *аллергология* зерттейді.





Аллергияның шығу себептері:

- ❖ Үй-шаруашылығының, өндірістің, ауыл шаруашылығының химикаттануы;
- ❖ Дәрілік заттар спектрының көбеюі;
- ❖ Иммундық алдын алу масштабының үлкендігі;
- ❖ Жануар белогын көп пайдалану.



Аллергия келесі факторлардың әсерінен пайда болады:

1. Инфекциялық аурумен ауырғандар;
2. Бауыр, бүйрек, ұйқы безінің соматикалық аурулары;
3. Гормональды дисбаланс;
4. Салауатсыз өмір салты;
5. Жұмыста және үйде жағымсыз факторлардың әсері;
6. Иммундық жүйесін жоятын дәрілік препараттарды қабылдау;
7. Радиация;
8. Белоктық ашығу және белок алмасуының бұзылысы.





Аллергендер

Аллергендер – бұл химиялық заттар ағзаға түскен кезде оларға сенсбилизация шақырады. Екі үлкен топқа бөлінеді: *экзоаллергендер және эндоаллергендер*.

Экзоаллергендер бөлінеді:

Ағзаға ену механизміне байланысты:

- а) қатынасты (тері арқылы)
- б) ингаляторлы (тыныс алу жолымен)
- с) алиментарлы (ЖКТ арқылы)
- д) парентералды (қан арқылы)

Шығу тегі бойынша:

- а) үй-шаруашылығы (шаң — тозаң, әсіресе мақта)
- б) эпидермалды (эпителий, мамық, жүн, қайызғақ)
- в) тозаңды (тозаң)
- г) химиялық заттар (100 000 көп, лак, бояу, еріткіштер, косметика)
- д) дәрілік аллергиялар (антибиотиктер, вакциналар, анальгетиктер)
- е) тағамдық (жұмыртқа ақуызы, балық, қызыл-сары дағы бар жемістер).

Эндоаллергендер ағзада бұзылысқа ұшыраған факторлардың әсерінен шығады (комплектің түзілуі антиген табиғатынан емес басқа заттан торшаның өз тәнінен «аллергия жарыққа» және т.б.).



Аллергиялық реакция

Аллергиялық реакция сатылары:

I. Сенсibilизация – қалыпты белсенділігінен жоғары басқа да затқа көшу. Сатысы ағзаға бірінші түскен аллерген осы аллергенде иммунитет реакциясы құрылғанға дейін созылады. Механизмі 2 жұмада құрылады, сенсibilизацияның өзі айлар, жылдар және өмір бойы өтуі мүмкін. Сенсibilизация белсенді болуы мүмкін (аллергендер механизмін ағзаның өзі қалыптастырады) және баяу (қан құю кезінде сенсibilизирленгеннен сенсibilизирленбеген адамға). Сенсibilизация факторы:

1. Аллергенге тәуелді:

- ену жолы (жиі парентералды немесе ингаляторлы)
- өлшем (сенсibilизирленуші өлшемі – жиі үлкен емес немесе өте үлкен саны)
- аллергендер табиғаты (кейбір аллергендерге – 100% сезімталды)
- әсер ету ұзақтығы.

2. Иммунологиялық белсенділік күйіне байланысты (кейбір аллергендер үлгісіне тұқымдық жатады).

II. Десенсibilизация – қайтымды, қалыпты және реактивті өтуі мүмкін:

а. спонтанды және аллергендердің әсерін қайтарғаннан кейін өзінен-өзі шығады.

б. жасанды – курстан соң аллергенді микроөлшемде енгізгенде.



Аллергиялық аурудың алдын-алу

Аллергиялық аурулардың патогенезінде **аллергиялық қабыну** негізгі рөл атқарады. Аса нәтижелі емге арнайы **гипосенсибилизация – вакцинотерапия** жатады. Бірақ бұл ем аурудың қозған кезінде қолданылмайды. Сонымен бірге гипосенсибилизацияны жүргізуге көп қайшылықтар бар және антиген табылмаған жағдайда тағайындалмайды.

Псевдоаллергиялық реакцияларда вакцинотерапия нәтижесіз. Сондықтан аллергиялық ауруларды басқа әдістермен жақсы емдеуге болады.

