

Глава 2.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗУДЯЩИЕ ДЕРМАТОЗЫ

АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЫ

Наиболее часто встречающаяся группа заболеваний в структуре кожной патологии детского возраста, причиной возникновения которых является аномалия конституции.

Проявляется эта патология в виде экссудативно-катарального диатеза. К сожалению, в связи с увеличением числа аллергических заболеваний, по данным микрopedиатров, почти каждый второй ребенок рождается с проявлением различного вида аномалии конституции. Среди них экссудативно-катаральный диатез занимает ведущее место. Л. В. Лусс (1998), изучая распространенность аллергодерматозов, установил, что аллергические заболевания составляют от 7 до 73%. Это касается как взрослых, так и детей.

Среди аллергических заболеваний кожи у детей одно из ведущих мест занимает атопический дерматит, распространенность которого, по данным эпидемиологических исследований, колеблется от 17 до 25%. По данным А. Г. Шамовой с соавторами (2006), уровень заболеваемости атопическим дерматитом в различных странах колеблется от 1 до 30%.

В климатогеографических условиях Центральной Азии аллергодерматозы чаще встречаются у детей и занимают 3-е место после респираторных аллергозов и поллинозов, которые характеризуются полиморфизмом, стадийным течением и развитием сопутствующих патологических изменений во многих системах растущего организма.

Результаты изучения распространенности аллергических заболеваний у детей в ряде областей Центральной Азии показали, что среди выявленных аллергических заболеваний аллергодерматозы составляют 26,7%. Исходя из этого, прежде чем описывать новые методы лечения, вкратце остановимся на клиническом проявлении различных видов аллергических дерматозов (нейро-

дермит, стропулюс, экзема, аллергический дерматит, крапивница, отек Квинке, чесуха Гебры).

Как говорилось ранее, в основе всех аллергических заболеваний лежит аномалия конституции, т.е. диатезы.

Экссудативно-катаральный диатез

Экссудативно-катаральный диатез (ЭКД) в переводе с латинского означает «выходить наружу». В изучение этой проблемы большой вклад внесли М. С. Маслов, Г. Н. Сперанский, Ю. Ф. Домбровская, В. А. Таболин и др. Особенно необходимо подчеркнуть, что изучению диатеза М. С. Маслов посвятил 30 лет своей жизни. Он выделил восемь его разновидностей, из которых наиболее часто встречающиеся: экссудативно-катаральный, лимфатико-гипопластический, нервно-артритический.

Термин «диатез» в переводе с греческого означает предрасположение одной из форм реактивности организма, характеризующихся своеобразными реакциями на обычные раздражители, склонностью к тем или иным заболеваниям, представляющей собой совокупность наследственных и приобретенных свойств организма. Понятие «диатез» неотделимо от понятия «конституция». М. С. Маслов идентифицирует понятия «диатез» и «аномалия конституции».

В 1905 году А. Черни описал ЭКД. Более широким и обобщающим можно считать термин «аллергический диатез», предложенный А. Д. Адо и Кеммерером.

В современном понимании ЭКД – это способность наследственно обусловленных врожденных и приобретенных свойств организма отвечать повышенной реакцией кожи и слизистых оболочек на отдельные внешние раздражители. ЭКД обусловлен генетическими факторами (генетическая отягощенность у 70–80% детей), возрастными особенностями ферментной системы пищеварительного тракта и иммунологической защиты, а также воздействием окружающей среды. Факторами риска являются неблагоприятные условия внутриутробного развития, гипоксия плода, перинатальное поражение ЦНС, инфекционные заболевания, массивная медикаментозная терапия, характер вскармливания. К факторам риска ЭКД у ребенка относят дисбактериозы и болезни ЖКТ у матери во время беременности, гестозы, медикаментозная терапия во время беременности, особенности питания будущей мамы, а также ранний перевод ребен-

ка на искусственное вскармливание. Зачастую у родителей, либо у одного из них, в детстве также были проявления ЭКД. Факторами, способствующими клиническому проявлению диатеза, являются, как правило, пищевые белки коровьего молока, а также яйца, цитрусовые, земляника, клубника, манная и другие каши. Яйца, клубника, земляника, лимоны, бананы, шоколад и рыба содержат либераторы эндогенного гистамина. У детей, находящихся на естественном вскармливании, ЭКД может проявиться при употреблении этих продуктов матерью.

Клинические проявления ЭКД начинаются иногда сразу же или через несколько дней после рождения, во многих случаях с 2–3-месячного возраста. Для ЭКД характерен симптом триада по М. С. Маслову: 1. Гнейс на волосистой части головы, усиленное образование себорейных чешуек шелушением. 2. Молочный струп – покраснение, шелушение на коже щек. 3. Опрелость – в области кожных складок она стойкая. Кожа в этих местах бледная, сухая. Такие дети бывают худыми, ресницы длинные, кожа тонкая, нежная, напоминающая оранжерейный фрукт.

Повышенная ранимость слизистых оболочек выражается в усиленном и неравномерном слущивании эпителия языка («географический язык»), изменении слизистой оболочки полости рта (стоматит). Гиперплазия лимфоидной ткани также является клиническим проявлением ЭКД. Увеличиваются аденоиды и миндалины, лимфатические узлы, реже – печень и селезенка. Течение ЭКД – волнообразное, обострения связаны с диетическими погрешностями, в том числе матери, если ребенок на грудном вскармливании, но могут быть обусловлены метеорологическими факторами, сопутствующими заболеваниями.

Интересно отметить тот факт, что при обострении бронхиальной астмы и других видов аллергических заболеваний усиливается «географический» рисунок языка. Развитие аллергических реакций в значительной степени связано с наследуемой способностью продуцировать при встрече с экзогенными аллергенами (пыльцевые, бытовые, эпидермальные, лекарственные), особенно антителами-реагинами, относящимися к классу IgE.

Почти у всех детей, страдающих диатезом, развиваются аллергические зудящие дерматозы в виде нейродермита, почесухи, мокнущей и сухой экземы, ложного крупа, бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний наследственного типа.

Лимфатико-гипопластический диатез

Второе место в развитии аллергических и других затяжных заболеваний занимает лимфатико-гипопластический диатез (ЛГД). Дети с ЛГД вялые, бледные, апатичные, быстро утомляются и плохо переносят длительные и сильные раздражения. Для таких детей характерна избыточная масса тела, тургор тканей и мышц снижен, кожа дряблая. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена неравномерно (больше на животе и бедрах). Для ЛГД характерна диффузная гиперплазия лимфоидной ткани: склонность к увеличению лимфатических узлов, вилочковой железы, миндалин, отмечается разрастание аденоидной ткани. Вилочковая железа может достигать значительных размеров, вызывая осиплость голоса, шумное дыхание, запрокидывание головы во время сна, расстройство дыхания, астматическое состояние, приступы асфиксии, судороги. Такие дети относятся к часто болеющим. Нередко выявляются кожные изменения, склонность к частым и затяжным респираторным инфекциям, протекающим с нейротоксикозом и нарушением микроциркуляции. Максимально выраженные проявления ЛГД развиваются обычно в возрасте до 3–6 лет. В дальнейшем проявления диатеза постепенно сглаживаются или исчезают вовсе, хотя у детей возможна задержка полового развития. Следует помнить, что у детей с ЛГД имеется повышенный риск развития синдрома внезапной смерти, инфекционно-зависимой бронхиальной астмы и аутоиммунных заболеваний.

