

## **Глава 4.**

### **РЕСПИРАТОРНЫЕ АЛЛЕРГОЗЫ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА**

#### **РЕСПИРАТОРНЫЕ АЛЛЕРГОЗЫ**

Под термином «респираторные аллергозы» объединяется группа заболеваний, характеризующихся аллергическим поражением различных отделов дыхательного тракта. В структуре патологии органов дыхания у детей и взрослых респираторные аллергозы играют видную роль. Широкая распространенность аллергических заболеваний респираторной системы у детей и взрослых обусловлена тем, что дыхательный аппарат, являющийся непосредственным барьером между внутренней средой организма и внешним миром, подвержен многочисленным вредным экологическим воздействиям как специфического, так и неспецифического характера. Большое значение имеет также тот факт, что весьма распространенные ингаляционные аллергены (домашняя пыль, пыльца растений, эпидермальные и т. д.) обладают тропизмом к клеткам респираторной системы.

Кроме того, дыхательный тракт весьма восприимчив к вирусному и бактериальному воздействию. Последнее может служить как специфическим, так и неспецифическим фактором. Специфическое воздействие — это микробная сенсибилизация, а неспецифическое — заключается в том, что микробное воспаление, являясь как бы своеобразной «отравой», создает благоприятную почву для внедрения небактериальных ингаляционных аллергенов, фиксации и накопления на клетках респираторного аппарата аллергических антител. Подробное неспецифическое действие оказывают также различные химические вещества. Например, такой классический респираторный аллергоз, как бронхиальная астма, чаще встречается в районах, где воздух загрязнен выбросами промышленных предприятий, автотранспорта и т. д.

При всех клинических вариантах респираторной аллергии могут наблюдаться аллергические реакции как немедленного, так и замедленного типа, но первый тип встречается чаще. В его основе лежит иммунный конфликт аллерген-антитело, разыгрывающийся на поверхности клеток «шокового» органа, каковым при респираторной аллергии является дыхательный аппарат. В результате этого конфликта активируются энзиматические системы и из поврежденных мастоцитов выделяются в большом количестве такие биологически активные вещества, как гистамин, серотонин, ацетилхолин, брадикинин, медленно действующая субстанция анафилаксии и т. д., с их действием связано появление вазосекреторного расстройства и спастических явлений, которые лежат в основе клинических проявлений респираторных аллергозов.

Иммунные конфликты аллерген-антитело или аллерген-лимфоцит могут протекать изолированно на любом отрезке респираторного тракта или захватывать несколько отделов вплоть до тотального поражения всей дыхательной системы. При этом локализация иммунного конфликта определяет клиническую форму респираторного аллергоза. Имеет место чрезвычайно частое сочетание различных форм аллергического поражения респираторной системы.

Учитывая, что среди аллергических заболеваний респираторные аллергозы занимают основную роль, к сожалению, врачи-терапевты, оториноларингологи, особенно педиатры, путают сугубо атопические (аллергические) поражения с поражением воспалительного характера респираторной системы. В результате этого пациенты, страдающие атопической формой поражения респираторного характера, необоснованно получают антибиотики и другие антибактериальные лекарственные средства. Как следствие, у этой группы больных появляется лекарственная аллергия с тяжелыми последствиями, дисбактериоз, поражение печени и т. д.

Несмотря на частое сочетание различных клинических форм респираторных аллергозов, остановимся в практических целях на следующих аллергических поражениях респираторного аппарата: аллергический кашель, трахеит, ларингит (стеноз гортани), бронхит, ринит, пневмония, синусит; эозинофильные легочные инфильтраты.

## **Аллергический кашель**

Аллергический кашель как отдельная нозологическая единица во многих странах мира не проводится, за исключением французских аллергологов. Однако обращаемость пациентов в связи с непрерывным ростом аллергических заболеваний из года в год значительно увеличивается. Учитывая этот факт, решили выделить его как отдельное нозологическое заболевание респираторного аппарата. Основной причиной развития кашля является сенсибилизация организма к пищевым, лекарственным, бытовым, пылевым, эпидермальным и другим небактериальным аллергенам. В последнее время отмечается появление рецидивирующего кашля после отмены антибиотиков в результате укуса насекомых (осы), нервного стресса, запаха различных духов. В основе заболевания лежат небактериальные аллергены, клиническое проявление характеризуется единственным симптомом. Пациента беспокоит зуд гортани, постоянный мучительный кашель. Кашель сухой, днем более или менее терпимо, а в 3—4 часа ночи кашель усиливается и обретает мучительный характер. Перкуторно и аускультативно патологические изменения не отмечаются, тот же случай и с рентгенологическим снимком. При анализе периферической крови отмечается высокая эозинофилия. При аллергологических диагностических тестах получали в основном положительный результат к пылевым и бытовым аллергенам. Таким больным хороший эффект дает иглоукалывание и АСИТ (аллерген-специфическая иммунная терапия).

## **Аллергический трахеит**

Аллергический трахеит встречается в основном у детей всех возрастов, но наиболее часто в младенческом и дошкольном возрасте, у взрослых встречается очень редко. Аллергический трахеит наблюдается как изолированно, так и в сочетании с другими аллергическими заболеваниями дыхательного аппарата в виде ринотрахеобронхита, ларинготрахеита и т. д. В основе патологии также лежит иммунный конфликт аллерген-антитело.

Клинически в основе трахеита лежит часто повторяющийся приступами начавшийся кашель, приступы наблюдаются в основном ночью и сопровождаются мучительными болезненными ощущениями, лишаящими ребенка сна. Приступы кашля напоминают коклюшную инфекцию. Антигистаминные препараты и бронхолитики не дают ожидаемого эффекта. Ранее эту форму

респираторного аллергоза называли атопической бронхиальной астмой в связи с тем, что приступы кашля аналогичны, а синдром экспираторной одышки отсутствует. Некоторые терапевты (И. П. Лернер, 1963) у взрослых больных аллергические трахеиты обозначают как «кашлевую болезнь», подчеркивая тем самым доминирующий клинический признак.

Аллергические поражения трахеи, как и другие клинические формы респираторных аллергозов, отличаются исключительно упорным течением. Обострения заболевания возникают беспрерывно. Как правило, они протекают при нормальной температуре тела, но состояние детей при этом значительно меняется. Они становятся вялыми, капризными, иногда чрезмерно возбудимыми. Если аллергический трахеит протекает изолированно, то физических изменений в легких не бывает. В периферической крови обращает на себя внимание выраженная эозинофилия, сохраняющаяся также в периоды, свободные от обострения. Рентгенологически обнаруживается реакция корней легких в виде их тяжести, усиления прикорневого рисунка, главным образом за счет сгущения сосудистых теней.

Аллергические трахеиты, как правило, долгое время не распознаются. Устанавливается неправильный диагноз коклюшной инфекции, острого респираторного заболевания, бронхита, затяжной и даже хронической пневмонии. Истинную природу заболевания помогают установить специальные исследования. С большой частотой при этом отмечается повышенная чувствительность к различным аллергенам.

Отличительной особенностью аллергических трахеитов является полное исчезновение симптомов болезни после прекращения контакта с аллергеном.

## **Аллергический ларингит**

Это заболевание относится к группе неотложных состояний клинической аллергологии. Начало заболевания острое и внезапное. В доступной литературе можно встретить следующие названия: острые стенозы верхних дыхательных путей, острый стенозирующий ларингит, острый стенозирующий ларинготрахеит, острый стенозирующий ларинготрахеобронхит, обструкция верхних дыхательных путей, круп, ложный круп, острый подскладковый ларингит, аллергические стенозы гортани (И. А. Ларькова, 2006). Основной причиной развития аллергического ларингита является сенсибилизация организма к пищевым,



лекарственным, инсектным, эпидермальным аллергенам, реже к клещам и грибковым аллергенам. Аллергический ларингит может быть как проявлением отека Квинке, так и наряду с аллергическими отеками составлять комплекс симптомов более тяжелого состояния — анафилаксии.

В возникновении острого ларингита одну из основных ролей играют такие пищевые аллергены, как рыба, орехи, бобовые. У детей грудного возраста особую роль играет аллерген из белка коровьего молока и яйца. Почти любой аллерген из пищевых продуктов способен вызвать подобную реакцию. Иногда аллергический ларингит может быть вызван запахом пищевых продуктов.

Лекарственные стенозы наиболее часто вызываются антибиотиками, прежде всего пенициллиновой группой, такое же явление могут вызвать стрептомицин и группа аминогликозидов, очень редко — группа цефалоспоринов, тетрациклин, макролиды, левомицетин.

Аллергический ларингит как изолированно, так и в составе симптомокомплекса анафилактического шока может быть проявлением инсектной аллергии. Особенно это значимо при укусе перепончатокрылыми насекомыми. Особое место занимает проблема аллергического стеноза гортани (аллергический ларингит) при острых респираторных инфекциях. В последние 10 лет отмечен рост числа ОРВИ, и если в прежние годы основными синдромами тяжело протекающих ОРВИ были нейротоксикоз, то в настоящее время отмечен заметный рост частоты острого обструктивного ларингита с последующим рецидивом процесса. В настоящее время частота аллергического ларингита составляет 64–90%. Нарастает аллергический ларингит на фоне пищевой и лекарственной аллергии. Особую роль в возникновении и развитии аллергического ларингита играют такие условия, как внешняя среда, сезонные и климатические факторы. Доказано, что пик заболеваемости отмечается осенью, зимой и весной, в дни наибольшего перепада суточной температуры и влажности.

Большинство больных с аллергическим ларингитом при ОРВИ — это дети от 6 месяцев до 3 лет.

Основными клиническими проявлениями аллергического ларингита являются следующие:

- изменение голоса
- грубый «лающий» кашель
- стенотическое дыхание

Для этого заболевания характерно внезапное острое начало, как правило в ночное время, часто с одновременным возникновением всех симптомов, при этом нет последовательности перехода из одной стадии стеноза в другую. Появление приступов ночью объясняется тем, что отек подскладкового пространства усиливается в горизонтальном положении, а также превалированием в это время суток парасимпатической иннервации. Острый стеноз гортани, развившийся на фоне ОРВИ, может сопровождаться катаральными явлениями, а может протекать без них, температурная реакция также не является диагностически значимой. Ведущий симптом — стенотическое дыхание. Для больных характерна одышка инспираторного характера. Переход инспираторной одышки в смешанную — угрожающий симптом, свидетельствующий о нарастании тяжести состояния и возможном вовлечении в процесс нижних дыхательных путей. Осиплость постоянно нарастает, кашель обычно грубый, громкий, «лающий», иногда в виде мучительных приступов. Выраженность и длительность стеноза гортани могут варьировать. Тяжесть общего состояния детей определяется прежде всего выраженностью стеноза. По мере его усиления возникает и нарастает дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность.

Различают четыре степени стеноза гортани (И. А. Ларькова, 2006):

I степень — компенсированная; общее состояние средней тяжести; у больного имеются «лающий» кашель, осипший голос; шумное дыхание появляется при волнении, плаче, физической нагрузке; клинически отсутствуют признаки дыхательной недостаточности;  $\text{PaO}_2$  и  $\text{PaCO}_2$  в норме;

II степень — неполная компенсация; общее состояние тяжелое; ребенок возбужден, беспокоен; ощущение нехватки воздуха, «лающий» кашель, стенотическое дыхание постоянно, в покое, нарастающее при малейшем физическом напряжении; признаки дыхательной недостаточности; в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура; периоральный цианоз, инспираторная одышка, тахикардия;  $\text{PaO}_2$  на нижней и  $\text{PaCO}_2$  на верхней границе нормы;

III степень — декомпенсированная; состояние тяжелое или крайне тяжелое; выраженное беспокойство, чувство страха, «лающий» кашель, афония, стенотическое дыхание, слышимое на расстоянии; признаки выраженной дыхательной недостаточности — резко выраженная инспираторная одышка, участие всей

дыхательной мускулатуры в акте дыхания, втягивание эпигастрия, цианоз и акроцианоз; тоны сердца приглушены, тахикардия, пульс нитевидный, выпадающий на вдохе; конечности холодные, «мраморный» рисунок кожи; снижение  $PaO_2$  до 50 мм рт. ст. и повышение  $PaCO_2$  до 70 мм рт. ст.;

IV степень — терминальная; состояние крайне тяжелое или агональное; нарушение ритма дыхания, судороги, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание, дефекация; резкая глухость тонов сердца, брадикардия, АД падает или не определяется; развивается асфиксия;  $PaO_2$  ниже 50 мм рт. ст., а  $PaCO_2$  более 70 мм рт. ст.

При оценке степени стеноза учитывают наличие в покое или при нагрузке (беспокойстве) признаков усиленной работы дыхания. Большое значение имеют голос (крик) и характер кашля. Хриплый, «лающий» кашель типичен для подсвязочного ларингита. Афония — всегда признак вовлечения голосовых связок. В пользу преобладания аллергического отека говорит такой симптом, как диссоциация явлений стеноза и изменения голоса, когда даже при тяжелом стенотическом дыхании сохраняются «звонкие нотки» в голосе. При рецидивирующих формах аллергического ларингита встречаются первая — компенсированная и вторая — неполная компенсированная степени. Третья — декомпенсированная, четвертая — терминальная (агональная) формы встречаются редко либо вообще не встречаются. Это, по-видимому, связано с успехами современной фармакотерапии.

Для лечения аллергического ларингита любой степени больного обязательно госпитализируют.

### Аллергический бронхит

Среди респираторных аллергозов аллергический бронхит по частоте, по нашим данным, занимает второе место после бронхиальной астмы. Этой формой аллергии страдают и дети, и взрослые. Аллергический бронхит чаще встречается в детском возрасте. Страдают дети всех возрастов. В основе аллергического бронхита лежит иммунный конфликт аллерген-антитело. Местом локализации иммунного конфликта являются крупные и средние бронхи; бронхиолы остаются интактными. Отсутствие приступа удушья является доказательством этого мнения. При проведении бронхоскопии слизистая оболочка бронхов отечная и слизистая. Этот отек является причиной сужения бронхов.

Одновременно при помощи бронхоскопии при свете можно увидеть большое количество слизистого секрета. Когда присоединяется бактериальная инфекция, появляется гиперемия, слизистая оболочка бронхов и секрет становятся слизисто-гнойными. Клинически для этой формы респираторной аллергии характерны чрезвычайно частые рецидивы, которые бывают несколько раз в месяц. Применение различных видов антибиотиков никакого эффекта не дают и количество рецидивов не уменьшается, наоборот, может появиться тяжелая форма аллергической реакции к антибиотикам.

Каждый рецидив болезни сопровождается упорным, навязчивым, нередко приступообразным кашлем, преимущественно в ночные часы. В легких при этом выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы с преобладанием крупно- и среднепузырчатых. Наряду с влажными хрипами определяются часто сухие хрипы. В отличие от бронхиальной астмы последние выслушиваются преимущественно на вдохе. Физикальные изменения в легких носят обычно диффузный характер. Характерно отметить тот факт, что при аллергических бронхитах вышеперечисленные физикальные изменения меняются по несколько раз в день, то появляясь, то исчезая.