Көптеген дәрілердің емдік нәтижесі торша ішіндегі циклді **аденозинмонофосфатқа** (ЦАМФ) және циклді **гуанозин-монофосфатқа** (ЦГМФ) әсер етумен жүреді. Торшалардың аллергияға төзімділігін көтеру торша ішіндегі ЦАМФ -тың қорын көбейтумен және ЦГМФ-тың қорын азайтумен жүргізіледі.

Аллергоздардың барлық емдеу тәсілдерін үшке бөледі: *симптоматикалық емдеу әдістері, патогенетикалық әдістер, спецификалық гипосенсибилизация – вакцинотерапия.*

Симптоматикалық емдеуді аурудың қозған кезінде тағайындайды. Аллергиялық қабынудың патофизиологиялық (клиникасы) көріністеріне бағытталады.

Патогенетикалық емдеу әдістері аллергиялық қабынудың негізгі патогенезінің иммунологиялық немесе патохимиялық фазасына бағытталады. Бұл емдер аурудың қозған кезінде (емдеу үшін) және ремиссия кезінде (профилактика үшін) тағайындалады. Арнайы емдеу жүргізілмеген жағдайда негізгі нәтижелі ем болып саналады. Көбінесе жоғарғы жүйке және эндокрин жүйесінің қалыпқа келтіретін, ағзаның арнайы емес реактивтігін төмендететін дәрілер жиі пайдаланылады. *Арнайы* емдеу әдістері аллергиялық қабынудың иммунологиялық фазасына бағытталады. Бұл емдер нәтижелі болуымен бірге ауру қоздыруы, асқынулар беруі мүмкін. Сондықтан иммунотерапия тек қана аллергиялық кабинеттерде жүргізіледі.

Спецификалық емдеуді Ресейде 1 рет (гипосенсибилизацияны) А.М. Безредко (1911) қолданған. А.Д. Адонның сөзімен-аллергиялық аурулардың спецификалық гипосенсибилизациясының емдеу негізгі иммунологиялық механизм мен аллергендерді блокадаға ұшырататын антиденелердің (IgG) түзілуі.

Гипосенсибилизацияның механизмдері:

- блокада беретін антиденелердің түзілуі (IgG)
- реагендердің синтезінің азаюы (IgE)
- қан нейтрофилдерінің фагоцитозының күшеюі
- иммунды комплекстердің көбеюі
- нысана — торшалардың антигенге жауабы төмендейді
- Т-супрессордың белсенділігінің жеткіліксіздігінің қалыпқа келуі.



Арнайы емдеу әдістері

Арнайы емдеу әдістері аллергиялық қабынудың иммунологиялық фазасына бағытталады. Бұл емдер нәтижелі болуымен бірге ауру қоздыруы, асқынулар беруі мүмкін. Сондықтан иммунотерапия тек қана аллергиялық кабинеттерде жүргізіледі.

Патогенетикалық емдеу дәрілері. Бұл ем аллергиялық қабынудың көптеген патогенетикалық механизмдерінің біріне әсер етумен жүргізіледі.

Антимедиаторлық әсерлі дәрілер. Аллергиялық реакциялар биологиялық белсенді заттардың шығуымен жүреді, көптеген медиаторлардың ішінде ең негізгісі гистамин. Бұған қарсы дәрілерді антигистаминдік препараттар дейді. Олардың саны 150-ден артық. Бұлардың бәрінің ағзадағы торшалардың гистамин рецепторларына туыстығы бар. Гистамин антагонистері болып саналып, «шок» мүшенің Н₁ рецепторларына байланысып гистаминнің және басқа медиаторлардың торшаға әсер етуін тоқтатады. Антигистаминдік препараттардың баяу жүретін аллергиялық реакцияға әсері жоқ және «шок» мүшенің арнайы емес гиперреактивтілігін баспайды. Дәрілерді күніне 2-3 реттен, 5 күннен ұзаққа тағайындамайды. Жиі қолданылатын препараттар - димедрол, дипразин, фенкарол, димебон, бикарфен, перитол, супрастин, тавегил, лоратиден, азеластин. Лоратиден, азеластин, диазолиннің седативті әсері нашар. Кейбір препараттар антисеротониндік (сандостен, перитол) немесе холинолитикалық (ипратроний бромид, азатадин) белсенділікке ие. Кейінгі жылдары баяу реакция беретін субстанциясына қарсы әсері бар (диатилкарбамазин паомат) препараттар шықты. Антимедиаторлы препараттардың емдік әсері 30-70%, қанағаттанарлық. Аурудың қозуы 3-4 күн емдеуден соң басылып 1-2 айға дейін сақталады.