Нервно-артритический диатез

Нервно-артритический диатез (НАД) характеризуется нарушением обмена веществ — пуриновых, липидных, углеводных.

Клинически в раннем детском возрасте наблюдаются склонность к расстройствам питания и пищеварения, анорексия, повышенная нервная возбудимость. В более позднем возрасте характерно проявление рвоты, иногда принимающее упорный характер по типу ацетонемической. Развиваются экзема, бронхиальная астма. Этот диатез предрасполагает к развитию ожирения, сахарного диабета, атеросклероза, гипертонической болезни, подагры и обменных артритов. Мочекислый диатез характеризуется накоплением в биологических жидкостях мочевой кислоты

и ее солей. Очень часто при этом диатезе отмечается нарушение обмена щавелевой кислоты.

Факторы, провоцирующие обострение аллергодерматозов, — пищевые погрешности, лекарства (антибиотики и другие), небактериальные аллергены, острые респираторные заболевания, инфекционные процессы, холод, нервные факторы.

Нейродермит

По нашим данным, среди кожных поражений аллергического генеза наиболее часто встречается нейродермит — 23,4% (33 ребенка из 141). Чаще страдают дети младшего возраста. Хроническая кожная сыпь вызывает, как правило, большую тревогу родителей, чем, например, респираторный аллергоз. У детей младшей группы (54,6%) высыпания появляются преимущественно на щеках, лбу, наружных поверхностях конечностей, в паховых областях и на ягодицах, реже они встречаются на сгибательных частях конечностей. У детей более старшего возраста (45,4%) поражения часто отмечались на лице, затылке, задней поверхности шеи, локтевых и подколенных сгибах, предплечье, внутренней поверхности бедер, в области гениталий. Высыпания обычно сухие. Мокнушие (без везикуляции) возникали лишь в отдельных случаях, в результате сильных расчесов и держались непродолжительное время. Отмечалась зона инфильтрации с лихенизацией буровато-красного цвета. Часто она являлась внутренней зоной поражения. Периферическая зона очага отличалась пигментированностью.

Экзема

Истинную аллергическую экзему в исследовательских целях мы наблюдали у 27% детей раннего, 19% младшего и 22% дошкольного возраста. Сильным провоцирующим фактором оказались пищевые аллергены. Клиническая картина истинной экземы характеризуется значительным разнообразием и пестротой, что обусловлено своеобразным течением заболевания.

Проведены наблюдения ряда стадий истинной экземы. Эритематозная стадия характеризуется краснотой, отеком и зудом, появляются микровезикулы (интраэпидермальные) на эритематозном фоне; это клиническое проявление кожного процесса

можно назвать везикулезной стадией. Затем пузырьки лопаются и образуются мелкие точечные эрозии — экзематозные колодцы, отделяющие в виде капель серозный экссудат, появляется так называемая мокнущая экзема. Эта стадия клинической картины экземы наиболее характерна для детей раннего младшего возраста. По мере ослабления воспалительных явлений количество пузырьков уменьшается и на пораженных участках возникает мелкое отрубевидное шелушение. Часть пузырьков подсыхает с образованием корочек. Это последняя стадия образования корочек. У одного и того же больного одновременно можно наблюдать все стадии заболевания (пузырьки, корочки и шелушение). Наблюдались случаи превалирования признаков одних стадий над другими. У детей старшего возраста наблюдали переход экземы в хроническую форму. В таких случаях пораженные участки кожи характеризуются инфильтрацией, застойной гиперемией и лихенизацией. На поверхности пораженного участка преобладало шелушение, в небольшом количестве — высыпание пузырьков с образованием точечных ссадин и корочек. Интенсивность зуда различная. Во всех случаях экзематозный процесс имел тенденцию к распространению, отмечалось поражение значительной площади покрова.

Аллергический дерматит

Аллергический дерматит по распространенности занимает третье место среди аллергодерматозов. Среди наблюдаемых нами больных аллергодерматозами у 21 выявлен дерматит. Аллергическим дерматитом в основном болеют дети старшего возраста. Клинически аллергический дерматит носит хроническое рецидивирующее течение. На пораженном участке, на фоне отека и гиперемии, отмечается характерное образование большого количества мелких везикулярных элементов, подсыхающих в тонкие, легкие, отторгающиеся корочки-чешуйки, что создает экземоподобную картину. При длительном течении процесса развиваются застойная гиперемия, инфильтрация с лихенизацией. Поражения носят симметричный характер.

В некоторых случаях отмечаются рецидивы экзематозного аллергического дерматита и после прекращения действия сенсибилизирующего вещества.

Строфулюс

Строфулюс имеет несколько названий: хроническая детская крапивница, пурпура детская, почесуха детская. Строфулюс — аллергический дерматоз — наблюдается в детском возрасте, болеют дети преимущественно в возрасте от 3 месяцев до 3 лет.

Этиология и патогенез до сих пор не ясны, но основная роль принадлежит аллергенам пищи, окружающей среде (бытовая пыль, шерстяные и синтетические ткани, игрушки, мех, пух, домашние животные, цветы и др.), укусы насекомых, воздействие некоторых лекарственных средств (йод, бром, сульфаниламиды, антибиотики, амидопирин, анальгетики и др.). Среди лекарственных средств в последнее время причиной возникновения строфулюса, по-видимому, в основном становятся антибиотики. Кроме того, определенное значение в этиологической структуре этого заболевания имеют заболевания ЖКТ, хронические очаги инфекции, профилактические прививки, токсико-аллергические влияния перенесенных инфекционных заболеваний.

Почти во всех случаях строфулюс развивается на фоне ЭКД.

Характерным высыпным элементом является волдырь, в центре которого находится твердая на ощупь серопапула величиной с просыное зерно. Возможны эритемо-уртикарные и буллезные формы строфулюса (Л. А. Штейнлухт, Ф. А. Зверькова, 1979). Локализация на любом участке кожного покрова, даже на ладонях и подошвах, реже на лице и волосистой части головы. Слизистые оболочки не поражаются. Высыпания динамичны — через 6–12 часов волдырь исчезает, остается серопапула, после рассасывания которой несколько дней сохраняется пигментация. Нередко в центре папулы вместо везикулы имеется серозно-геморрагическая корочка, возникающая из-за расчесов. Заболевание характеризуется рецидивирующим течением, сильным приступообразным зудом, расчесами, умеренной полиаденопатией. Больные раздражительны, беспокойны, плаксивы, плохо спят, страдают анорексией, диспепсическими расстройствами, в анализах крови — эозинофилия, иногда анемия. Температура тела нормальная, но в период свежих высыпаний кратковременно повышается до 37,5–38°. Вследствие расчесов нередко осложнение в виде импетиго.