В крови выраженная эозинофилия достигает до 25–30%. Рентгенологически отмечается повышенная прозрачность легочной ткани, периваскулярная инфильтрация и усиление сосудистого рисунка.

Несмотря на упорный рецидив процесса, признаки общей интоксикации, как правило, отсутствуют. Не наблюдаются также изменения сердечно-сосудистой системы, печени, почек. Следует обратить внимание на различные нарушения со стороны ЦНС, главным образом ее вегетативного отдела. Дети становятся капризными, вялыми, повышено раздражительными, потливыми. Однако в короткие промежутки, когда болезнь протекает бессимптомно, дети, страдающие аллергическим бронхитом, выглядят практически здоровыми.

Часто отмечается сочетание аллергического бронхита с другими аллергическими заболеваниями немедленного типа, в большинстве случаев — с ринитом, конъюнктивитом и аллергодерматозами.

Ниже приведена дифференциально-диагностическая характеристика аллергического бронхита и инфекционно-воспалительного острого бронхита, у больных респираторным аллергозом



вообще, аллергическим бронхитом в частности. У таких больных повышается показатель гистамина и доходит до 40 мкг %, т.е. нарушается гистаминопепсический индекс 0–5%. Кроме того, у подавляющего большинства имеются аллергические проявления к различным аллергенам, чаще всего к аллергену из домашней пыли, пыльцы растений. При элиминации и после проведенной ИРТ исчезают симптомы болезни.

Таблица 12

**Дифференциально-диагностическая характеристика  
аллергического бронхита и инфекционно-воспалительного  
острого бронхита**

Клинические признаки болезни	Аллергический бронхит	Инфекционно-воспалительный острый бронхит
Наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями	Постоянная	Редкая
Начало болезни	Внезапное, без температуры	Острое, с высокой температурой
Патогенез	В основе лежит конфликт аллерген-антитело	Бактериальное воспаление инфекционного характера
Рецидив	Частый, несколько раз в месяц	Не характерен
Антибиотикотерапия	Не эффективна	Высокоэффективна
Географичность языка	Перед рецидивом болезни редко усиливается	Не характерна
Кашель	Упорный (усиливается ночью), навязчивый, приступообразный	Усильвается днем, ночью более спокойный
Физикальные явления	Меняются по несколько раз в день, то появляясь, то исчезая	Носят постоянный характер
Эозинофилия	Высокая, доходит до 25–30%	Не характерна
Аллергический диагностический тест	Резко положительный	Отсутствует

## Аллергическая пневмония

Этот вид респираторного алергоза встречается у детей любого возраста, но диагностируется редко. Как правило, он возникает остро. Нередко спровоцировать аллергическую пневмонию могут разнообразные неспецифические факторы. В подобных ситуациях острая респираторная инфекция вирусного происхождения может послужить толчком к возникновению гиперергической реакции в легких, в то время как истинная пневмония, связанная с активизацией бактериальной флоры, может не развиться. Остро возникающие аллергические пневмонии протекают различно.

Полагают, что при аллергических пневмониях имеет место третий тип аллергических реакций, согласно классификации Coombs и Gell (1968). В основе реакции этого типа, как известно, лежит взаимодействие аллергена с преципитирующими антителами, относящимися к классу IgG. При этом микропреципитаты образуются и вокруг сосудистых стенок; происходит разрушение и тромбоз последних. Реакция протекает по типу феномена Артюса. Типичным примером аллергической пневмонии является «легкое фермера», описанное, главным образом, в зарубежной литературе. Это острый аллергический альвеолит, протекающий с высокой температурой, интоксикацией, лейкоцитозом, повышением СОЭ и т. д. В основе данного патологического состояния сенсibilизация к аллергену из муки. Реакция происходит по третьему типу.

Иногда наблюдаются тяжелое общее состояние больного, повышение температуры до фебрильных цифр. Появляется одышка инспираторного типа; дыхание при этом учащается, становится поверхностным. Кашель нечастый, без отделения мокроты. В легких укорочение перкуторного звука в зоне поражения. Там же на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные и крепитирующие хрипы. В результате альвеолярной гиповентиляции развивается гипоксемия с последующей гипоксией. Появляются цианоз и акроцианоз, учащение пульса, глухость сердечных тонов. В некоторых случаях аллергические пневмонии протекают легко без выраженных экстрапульмональных проявлений. Для аллергических пневмоний, независимо от степени их тяжести, характерно сравнительно быстрое обратное развитие всех клинических симптомов.

Аллергические пневмонии могут развиваться как самостоятельно, так и на фоне различных заболеваний аллергического генеза.

Таблица 13

**Дифференциально-диагностические критерии  
аллергических и инфекционно-воспалительных  
поражений респираторной системы**

<b>Клинические и практические признаки болезни</b>	<b>Аллергические поражения</b>	<b>Инфекционно- воспалительный острый бронхит</b>
Наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями	В большинстве случаев постоянная	Редкая
Упорно рецидивирующий характер заболевания	Выражен	Менее выражен
Постоянство физикальных изменений в легких	Не наблюдается	Наблюдается часто
Рентгенологические изменения в легких	Имеют быструю динамику	Выражены длительно
Температурная реакция при обострении процесса	Как правило, отсутствует	Отмечается более постоянно
Положительная кожная проба с гистамином	Выражена резко	Отсутствует или выражена нерезко
Положительные кожные провокационные пробы с неинфекционными аллергенами	Встречаются с большим постоянством	Отсутствуют
Эффект от антимикробной терапии	Не наблюдается	Выражен
Повышенное содержание в крови гистамина и других биологически активных веществ	Постоянно	Непостоянно
Снижение ГПИ	Постоянно	Непостоянно
Эозинофилия	Выраженная	Невыраженная
Наличие аллергических заболе- ваний других органов и систем	Частое	Редкое



Подобные клинические ситуации особенно часто возникают при бронхиальной астме. Аллергические пневмонии, развивающиеся у детей, больных бронхиальной астмой, протекают так же различно, как и самостоятельные аллергические поражения альвеолярной ткани. Чаще всего течение нетяжелое, с умеренными проявлениями интоксикации и нерезко выраженными признаками дыхательной недостаточности. Так, у многих детей в периоде, свободном от приступов удушья, в легких появляются разнокалиберные влажные хрипы с преобладанием мелкопузырчатых, симулирующие физикальные изменения, свойственные банальному микробному воспалению. На рентгенограмме органов грудной клетки, помимо участков перибронхиальной и периваскулярной инфильтрации, отмечаются локальные отеки легочной ткани, иногда реакция со стороны висцеральной плевры. В крови обычно наблюдаются выраженная эозинофилия, умеренный лимфоцитоз, отсутствие повышения СОЭ. Одной из основных особенностей аллергических пневмоний является быстрое (в течение 3—4 дней) исчезновение как клинических, так и рентгенологических симптомов воспаления.

При этом виде аллергической пневмонии специальное противоаллергическое лечение дает очень быстрый эффект.

На с. 116 дана таблица дифференциально-диагностических критериев аллергических и инфекционно-воспалительных поражений респираторной системы (по Ю. Ф. Домбровской, 1978).

### **Эозинофильные инфильтраты легких**

Очень редко у детей, главным образом больных бронхиальной астмой, наблюдаются эозинофильные легочные инфильтраты.

Они протекают бессимптомно и, как правило, являются случайной рентгенологической находкой. Из внелегочных симптомов для эозинофильного инфильтрата характерно значительное (до 50% и более) увеличение числа эозинофилов в периферической крови, эозинофилия наблюдается, главным образом, тогда, когда уменьшается выраженность рентгенологических изменений. Очевидно, на высоте поражения эозинофилы аккумулируются в очаге местной аллергической реакции в легких. Эозинофильный легочный инфильтрат имеет принципиальное отличие от аллергической пневмонии в том плане, что при нем никогда не бывает экстрапульмональных клинических проявлений заболевания, кроме эозинофилии.

Как уже отмечалось, рецидивирующий характер аллергических бронхолегочных поражений иногда обуславливает ошибочный диагноз хронической пневмонии со всеми вытекающими последствиями (неоправданные курсы лечения антибиотиками, повторное назначение физиотерапевтических процедур, бициллинопрофилактика).

Все эти мероприятия не только не эффективны, но могут вызвать дополнительную сенсибилизацию.

Аллергическая перестройка нередко способствует присоединению инфекции и развитию вторичных бактериальных процессов. Тем не менее клинико-рентгенологические и лабораторные исследования позволяют различать аллергическое и инфекционно-воспалительное состояние, что имеет важное терапевтическое значение.

В данной книге мы привели самые основные, часто встречающиеся у детей и взрослых виды респираторных аллергозов. Надеюсь, что данные таблицы с дифференциальной диагностикой будут полезны для практикующих врачей. Следует отметить, что эффективное лечение респираторных аллергозов дает возможность не допустить переход заболевания в более тяжелую форму — бронхиальную астму.

## **БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА**

Лечение респираторных аллергозов является наиболее сложной проблемой современной медицины.

Описание конкретных аллергических заболеваний нужно начать с бронхиальной астмы (БА). И это очень непростая задача. Слишком серьезное и опасное это заболевание, сопровождающееся приступами удушья. На практике чаще приходится сталкиваться с БА, чем с другими видами аллергии, и по обращаемости она занимает первое место среди респираторных аллергозов.

БА (*asthma bronchiale* от греч. *asthma* — тяжелое дыхание, удушье) — аллергическое заболевание, характеризующееся повторными приступами экспираторной одышки, вызванной диффузным нарушением бронхиальной проходимости, что связано с локализацией аллергической реакции в тканях бронхиального дерева. Объединенный комитет Американской коллегии врачей-пульмонологов и Американского торакального общества определил БА как «заболевание, характеризующееся повышенной реактивностью воздухоносных путей на различные стимулы,

проявляющиеся замедлением форсированного выдоха, степень выраженности которого изменяется либо спонтанно, либо в результате проводимого лечения».

В 1991 году Американским институтом крови, сердца и легких было подтверждено, что бронхиальная астма характеризуется:

- полной или частично обратимой обструкцией воздухоносных путей
- воспалением
- гиперреактивностью бронхов

БА как тяжелое заболевание известна с незапамятных времен. О ней в своих рукописях упоминали Гомер и Геродот, Гален и Цельсий, Р. Лаэннек и Абу Али Ибн Сина (Авиценна).

Классическое описание клинической картины БА сделал более 100 лет назад Г. И. Сокольский, а 1000 лет тому назад очень подробно, на научной и практической основе, эту болезнь описал Абу Али Ибн Сина. Его суждения на этот счет не потеряли своей ценности и по сей день. И сейчас каждый практикующий врач-клиницист, изучая книгу Ибн Сины «Канон врачебной науки» находит много ценной информации. Вот некоторые мысли и советы о лечении бронхиальной астмы, высказанные Ибн Синой: «Астма — заболевание легких, при котором страдающий ею не может не дышать часто, как дышит задыхающийся и производящий тяжелую работу. Эта болезнь, если она случается у стариков, едва ли излечима и не доходит до созревания, да и как [это могло бы быть], если даже у юношей она трудно излечима? В большинстве случаев астма усиливается, когда лежат на спине.

...Эта болезнь принадлежит к числу затяжных болезней, и при ней бывают острые приступы, наподобие приступов падучей и судорог. Повреждение при астме иногда коренится в самих легких и в примыкающих к ним областях, так как в артериях, в их малых разветвлениях и сосочках застревают густые соки, иногда они находятся в легочной трубке, а иногда в рыхлом веществе легких и в пустых местах».

Подробно остановился врачеватель и на причине ее возникновения: «Порой, в редких случаях, [астма] возникает от сухости легких вследствие того, что они высыхают и съеживаются, а порой — из-за их холодности. Случается, что она возникает от повреждения начальных мест органов дыхания...

Иногда [астма] бывает по причине обилия дымного пара, если он задерживается в легких и оказывается там, а иногда бывает от ветров, которые задерживаются в дыхательных органах и стесняют дыхание».



Ибн Сина, описывая признаки бронхиальной астмы, дал очень подробное определение, близкое к современному патогенезу болезни. Читаем: «Если причиной астмы являются соки или жидкости в самой дыхательной трубке, то в начале вдоха наблюдается стеснение, сопровождающееся откашливанием, хрипом, задержкой остановившейся материи, ощущением тяжести и отхаркиванием мокроты из места, близкого [к трубке]. Если соки [скопились] из-за катара, то астма наступает внезапно, а если нет, то мало-помалу». По-видимому, Ибн Сина имел в виду два вида бронхиальной астмы: аллергический (атопический) и инфекционно-аллергический. Далее, останавливаясь на лечении бронхиальной астмы, он пишет: «Лечение астмы, стеснения дыхания и стоячего дыхания. [Астму], происходящую от жидкостей, лечат следующим способом: стараются осторожно и равномерно уничтожить находящуюся в легких таких больных жидкость; если ты rozpoznал, что повреждение, случившееся в легких, произошло от обилия [жидкостей], то обязательно опорожни тело посредством послабления. Лекарства должны быть при этом разрешающими и способствующими созреванию, но не очень горячительными, ибо это привело бы к высыханию и сгущению материи... Поэтому тебе следует заботиться об увлажнении материи и доведении ее до созревания, если она густая или вязкая...».

Эти советы ученого и сейчас не устарели. При тяжелой бронхиальной астме, особенно при астматическом статусе II и III стадий, в легких аускультативно исчезают хрипы. Это грозный симптом, опасный для жизни больного. Если с помощью лечения в легких вновь появляется масса сухих и влажных хрипов, начинается обильное выделение мокроты, опасность миновала, больной выходит уже из астматического статуса. Когда идет выделение мокроты, очищается дыхательный путь от густых, как говорил Авиценна, соков. В это время ни в коем случае нельзя назначать антигистаминные препараты, так как они усиливают густоту ненужных соков, т.е. мокроты, наоборот, больному необходимо получать отхаркивающие, если можно естественные препараты. Ибн Сина в это время даже не разрешал назначать такому больному мочегонные препараты, вот что он пишет: «Точно так же все то, что гонит мочу, приносит при этой болезни вред, поскольку усиленно выводится наиболее жидкая часть влаги».

Действительно, при астматическом статусе введение определенного состава жидкости (это будет описываться ниже) 2–3 раза

в день, внутривенно, капельно (20 капель в минуту) помогает быстрее разжижить мокроту.

Давая совет детским врачам, Ибн Сина пишет: «Если лечат ребенка, то следует смешивать лекарство с молоком его матери; для [детей] достаточны средние [по силе] лекарства...».