Антибрадикининдік дәрілер созылмалы, рецидивті есекжемді емдеуге (пармидин, ангинин, продектин, гливанол) 1-2 ай бойы қолданылады. Кинин жүйесінің ингибиторлары – антиферменттік препараттар: трасилол, контрикал, калликренин, плазмин. Бұған жататын эпсилон-аминокапрон қышқылын (тамшылатып 1% ерітіндісін 100 мл) және гепарин (5-10 мың өлшемін тері астына, қарынға), трасилолды (венаға 10 мың өлшем) есекжем қозған кезде тағайындайды.

Задитен (кетотифен) гистаминге, серотонинге, ацетилхолинге қарсы белсенді. Гистаминнің рецепторымен байланысып гистаминнің шығуын бөгейді. Кетотифен- таблеткасы күніне 2 рет тағайындалады. Препарат өте жақсы көмектеседі, оны бір жылға дейін беруге болады. Балаларға 6 жастан асқанда ғана береді Интал мен задитенді бірге беру респираторлы аллергияларда өте жақсы нәтижелі.

Кальцийдің-антагонистері. Бронхтардың бұлшық етінің жиырылуы, аллергиялық реакцияның медиаторларының торшалардан шығуы кальций иондарының торшаға түсуіне байланысты. Торшаларда белок-кальмодулин белсеніп медиаторларды шығарады. Кальцийдің «шок» мүшенің торшаларында көбеюі жалқықты шығарып, бронхтардың гиперреактивтілігін көтеріп науқастың физикалық жүктемеге шыдамдылығын азайтады. Кальций торшаларға кальцийдің каналдарымен кіреді. Кальций антагонистері торшаларға кальцийдің кіруін бөгейді. Олар – нифедипин, коринфар, адалат және верапамил. Күніне 1 таблеткадан 3 рет беріледі. Кальций антагонистері қан қысымын да төмендетеді. Препараттарды тіл астына да беруге болады. Кері әсерлері – бас ауруы және жүрек соғуы.

Вирустарға және микробтарға қарсы препараттар. Тыныс алу жолдарының аллергияларда бактериялы немесе вирусты инфекциялардың қабынулары жиі. Кейде микроорганизмдер аллергиялардың дамуына немесе қозуына тіке қатысы болады. Эндотоксиндер псевдоаллерген болып гистаминдердің шығуына себеп. Аллергиялар ЖРВИ -дан кейін дамыса антивирусты препараттар (интерферон, ремантадин, рибавирин, ацикловир) тағайындалады. Тыныс алу және асқорыту жолдарында саңырауқұлақтар инфекциясы болса нистатин және леворин (2-4 млн. өл/тәулігіне) таблеткалары беріледі. Респираторлы аллергияда осы дәрілердің натрий тұздарын аэрозоль түрінде қолданады. Басқада антимикотикалық препараттар (амфотерицин, амфоглюкамин, низорал, миконазол т.б.) бар.