Гистопатология: акантоз, межклеточный и внутриклеточный отек шиловидного слоя эпидермиса с образованием в нем мелких полостей с серозным экссудатом; отек сосочкового слоя дермы, периваскулярная инфильтрация.

Крапивница и отек Квинке

В последнее время среди аллергических заболеваний, протекающих с поражением кожи, наиболее часто встречаются крапивница и отек Квинке. По нашим наблюдениям, они составляют 26,95% (38 детей из 141 случая): крапивница у 14,18% (20 детей), отек Квинке — у 12,76% (18). По данным М. Н. Лессоф, крапивница, спровоцированная пищевыми продуктами, чаще возникает у детей, чем у взрослых. С. Л. Бахна, Д. С. Хейнера указывают, что крапивница возникает у детей старшего возраста. По нашим наблюдениям, с ростом урбанизации крапивница возникает в любом возрасте и протекает с разнообразной клинической картиной.

Элементы сыпи бледно-розового или фарфорово-белого цвета, разной величины, не имеют определенной локализации; в одних случаях волдыри немногочисленны и расположены рассеянно, в других — увеличиваясь вследствие периферического роста и слияния (особенно в местах, подвергающихся раздражению), образуют большие очаги поражений. Иногда отек выражен настолько слабо, что наблюдается лишь высыпание пятен (*urticaria maculosa*), иногда в форме кольца (*urticaria circinata*). Отек может достигать значительного размера, распространяясь в глубь дермы и подкожной клетчатки, приводя к образованию больших волдырей, так называемой гигантской крапивницы. Крайне редко встречаются геморрагическая крапивница, характеризующаяся наличием в центре или по краям волдырей точечных кровоизлияний, а также буллезная крапивница, при которой на поверхности волдыря возникают пузыри. Иногда после исчезновения волдырей на их месте развивается гиперпигментация. Высыпания всегда сопровождаются зудом.

Поражение слизистых оболочек дыхательных путей (гортани, бронхов) при крапивнице проявляется затруднением дыхания и приступообразным кашлем с выделением жидкой мокроты; при быстро наступающем отеке слизистых оболочек создается угроза асфиксии. Развитие отека слизистой оболочки желудка может вызвать рвоту, даже с примесью крови; при поражении кишечника возникает быстро проходящий понос.

Заболевание обычно начинается внезапно и в ряде случаев сопровождается нарушением общего состояния: недомоганием, головной болью, ознобом, болями в суставах, повышением тем-

пературы до 38–39°, эозинофилией. При распространенной крапивнице иногда ощущается напряженность в глазных яблоках, возможны слезотечение, боли в околоушных железах.

Различают острую форму крапивницы, продолжающуюся несколько дней или одну-две недели, и хроническую форму, протекающую с рецидивами многие месяцы и даже годы, то с почти ежедневными высыпаниями, то с различными по продолжительности светлыми промежутками.

Дермографизм (дермографическая крапивница)

Особую форму представляет так называемая крапивница (аутографизм, уртикарный дермографизм), когда, проводя ногтем по коже, можно получить волдырообразную полосу. При этом наблюдается определенная последовательность явлений: вслед за действием раздражителя через несколько секунд возникает местное покраснение кожи, а через 1–3 минуты покрасневшая область начинает припухать; отек достигает максимального развития через 3–5 минут, постепенно отечный участок кожи становится шире. Подобные явления можно вызвать у лиц, страдающих обычной формой крапивницы.

Отек Квинке

Клинические проявления этого аллергического заболевания впервые в 1882 году описаны немецким врачом-терапевтом Генрихом Квинке. В литературе отек Квинке имеет различные названия: гигантская крапивница, ангиоотек, ангионевротический отек.

Заболевание характеризуется внезапным развитием ограниченного или диффузного отека подкожно-жировой клетчатки и слизистых оболочек. Различают два вида — аллергический и наследственный отек Квинке. По литературным данным, болеют часто взрослые после 20 лет. Однако наблюдения показывают, что отек Квинке встречается в любом возрасте, лишь дети до 2 лет болеют редко.

Дифференциальная диагностика аллергического и наследственного отека Квинке

Симптомы	Отек Квинке	
	аллергический	наследственный
Место поражения	Подкожная клетчатка	Подкожная жировая клетчатка
Частота	Часто, больше страдают взрослые	Начинается с раннего возраста, страдают члены этой семьи
Тяжесть и летальность	Редко	Тяжелый, часто летальный исход
Наследственность	Не передается	Передается от поколения к поколению
Противоаллергическое лечение	Эффективно	Не эффективно

Виды отека Квинке и места локализации:

- отек Квинке, излюбленная локализация — лицо, веки, лоб, губы, язык
- отек Квинке — гениталии и конечности
- отек Квинке генерализованного характера — лицо, гениталии и конечности
- смешанный вид отека Квинке (крапивница и отек Квинке).

Отек Квинке встречается в следующих клинических проявлениях: 1) поражение подкожной клетчатки и слизистых оболочек, 2) отек гортани, 3) абдоминальный синдром, 4) неврологические нарушения. Течение отека Квинке хроническое, с рецидивами, остро возникающими через неопределенное время.

Поражение подкожной жировой клетчатки проявляется внезапным отеком, который длится от нескольких часов до нескольких дней. В области отека больной ощущает небольшое давление. кожного зуда не бывает, т.к. процесс локализуется преимущественно в подкожном слое и не распространяется на чувствительные окончания кожных нервов. Цвет кожи в очагах поражения бледно-розовый, иногда бледноватый. Излюбленная локализация — губы, лоб, щеки, веки, дорсальные части стоп,

препуциальный мешок, мошонка. Часто отек Квинке достигает значительного размера, деформируя участок поражения. Внезапно возникнув, отек быстро и бесследно рассасывается, но может и рецидивировать. Отек Квинке возникает на слизистых оболочках полости рта, чаще на языке, причем язык настолько отекает, что не помещается во рту, при этом глотание и речь резко затруднены. Одновременно отекают мягкое небо, глотка, язычок, миндалины. Наблюдаются случаи изолированного отека Квинке в области миндалин. Иногда создается впечатление катаральной ангины.

Отек гортани встречается в 20–25% всех острых случаев отека Квинке и представляет большую опасность для жизни больного; он может возникнуть одновременно с другими симптомами. Заболевание развивается молниеносно. Больной внезапно ощущает затруднение дыхания, в связи с чем становится беспокойным; появляется афония, лицо становится синюшным. Иногда наблюдается кровохарканье вследствие множественных геморрагий в слизистую оболочку полости рта, глотки и гортани. Приступ длится от нескольких минут до получаса. В дальнейшем удушье прекращается, но в течение некоторого времени сохраняется ощущение помехи при дыхании и легкая охриплость голоса. При осмотре во время приступа отмечается резкая отечность язычка, мягкого неба, миндалин и языка. При ларингоскопии виден отек слизистой оболочки гортани, которая принимает сероватый оттенок. При отеке надгортанника и надгортанных складок гортань рассмотреть не удастся. По окончании приступа пораженные ткани принимают прежний вид. В тяжелых случаях отек быстро прогрессирует, удушье нарастает и больной может погибнуть от асфиксии, если не будет произведена срочная трахеостомия. Отек гортани иногда сочетается с отеком трахеобронхиального дерева, напоминая астматический приступ, и с отеком слизистой оболочки носа (в виде приступа острого аллергического ринита).