Очень ценные советы Ибн Сина дал по назначению лекарственных средств: «Что же касается прочих лекарств, то следует переходить [от одного лекарства к другому] и не употреблять постоянно одно и то же средство, чтобы естество к нему не привыкло. К тому же, между лекарствами и телами [отдельных людей] имеются соответствия, которые нельзя постигнуть иначе, как по опыту, а когда [различные лекарства] испытаны, придержи-вайся наиболее полезного».

Все, чему учил много веков назад Ибн Сина, подтверждает современная практика. Например, широкое применение глюко-кортикоидной терапии резко увеличивает гормонорезистентную или гормонозависимую формы бронхиальной астмы. Таким больным другие методы лечения уже не дают нужного эффекта, и бронхиальная астма протекает тяжело, с различными тяжелыми осложнениями, которые кончаются летальным исходом. Как видим, гормонорезистентность или гормонозависимость в современной медицине вообще, в клинической аллергологии в частности, стали большим злом. Вот почему в своей клинике мы ориентируемся прежде всего на немедикаментозную терапию.

При лечении бронхиальной астмы Ибн Сина использовал большое число сложных и простых лекарственных средств, которые состоят из разных видов лекарственных трав. Удивительность и гениальность ученого заключались в том, что при назначении лечения он учитывал разнообразность причин возникновения бронхиальной астмы. Нет сомнения, что рекомендованные Ибн Синой методы лечения не потеряли своей ценности и в наши дни. В этом мы убедились на собственном опыте.

## **Клиническая классификация бронхиальной астмы**

Клинико-патогенетическая классификация бронхиальной астмы была предложена в 1964 году А. Д. Адо и П. К. Булатовым. Согласно этой классификации, различают две основные формы бронхиальной астмы: инфекционно-аллергическую и неинфекционно-аллергическую.

Первая связана с сенсibilизацией бактериальными аллергенами. Вторая относится к группе атопии и вызывается неинфекционными аллергенами. В современных условиях наиболее распространенной формой бронхиальной астмы является неинфекционная, т.е. атопическая форма бронхиальной астмы. Она бывает следующих видов: пыльцевая, бытовая, эпидермальная, пищевая, лекарственная, химическая.

В классификации необходимо выделить смешанную астму, так как на практике часто считается инфекционно-аллергической атопическая форма бронхиальной астмы, или отмечается сочетание пыльцевой формы с бытовой атопической бронхиальной астмой. Такое сочетание не носит сезонного характера, наоборот, продолжительность часто бывает круглогодичной.

Американские врачи выделяют отдельно, как клиническую форму, «потенциально смертельную бронхиальную астму». Мы считаем, что выделять такую форму бронхиальной астмы практически невозможно, к тому же такая формулировка сбивает с толку лечащего врача. При лечении врач может перепутать астматический статус со «смертельной формой».

В связи с широким и безосновательным применением гормонов увеличилось и превратилось в большую проблему современной клинической аллергологии само течение бронхиальной астмы. Появились отдельные нозологии как гормонорезистентной, так и гормонозависимой форм бронхиальной астмы. Эти формы бронхиальной астмы требуют от научных сотрудников и врачей-клиницистов не просто положительных результатов лечения, но и выведения больных из этого состояния.

Наконец, отдельно необходимо выделить неаллергическую форму бронхиальной астмы. При этой форме заболевания все аллергические пробы дают, в большинстве случаев, отрицательный результат, и антитела IgE не участвуют.

К неинфекционным аллергенам, вызывающим атопическую форму бронхиальной астмы, относятся:

- ингаляционные — пыльца растений, бытовая и производственная пыль, перья подушки, эпидермальные (частицы эпидермиса), продукты химического производства и косметические средства, лекарства, частицы тел насекомых, споры непатогенных грибов
- энтеральные — пищевые продукты, лекарства
- парентеральные — вакцины и сыворотки, лекарства (антибиотики, витамины и др.)



Наибольшее значение в этиологии всех видов атопической формы бронхиальной астмы у детей и взрослых имеют ингаляционные аллергены.

Для правильной организации лечебного процесса важно знать принцип клинической классификации бронхиальной астмы. Исходные данные этой классификации приведены в таблице 14. Они подтверждены практической работой клиники.

Лечащие врачи должны строго учитывать, что развитие болезни может принимать неожиданные обороты. Например, во многих случаях при комбинации ринита с конъюнктивитом поллинозной этиологии, у больного может появиться першение в горле, кашель, что свидетельствует о том, что аллергический процесс идет вниз и появляется угроза началу приступа бронхиальной астмы.

## **Общий клинический обзор**

Несмотря на разнообразные формы бронхиальной астмы (инфекционно-аллергическую, атопическую и др.), все они имеют общие клинические проявления. Например, общими являются основные симптомы всех видов бронхиальной астмы: одышка, чувство нехватки воздуха, кашель с мокротой, свистящее дыхание, которое в большинстве случаев слышно на расстоянии. Выраженность симптомов у разных больных зависит от вида, характера, тяжести течения болезни. Для разработки дифференциальной диагностики и особенно подбора эффективных методов терапии строго выделяются четыре периода бронхиальной астмы: предприступный, приступный, постприступный и межприступный.

**Предприступный период**, в зависимости от формы астмы, продолжается от нескольких часов до 2—3 дней, а иногда и недели. У больных появляется сухой кашель, приступообразное чихание, зуд полости носа, заложенность носа. Больные жалуются на потерю аппетита, головную боль, утомляемость, слабость. Температура всегда нормальная, очень редко при инфекционных формах отмечается субфебрилитет. Иногда, особенно при атопических формах бронхиальной астмы, ярко выраженный предприступный период отсутствует, приступы астмы начинаются внезапно.

Таблица 14

## Клиническая классификация бронхиальной астмы

Форма	Стадии				
	предастма	легкое течение	среднетяжелое течение	тяжелое течение	II стадия
Атопическая (пыльцевая, бытовая, эпидермальная, пищевая, лекарственная, химическая)	Все виды поллинозов без проявления бронхиальной астмы, респираторные аллергозы, атопические дерматозы	Легкие приступы удушья, которые проходят без применения $\beta_2$ -адреномиметиков или быстро снимаются. Ремиссии вне контакта	Приступы удушья 2–3 раза в неделю. Ремиссии вне контакта с аллергеном. Бронхолегочные осложнения возможны	Тяжелые приступы удушья ежедневно, иногда 3–4 раза в день. Возможна ремиссия вне контакта с аллергеном, а также астматический статус	Тяжелые приступы удушья. Астматическое состояние. Ремиссии редки. Хроническая легочная недостаточность II–III степеней. Возможны другие осложнения
Инфекционно-аллергическая	Все затяжные и хронические заболевания легких и заболевания ЛОР-органов	При обострении хронического процесса легких приступы удушья. $\beta_2$ -адреномиметики снимают спазм бронхов. Ремиссии вне обострения хронических очагов инфекции. Осложнения отсутствуют	Частые приступы удушья при обострении хронических заболеваний легких и ЛОР-органов. Возможна хроническая легочная недостаточность I степени	На фоне обострения хронических неспецифических заболеваний легких. Ремиссии редки. Частое состояние астматического статуса. $\beta_2$ -адреномиметики помогают временно, либо эффект отсутствует	Экспираторная одышка носит постоянный характер. Частый астматический статус, хроническое бронхолегочное заболевание II–III степеней. Возможна легочно-сердечная недостаточность

Смешанная	В зависимости от вида сочетания могут быть поллинозы, респираторные аллергии и дерматозы или хроническая инфекция бронхолегочного аппарата	Зависит от сочетания 1-го или 2-го вида	Зависит от сочетания бронхиальной астмы	Тяжелое. Тяжесть течения зависит от формы сочетания	Независимо от формы сочетания бронхиальная астма протекает тяжело, частое состояние астматического статуса. Возможна сердечно-сосудистая недостаточность во всех формах
Гормонозависимая и гормонорезистентная	Частые приступы удушья, малая эффективность от $\beta_2$ -адреномиметиков, лечение глюкокортикостероидами приводит к гормонозависимости или резистентности	Во время приема глюкокортикостероидов приступы удушья редкие или отсутствуют	После ослабления действия гормонов состояние средней тяжести	Состояние тяжести, как 1-го и 2-го видов бронхиальной астмы	Как 1-й или 2-й вид бронхиальной астмы
Неаллергическая	Частые инфекции дыхательных путей	Зависит от вида и тяжести инфекции дыхательных путей	Зависит от вида инфекции	Протекает с температурой, могут быть частые приступы	Возможны осложнения сердечно-легочной системы



Для детей, особенно раннего возраста, такая внезапность не характерна. У них чаще всего в первую очередь наблюдается нарушение со стороны нервной системы — понижение аппетита, ухудшение сна, общее беспокойство, повышенная раздражительность. При осмотре наблюдается отечность слизистой оболочки глотки, миндалин, гиперемия зева, часто все указанные явления напоминают симптомы острого катара верхних дыхательных путей.

У 73% больных, наблюдавшихся в клинике, предприступный период короткий — от нескольких минут до 2—3 часов, у 27% этот период вообще отсутствовал, заболевание начиналось сразу со второго периода.

При инфекционно-аллергических формах бронхиальной астмы предприступный период довольно длительный, начало всегда постепенное, симптомы интоксикации организма более выражены. Наряду с вышеуказанными симптомами, у больных более выражены недомогание, лабильная нервная система, кашель, усиливающийся вечером или ночью. Отмечаются хрипы со стороны легких, иногда кашель с выделением небольшого количества мокроты.

Интересно отметить тот факт, что при атопической форме бронхиальной астмы усиливаются клинические проявления сопутствующих аллергических заболеваний, особенно кожных. Чаще всего это наблюдается у детей с конституционной аномалией: усиливаются все виды диатеза, особенно экссудативно-катарального.

**Приступный период** бронхиальной астмы также зависит от формы и тяжести течения аллергической реакции.

Появление первого приступа астмы чрезвычайно разнообразное. Некоторые авторы «пусковой механизм» связывают с повышением в атмосфере сернистого газа, двуокиси серы, окиси углерода, концентрации дыма (Е. В. Путинцев, 1974; Ж. Голдсмитт с соавт., 1970).

Связь обострения бронхиальной астмы с различными метеоусловиями и временами года выявлена исследованиями Ж. Голдсмитт с соавторами (1970), Ж. Перезан (1972), Х. Хайдом (1972), Е. Дерриком (1972). Они считают, что частота приступов астмы зависит главным образом от концентрации аллергенов в воздухе, которая, в свою очередь, определяется погодой.

Первые приступы бронхиальной астмы у больных появляются вследствие разных причин: острые респираторные заболевания,

острая пневмония, различные запахи, алиментарный фактор, уборка комнаты, начало весны, контакт с домашними животными, прививка АКДС, тонзиллоэктомия, ринит, конъюнктивит, коклюш, аллергодерматозы (экзема), лекарственные препараты, нервные потрясения.

По данным А. Д. Адо с соавторами (1973), Н. В. Адрианова (1973), более половины (53,5%) взрослых больных атопической бронхиальной астмой связывают начало болезни с респираторными инфекциями. Авторы объясняют это тем, что при атопической астме инфекционный процесс способствует лишь проникновению в ткани большого количества ингаляционных аллергенов, к которым больной уже sensibilized, через поврежденную слизистую оболочку, являясь таким образом не «прямой» причиной болезни, а лишь фактором, способствующим переходу субклинической формы неинфекционной аллергии в клиническую.

Клиническая картина периода приступа атопической бронхиальной астмы разнообразна и во многом характерна. У 83 ( $68,6 \pm 4,22$ ) больных пылевой астмой период приступа начинался внезапно, бурно. В начале приступа удушье и кашель появляются редко, а в конце — чаще. При среднетяжелом 48 ( $39,7 \pm 4,44$ ) и тяжелом 17 ( $14,0 \pm 3,11$ ) течениях заболевания наблюдалось отделение небольшого количества слизистой вязкой мокроты. Во время приступа на расстоянии выслушиваются свистящие, жужжащие хрипы. Приступы удушья разыгрываются почти всегда у взрослых и детей ночью, между 12 и 2 часами, редко чуть позже — между 4—5 часами утра.

Ночной характер приступов астмы давно известен клиницистам, которые объясняют это повышением тонуса блуждающего нерва ночью (Монкорже, Н. Ф. Голубев и др.). Обычно уже в самом начале приступа появляется шумное, свистящее, а иногда и хриплое дыхание. Часто при атопической форме бронхиальной астмы, когда приступы удушья отсутствуют, пациент находится как будто в здоровом состоянии. Но когда приступ начинается внезапно, состояние пациента ухудшается. При тяжелом состоянии больной принимает вынужденное положение, опираясь на край кровати или стула. Проявляется выраженный цианоз слизистой оболочки губ. При физикальном исследовании легких коробочный перкуторный звук, масса рассеянных сухих, свистящих хрипов слышна на расстоянии. В большинстве случаев учащенное дыхание замедляется.

При atopической астме окончание приступа удушья внезапное (характерно внезапное начало и внезапный конец). Все физикальные явления со стороны легких быстро исчезают, пациент сидит улыбаясь, как будто с ним ничего не случилось.

При инфекционно-аллергической бронхиальной астме приступ удушья может длиться неделями, он медленно начинается и медленно заканчивается. Физикальные явления со стороны легких также продолжительные и медленные, в течение нескольких дней начинают исчезать. Частое астматическое состояние и осложнения больше всего наблюдаются при инфекционно-аллергической форме. Если приступ продолжается более суток, то днем состояние может значительно улучшиться, но ночью снова наступает ухудшение.

Наиболее характерной и главной особенностью нарушения дыхания при приступе бронхиальной астмы является затруднение выдоха. Одышка носит экспираторный характер, механизм приступа обусловлен бронхостенозом, который возникает вследствие спазмов мышц бронхов, набухания слизистой бронхов и увеличения количества секрета слизистой железы, вязкий секрет не только уменьшает просвет бронхов, но и закрывает некоторые бронхиолы.

Закрытие просвета бронхов чаще бывает неполным, иногда вентильным, т. е. вхождение воздуха при активном процессе вдоха возможно, а выход воздуха при пассивном акте сильно затруднено. Учитывая этот механизм развития приступа удушья, разработана специальная дыхательная гимнастика, которая в дальнейшем будет изложена.

**Постприступный период** бронхиальной астмы зависит от формы и тяжести ее atopической формы. В этом периоде общее состояние больного быстро приходит в норму, исчезают хрипы и остальные клинические симптомы.

При инфекционно-аллергической форме возвращение в здоровое состояние происходит очень медленно. Хрипы и другие проявления болезни сохраняются довольно долго.

**Межприступный период бронхиальной астмы.** Каждый приступ бронхиальной астмы влияет на общее состояние организма и может вызвать ряд функциональных нарушений. Чем дольше продолжается приступ, тем сильнее ослабевает организм. У всех взрослых и детей, страдающих астмой, отмечаются потеря аппетита и веса, нарушение сна. В большинстве случаев дети отстают

в своем физическом развитии. Ребенок бледен, вял, малоподвижен.