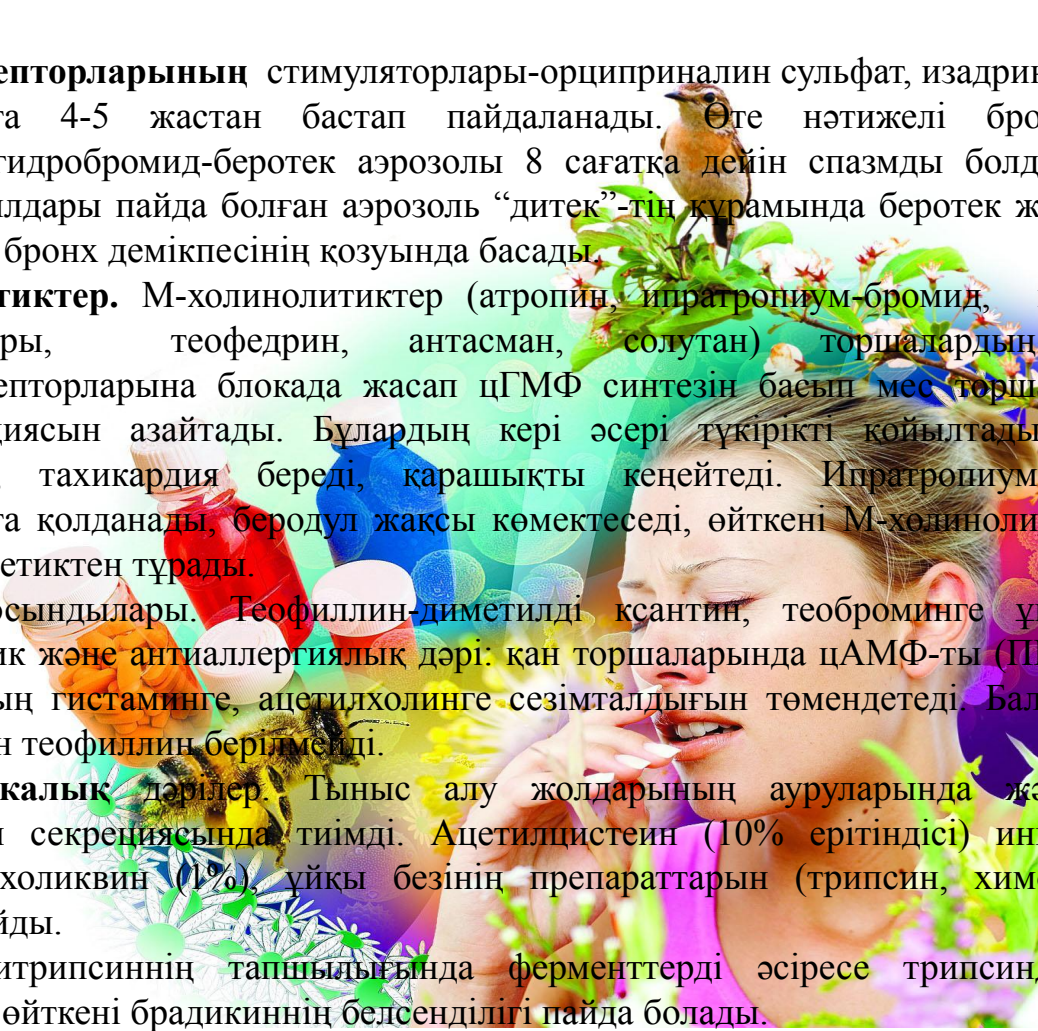
Бетта-рецепторларының стимуляторлары-орциприналин сульфат, изадрин. Оларды ингаляцияға 4-5 жастан бастап пайдаланады. Өте нәтижелі бронхолитик, фенотеролгидробромид-беротек аэрозолы 8 сағатқа дейін спазмды болдырмайды. Кейінгі жылдары пайда болған аэрозоль “дитек”-тің құрамында беротек және ингал бар. Ингал бронх демікпесінің қозуында басады.

Холинолитиктер. М-холинолитиктер (атропин, ипратропиум-бромид, мендуана препараттары, теофедрин, антасман, солутан) торшалардың М - холинорецепторларына блокада жасап цГМФ синтезін басып мес торшаларының дегрануляциясын азайтады. Бұлардың кері әсері түкірікті қойылтады, ішектің атониясын, тахикардия береді, қарашықты кеңейтеді. Ипратропиум-бромидті ингаляцияға қолданады, беродул жақсы көмектеседі, өйткені М-холинолитик+бета-адреномиметиктен тұрады.

Пурин қосындылары. Теофиллин-диметилді ксантин, теоброминге ұқсас. Ол спазмолитик және антиаллергиялық дәрі: қан торшаларында цАМФ-ты (ПГТ2) және бронхтардың гистаминге, ацетилхолинге сезімталдығын төмендетеді. Балаларға 14 жасқа дейін теофиллин берілмейді.

Муколитикалық дәрілер. Тыныс алу жолдарының ауруларында және қою қақырықты секрециясында тиімді. Ацетилцистеин (10% ерітіндісі) ингаляциясы жақсы. Тахоликвин (1%), ұйқы безінің препараттарын (трипсин, химотрипсин) тағайындайды.

Альфа-антитрипсиннің тапшылығында ферменттерді әсіресе трипсинді беруге болмайды, өйткені брадикиннің белсенділігі пайда болады.



PAXMET