При абдоминальном синдроме отек захватывает пищевод, желудок и кишечник. Отек подкожной клетчатки может при этом отсутствовать, что затрудняет диагностику. Приступ начинается внезапно с резчайших болей в животе и неукротимой рвоты сначала пищевой, а затем светлой жидкостью с примесью желчи. В кишечнике выше места локализации отека отмечаются усиленная перистальтика и метеоризм. Иногда вследствие значительного отека просвет кишки полностью закрывается, а питание

ее стенок резко нарушается. Больной теряет большое количество жидкости. Приступ заканчивается профузным поносом, иногда с примесью крови вследствие геморрагии в кишечной стенке. В тяжелых случаях при длительном отеке стенки кишки с затруднением кровообращения и нормального прохождения пищи и при отсутствии эффекта от консервативной терапии прибегают к операции.

Редкие формы аллергодерматозов у детей

Почесуха Гебры. По данным литературы, почесуха Гебры начинается в раннем детстве, чаще на первом году жизни. Этиология и патогенез до сегодняшнего дня мало изучены, известно лишь, что в возникновении почесухи Гебры определенную роль играют небактериальные аллергены, в т.ч. пищевые. Заболевания подобного рода редкие, но знать о них нужно.

Приводим историю болезни.

Пятилетний мальчик Д. Н. поступил в клиническое отделение Республиканского педиатрического аллергологического центра. Ребенок от первой беременности, родился весом 3500,0 г. Мать в первой половине беременности в пищевом рационе употребляла много острых блюд, после чего во второй половине обострился нейродермит.

Ребенок наследственно отягощен: у бабушки по линии матери — экзема, у матери — нейродермит. Грудное вскармливание до года. До 8-месячного возраста кожа у ребенка была чистая, позже появился экссудативно-катаральный диатез на лице, шее, голове, затем постепенно распространился по всему телу. Врач-дерматолог поставил диагноз: детская экзема. Было назначено: наружно димедроловая мазь, череда, антигистаминные препараты. Все эти процедуры давали временный эффект. Спустя несколько дней возникали повторные обострения. Лечился в больнице и в санатории. Выписался с тяжелым отеком. Через 1 месяц, после применения мази флюцинар, состояние несколько улучшилось. Однако именно в это время был впервые поставлен диагноз: почесуха Гебры. Ребенок принимал тавегил, витамины В6, В12, наружно — полькортолон в аэрозолях. Но это лечение оказалось неэффективным. В возрасте 1,5 лет у мальчика увеличились лимфоузлы за ушами и на шее, в 2,5 года — под мышками и в паху. Не переносил орехи, яйца, шоколад, кукурузу, сыр. При приеме этих продуктов кожный процесс усиливался, появлялся сильный зуд, отекали губы.

Во время осмотра состояние довольно тяжелое. Питание пониженное, отмечалось отставание в физическом развитии. Кожный процесс носил генерализованный характер, локализован на лице, ушных раковинах, шее, спине, груди, животе и на конечностях. Кожа грубая за счет уплотнений, сухая, шершавая, с лихенизацией, имела серовато-коричневый цвет, покрыта мелкими кровянистыми корочками. На разгибательных поверхностях конечностей, туловище и шее плотные милиарные узелки. Отмечалось увеличение всех периферических лимфатических узлов – на шее, в подмышечной и паховой областях. Анализ периферической крови показал эозинофилию; другие отклонения отсутствовали.

В стационаре были назначены седативные и общеукрепляющие средства, никотиновая кислота, антигистаминные препараты, местно – препараты дегтя в виде мазей. Проведен I курс рефлексотерапии на корпоральные и аурикулярные точки.

Выписан ребенок с улучшением самочувствия. Предложено продолжить лечение амбулаторно. Назначено: задитен в возрастной дозировке, антигистаминные препараты в комбинациях, повторные курсы рефлексотерапии, диета.

Клинический диагноз: редкий аллергический дерматоз на фоне пищевой аллергии с проявлением почесухи Гебры.

НОВЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

Лечение аллергодерматозов – очень трудная задача, требующая от врача и пациента терпения и настойчивости, т.к. для всех видов аллергодерматозов характерно упорное, непрерывное, рецидивирующее течение. Основу аллергических заболеваний кожи составляет аллергическое воспаление, гиперреактивность организма, в т.ч. нарушение различных внешних и внутренних факторов.

Для лечения аллергодерматозов, особенно у детей, используются разнообразные методы, в частности многочисленные мази глюкокортикостероидов для наружного применения. Но несмотря на это, проблема терапии атопических (аллергических) дерматозов окончательно не решена, кроме того, в доступной литературе очень редко встречается описание нетрадиционных немедикаментозных методов лечения и степень их эффективности.

В современной медицине применяется огромное количество химических препаратов, которые зачастую усугубляют аллергизацию организма.

Пероральное и парентеральное введение глюкокортикостероидов — это наиболее эффективный метод лечения дерматита (А. Н. Пампура с соавторами, 2000). Однако при длительной терапии глюкокортикоидами, особенно внутрь и парентерально, могут возникнуть осложнения: гипертония, ожирение, нарушение функции надпочечников и других эндокринных желез, гипокалемиа, нарушение толерантности к глюкозе, иммуносупрессия, остеопороз, кровотечение, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и другие.

Кроме того, существует опасность возможного развития обострения заболеваний после отмены лечения у детей с атопическим дерматитом. Поэтому мы считаем целесообразным назначение глюкокортикоидов внутрь и парентерально пациентам с тяжелым обострением атопического дерматита при недостаточной эффективности местной глюкокортикостероидной терапии на короткий срок (7 дней).

Учитывая вышеизложенное, на основании многолетнего опыта использования немедикаментозного метода, который отличается от других методов своей безвредностью, высокой эффективностью и длительной стойкой ремиссией, считаю возможным рекомендовать следующие виды терапии:

- элиминационную (ЭТ)
- наружную
- иглорефлексотерапию
- воздействие на точки многоигольчатым молотком (метод «Цветение»)
- аллерген-специфическую иммунотерапию

Элиминационная терапия

Элиминационную терапию целесообразно проводить с первого дня лечения, не дожидаясь результатов кожных тестов, ибо постановка аллергической пробы в период обострения атопического дерматита противопоказана. Больному нужна строгая гипоаллергическая диета, исключая все пищевые продукты, содержащие наиболее распространенные аллергены. Такой вид диеты назначается и взрослым, и детям. Если болен грудной

ребенок, то такой вид диеты назначается кормящей матери, так как для пищевых аллергенов барьеры отсутствуют.