Восстановление общего состояния после приступа происходит у разных пациентов с неодинаковой быстротой. Если промежутки между приступами достаточно длительные, то через некоторое время самочувствие пациента становится вполне удовлетворительным. Кожа приобретает розовую окраску, улучшается тургор тканей.

Если межприступный период короткий (1–2 недели), то полное восстановление функций органов и систем тоже короткое. Светлые промежутки часто наблюдаются при инфекционно-аллергической форме у гормонозависимых и гормонорезистентных пациентов. У таких больных постоянно отмечается дефицит иммунной системы. Такое состояние в большинстве случаев характерно для детей дошкольного и школьного возраста. При значительной длительности приступов астмы у детей 13–15-летнего возраста наблюдается отставание развития вторичных половых признаков.

Изучая функции желез внутренней секреции до, во время и после лечения, мы установили их активное участие в патогенезе бронхиальной астмы. Частые приступы удушья, длительное течение болезни, непрерывное участие органов дыхания на «поле сражения» (феномен Монкорже) приводят к значительным изменениям в грудной клетке, наблюдается ее деформация типа «куриная грудь», «грудь сапожника».

Изменение формы грудной клетки часто можно видеть у детей школьного возраста. Бочкообразная грудная клетка образуется на фоне постоянной эмфиземы легких.

У пациентов, страдающих инфекционно-аллергической гормонозависимой формой болезни, отмечались сначала функциональные, затем органические изменения верхних дыхательных путей.

Таким образом, на основе проведенных наблюдений имеется возможность разработать клинические критерии дифференциальной диагностики atopической и инфекционно-аллергической форм бронхиальной астмы (табл. 15), которыми может руководствоваться каждый практикующий врач.

**Дифференциальная диагностика  
атопической и инфекционно-аллергической  
форм бронхиальной астмы**

Показатели	Формы	
	атопическая	инфекционно-аллергическая
Характер аллергической реакции	Аллергическая реакция немедленного типа	Сочетание немедленного и замедленного типов аллергии
Подверженность с точки зрения половой принадлежности	Преимущественно мужского пола	Преимущественно мужского пола
Наследственность	Более характерна	Менее характерна
Период предвестников (предприступный период)	Короткий. Продолжительность от нескольких минут до 2–3 часов. Иногда этот период отсутствует	Выраженный. Продолжительность от 1 до 3 суток, иногда дольше
Приступ удушья: начало	Четко очерчен, часто возникает внезапно. Бурное	Часто возникает постепенно и медленно. Менее бурное
Кашель	В начале приступа реже, в конце — чаще	Во всех периодах одинаковый
Мокрота	Наибольшее количество только при среднетяжелом и тяжелом течениях	Большое количество слизисто-гнойной мокроты
Бронхолитики	Снимают быстро	Малозффективны и медленно снимают приступы
Конец приступа	Четко очерчен и прекращается внезапно	Очерчен менее четко. Продолжительный
Сезонность	Выражена при пылевой астме, продолжительность 8–9 месяцев	Круглогодично
Физикальные данные	Чаше отсутствуют или появляются за 1–2 часа до начала	Имеются постоянно



Хрипы	Во время приступа сухие, свистящие, жужжащие хрипы слышны на расстоянии. Влажные хрипы чаще отсутствуют	Различные сочетания разнообразных сухих, свистящих, жужжащих хрипов с рассеянными разнокалиберными влажными хрипами
Статус астматикус	Встречается редко (до 8%)	Встречается часто (до 21 %)
Постприступный период	От 1—2 часов до 2—3 дней, иногда отсутствует	От 3—5 дней до нескольких недель
Сочетание с другими аллергическими заболеваниями	Более характерно сочетание с аллергическими ринитами, конъюнктивитами и аллергическими зудящими дерматозами (нейродермит, экзема, крапивница). В момент приступа клинические признаки сопутствующих аллергических заболеваний усиливаются	Менее характерно
Язык	«Географический» язык чаще встречается у детей с наследственной предрасположенностью. В предприступный период у детей с диатезом «географический» язык усиливается, в постприступном периоде — сглаживается и уменьшается	Суховат, с легким налетом. «Географический» язык не характерен. У взрослых не наблюдается
Ремиссия	Четкая ремиссия от нескольких минут до нескольких лет после прекращения контакта с аллергеном	В большинстве случаев ремиссия не более 1 месяца
Осложнения	Редкие	Частые
Специфическая иммунотерапия	Более эффективна	Менее эффективна



## **Клиника отдельных форм бронхиальной астмы**

Клиника бронхиальной астмы тесно связана с причинно-значимыми небактериальными аллергенами, продолжительностью контакта с ними, степенью сенсibilизаций.

В связи с увеличением атопических форм бронхиальной астмы и случаев сочетания астмы с другими аллергическими заболеваниями, значительно повышается тяжесть течения болезни и ее терапии. О таком сочетании говорится в работах Е. С. Мутина, Л. А. Горячкина с соавторами (1972), J. Weizenbeck (1970), D. Findeizen (1971), T. Roberts (1972).

По нашим наблюдениям, атопическая бронхиальная астма наиболее часто сочетается с такими аллергическими заболеваниями, как ринит, конъюнктивит, крапивница, экзема, нейродермит, лекарственная и пищевая аллергия. Как правило, в период приступа астмы течение сопутствующих аллергических заболеваний усиливается.

Следует отметить, что среди детей, страдающих атопической бронхиальной астмой с наследственной отягощенностью, у 39 ( $32,2 \pm 4,74$ ) был отмечен «географический» язык. У таких детей перед возникновением приступов удушья и во время их развития «географичность» языка усиливается, а после прекращения приступа уменьшается. Этот показатель, на наш взгляд, может быть использован как один из важных признаков предвестников удушья. В практике клиники он (показатель) нас не подводит.

## **Атопическая пылевая бронхиальная астма**

Клиника пылевой атопической бронхиальной астмы многообразна и характерна, она связана с климатогеографическими условиями и расположением местности. Например, в климатогеографических условиях Средней Азии, в том числе и в Узбекистане, продолжительность этого вида астмы составляет 8–9 месяцев.

При пылевой бронхиальной астме четко выражены симптомы пылевой интоксикации. Тошнота, потеря аппетита, боли в области сердца и живота, головные боли, синева под глазами в виде «симптома очков». У некоторых пациенток отмечается даже нарушение менструального цикла.

У 83 ( $68,6 \pm 4,22$ ) больных пылевой атопической бронхиальной астмой заболевание сопровождалось резким обострением клинических симптомов в весенне-летне-осенний период, часто в сочетании астматического компонента с признаками назоconjunktивального поражения: пароксизмальное чихание, обильное выделение из носа и глаз, зуд и жжение в полости носа. Приступы развиваются быстро и бурно, протекают довольно тяжело. У всех больных начало приступов удушья внезапное, течение бурное. В начале каждого приступа удушья кашель появляется редко, в конце — чаще.

При среднетяжелом 48 ( $39,7 \pm 4,44$ ) и тяжелом 17 ( $14,0 \pm 3,11$ ) течениях заболевания наблюдалось отделение небольшого количества слизистой вязкой мокроты. Во время приступа на расстоянии выслушивались свистящие и жужжащие хрипы.

Рассеянные влажные хрипы наблюдались у 9,9% пациентов.

Несмотря на состояние и продолжительность атопической пылевой бронхиальной астмы, пациенты, не получавшие гормонотерапию, быстро поддавались нашим способам лечения.

### **Атопическая эпидермальная бронхиальная астма**

Хотим мы того или нет, но нам приходится сталкиваться с самыми различными проявлениями бронхиальной астмы.

В клинику привезли мальчика дошкольного возраста. Судя по всему, мать любит ребенка, много времени они проводят вместе. Мы поставили мальчику кожные пробы и получили очень резко (++++) положительные результаты. Аллергеном оказались волосы. Непрямой тест деструкции тучных клеток на аллерген волос тоже дал резко (+++) положительный результат. Мальчик был вялым, капризничал, часто плакал. Противоастматические препараты давали лишь временный эффект.

Был проведен первый курс специфической иммунотерапии с аллергеном волос человека в разведении  $10^{-11}$ . Мальчика выписали домой с условием временного проживания у бабушки по линии матери. На 2-й день после расставания с матерью состояние мальчика резко улучшилось, приступы удушья прекратились, на 3—4-й день бронхолитики отменили. Со стороны легких физикальные явления тоже исчезли. Но через неделю, на 8-й день, состоялась встреча с матерью, после чего состояние мальчика резко ухудшилось и у него заново начались приступы удушья. На 5-й день мать уговорили расстаться с ребенком. За ним

начала ухаживать бабушка. Приступы вновь прекратились, ребенка подготавливали к аллергическим пробам. Два года мальчик получал курс специфической иммунотерапии с положительным аллергеном волос человека. На 3-й год болезнь прекратилась.

Клинический диагноз: atopическая эпидермальная БА, тяжелое течение. Из примера видно, что наряду с первым стрессом, постоянный контакт с виновным аллергеном приводит к тяжелому течению atopической эпидермальной бронхиальной астмы.

Таким образом, особенности клинического течения эпидермальной atopической БА заключаются в том, что они зависят от контакта с причинно-значимыми аллергенами. При длительном контакте все клинические формы этого вида астмы продолжают протекать тяжело. Элиминация, т.е. прекращение контакта с причинно-значимым аллергеном, внезапно снимает все виды клинических проявлений.

При этой форме БА климатогеографические особенности и сезонность (как пылевая atopическая БА) значения не имеют.

### **Смешанная atopическая бронхиальная астма**

При смешанной (эпидермальной, пылевой, пищевой и бытовой) atopической бронхиальной астме отмечается сенсibilизация организма одновременно с вышеуказанными небактериальными аллергенами. В таком случае приступ удушья носит круглогодичный характер.

Такая форма астмы часто сочетается с бытовой и пылевой (пылевая, бытовая atopическая БА) формами БА и у этих пациентов клинические проявления протекают с ринитом и конъюнктивитом. Пациент мучается двумя сочетанными приступами — удушье + пароксизмальное чихание, приступообразное с обильным выделением из носа. Если сочетание происходит с кожными проявлениями аллергии (аллергодерматоз), то у больного одновременно начинается приступ удушья с усилением кожного зуда.

Обострение одного клинического вида с аллергической реакцией усиливает второй, третий виды клинического проявления аллергического заболевания.

Таким образом, смешанная форма atopической БА при сочетании варианте протекает довольно тяжело, и судьба пациента зависит от экстренной помощи лечащего врача-аллерголога.

## Атопическая бытовая бронхиальная астма

Атопическая бытовая бронхиальная астма (БА) также протекает разнообразно, со своеобразными клиническими проявлениями. Часто приступ возникает именно в своем доме (домашняя пыль), в других местах, например у родственников, не возникает. Пациенты во время сбора аллергологического анамнеза часто жалуются: как только переступают порог своего дома, тут же начинается приступ удушья. При этой форме астмы период предвестника от нескольких минут до 30 минут или часа, иногда почти отсутствует. Начало приступа бурное и довольно тяжелое.

Тяжесть течения атопической бытовой бронхиальной астмы зависит от характера степени сенсибилизации.

В большинстве случаев при высокой степени сенсибилизации приступы удушья возобновляются после контакта с аллергеном (в домашних условиях) часто в 1–2 часа ночи, иногда в 4–5 часов утра. Протекают тяжело, развиваются бурно.

Для атопической бытовой БА, кроме вышеуказанных симптомов, характерны следующие проявления: протекает более бурно и тяжело в зимнее время, т.к. это может быть связано с сенсибилизацией пациента к бытовым аллергенам и более тесным контактам именно в это время; симптоматика более выражена, если у больного возникает сенсибилизация к собственной домашней пыли, которую можно определить с помощью аллергических кожных проб.

В последние годы в зарубежных и российских журналах по иммунологии появилось научное описание так называемой brittle-астмы (сложнотерапевтическая резистентная БА). Под этим термином подразумевается фенотип болезни, который отличается особой сложностью лечения и достижением контроля симптоматики, несмотря на оптимальную терапию.

Обсуждаются вопросы выбора лечения, рекомендуется целесообразность высоких доз глюкокортикостероидов. Однако широкое применение самых сильных глюкокортикостероидов, по-видимому, привело к возникновению отдельной гормонозависимой и гормонорезистентной форм БА. Таким больным не следует назначать высокую дозу гормонов, нужно спасать их от гормонозависимости и гормонорезистентности.

Таким образом, в связи с широким применением глюкокортикостероидов появилась новая и довольно тяжелая форма БА,



гормонорезистентная и гормонозависимая формы БА, которая и есть brittle-астма.

Литературы о клинике, течении болезни и тяжелых последствиях лечения этого вида БА нет, хотя число больных увеличивается и, по сути, появляется большая проблема для современной медицины. Учитывая все это, на основании многолетней практики отдельно можно выделить гормонозависимую и гормонорезистентную формы БА и описать клинику, течение и лечение.

При гормонозависимой БА, после окончания гормонотерапии, период ремиссии (в зависимости от длительности действия гормона) продолжается 2–3 месяца, после повторного приема гормонов период ремиссии сокращается до 15 дней. При последующем повторном приеме гормонов период ремиссии продолжается 2–3 дня. После такого срока у пациентов начинается короткий предприступный период, который продолжается от нескольких минут максимум до 1–2 суток. Сначала появляется обильное выделение из носа, затем мучительный кашель с выделением трудно отделяемой мокроты, после чего начинается тяжелейший приступ удушья.

При такой форме БА все избирательно действующие  $\beta_2$ -адреномиметики (астмопент, алуцент, сальбутамол, бриканил, беродуал и др.) не эффективны, даже внутривенно вводимый 2,4%-ный раствор эуфиллина не снимает бронхоспазм. Только определенная доза гормона, к которой привык пациент, купирует приступ удушья.

Иногда, через определенное время, эта доза тоже становится неэффективной. В таких случаях лечащий врач, а иногда и сам пациент, увеличивают дозу. Когда получаемый вид гормона перестает купировать приступ удушья, врач вынужден применять более сильный препарат гормонального характера.

Например, раньше больной получал такой сравнительно мягкий вид гормона, как гидрокортизон. Прошло некоторое время, и препарат перестал снимать бронхоспазм. Врач начинает применять более сильный вид гормона — преднизолон. Это признак гормонорезистентной бронхиальной астмы.

У этих же групп больных со временем возникают острые респираторные заболевания, астматическое состояние и различные тяжелые осложнения.

У отдельных пациентов глюкокортикоидная терапия оказывает чрезвычайно большое влияние на течение астмы.

## Неаллергическая бронхиальная астма

Если в возникновении БА не участвуют IgE — АТ, такую астму некоторые врачи называют неаллергической (Paul A. Greenberger, 2000). Аллергологические тесты, в том числе кожные пробы, дают отрицательный результат.

Причинами неаллергической бронхиальной астмы могут быть хронические заболевания органов и систем, например язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический холецистит, гнойный ринит или синусит и др.

Такая форма БА также возникает при физической нагрузке, в результате симуляции и приема лекарств аспириновой (салициловой) группы. К этой форме еще можно отнести некоторые виды профессиональной астмы, возникающие без участия каких-либо небактериальных аллергенов, а также вирусные заболевания, различные неспецифические факторы — табачный дым, резкий запах различных красок, бензина, духов, одеколона и др.

При терапии этого вида астмы в первую очередь надо устранять основную причину заболевания.

## ЛЕЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Лечение респираторных аллергозов и бронхиальной астмы является наиболее сложным в современной медицине. По общему признанию, терапия их должна быть комплексной (медикаментозной и немедикаментозной), длительной (3—5 лет) и этапной. Основным условием построения этой терапии является строгая индивидуализация с учетом всех особенностей течения заболевания в каждом конкретном случае, поддержка всех принятых правил иммунной реабилитации. Учитывая все это, приводим рекомендации для практикующих врачей:

- лечащему врачу, после тщательного осмотра больного и установления точного диагноза, необходимо составить подробный план лечения и реабилитации, учитывая широкое распространение среди аллергических заболеваний такого тяжелого заболевания, как БА и респираторный аллергоз

- больному БА необходимо объяснить суть его заболевания и этапы лечения, что требует большого терпения как от больного, так и от врача

• следует иметь в виду, что у больного может быть нестойкая нервная система к респираторным аллергиям и БА, в связи с чем к каждому больному необходим индивидуальный подход

• необходимо помочь пациенту избавиться от вредных привычек (курение, употребление алкоголя и др.)

• при постановке диагноза БА необходимо установить также гормонорезистентность или гормонозависимость больного

• если установлена подверженность пациента гормонорезистентности или гормонозависимости, то необходимо учесть это и по мере возможности вывести его из этой зависимости

• при назначении лекарственных препаратов врач обязан объяснить пациенту, какое это лекарство и как его надо принимать, ибо правильное назначение и прием лекарственных препаратов также являются, как подчеркивал Авиценна, большим искусством

• во время лечения следует учитывать все сопутствующие аллергические и неаллергические заболевания и по возможности проводить совместное лечение

• необходимо вести повседневный контроль за получением назначенного лечения пациентами, особенно детьми, подростками, а также лицами пожилого возраста

• врач обязан проводить среди пациентов, страдающих бронхиальной астмой, профилактику гриппа

• в промежутках между курсами лечения пациенту необходимо вести дневник

Перед началом лечения пациент должен пройти аллергологическую школу в целях активного участия вместе с лечащим врачом в лечении своего заболевания. В школе врач-аллерголог должен объяснить больному в доступной форме следующее:

• что такое аллергия? Какие заболевания относятся к аллергическим?

• о БА, если пациент страдает ей, больше внимания уделить этому недугу и т. д.

• о соблюдении всех указаний врача, о возможности излечимости его заболевания. Особо подчеркнуть факт, распространенный среди людей, что аллергические заболевания нельзя лечить

• о существовании двух видов лечения аллергических заболеваний, в том числе БА. Первый вид лечения — симптоматический. При этом виде лечения можно временно остановить клинические проявления заболевания. К такому виду лечения

относится назначение антигистаминных препаратов. Назначение гормональных препаратов (парентерально и аэрозольно), гистоглобулина, препаратов кальция также является симптоматическим видом лечения и действует только на патофизиологические фазы (3-я последняя фаза) заболевания. Здесь также надо объяснить опасность самолечения без консультации врача-аллерголога

• о самолечении, самовольном принятии антигистаминных препаратов, что является опасным и способным привести к более тяжелым последствиям, таким как БА и другие виды респираторных аллергозов

• о сути аллергического заболевания и методах лечения

• о патогенетическом лечении, антителах-реагинах, причинах появления заболевания, т. е. иммунологической стадии аллергических заболеваний

• о биологически активных веществах (гистамин, серотонин, брадикинин, ацетилхолин и т. д.) и их роли в развитии аллергических заболеваний, медикаментозных методах лечения

• об аллергенах (пыльцевые, бытовые, эпидермальные, пищевые, лекарственные и т. д.)

• о сути аллерген-специфической иммунотерапии и частоте ее проведения

• о продолжительности и этапах курсов лечения

Вышеуказанные мероприятия заставляют пациента активно участвовать вместе с врачом-аллергологом в лечении своего заболевания до полной реабилитации.

## Лечение бронхиальной астмы

Основное усилие лечащего врача должно быть направлено на снятие воспаления, отека, спазма гладких мышц воздухоносных путей, восстановление их проводимости.

Важная задача лечения — восстановить иммунологические нарушения и добиться выздоровления или стойкой ремиссии. Для достижения полной иммунореабилитации врачу следует выполнять следующее:

• своевременно ставить правильный диагноз как основного, так и сопутствующих заболеваний

• определять срок лечения с момента установления полного клинического диагноза бронхиальной астмы с учетом всех особенностей ее проявления и осложнений



- строго соблюдать индивидуальный подход к каждому пациенту
- использовать только немедикаментозные, специфические методы терапии
- обеспечивать непрерывность и приемлемость лечения

### Медикаментозное лечение

Использовать только немедикаментозные методы лечения не всегда бывает возможно. Это известно из опыта работы клиники. Из медикаментозных методов лечения для снятия приступа удушья можно применять адреномиметики, способствующие активированию  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренорецепторов,  $\alpha$ -адренорецепторы дают эффект вазоконстрикции, расслабления кишечника, сокращения матки, мочеточников, дилатации зрачков, подавления секреции инсулина.

$\beta$ -рецепторы разделяются на 2 группы адренорецепторов:  $\beta_1$  и  $\beta_2$ ,  $\beta_1$ -адренорецепторы стимулируют сердечную деятельность, дают хронотропный и инотропный эффект, вызывают липолиз.  $\beta_2$ -адренорецепторы расслабляют гладкие мышцы бронхов, мочевого пузыря, гладкие мышцы сосудов. Вызывают стимуляцию скелетных мышц (тремор), гликогенолиза в печени и мышцах.

Для снятия приступов бронхиальной астмы чаще применяются  $\alpha$ - и  $\beta_2$ -адреностимуляторы. Из них более избирательный и эффективно действующий —  $\beta_2$ -адреностимулятор.

При приступах бронхиальной астмы экстренно могут оказать помощь  $\alpha$ -адреномиметики и спазмолитики. Из них широко применяются адреналин и эфедрин в инъекциях. Назначать адреналин следует в инъекциях подкожно, внутримышечно и местно (на слизистую оболочку), иногда внутривенно. Адреналин одновременно вызывает расслабление гладкой мускулатуры бронхов, но при долго протекающей бронхиальной астме может вызвать обратный эффект — спазм. Поэтому, если болезнь продолжается много лет, его надо применять очень осторожно. Продолжительность действия адреналина очень короткая, т. е. он действует быстро, но недолго.

Эфедрин применяется в виде эфедрина гидрохлорида подкожно, внутримышечно и внутривенно, а также местно. Действует медленнее, но продолжительнее по сравнению с адреналином. Учитывая эти свойства эфедрина, его можно вводить в одном

шприце с адреналином — в целях получения экстренного и более длительного эффекта.

Из стимуляторов  $\beta_2$ -адренорецепторов широко применяется в аэрозольном виде алуцент, астмопент, беродуал, сальбутамол, бриканил, беротек. Среди этих препаратов особое место занимают беротек, беродуал, сальбутамол, бриканил.

*Беротек* по структуре и действию является более избирательным стимулятором  $\beta_2$ -адренорецепторов и оказывает более сильное, относительно длительное действие при бронхоспастических состояниях с меньшими побочными явлениями (тахикардия) и другими нарушениями сердечно-сосудистой системы.

*Беродуал* — комбинированный аэрозольный препарат, содержащий  $\beta_2$ -адреномиметик, фенотерол и холинолитик ипратропия бромид. Особенно показан для купирования острых приступов удушья и затрудненного дыхания при бронхоспастическом синдроме. Может применяться также при хроническом обструктивном бронхите, эмфиземе легких и других бронхолегочных заболеваниях с наличием бронхоспазма. Обычная доза для взрослых и детей школьного возраста 1—2 дозы аэрозоля 3 раза в день.

В качестве предупреждения приступа удушья широко применяется интал, тайлед, задитен, кетотифен, из которых очень широкое применение получил *интал*. В основе действия этого препарата лежит его способность тормозить дегрануляцию лаброцитов (тучных клеток) слизистой оболочки дыхательных путей и задерживать высвобождение из них аллергических медиаторов, способствующих возникновению бронхоспазма (брадикинина, МРС, гистамина и др.). Возможно, что действие препарата связано также частично с блокадой рецепторов, специфичных для медиаторов воспаления, а также холино- и адренорецепторов лимфоцитных клеток. Свойствами обычных блокаторов H1-рецепторов кромолин-натрий не обладает.

Действие четко проявляется при применении в виде ингаляции, при приеме внутрь не эффективен. У больных бронхиальной астмой препарат оказывает предупреждающее действие (до развития приступа). Правильное длительное применение сокращает и облегчает приступы, уменьшает потребность в бронхорасширяющих средствах и кортикостероидах. Для купирования острых приступов не применяют.

*Кромолин-натрий* наиболее эффективен для больных молодого возраста, у которых еще не развились хронические изменения в легких. Препарат применяют в виде порошка в капсулах для



ингаляции с помощью карманных трубок — ингаляторов «Спинхалер».

В последнее время интал выпускается в виде аэрозолей в баллончиках, его применяют по 2 дозы (два вдоха) 4 раза в день. В виде капсул интал применяют по 1 капсуле 4 раза в день при помощи аппарата «Спинхалер». При приеме интала могут возникать кашель и кратковременный бронхоспазм; кашель успокаивают приемом стакана воды, сразу после ингаляции, а в случае повторения бронхоспазма делают кратковременную ингаляцию бронхорасширяющими средствами.

*Тайлед* по химической структуре имеет элементы сходства с инталом и близок к нему по действию. Оказывает противовоспалительное и бронхорасширяющее действие. Применяют для профилактики и лечения различных форм бронхиальной астмы, астматических бронхитов, приступов бронхоспазма, вызванных холодом, физической нагрузкой и др.

Выпускается в виде аэрозолей в баллончиках, содержащих по 56 или 112 разовых доз препарата (в каждой дозе по 2 мг). Применяют обычно по 2 дозы (два вдоха) 2 раза (до 4 раз) в день.

*Кетотифен* или *задитен* оказывает противоаллергическое действие, блокируя высвобождение гистамина и других медиаторов (МРСА) из тучных клеток, подавляет вызываемые факторы активации тромбоцитов, накопление в дыхательных путях эозинофилов.

Применяют для лечения, но, главным образом, предупреждения приступов бронхиальной астмы, аллергических бронхитов, поллинозов, аллергических ринитов, аллергодерматозов. Назначают внутрь взрослым по 0,001 г (1 мг) в виде капсул или таблеток 2 раза в день, утром и вечером, во время еды. Детям в зависимости от возраста и массы тела назначают по  $\frac{1}{3}$  ( $\frac{1}{2}$ ) — 1 таблетке 2 раза в день.

*Эуфиллин*. Его действие обусловлено, в первую очередь, содержащимся в нем теофиллином. Эуфиллин расслабляет гладкие мышцы бронхов и кровеносных сосудов, снижает давление в системе легочной артерии, увеличивает легочный кровоток, оказывает диуретическое действие, тормозит агрегацию тромбоцитов.

Применяют при бронхиальной астме и бронхоспазмах различной этиологии, гипертензии в малом круге кровообращения. Назначают внутрь, внутримышечно, внутривенно и в виде микроклизм.

В клинической аллергологии давно применяют спиртовой раствор эуфиллина, принимается за 30–40 минут до еды. Приводим рецепт приготовления раствора эуфиллина.

#### Для детей

Rp. Euphyllini 1,5  
Sirupus Althaeae 20,0  
Spiritus Vini 12% — 200,0

MDS. По 1 чайной или  
1 десертной ложке  
(по возрасту) 3–4 раза в день  
за 30–40 минут до еды.

#### Для взрослых

Rp. Euphyllini 3,0  
Sirupus Althaeae 40,0  
Spiritus Vini 12% — 400,0

MDS. По 1 столовой ложке  
3–4 раза в день за 30–40 минут  
до еды.

Внутривенно применяют 2,4 %-ный раствор эуфиллина.

Детям назначается на каждый год жизни по 1 мл. Взрослым и детям старшего возраста (после 12 лет) не более 10 мл.

Необходимо подчеркнуть, что приготовленный раствор эуфиллина на спирту хороший результат дает при снятии спазма гладкой мускулатуры в бронхах, даже у детей грудного возраста. Эуфиллин хорошо снимает бронхоспазм, сироп алтея разжижает мокроту и усиливает ее выделение. Добавлением 12 %-ного спирта мы добиваемся 100 %-ного растворения эуфиллина и полного всасывания препарата в желудочно-кишечном тракте. Назначают этот препарат на голодный желудок, обязательно за 40 минут до еды.

### Гормонотерапия

Мы уже говорили о том, что при росте числа больных респираторными аллергиями и бронхиальной астмой расширяются и масштабы применения гормональных препаратов. Гормонотерапия дает быстрый эффект, но последствия такого лечения для больных, особенно астматиков, бывают крайне тяжелыми.

Безусловно, глюкокортикостероиды являются мощными противовоспалительными и противоаллергическими препаратами. Однако после их применения очень трудно восстановить иммунологическую стабильность и добиться выздоровления или хотя бы стойкой ремиссии бронхиальной астмы.