Необходимо особо подчеркнуть, что грудное кормление ребенка ни в коем случае нельзя отменять, но некоторые врачи поступают именно так, хотя они хорошо знают, что материнское молоко незаменимо.

Если ребенок находится на искусственном вскармливании и у него аллергия к белкам коровьего молока, тогда назначается безмолочная диета. У детей со слабовыраженной сенсibilизацией к белкам коровьего молока из диеты исключаются цельное коровье молоко, пресные молочные смеси и творог. Эти дети переводятся на адаптированные кисломолочные смеси, например, «АГУ-1», «АГУ-2», «Бифилин» или гипоаллергенные смеси «Хипп ГА», «Хумана ГА», «Фрисопеп». Детям второго полугодия жизни можно назначать биокефир, кефир, «Биолакт», «Ацидолакт». При высокой сенсibilизации коровьего молока можно назначать специализированные адаптированные смеси на основе изолята соевого белка, не содержащие молочный протеин и лактозу. К ним относятся «Нутрилак-соя», «Хумана СЛ», «Энфамил-соя», «Нутри-соя», «Бона-соя», «Фрисо-соя», «Хайнц-соевая смесь», «Туттели-соя». Положительный эффект соевых смесей проявляется через месяц после начала их применения.

При аллергии к белкам коровьего молока и сое назначаются специализированные гипоаллергенные смеси, приготовленные на основе гидролизатов молочного белка с высокой степенью гидролизата — «Прегестимил», «Нутрамиген», «Алиментум», «Пепти-Юниор», «Альфаре», «Пептиди-Туттели». Из смесей можно назначать также «Фрисопеп», «Хумана ГА-1», «Хумана ГА-2», «Хипп ГА», которые состоят из гидролизата белков молочной сыворотки с белками молочной сыворотки с низкой степенью.

В последнее время широко применяются заменители материнского молока. В мировой практике при производстве продуктов детского и лечебного питания прослеживаются тенденции замены коровьего молока козьим.

Белки козьего молока отличаются от белков коровьего по своему фракционному составу, а также структурным, физико-химическим и иммунологическим свойствам. Важной отличительной особенностью белков козьего молока является пониженное содержание α 1-казеина. Этот молочный белок считается одним из основных антигенных детерминантов коровьего молока. Основным сывороточным белком нативного козьего молока

является α -лактоглобулин, а коровьего молока — β -лактоглобулин. В голландском сухом цельном козьем молоке «Амалтея», а также в детских смесях «Нэнни» и «Нэнни золотая козочка» снижены или фактически отсутствуют главные антигенные детерминанты коровьего молока α SI-казеин и β -лактоглобулин.

Детская смесь «Нэнни» — адаптированный заменитель материнского молока, разработанный на основе новозеландского козьего молока. Цельное козье молоко, используемое в производстве «Нэнни», является экологически чистым продуктом. Смесь рекомендована для питания детей с рождения при отсутствии возможности грудного вскармливания и детей, страдающих атопическим дерматитом, непереносимостью белков коровьего молока.

Гипоаллергическая, т.е. элиминационная диета назначается детям старшего возраста и взрослым, страдающим аллергодерматозом. При назначении этих продуктов требуется индивидуальный подход к каждому больному, необходимо с максимальной точностью, на основе пищевого дневника, постановки кожных тестов, определения IgE и IgG выявить антитела непереносимых продуктов. Запрещая употребление сырого молока, меда, орехов, семечек, миндаля, яиц, рыбы, бобовых блюд, цитрусовых фруктов, пепси-колы, фанты, игристых и шипучих вин, жевательных резинок, мороженого, клубники, казы (азиатское блюдо), мы устраняем возможную причину обострения кожного процесса.

Назначая гипоаллергенную диету, врачу следует выявить, нет ли у ребенка псевдоаллергической реакции. Если такая реакция выявляется, это является показанием для исключения из диеты продуктов длительного хранения, а также продуктов, в состав которых входят подозреваемые химические соединения.

Элиминационное мероприятие необходимо проводить в отношении бытовых, эпидермальных и пыльцевых аллергенов, но не с пищевым аллергеном. При наличии гиперчувствительности к аллергенам домашней пыли в целях уменьшения концентрации аллергена в жилом помещении необходимо вести с пылью постоянную борьбу.

Наружная терапия аллергодерматозов

Наружная терапия всех видов атопических дерматитов является одним из обязательных компонентов. Об уходе за аллергизированной кожей, к сожалению, мало известно не только пациен-

там, но и врачам. Это нередко приводит к ошибкам, совершаемым при уходе за сенсibilизированной кожей больного аллергическим воспалением функции. Для этого необходимо осуществить следующие мероприятия. Ванна наполняется водой и отстаивается в течение часа в целях дехлорирования, затем добавляется горячая кипяченая вода и доводится до нормальной температуры для принятия ванны. Ванна принимается в зависимости от возраста, старшим — до 30 минут, грудным детям — 10–15 минут, пораженные зоны кожи следует мыть мылом, содержащим витамин «Е», но без мочалки. Сполоснувшись проточной водой, следует протереть тело полотенцем, очень нежно, как будто промокательной бумагой, и если кожный процесс носит мокнувший характер (мокнушая экзема), смазать раствором «Фукорцин» (вода Кастелани) и спустя 5 минут обработать поврежденный участок кожи серно-салициловой мазью. Такую процедуру нужно проводить два раза в день, утром и вечером. Днем, учитывая тяжесть состояния, назначаются мази целестодерм В, тридерм, элоком, адвантан и другие.

Если атопический дерматит появляется на лице и волосистой части головы, вышеуказанные мази назначаются в виде крема и лосьона.

Антигистаминные препараты в основном назначаются детям, начиная с грудного до 2-летнего возраста и пациентам старше 75–80 лет, а также тем больным, которым иглорефлексотерапию, кожные диагностические тесты и другие медикаментозные методы лечения проводить нельзя.

Седативный эффект, создаваемый антигистаминными препаратами первого поколения, является положительным у детей с нарушением сна, у гипервозбужденных детей раннего возраста. Выраженность седативного эффекта пропорциональна степени проявления кожного зуда, жжения за счет воздействия на его центральные механизмы. Учитывая это положение, антигистаминные препараты первого поколения предпочтительны в период выраженного кожного зуда у детей первого года жизни и в дошкольном возрасте. Назначают в этих случаях фенкарол, пипольфен, супрастин, тавегил и др. Многолетний опыт работы оправдал назначение антигистаминных препаратов первого поколения в комбинированном виде. Например, утром и днем — фенкарол, на ночь — тавегил в возрастной дозировке. Каждые 12–15 дней этот вид антигистаминных препаратов необходимо заменять другими видами.

Если аллергический зудящий дерматоз требует длительного лечения, тогда можно назначать антигистаминные препараты второго поколения: кларитин, зиртек и другие, которые тормозят развитие как ранней, так и поздней фазы аллергической реакции.

После исчезновения аллергических симптомов, в целях профилактики назначается кетотифен (задитен). Действие задитена начинается через 1—2 месяца. Задитен предупреждает рецидив атопического дерматита и сенсибилизацию к новым аллергенам.