Наиболее серьезными последствиями продолжительной гормонотерапии, по наблюдениям нашей клиники, являются:

- значительное ослабление иммунной системы, в первую очередь, из-за снижения выработки антител и далее
  - начальное функциональное подавление, позднее переходящее в морфологические изменения корковых слоев надпочечников вплоть до их атрофии
  - негативное воздействие ГК на обмен кальция в сторону усиления его выделения и уменьшения всасывания организмом, что часто вызывает остеопорозы и повышает вероятность переломов костей
  - возникновение эрозий и последующее развитие язвенных болезней ЖКТ при длительном приеме ГК per os
  - склонность к кровотечениям в связи с нарушениями в системе свертывания крови
  - возникновение синдрома Иценко-Кушинга. Одной из причин острой надпочечной недостаточности является отмена кортикостероидных гормонов. При тяжелых формах этого синдрома наблюдается панмезенхимальная реакция с лихорадочным состоянием и генерализацией воспалительных процессов (включая серозиты и легочные инфильтраты), которые могут трансформироваться в панарит и системную красную волчанку
  - усиление гормонозависимости, а в дальнейшем гормонорезистентности у многих больных детей и взрослых, страдающих бронхиальной астмой, что снижает эффективность других терапевтических методов
  - нарушение функции секрета внутренних желез, особенно поджелудочной железы, и возникновение тяжелой формы сахарного диабета в результате долгого систематического применения ГКС.
  - появление выраженного угнетения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы в результате длительного лечения гормонами у детей, страдающих бронхиальной астмой. Такие дети значительно отстают в физическом и умственном развитии
- Кроме того, в результате широкого и нерационального применения гормонотерапии появилась новая форма бронхиальной астмы — гормонозависимая и гормонорезистентная астма со своеобразным и тяжелым клиническим течением, т. е. так называемая brittle-астма. Мириться дальше с создавшейся ситуацией в области гормональной терапии респираторных аллергозов и бронхиальной астмы нельзя. Пришло время выработать новую концепцию применения глюкокортикоидов с учетом следующих важных моментов:

• если пациент раньше не получал гормонотерапию и к врачу обратился впервые, то тогда даже в диагностических целях не следует назначать глюкокортикоиды (как это делают американцы). В лечении необходимо использовать препараты, снимающие приступ удушья. (Пол А. Гринбергер, 2000)

• приступы удушья успешно снимают избирательно действующие  $\beta_2$ -адреномиметики. В дальнейшем можно продолжить медикаментозные и немедикаментозные методы терапии

• по возможности врач должен уточнить, как функционирует у пациента, страдающего бронхиальной астмой, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система. Если имеется хотя бы незначительное ее угнетение, то необходимо назначить лекарственные препараты, стимулирующие функции желез внутренней секреции

• во всех доступных литературных источниках пишется, что статус астматикус — это прямое показание к применению гормонотерапии. Однако практика показала, что в состоянии астматического статуса, в период компенсации или развития резистентности (первый период), если у больного нет гормонозависимости, применять гормонотерапию необязательно

• при проявлении самой тяжелой формы бронхиальной астмы, когда жизнь больного в опасности и нельзя обойтись без глюкокортикоидов, гормонотерапию надо начинать с самых мягких препаратов, например с гидрокортизона. Гидрокортизон по своему действию близок к гормону, вырабатываемому в надпочечнике. Обычно в таких крайних случаях назначается преднизолон внутривенно, капельно, гидрокортизон — внутримышечно. Такое сочетание сразу дает эффект и возможность быстрее отменить гормонотерапию

• применение гормонов должно быть непродолжительным, максимум 5–7 дней, максимальную дозу пациент должен получить в 1-й день. При появлении эффекта 50% гормон надо отменить. Отмену гормонотерапии лучше провести под защитой препарата, стимулирующего функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы

• в случаях необходимости применения гормонов нельзя сразу назначать сильные виды глюкокортикоидов, например дексаметазон, который в восемь раз сильнее преднизолона и соответственно больше угнетает гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему

Итак, вывод сводится к следующему. Изучая последствия гормонозависимой и гормонорезистентной форм бронхиальной астмы, установлено и рекомендовано лечение без применения гормональных препаратов; их применение допустимо только в самых неотложных случаях, по жизненным показаниям. При этом строго соблюдать правила назначения и отмены глюкокортикоидов. Необходима информация от больного — какой гормональный препарат он получал раньше, есть ли у него гормональная зависимость или резистентность. При утвердительном ответе можно назначать гидрокортизон, преднизолон, триамцинолон, кеналог, полькортолон, дексаметазон. Из всех препаратов ГК наиболее близок к вырабатываемому в надпочечниках человека кортизолу гидрокортизон. При назначении ГК это необходимо учитывать.

*Гидрокортизон* для приема внутрь применяется редко, в основном парентерально. Форма выпуска — суспензия во флаконах по 5 мл (в 1 мл содержится 0,025 г гидрокортизона ацетата).

*Преднизолон* применяют не только при бронхиальной астме, но и при многих других заболеваниях. Прием внутрь в виде таблеток начинают обычно с 0,02–0,04 г (20–40 мг) в день.

В неотложных случаях, требующих немедленного повышения уровня кортикостероидов в крови (острая недостаточность надпочечников, шок, астматическое состояние, приступы бронхиальной астмы и др.), применяют растворимый препарат преднизолона для инъекций — преднизолона гемисукцинат.

*Метилпреднизолон* (урбазон) при астматическом статусе вводят по 0,5–1,2 г в сутки с последующим снижением дозы до 0,3–0,15–0,1 г в сутки. В тяжелых случаях аллергической реакции вводят по 0,1–0,2 г в сутки.

*Триамцинолон* — кеналог, полькортолон назначают внутрь. Суточная доза составляет 0,002–0,004–0,008 г (2–4–8 мг) в 2–4 приема. При необходимости дозу увеличивают, а после наступления терапевтического эффекта — уменьшают постепенно на 0,002 г в день и доводят до обычных 0,001 г (1 мг) в день.

*Триамцинолон ацетат* — кеналог, в связи с относительно малой всасываемостью нашел широкое применение в качестве местного противовоспалительного, противозудного и противоаллергического средства. Учитывая эти качества препарата, его можно применять при клиническом проявлении бронхиальной астмы и у гормонозависимых пациентов в сочетании с аллергодерматозами.



Дексаметазон по действию на организм близок к другим глюкокортикоидам, но более активен, например, в семь раз сильнее, чем преднизолон. По эффективности 0,5 мг дексаметазона соответствуют примерно 3,5 мг гидрокортизона, 17,5 мг кортизона, т.е. в 35 раз активнее кортизона. Применяют в виде таблеток по 0,0005 и по 0,001 г (0,5 и 1 мг) и в растворе — 1 мл для внутримышечного и внутривенного введения.

Депонированные препараты глюкокортикоидов для лечения бронхиальной астмы, даже при гормонозависимых и гормонорезистентных формах болезни, не назначаются. Использование депонированных препаратов этого гормона ассоциируется с выраженным угнетением гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и всеми вытекающими отсюда побочными эффектами.

Из аэрозольных препаратов глюкокортикоидов при основных гормонозависимых формах бронхиальной астмы можно назначать беклометазон, будесонид, флутиказон и комбинированные препараты будесонид + формотерол, салметерол + флутиказон, будесонид + сальбутамол.

Таблица 16

Международное название	Коммерческое название
Беклометазон	<p><b>Альдецин</b> — аэрозоль для ингаляций дозированный 50 мкг/доза — 200 доз (баллоны аэрозольные), в комплекте с аппликатором для полости рта и носа.</p> <p><b>Беклазон</b> — аэрозоль для ингаляций дозированный 50 мкг/доза, 100 мкг/доза, 250 мкг/доза — 200 доз (баллончики).</p> <p><b>Беклазон Эко</b> — аэрозоль для ингаляций дозированный 50 мкг/доза, 100 мкг/доза, 250 мкг/доза — 200 доз (баллончики).</p> <p><b>Беклазон Эко Лёгкое Дыхание</b> — аэрозоль для ингаляций дозированный 50 мкг/доза, 100 мкг/доза, 250 мкг/доза — 200 доз (баллоны аэрозольные алюминиевые), в комплекте с оптимизатором.</p> <p><b>Беклат</b> — капсулы с порошком для ингаляций 400 мкг (контейнеры пластиковые).</p> <p><b>Беклоджет 250</b> — раствор для ингаляций 250 мкг/доза — 200 доз (флаконы с распыляющим устройством).</p> <p><b>Беклофорте</b> — аэрозоль дозированный 250 мкг/доза — 80, 200 доз (баллоны).</p>



	<p><b>Бекотид</b> — аэрозоль для ингаляций дозированный 50 мкг/доза — 200 доз — (баллоны).</p> <p><b>Кленил</b> — раствор для ингаляций 50,250 мкг/доза — 200 доз (баллоны алюминиевые), в комплекте с ингалятором.</p> <p><b>Циклозон, циклокапс</b> — капсулы для ингаляций 100, 200, 400 мкг (блистеры), в комплекте с ингалятором «Циклохалер».</p>
Будесонид	<p><b>Бенакорт</b> — порошок для ингаляций 0,2 мг/доза (ингаляторы «Циклохалер») 100, 200 доз, раствор для ингаляций 0,25, 0,5 мг/мл, (флаконы из темного стекла) 2,2 мл.</p> <p><b>Будекорт</b> — аэрозоль для ингаляций дозированный 100, 200 мкг/доза (баллоны аэрозольные алюминиевые с клапаном дозирующего действия), в комплекте с ингалятором.</p> <p><b>Пульмикорт</b> — суспензия для ингаляций 0,25, 0,5 мг/мл, (контейнеры однократные полиэтиленовые) 2мл.</p> <p><b>Пульмикорт турбухалер</b> — порошок для ингаляций 100 мкг/доза (турбухалеры) — 200 доз, порошок для ингаляций 200 мкг/доза (турбухалеры) — 100, 200 доз.</p> <p><b>Цикортид, Циклокапс</b> — капсулы с порошком для ингаляций 200, 400 мкг (блистеры), в комплекте с ингалятором «Циклохалер».</p>
Флутиказон	<p><b>Фликсотид</b> — аэрозоль для ингаляций дозированный 50, 120, 250 мкг/доза — 60, 120 доз (баллоны аэрозольные алюминиевые с дозирующим устройством).</p>
<b>Комбинированные препараты</b>	
Будесонид+формотерол	<p><b>Симбикорт Турбухалер</b> — глюкокортикоид местный+ бронходилатирующее средство — <math>\beta_2</math>-адреномиметик селективный — порошок для ингаляций 160 мкг + 4,5 мкг/доза, 80 мкг+4,5мкг/доза (ингалятор пластиковый) 60, 120 доз.</p>
Салметерол+флутиказон	<p><b>Серетид</b> (салметерола ксинафоат 36,3 мкг (эквивалентно 25 мкг салметерола), флутиказона пропионат 50/125/250 мкг — 1 доза) глюкокортикоид местный+ бронходилатирующее средство <math>\beta_2</math>-адреномиметик селективный — аэрозоль для ингаляций дозированный 50 мкг/доза+25 мкг/доза — 20 доз (ингаляторы алюминиевые с клапаном дозирующего действия).</p> <p><b>Серетид Мультидиск</b> (салметер ксинафоат 50 мкг/флутиказона 100, 250, 500 мкг — бронходилатирующее средство — <math>\beta_2</math>-адреномиметик селективный+ глюкокортикоид местный.</p>

## Лечение гормонозависимых и гормонорезистентных форм бронхиальной астмы

Лечение гормонозависимых и гормонорезистентных форм бронхиальной астмы — трудная задача, требующая от лечащего врача клинициста-аллерголога и пациента с такой формой астмы больших усилий и терпения. Ведь на фоне снижения дозы глюкокортикоидов и при отмене этих препаратов в любое время могут возникнуть состояние астматического статуса и острая надпочечниковая недостаточность. Вот почему мы считаем, что такой больной должен постоянно находиться под строгим контролем лечащего врача, от которого требуется знание функций желез внутренней секреции и владение навыками приведения их в норму.

Для того чтобы вывести пациента из гормонозависимости и гормонорезистентности, надо осуществить следующее:

- по мере улучшения состояния пациента нужно постепенно переводить в аэрозольную форму ГК, отменяя ГК в парентеральной и per os формах. Если пациента мучают приступы удушья, ГК в виде аэрозоля применяется с  $\beta_2$ -адреномиметиком
- снижая дозу аэрозольной ГК, назначить лекарственные средства, стимулирующие кору надпочечниковой железы
- постепенно переводить пациента на немедикаментозную методику лечения (АИТР с дыхательной гимнастикой и т. д.)
- вывести пациента из гормонозависимости и гормонорезистентности при помощи ИРТ, являющейся эффективным методом лечения

После выведения пациента из гормонозависимости и гормонорезистентности БА, и отменяя все виды ГК, можно проводить аллергологические пробы с последующей АСИТ.

**Отмена системных ГК.** При этом первой задачей для профилактики появления синдрома отмены ГК переводим пациента на ГК в виде аэрозолей с  $\beta_2$ -адреномиметиком.

Доза аэрозольных ГК подбирается индивидуально, учитывая тяжесть БА. Назначая из  $\beta_2$ -адреноблокаторов «сальбутамол», через 15 минут назначается из аэрозольных ГК «беклазон» 0,05; 0,1; 0,2 и 0,25 мг/доза; 80 и 200 доз (учитывая тяжесть состояния и возраст пациента). Можно назначить комбинированный препарат, например «будесонид+формотерол».

**Назначение стимуляторов коры надпочечника.** По мере улучшения общего состояния больного ему следует постепенно снижать дозу ингаляционных ГК, для чего назначают глицирам и этимизол.

*Глицирам* — монозамещенная аммониевая соль глицирризиновой кислоты, выделенной из корней солодки голой. Он оказывает умеренное противовоспалительное действие, связанное с некоторым стимулирующим влиянием на кору надпочечников, а также имеет слабовыраженный отхаркивающий эффект. Назначается для сокращения и полного прекращения приема ГК.

*Этимизол* оказывает стимулирующее воздействие на дыхательный центр и активизирует адренокортикотропную функцию гипофиза, что приводит к повышению уровня ГК в крови. В качестве стимулятора дыхания и функций желез внутренней секреции этимизол применяют как противовоспалительное и антиаллергическое средство при гормонозависимости и гормонорезистентности. При этих формах астмы назначается внутрь по 0,1 г 3—4 раза в день после еды. Курс лечения длится 20—30 дней. При побочных явлениях рекомендуется уменьшить разовую дозу на  $1/2$  таблетки, назначая 5—6 раз в день, исключая вечерние часы.

Таким образом, врачу клиницисту-аллергологу при лечении гормонозависимых и гормонорезистентных форм бронхиальной астмы необходимо иметь план лечения, также можно использовать аэрозоли «интал» или «тайлед» для профилактики приступа удушья.

**Перевод больных на немедикаментозную методику лечения.** По мере улучшения состояния эту группу больных можно будет переводить на немедикаментозную методику лечения. Можно начать аэроионотерапию с дыхательной гимнастикой. ИРТ рекомендуется начать после сокращения приема ГК, т.к. ИРТ на корпоральные и аурикулярные точки является мощным стимулятором желез внутренней секреции. Раздражение аурикулярной точки дает положительный эффект.

Особенность проведения аурикулотерапии заключается в том, что каждый день для раздражения точек ушной раковины необходимы три точки. Ниже приводим ежедневный рецепт проведения аурикулорефлексотерапии при гормонозависимости и гормонорезистентности бронхиальной астмы в виде таблицы.