При рецидивирующих крапивницах с отеком Квинке и других зудящих дерматозах, в целях проведения аллергических диагностических тестов у детей, начиная с 3—5 лет, и взрослых, терапию проводить без применения антигистаминных препаратов, т. к. клинические проявления легко снимаются при помощи иглорефлексотерапии.

Иглоукальвание

Рассматривая кожу как обширное рецепторное поле и место периферического окончания кожного анализатора, следует полагать, что от ее состояния зависят физиологические реакции на раздражение внешней и влияние внутренней среды.

Клинический опыт показывает, что патологические процессы в коже возникают вследствие нарушения функциональной деятельности ряда внутренних органов; в то же время кожные изменения могут вызывать дисфункцию регуляторных систем организма.

При длительном течении распространенного дерматоза в центральную нервную систему поступают патологические импульсы, которые сами могут привести к ее функциональным нарушениям. Есть основание полагать, что в возникновении часто наступающих рецидивов ряда кожных заболеваний определенное значение имеет нарушение нервной регуляции по типу следовых реакций. Установлено, что возникновение и течение экземы, нейродермита и других аллергодерматозов происходят с участием нервно-регуляторных механизмов. Кроме того, нельзя забывать, что аллергены являются чрезвычайным раздражителем нервной системы, лечение таких больных, вероятно, должно быть направлено, прежде всего, на ликвидацию патологических условных связей. Применение иглоукальвания как своеобразного метода рефлекторного воздействия может оказаться в таких случаях весьма эффективным.

Нередко у аллергодерматологических больных возможно наличие множественных причин заболевания кожи либо предрасполагающих факторов. Это лишний раз подтверждает целесообразность проведения комплексной индивидуализированной патогенетической терапии.

Учитывая все трудности в лечении аллергических зудящих дерматозов, следует отметить, что внедрение рефлексотерапии в клиническую аллергологическую практику вполне целесообразно и оправданно, о чем свидетельствует многолетний (с 1982) клинический опыт работы.

Особенно полезным оказалось применение рефлексотерапии при аллергодерматозах, протекающих с частыми рецидивами и сопровождающихся интенсивным зудом, жжением, лихенизацией, бессонницей, неврастеническим и другими явлениями. Кроме того, рефлексотерапия значительно повышает эффективность специфической иммунотерапии и делает ее результативность долгосрочной.

Применяя рефлексотерапию как основной метод комплексной терапии атопических дерматитов, нельзя забывать о ее противопоказаниях и правилах сочетания с другими видами лечения. При атопических болезнях, прежде всего, используют точки общеукрепляющего действия. С ними сочетают воздействие на «органные» точки, избираемые в зависимости от преимущественной «заинтересованности» при данном заболевании того или иного органа или системы. В рецепт лечения включают также точки, рекомендуемые для снятия тех или иных симптомов (зуд, боль, жжение и т. д.).

Методику проведения иглорефлексотерапии следует выбирать в зависимости от конкретного характера аллергического процесса, особенности его локализации и клинического проявления. В таблице 4 приводятся основные корпоральные точки, наиболее часто используемые при лечении аллергодерматозов.

**Основные корпоральные точки, используемые
при лечении аллергодерматозов**

Меридиан	Название точки и ее номер на меридиане	Меридиан	Название точки и ее номер на меридиане
Легких	чи-цзе (5) ле-цюе (7) юй-цзи (10) шао-шан (11)	Мочевого пузыря	фэн-мэнь (12) гэ-шу (17) пи-шу (20) чэн-фу (36) вэй-чжун (40) хэ-ян (55) кунь-лунь (60) шэнь-май (62)
Толстой кишки	хэ-гу (4) шоу-сань-ли (10) шой-чи (11) цзянь-юй (15) ин-сян (20)	Почек	юн-цюань (1) чжао-хай (6)
Желудка	цзюй-ляо (3) ди-цан (4) фу-гу (32) цзу-сань-ли (36)	Желчного пузыря	хуань-тяо (30) ян-лин-цюань (34) ян-фу (38) цю-сюй (40) цзу-цяо-инь (44)
Селезенки — поджелу- дочной железы	инь-бай (1) сань-инь-цзяо (6) сюе-хай (10)	Печени	да-дунь (1) син-цзянь (2) тай-чун (3) инь-лянь (11)
Сердца	шэнь-мэнь (7)		
Тонкой кишки	цян-гу (2) хоу-си (3)	Заднесре- динного	да-чжуй (14)
		Передне- срединного	ци-хай (6) лянь-цюань (23) чэн-цзянь (24)

Ниже дается рецепт точек при аллергодерматозах (метод запатентован в РУз).

День 1-й

24 XIV чэн-цзянь («приемник жидкости»). Точка применяется при аллергических зудящих дерматозах, как точка неотложной помощи, при отеках лица.

11 II цюй-чи («извилистый пруд»). Эта точка применяется при крапивнице и отеке Квинке. Очень полезна при заболеваниях ЖКТ.

36 III цзу-сань-ли («три промежутка на ноге»). Не зря китайцы эту точку называют «точка от 100 заболеваний». Японцы называют ее «точка долголетия». Точка, в первую очередь, дает хороший эффект при нарушениях всех видов ЖКТ. Врачам известно, что в большинстве случаев, особенно у детей, при атопических дерматитах основной причиной является пищевая аллергия.

День 2-й

15 II цзянь-юй («ложе плеча»). При поднятии руки вверх образуется углубление. Точка, находящаяся в этом углублении, успешно применяется при всех видах кожной сыпи аллергического характера.

4 II хэ-гу («закрытая долина»). На практике широко применяется при многих заболеваниях. Наряду с дерматитом очень высокий эффект наблюдается и при бронхиальной астме и поллинозах.

10 IV сюе-хай («море крови») помогает при сыпи внутренней поверхности бедра.

День 3-й

5 X вай-гуань («наружная граница»). Точка улучшает сон, успокаивающе действует на нервную систему.

6 IV сань-инь-цзяо («точка встречи трех инь»). Правильное нахождение этой точки творит чудеса.

1 VIII юн-цюань («клокочущий источник»). Носит седативный характер. Точка локализуется в середине подошвы. Снимает зуд при лечении дерматозов.

День 4-й

3 I тянь-фу («плодородная земля»)

4 I ся-бай («общая белизна»)

5 I чи-цзе («грязина метра»)

10 I юй-цзи («встреча рыбы»)

Все эти точки расположены в канале легких. Хороший эффект дает при дерматозах верхних конечностей и бронхиальной астме, комбинированных с атопическими дерматозами.

День 5-й

22 XIV тянь-ту («небесная тропа»). Применяется при отеке Квинке и отеке гортани.

7 I ле-цюе («недостающий ряд»). Одна из основных точек чудесных меридианов (ЧМ), эффективна при зудящих дерматозах.

День 6-й

30 XI хуань-тяо («в зрелость прыгать»). Точка относится к каналу желчного пузыря, хорошо снимает зуд множественной локализации при экземе.