**Ежедневная аурикулорефлексотерапия  
гормонозависимых и гормонорезистентных форм БА**

Русские названия точек	Китайские названия точек и их номера
Надпочечник	шэнь-шан-сянь АТ 13II
Горло и гортань	янь-хоу АТ15II
Железы внутренней секреции	нэй-фэн-ми АТ22IV
Ствол мозга	нао-гань АТ25V
Гипофиз	нао-чуй-ти АТ28VI
Затылок	чжэнь АТ29VI
Регулирующая дыхание	пин-чуань АТ31VI
Кора головного мозга	пи-чжи-си-цюй АТ 34VI
Грудь	сюн АТ 42 VII
Симпатическая нервная система	цзяо-гань АТ51IX
Точка ЦНС	шэнь-мэнь АТ55X
Астма	чуань-дянь АТ60
Диафрагма	гэ АТ 82XIII
Точка разветвлений	чжидян АТ 83 XIII
Почка	шэнь АТ 95 XV
Легкое	фэй АТ 101 XVI

**День 1-й**

АТ 13 II шэнь-шан-сянь («надпочечник»), АТ 15 II янь-хоу («горло и гортань»), АТ 25 V нао-гань («ствол мозга»).

**День 2-й**

АТ 22 IV нэй-фэн-ми («железы внутренней секреции»), АТ 29 VI чжэнь («затылок»), АТ 31 VI пин-чуань («регулирующая дыхание»).

**День 3-й**

АТ 28 VI нао-чуй-ти («гипофиз»), АТ 34 VI пи-чжи-си-цюй («кора головного мозга»), АТ 42 VII сюн («грудь»).



#### **День 4-й**

АТ 13 II шэнь-шан-сянь («надпочечник»), АТ 51 IX цзяо-гань («симпатическая нервная система»), АТ 55 X шэнь-мэнь («точка ЦНС»).

#### **День 5-й**

АТ 22 VI нэй-фэн-ми («железы внутренней секреции»), АТ 60 чуань-дянь («астма»), АТ 95 XV шэнь («почка»).

#### **День 6-й**

АТ 28 VI нао-чуй-ти («гипофиз»), АТ 101 XVI фэй («легкое»), АТ 55 X («точка ЦНС»).

#### **День 7-й**

АТ 13 II шэнь-шан-сянь («надпочечник»), АТ 15 II янь-хоу («горло и гортань»), АТ 31 VI пин-чуань («регулирующая дыхание»).

#### **День 8-й**

АТ 22 IV нэй-фэн-ми («железы внутренней секреции»), АТ 82 XIII гэ («диафрагма»), АТ 83 XIII чжидян («разветвление»).

Перерыв при такой форме бронхиальной астмы, между курсами лечения до выведения больного из гормонозависимости и гормонорезистентности, может быть коротким, каждые десять дней.

Вышеуказанные методы терапии повторяются курсами каждые десять дней. После выведения пациента из гормонозависимости и гормонорезистентности, то есть после отмены всех видов ГК терапии, после 2-месячного перерыва, на фоне немедикаментозного метода терапии уточняется причинно-значимый аллерген и проводится АСИТ. Такой метод лечения проводится в течение 3—4 лет и практически оправдал себя.

Таким образом, можно будет выводить больных из гормонозависимых и гормонорезистентных форм бронхиальной астмы, не назначая высокую дозу гормональных препаратов-глюкокортикоидов.

Проведенная АСИТ на фоне немедикаментозных методов лечения, особенно ИРТ, повышает его эффективность в два раза.

Большинство авторов оценивают результаты АСИТ по 5-балльной системе: значительное улучшение или выздоров-

ление — 5, улучшение — 4, незначительное улучшение — 3, состояние без изменений — 2, ухудшение или появление новых симптомов — 1.

При клинической оценке результатов фиксируют частоту и силу наиболее характерных симптомов: чихание, заложенность носа, зуд, выделения из носа, а также длительность обострения, работоспособность, прием лекарств.

АСИТ рекомендуется проводить круглогодично с пыльцевыми и другими небактериальными аллергенами, строго под защитой медикаментозных и немедикаментозных методов терапии.

Результаты лечения определяли на основании катамнеза объективного осмотра и данных дневников наблюдения, которые рекомендуется вести в течение 3 лет.

Вот один из примеров проведения АСИТ при поллинозах укороченным методом. Она была проведена у 74 (59,2%) больных, электрофоретическим — у 51 (40,8%). Эффективность специфической иммунотерапии при этом составила 89,6%, т. е. у 112 пациентов из 125 получены отличные, хорошие и удовлетворительные результаты: отличные — у 54 ( $43,2 \pm 4,4$ ) больных, хорошие — у 33 ( $26,4 \pm 3,9$ ), удовлетворительные — у 25 ( $20,0 \pm 3,5$ ), неудовлетворительные — только у 13 ( $10,4 \pm 2,7$ ). Эффективность ускоренного и электрофоретического методов обоснована клиническими и научными исследованиями.

Сопоставление результатов лечения (отличный с хорошим, удовлетворительный с неудовлетворительным) статистически достоверно ( $P < 0,001$ ).

Все пациенты, получившие лечение, наблюдаются в течение 3, 5, 10, 15 и даже 20 лет. Они все полностью реабилитированы и трудоспособны. Каждый пациент получает вышеуказанные методы терапии в течение 3 лет. А при тяжелых гормонозависимых и гормонорезистентных формах бронхиальной астмы курсы лечения могут продлиться до 5–6 лет. Повторные аллергологические тесты и АСИТ также проводятся каждый год.

Таким способом лечения мы добились положительных результатов у 85–90% наших пациентов. Рекомендуем использовать данную методику, являющуюся результативной, при лечении всех видов аллергических заболеваний в любых климато-географических условиях.

## **ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ (ЧЖЕН-ТЕРАПИЯ) ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗАХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ**

*Именно потому, что лечебное воздействие иглоукалывания и прижигания осуществляется рефлекторным путем через нервную систему, контролирующую деятельность всего организма в целом, оно не ограничивается только областью той или иной точки или нерва, а зачастую благотворно сказывается на органах, удаленных от места укола.*

*Чжун Лянь, 1959*

Этот вид немедикаментозной терапии является одним из высокорезультативных методов и в лечебном процессе занимает ведущее место. Однако в применении этого метода есть свои сложности. Иглорефлексотерапевт сам не в состоянии охватить все существующие области медицины, где применяется данный метод: аллергологию и иммунологию, гематологию, оториноларингологию, офтальмологию и т. д. Если каждый специалист в своей области будет обладать ее тончайшими секретами, в этом случае ИРТ будет давать по-настоящему магический эффект.

В 1982 году нами впервые в практике введена иглорефлексотерапия в области клинической аллергологии. С той поры прошло много лет и опыт работы показал, что при помощи немедикаментозной методики можно успешно лечить почти все виды аллергических заболеваний, в том числе бронхиальную астму.

При этом при комплексной терапии респираторных аллергозов, в том числе бронхиальной астмы, поллинозов, всех видов аллергодерматозов, тяжелых форм лекарственной и пищевой аллергии и даже при угрожающих аллергических состояниях, результативность метода иглорефлексотерапии (ИРТ) отличная.

История и способ проведения, механизм действия, десять методов иглоукалывания, показания и противопоказания ИРТ в законе Бу-се и другие данные приведены в главе I («Немедикаментозные методы лечения аллергических заболеваний»). Усваивая все эти данные, врач-аллерголог может применять их в своей практике.

При терапии респираторных аллергозов и бронхиальной астмы мы получаем следующие результаты:

- резкое улучшение общего состояния и прекращение приступов удушья

• активизация процесса разжижения мокроты и ее выведение. Как правило, после 2-го и 3-го сеансов иглорефлексотерапии больные заявляют об облегчении дыхания

• отсутствие у больного свистящих и жужжащих хрипов на 6-й или 7-й день лечения при условии, что пациент раньше не получал гормонотерапию и не болеет хроническим неспецифическим заболеванием легких. Такого больного можно готовить к аллергическим пробам

• во всех случаях повышение и укрепление иммунной системы пациента с помощью иглорефлексотерапии

• возможность успешного проведения специфической иммунотерапии на фоне иглорефлексотерапии, в результате эффективности лечения

• избавление больного от бронхиальной астмы и обеспечение окончательной иммунной реабилитации благодаря чжен-терапии, используемой по схеме

При лечении респираторных аллергозов и бронхиальной астмы из десяти методов ИРТ чаще применяется прямой или простой укол, укол с вращением иглы, укол с оставлением иглы в тканях на некоторое время, интермиттирующий метод.

Метод надавливания пальцем (без применения иглы) применяется для детей грудного возраста до 3 лет.

*Таблица 18*

**Корпоральные точки, наиболее часто используемые при респираторных аллергозах и бронхиальной астме**

Меридиан	Название точки и ее номер на меридиане	Меридиан	Название точки и ее номер на меридиане
Легких	чжун-фу (1) юнь-мэнь (2) тянь-фу (3) ся-бай (4) чи-цзе (5) ле-шюэ (7) юй-цзи (10) шао-шан (11)	Желудка	ци-шэ (11) шюэ-пэнь (12) ци-ху (13) у-и (15) ин-чуан (16) цзу-сань-ли (36) фэн-лун (40)
Толстой кишки	хэ-гу (4) цзюй-чи (11) фу-ту (18)	Селезенки – поджелудочной железы	да-ду (2) сань-инь-цзяо (6)



Сердца	тун-ли (5)	Трех частей туловища	чжун-чжу (3) вай-гуань (5)
Тонкой кишки	цзянь-вай-шу (14)	Заднесредин- ного	чжи-ян (9) лин-тай (10) шэнь-дао (11)
Мочевого пузыря	фэй-шу (13) по-ху (42) гао-хуан (43) шэнь-тан (44)		шэнь-чжу (12) да-чжуй (14)
Почек	инь-ду (19) шу-фу (27)	Переднесре- динного	цзю-вэй (15) чжун-тин (16) тань-чжун (17) юй-тан (18)
Перикарда	тянь-чи (1) тянь-цюань (2)		цзы-гун (19) хуа-гай (20) сюань-цзи (21) тянь-ту (22) лянь-цюань (23)

Выше речь шла о том, что иглоукалывание во время комплексных терапевтических мероприятий при бронхиальной астме способствует снятию спазма гладкой мускулатуры, т.е. нормализуется гомеостаз, улучшаются все функциональные показатели организма, уменьшается сила аллергических реакций, что в конечном итоге ведет к выздоровлению больного. В таблице 18 приведены корпоральные точки, наиболее часто используемые в аллергической клинике при респираторных аллергиях и бронхиальной астме.

Иглоукалывание на корпоральные и аурикулярные точки проводится ежедневно в течение 10 дней. Начинается оно так называемым «открыванием двери». В последний день необходимо «закрыть дверь». Перед завершением процедуры нельзя «дверь оставлять открытой». Не рекомендуется ставить много игл за один сеанс. Для каждого сеанса необходимо намечать самые необходимые точки и находить их наилучшее сочетание.

Ниже приводим рецепт, применяемый ежедневно при лечении респираторных аллергозов и бронхиальной астмы.

## Указатель точки акупунктуры меридианов и их обозначение

### День 1-й

22 XIV тянь-ту («небесная тропа»), очень эффективна при кашле, одышке, кровохарканье, выделении мокроты, бронхите, бронхиальной астме, ларингите, фарингите, отеке слизистой оболочки гортани и афонии. Глубина укола 0,5 см.

11 II шой-чи («извилистый пруд»), хорошо помогает при кашле. Глубина укола 2,5 см.

36 III цзу-сань-ли («три промежутка на ноге»), широко используется при всех заболеваниях, в том числе аллергических.

### День 2-й

11 III ци-шэ («жилище воздуха»), относится к меридиану желудка. Хорошо помогает при бронхиальной астме и других респираторных аллергиях. Хороший эффект достигается при кашле, одышке и аллергических бронхитах. Глубина укола 1 см.

12 III цюэ-пэнь («впадина чашечки»), ИРТ проводится параллельно с 11 II, для достижения большего эффекта.

4 II хэ-гу («закрытая долина»), широко применяется при многих заболеваниях. Комбинация с вышеуказанными точками оказывает седативное и тонизирующее действие, что необходимо при лечении бронхиальной астмы.

### День 3-й

13 III ци-ху («очаг воздуха»), применяется при бронхиальной астме, одышке, плеврите, хроническом бронхите, а также очень хорошо помогает при непрерывном кашле. Глубина укола 1 см.

17 XIV тань-чжун («середина груди»), точка переднесрединного меридиана. Показана при приступе удушья, отеке легких, одышке, кашле, бронхите, эмфиземе легких. Глубина укола 0,6 см.

5 X вай-гуань («наружная граница»), применяется при всех видах респираторных аллергозов дыхательных путей. Глубина укола 2 см.

1 I чжун-фу («центральное положение»), можно применять при всех видах респираторных аллергозов и бронхиальной астме. Глубина укола 1 см.

#### День 4-й

2 I юнь-мэнь («врата облака»), используется при кашле, одышке, бронхиальной астме, чувстве удушья в груди. Глубина укола 1 см.

3 I тянь-фу («плодородная земля»)

4 I ся-бай («общая белизна»)

5 I чи-цзе («трясина метра»), седативная точка и

10 I юй-цзи («встреча рыбы»)

Все эти точки относятся к каналам легких. Применяются при бронхиальной астме и респираторных аллергиях.

#### День 5-й

20 II ин-сян («прием благоухания»), показана при одышке, заложенности носа, также помогает при сочетании бронхиальной астмы с аллергическим ринитом.

22 XIV тянь-ту («небесная тропа»). Используется при одышке, бронхите, бронхиальной астме, ларингите и фарингите.

7 I ле-цюе («недостающий ряд»), стабилизирующая точка. Кроме того, эта точка является точкой чудесного меридиана (ЧМ).

#### День 6-й

10 II шоу-сань-ли («три промежутка на руке»). Глубина укола 1,5 см.

11 I шао-шан («мелкая торговля»), точка экстренной помощи.

Обе точки применяются при затрудненном дыхании и кашле, их можно комбинировать с точкой юнь-мэнь, по каналу легких.

#### День 7-й

20 II ин-сян («прием благоухания»), расположена на боковой борозде носа, хорошо помогает при одышке, заложенности носа.

2 I юнь-мэнь («врата облака»), используется при одышке, кашле, бронхиальной астме и тонзиллите.

12 III цюэ-пэнь («впадина чашечки»), используется при бронхиальной астме, кашле, тонзиллите.

#### День 8-й

22 XIV тянь-ту («небесная тропа»)

21 XIV сюань-цзи («бледно-зеленая жемчужина»)

20 XIV хуа-гай («цветочный покров»)

19 XIV цзы-гун («крайний дворец»)

18 XIV юй-тан («светло-зеленый зал»)

17 XIV тань-чжун («середина груди»)

16 XIV чжун-тин («средний двор»)

Все точки относятся к переднесрединному меридиану.