36 VII чэн-фу («место опоры»). Показано применять при отеках.

1 XIII чан-цянь («увеличение силы»)

2 XIII яо-шу («точка поясницы»). Обе точки относятся к заднесрединному меридиану. Применяются при аллергических зудящих дерматозах генерализованного характера.

День 7-й

37 VII инь-мэнь («врата богатства»). Помогает при отеке Квинке и крапивнице.

40 VII вэй-чжун («средние накопления»). Применяется при всех аллергических заболеваниях.

День 8-й

40 VII вэй-чжун («средние накопления»)

55 VII хэ-ян («точка встречи ян»)

56 VII чэн-цзинь («поддержка мышцы»)

58 VII фэй-ян («взлет», стабилизирующая точка)

60 VII кунь-лунь («название горы в Тибете»). Все хорошо снимают кожный процесс, действуют стабилизирующе.

День 9-й

Этот сеанс состоит из XIII заднесрединного канала. Если аллергический дерматоз связан с заболеванием ЖКТ, то рецепт состоит от L2 до D7 (5 XIII сюань-шу («висячая стена») – 8 XIII цзинь-со («натягиватель мышц»). Если зудящий дерматоз встречается параллельно с атопической формой бронхиальной астмы

и другими респираторными аллергозами, тогда захватывается от D7 до C7 (9 XIII чжи-ян – 14 XIII да-чжуй).

День 10-й

Чтобы закончить курс ИРТ на корпоральные точки, «закрываем дверь», повторяя точки первого дня, добавляя точку 4 IV гунь-сунь («внук князя»), еще эта точка относится к ЧМ как связующая.

Ауриакупунктура «эр-чжэнь-ляо» применяется при всех аллергических заболеваниях. Эффективность аурикулорефлексо-терапии в два раза выше по сравнению с корпоральной меридианной точкой. Такая высокая эффективность аурикулотерапии объясняется тем, что на ушной раковине имеются нервные волокна, направляющиеся в межучный мозг. Возможно, это и дает не только органонаправленные реакции, но и общее неспецифическое воздействие на организм.

Таблица 5

Аурикулярные точки, наиболее часто используемые при лечении аллергодерматозов

Русские названия точек	Китайские названия точек и их номера
Надпочечник	шэнь-пан-сянь (АТ 13 II)
Железы внутренней секреции	нэй-фэн-ми (АТ 22 IV)
Яичник	луань-чао (АТ 23 IV)
Ствол мозга	нао-гань (АТ 25 V)
Гипофиз	нао-чуй-ти (АТ 28 VI)
Затылок	чжэнь (АТ 29 VI)
Регулирующая дыхание	пин-чуань (АТ 31 VI)
Точка ЦНС	шэнь-мэнь (АТ 55 X)
Диафрагма	гэ (АТ 82 XIII)
Разветвление	чжидян (АТ 83 XIII)
Почка	шэнь (АТ 95 XV)
Легкое	фэй (АТ 101 XVI)
Наружное ухо	вай-эр (АТ 20 III)
Симпатическая нервная система	цзяо-гань (АТ 51 IX)

Ниже дается рецепт аурикулярных точек.

День 1-й

АТ 13 II шэнь-шан-сянь («надпочечник»), при раздражении этой точки проявляется противовоспалительный, противоаллергический, противозудный, противошоковый, противоревматический, рассасывающий, кровоостанавливающий, антиастматический, тонизирующий, нормализующий сосудистый тонус, а также жаропонижающий, расслабляющий гладкую мускулатуру, отхаркивающий и другие эффекты.

АТ 20 III вай-эр («наружное ухо»), при раздражении этой точки при аллергических дерматозах получаем седативный эффект.

День 2-й

АТ 22 IV нэй-фэн-ми («железы внутренней секреции»), относится к одной из часто используемых в аурикулотерапии. Раздражение оказывает противоаллергическое, отхаркивающее, противовоспалительное, противозудное, способствующее улучшению лактации эффекты.

АТ 23 IV луань-чао («яичник»), нормализует состояние вегетативной нервной системы, что необходимо при аллергических дерматозах.

День 3-й

АТ 25 V нао-гань («ствол мозга»), оказывает противоаллергическое и противошоковое действие:

АТ 28 VI нао-чуй-ти («гипофиз»), дает хороший седативный, бронхолитический и снотворный эффект.

День 4-й

АТ 29 VI чжэнь («затылок»), дает противовоспалительный, седативный эффект.

АТ 31 VI пин-чуань («регулирующая дыхание»), оказывает регулирующее действие на дыхательный центр и противоаллергическое действие, хорошо снимает аллергический зуд.

День 5-й

АТ 51 IX цзяо-гань («симпатическая нервная система»), одна из наиболее часто используемых в иглоукалывании точек при лечении многих заболеваний, в том числе болезней вегетативной нервной системы.

АТ 55 X шэнь-мэнь («точка ЦНС»), относится к одной из наиболее часто используемых в аурикулотерапии точек при лечении многих заболеваний, дает противозудный эффект.

День 6-й

АТ 95 XV шэнь («почка»), эту точку медики древнего Китая считали наиболее тесно связанной с ухом. Считалось также, что почки связаны с головным мозгом, костями и половыми органами, отсюда и очень широкий спектр показаний. Применяется при выпадении волос, стимулирует обмен веществ в организме.

АТ 101 XVI фэй («легкое»), применяется при лечении заболеваний дыхательной системы, в т.ч. при туберкулезе легких, также оказывает выраженный противовоспалительный, противоаллергический эффект при аллергических дерматозах, опоясывающем лишае, аллергическом зуде кожи, уртикарной сыпи, неврогенном зуде, кожном зуде невыясненной этиологии.

День 7-й

АТ 51 IX цзяо-гань («симпатическая нервная система») и АТ 55 X шэнь-мэнь («точка ЦНС»), высокоэффективны при операциях, повторно производится раздражение этих точек.

День 8-й

АТ 82 XIII гэ («диафрагма»), «нулевая» точка по P. Nogier: «Весьма важной точкой для ушной раковины является так называемая нулевая точка, которая находится на ножке завитка сразу перед расширением ножки завитка в его восходящую ветвь. Эта точка может рассматриваться как центр окружности, которая как бы описывается по противозавитку», эффективна при аллергических дерматитах. Точка обладает достойными внимания свойствами. Достаточно возбудить эту точку, чтобы пробудить чувствительность ушной раковины. И наоборот, избыток чувствительности может быть приглушен опять-таки через нулевую точку. Необходимо пользоваться ею с осторожностью и только по необходимости. Например, при ушной терапии не достигаются хорошие результаты, если больной находится в состоянии стресса или подвержен сильному нервному потрясению; в этих случаях возбуждение нулевой точки восстанавливает равновесие, которое благоприятствует исходу лечения, и следует начинать

сеанс, укалывая прежде всего эту точку. В других случаях, несмотря на правильно проводимое лечение, ушная терапия не дает никаких результатов. Возбуждение нулевой точки действует как стимул, благоприятствующий устранению периферического расстройства, которое не было устранено при иглоукалывании соответствующей точки. По этой причине нулевая точка рассматривается как главная точка уха.

АТ 83 XIII чжидян («разветвление»), хороший результат наблюдается при кожных заболеваниях.

Корпоральные и аурикулярные иглоукалывания всегда заканчиваем, раздражая точки диафрагмы гэ (нулевая точка P. Nogier) и точки разветвления (чжидян), получая хороший результат.

Метод «Цветение»

При аллергодерматозах иглоукалывание методом «Цветение» (мэй-хуа-чжень) применяется тогда, когда иглорефлексотерапия и другие методы терапии малоэффективны, особенно при аллергодерматозах выраженной сухости, шершавости. Данный метод дает хороший эффект при выраженных кератозах, т.е. утолщении рогового слоя, хронически длительно протекающих (5–20 лет) атопических дерматозах, так как способствует, наряду с водной процедурой, более полноценному проникновению лекарственных средств в глубь кожи.

При аллергодерматозах чаще всего применяем легкое и среднее раздражение с частотой 100...150 ударов в 1 минуту или 2 раза в 1 секунду. При выраженном кератозе применяются сильные и сверхсильные типы раздражения.

Техника процедуры. Молоточек, как уже отмечалось, не должен быть тяжелым. Перед процедурой кожу обрабатывают 75%-ным этиловым спиртом, а головка молоточка с иглами должна быть стерильной (после процедуры кожу обрабатывают спиртом или раствором йода).

Молоточек держат в руке свободно, без напряжения, а удары наносят движением кисти. Причем иглы в момент удара должны находиться строго перпендикулярно коже. Косое направление удара причиняет сильную боль пациенту, а также приводит к значительному повреждению рогового слоя кожи. В момент процедуры больной может лежать или сидеть в зависимости от необходимой зоны раздражения.

Для эффективного лечения всех видов аллергических заболеваний вообще, аллергодерматозов в частности, современный клиницист — врач-аллерголог должен хорошо владеть восточными немедикаментозными методами лечения, учитывая, что химические препараты могут в любой момент стать аллергеном.

Аэроионотерапия с дыхательной гимнастикой с использованием «Люстры Чижевского» проводится всем больным с аллергическим зудящим дерматозом.

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ)

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) впервые предложена в 1911 году, когда была использована для лечения сезонного АР. Суть состоит в том, что в организм пациента постепенно вводят в возрастающих дозах клинически значимый аллерген, к которому у больного выявлена повышенная чувствительность. Своевременно проведенная АСИТ, во-первых, позволяет предупредить переход легкой формы заболевания в более тяжелую; во-вторых, снижает или даже полностью устраняет потребность в лекарственных средствах. Терапевтически эффективны завершённые курсы АСИТ, сопровождающиеся длительной ремиссией заболевания и предотвращающие появление сенсибилизации к новым аллергенам (О. М. Курбачева, 2009).

АСИТ имеют право проводить только врачи-аллергологи, знакомые с методом оказания помощи при побочных реакциях. Проводить АСИТ необходимо в период ремиссии заболевания и после санации очагов инфекции, выявления виновного аллергена, по данным анамнеза, клинического обследования и специфических аллергологических тестов. АСИТ более эффективна при аллергиях, в патогенезе которых ведущую роль играет IgE первый тип реакции.

Перед началом АСИТ, при аллергических заболеваниях и БА, врач должен подготовить пациента к этому виду терапии и для получения успешного результата необходимо следующее:

- установить точный диагноз и начать АСИТ во внеприступный период, когда все патологические симптомы устранены и пациент клинически здоров
- выбрать индивидуальную методику АСИТ для каждого пациента, учитывая степень гиперчувствительности его организма

- осуществить АСИТ, являющуюся эффективным методом терапии аллергической реакции при бронхиальной астме и других аллергических заболеваниях, изменяющую иммунологические показатели пациента в положительную сторону

- строго следить за приготовлением лечебных растворов и определением начальной (пороговой) дозы аллергена для лечения. Все эти процедуры следует осуществлять по принятой методике клинической аллергологии

Существуют парентеральные, пероральные, ингаляционные и сублингвальные методы АСИТ. В 1976 году нами была разработана и предложена новая укороченная схема АСИТ, учитывающая степень чувствительности организма пациента к аллергенам. В 1986 году разработан и внедрен в практику безинъекционный, т.е. электрофоретический метод АСИТ при аллергических заболеваниях.

Обе методики АСИТ отличаются от других методов более высокой результативностью. Подробно электрофоретический метод специфической иммунотерапии при аллергических заболеваниях приведен в главе 1 («Немедикаментозные методы лечения аллергических заболеваний»).

Унифицированная ускоренная АСИТ, с учетом степени гиперчувствительности, включает три схемы.

Схема 1 предусматривает специфическую иммунотерапию больных с сильной степенью сенсибилизации.

Курс лечения: введение инъекций ежедневно с 10^{-14} по 10^{-7} по три на каждое разведение (0,3; 0,6 и 0,9 мл); с 10^{-6} по 10^{-4} — по четыре (0,2; 0,4; 0,6 и 0,9 мл); с 10^{-3} по 10^{-2} — по пять (0,1; 0,3; 0,5; 0,7 и 0,9 мл); 10^{-1} — по пять (0,1; 0,2; 0,3; 0,4; 0,5 мл). Поддерживающая доза (0,5 мл) подкожно. Длительность лечения — 45–54 дня.

Схема 2 подходит для специфической иммунотерапии больных со средней степенью сенсибилизации.

Курс лечения: введение инъекций ежедневно с 10^{-7} по 10^{-6} по три на каждое разведение (0,3; 0,6 и 0,9 мл); с 10^{-5} по 10^{-2} — по четыре (0,2; 0,4; 0,6 и 0,8 мл); 10^{-1} — по пять (0,1; 0,2; 0,3; 0,4; 0,5 мл). Поддерживающая доза 10^{-1} (0,5 мл) подкожно. Длительность лечения — 1 месяц.

Схема 3 может быть использована для специфической иммунотерапии больных со слабой степенью сенсибилизации.

Курс лечения: введение инъекций ежедневно с 10^{-5} по 10^{-4} по четыре инъекции на каждое разведение (0,2; 0,4; 0,6 и 0,8 мл); с 10^{-3} по 10^{-2} — по пять (0,1; 0,3; 0,5; 0,7 и 0,9 мл); 10^{-1} — по пять (0,1; 0,2; 0,3; 0,4; 0,5 мл). Поддерживающая доза 10^{-1} (0,5 мл) подкожно. Длительность лечения — 23–25 дней.

В дальнейшем амбулаторно проводится поддерживающая терапия 1 раз в 1-ю, 2-ю, 3-ю недели и 1 месяц по 0,5 мл аллергена в разведении 10^{-1} . Результаты такого лечения определяются на основании анамнеза, объективного осмотра больного и данных дневников наблюдений, которые рекомендуется вести пациентам в течение 3 лет.