#### День 9-й

14 XIII да-чжуй («большой позвонок»)

12 XIII шэнь-чжу («столб тела»)

11 XIII шэнь-дао («божественная дорога»)

10 XIII лин-тай («терраса духа»)

9 XIII чжи-ян («прибытие ян»)

Все точки применяются при аллергических заболеваниях, респираторных аллергиях и бронхиальной астме.

#### День 10-й

«Закрываем дверь», повторяя точки 1-го дня, добавляя относящуюся к ЧМ точку 6 VIII чжао-хай («большой бокал») — командующая и связывающая точка, которая повышает эффективность всех корпоральных точек.

### АУРИКУЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Механизм действия аурикулорефлексотерапии (АРТ).

Считаю, что основной принцип аурикулорефлексотерапии тождествен механизму общей корпоральной ИРТ. Учитывая характер ушной раковины (в основном системой тройничного нерва верхнешейного сплетения, а также ветвями блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов), можно предположить, что путем воздействия на афферентные системы указанных чувствительных нервов опосредованно через связи с блуждающим нервом, другими парасимпатическими путями и системой симпатической иннервации возникает тот или иной физиологический эффект. Зоны и точки повышенной болевой чувствительности в ушной раковине обладают большой топико-диагностической ценностью.

Ретикулярная формация ствола и желатинозная субстанция ядра тройничного нерва являются теми образованиями, из которых по тройничному, блуждающему и 3-му шейному нервам афферентные импульсы от внутренних органов и частей тела достигают точек и зон ушной раковины и коры головного мозга. Таким образом, эффективность АРТ объясняется, по-видимому,

тем, что имеются мощные нервные связи ушной раковины со специфическими и неспецифическими образованиями ствола и промежуточного мозга. Этим можно объяснить не только локальные органонаправленные реакции, но и общее неспецифическое воздействие АРТ на организм.

## ИРТ И АУРИКУЛЯРНЫЕ ТОЧКИ ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗАХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

После окончания ИРТ на корпоральные точки, т.е. на 11-й день лечения, необходимо начать иглоукалывание на аурикулярные точки, которые в два раза активнее корпоральных. В каждой ушной плоскости расположено 128 точек. При умелом их сочетании можно добиться положительных результатов в лечении бронхиальной астмы и респираторных аллергозов. Процедуры с аурикулярными точками продолжаются 8 дней и также начинаются с «открытия дверей» и завершаются их «закрытием».

Таблица 19

### Аурикулярные точки, наиболее часто используемые при бронхиальной астме и респираторных аллергозах

Русские названия точек	Китайские названия точек и их номера
Надпочечник	шэнь-шан-сянь (13)
Горло и гортань	янь-хоу (15)
Железы внутренней секреции	нэй-фэн-ми (22)
Ствол мозга	нао-гань (25)
Гипофиз	нао-чуй-ти (28)
Затылок	чжэнь (29)
Регулирующая дыхание	пин-чуань (31)
Кора головного мозга	пи-чжи-си-цюй (34)
Грудь	сюн (42)
Симпатическая нервная система	цзяо-гань (51)
Точка ЦНС	шэнь-мэнь (55)
Астма	чуань-дянь (60)
Диафрагма	гэ (82)
Точка разветвления	чжидян (83)
Почка	шэнь (95)
Легкое	фэй (101)

## Рецепт аурикулярной точки, используемый при бронхиальной астме и респираторных аллергозах и рассчитанный на 8 дней

### День 1-й

АТ 13 II шэнь-шан-сянь («надпочечник»)

Зона II «козелка» — при раздражении этой точки проявляется противовоспалительный, противоаллергический, противошоковый, противозудный, противоревматический, рассасывающий, кровоостанавливающий, антиастматический, тонизирующий, нормализующий сосудистый тонус, жаропонижающий, расслабляющий гладкую мускулатуру, отхаркивающий эффект. Раздражая эту точку, можно выводить из гормонозависимости и гормонорезистентности.

АТ 15 II янь-хоу («горло-гортань»)

Показания: острые и хронические воспаления, осиплость голоса, ангина, бронхит, бронхиальная астма, кашель. ИРТ в этой точке оказывает отхаркивающее действие.

### День 2-й

АТ 22 IV нэй-фэн-ми («железа внутренней секреции»)

Раздражение точки оказывает противоаллергический, отхаркивающий, противовоспалительный, противозудный эффект. ИРТ точки желез внутренней секреции проводится при всех аллергических заболеваниях, а также при нарушении функции желез внутренней секреции. Учитывая этот факт, он широко применяется при лечении гормонозависимых и гормонорезистентных форм бронхиальной астмы.

АТ 25 V нао-гань («ствол мозга»)

ИРТ этой точки оказывает противошоковый, противоаллергический и седативный эффект.

### День 3-й

АТ 28 VI нао-чуй-ти («гипофиз») нао-дянь («мозг»)

Иглоукалывание этой точки дает хороший седативный, бронхолитический и снотворный эффект. Резко улучшает нарушения функции желез внутренней секреции. Эта точка хорошо выводит больных из гормонозависимости и гормонорезистентности.

АТ 29 VI чжэнь («затылок»)

ИРТ этой точки оказывает противовоспалительный, седативный, болеутоляющий, противокашлевый и нормализующий дыхание эффект.



#### **День 4-й**

АТ 31 VI пин-чуань («регулирующая дыхание»)

Показания: оказывает регулирующее действие на дыхательный центр и противоаллергическое действие, поэтому ее используют для лечения затрудненного аллергического и невротического генеза, ощущения тяжести и распираания в груди, аллергического зуда.

АТ 34 VI пи-чжи-си-цью («кора головного мозга»)

По мнению зарубежных авторов, эта точка представляет кору полушарий головного мозга. ИРТ на эту точку дает седативный, болеутоляющий, противовоспалительный, рассасывающий эффект.

#### **День 5-й**

АТ 42 VII сюн («грудь»)

ИРТ проводится при всех заболеваниях грудной полости.

АТ 60 X чуань-дянь («астма»)

Используется при заболевании органов дыхания.

#### **День 6-й**

АТ 51 IX цзяо-гань («симпатическая нервная система / симпатическая точка»)

Часто используется при воспалительных заболеваниях легких и при бронхиальной астме, так как симпатическая точка дает противовоспалительный эффект.

АТ 55 X шэнь-мэнь («точка ЦНС») оказывает седативное, обезболивающее, противовоспалительное действие, а противокашлевый эффект — только при сухом кашле. При кашле, сопровождающемся обильным выделением мокроты, ИРТ в этой точке проводить не следует. Точка является основной при болях в груди, бронхитах и бронхиальной астме и зудящих дерматозах.

#### **День 7-й**

АТ 95 XV шэнь («почка»)

Медики древнего Китая считали связь уха с почками наиболее тесной. Считалось также, что почки связаны с головным мозгом, костями и половыми органами. ИРТ этой точки стимулирует обмен веществ в организме.

АТ 101 XVI фэй («легкое»)

Раздражение этой точки применяют не только при лечении заболеваний дыхательной системы, она оказывает выраженный противовоспалительный, противоаллергический, обезболивающий эффект.

## **День 8-й**

**АТ 82 XIII гз («диафрагма»)**

Точка «зего» (нулевая), по Р. Nogier, является весьма важной для ушной раковины.

**АТ 83 XIII чжидян («разветвление», точка солнечного сплетения по Р. Nogier)**

Обе точки, являющиеся основной точкой ушной раковины, усиливают и укрепляют эффективность иглоукалывания, проводимого на корпоральные и аурикулярные точки.

Таким образом, курс лечения респираторных аллергозов и бронхиальной астмы методом ИРТ рассчитан на 18 дней без перерыва. В общей сложности пациент получает восемь курсов лечения. Первые четыре курса являются усиленными и перерыв между ними составляет 10 дней, 1 и 3 месяца. Остальные четыре курса являются профилактическими, которые проводятся два раза в год, каждые полгода. В этот период проводятся повторные аллергологические тесты с последующей АСИТ.

Такая схема имеет общий характер. В 90% случаев в нашей практике такая форма терапии полностью оправдывает себя, в 8–10% перерыв между курсами сокращается, иногда курсы приходится повторять каждые 10 дней по несколько раз в лечении респираторных аллергозов и БА.

## **АИТР В ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

Начиная с 2000 года в нашей клинике стали применять аэроионотерапию с дыхательной гимнастикой, разработанную по китайской методике Тай Чи Чуань, как один из методов терапии аллергических заболеваний. Для этой цели использовали «Люстру Чижевского».

История введения в терапевтическую практику «Люстры Чижевского» интересна и поучительна. В 20-е годы прошлого века выдающийся русский биофизик А. Л. Чижевский определил, что в атмосферном электричестве присутствуют отрицательно заряженные аэроионы кислорода, которые оказывают целебное воздействие на организм. Он добился замечательных результатов в лечении многих заболеваний с помощью изобретенного им прибора по выработке отрицательно заряженных аэроионов, который ныне известен под названием «Люстра Чижевского». За это и множество других открытий и изобретений А. Л. Чижев-

ский, еще при жизни, был признан мировой научной общественностью «Леонардо да Винчи XX века». Кстати сказать, в 60–90-е годы профессор, д.м.н. М. С. Мачабели определила, что при любой болезни в организме человека начинает развиваться ТГС — тромбогеморрагический синдром или синдром Мачабели. Наличие этого синдрома объясняется уменьшением отрицательно заряженных элементов в клетках организма. «Люстра Чижевского», насыщая воздух отрицательными аэроионами кислорода, останавливает процесс развития ТГС, помогая тем самым бороться с самыми различными заболеваниями. «Люстра Чижевского» завоевала широкую популярность и успешно применяется при лечении сердечно-сосудистых, детских болезней, дыхательной, пищеварительной и нервной систем, заболеваний глаз и др.

В связи с ростом аллергических заболеваний сегодня больше внимания уделяется немедикаментозному методу во всех сферах медицины. После выхода статьи «128 точек ушной раковины» в Центральную научно-исследовательскую лабораторию ТашМИ, новую клинику ТашМИ, в редакцию поступило много писем от читателей из разных уголков нашей республики, а также Таджикистана и Кыргызстана. Вот некоторые из них.

Сестры Турсуновы из Бухары хотели узнать, нет ли вреда 13 точкам в прокалывании ушной раковины. В прокалывании и ношении сережек нет никакого вреда, а польза в том, что при прокалывании раздражается только то место, куда вдевают серьги. Читателям следует знать, что помимо 128 точек ушной раковины есть еще 697 точек в других местах тела, эти точки называются корпоральными. В свою очередь они делятся на 12 каналов. Соединяя эти 697 точек с точками ушной раковины, можно получить хороший эффект в лечении различных заболеваний.

Например, из корпоральных точек, точка цзу-сань-ли («три промежутка на ноге»), находящаяся на третьем пальце ниже наружной части коленной чашки, может благотворно влиять на лечение 10 болезней.

Во многих письмах из Бухарской, Самаркандской, Наманганской, Кашкадарьинской, Андижанской областей и Каракалпакстана очень часто спрашивают, есть ли эффект иглотерапии при язве желудка и двенадцатиперстной кишки, различных психических заболеваниях, артериальном давлении и других заболеваниях.

Иглотерапию нельзя использовать при острой пневмонии, сопровождающейся повышением температуры, при активной

форме туберкулеза, декомпенсированной стадии заболеваний сердечно-сосудистой, мочеполовой системы, болезни крови, острых психических заболеваниях, сильной утомляемости, алкоголизме, беременности, различных заболеваниях инфекционного характера, а также детям до 1 года и лицам старше 75 лет.

При заболеваемости с осложнениями полиомиелита, судорогах, временном нарушении мозгового кровообращения, распространенной форме склероза, тиреотоксикозе, глаукоме необходимость проведения иглотерапии определяется врачом.

Следует напомнить, при всех видах аллергических болезней, особенно бронхиальной астме, если больной применял гормональные препараты в большом количестве, действие игл будет слабым.

Как специалист по аллергическим болезням, хочу сказать своим коллегам, нужно быть предельно осторожным в назначении гормональных препаратов больным с аллергическими заболеваниями, особенно бронхиальной астмой. Такие препараты целесообразно назначать только тогда, когда жизнь человека под угрозой, и на кратчайшие сроки.

Аллергия в медицине является новой частью, и она стала развиваться в последние 10 лет. Из-за разнообразия причин и признаков заболеваемости, было бы разумно врачам всех профилей знать об этом.

С помощью иглотерапии можно излечить многие болезни. Но мы назовем некоторые из них, которые больше интересуют наших читателей.

**Глазные болезни:** аллергический конъюнктивит, блефарит, кератит, косоглазие, неврит зрительного нерва с умеренным снижением остроты зрения.

**Заболевания ЛОР-органов:** острый и хронический ринит, болезнь Миньера, дегенерация (неврит) слухового нерва.

**Гинекологические болезни:** хронический эндометрит, хронический сальпингит, расстройство менструального цикла, климактерический синдром.

**Акушерство:** родостимуляция, обезболивание родов, ослабление чрезмерной родовой деятельности, послеродовая субинволюция матки, общеукрепляющая терапия у родильниц.

**Болезни опорно-двигательного аппарата:** ревматоидный полиартрит I—II степеней, хронический инфекционно-аллергический полиартрит, артропатия.



**Аллергические заболевания:** atopическая или инфекционная аллергия, бронхиальная астма без легочно-сердечной недостаточности, аллергический ринит, крапивница, отек Квинке, экзема, нейродермиты, заболевания из-за повышенной чувствительности к пыльце растений, затяжное заболевание бронхов, аллергическая пневмония.

**Желудочно-кишечные заболевания:** хронический гастрит с нормальной, пониженной и повышенной секреторной функцией, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический некалькулезный холецистит и дискинезия желчевыводящих путей, хронические энтероколиты и дискинезия кишечника.

**Заболевания сердечно-сосудистой системы:** гипертоническая болезнь I стадии, атеросклероз (ранние стадии клинических проявлений), стенокардия напряжения, рефлекторная стенокардия.

**Психические расстройства:** все проявления неврозов, ночной энурез, сексуальные расстройства у мужчин, бессонница, кожный зуд и др.

При остальных психических расстройствах (олигофрения, шизофрения и др.) иглотерапия не дает результата. При заболеваниях психических расстройств иглотерапия проводится на корпоральные и аурикулярные точки. Хочется отметить о целесообразности освоения искусства иглотерапии врачами всех сфер.

Многие родители спрашивают, как можно излечить бронхиальную астму, которая часто встречается у детей. Эта болезнь лечится путем иглоукалывания точек ушной раковины и тела, а также с использованием других современных методов. Иглотерапию целесообразно проводить параллельно с другими лечебными процедурами.

Следует обратить внимание на закаливание организма. Это ежедневная гимнастика, плавание, другие виды спорта. Хочется напомнить: ходить босиком приятно и полезно как детям, так и взрослым. На пятке ноги, как и на ушной раковине, расположена часть центров, действующих на организм. На этом месте также есть специальные точки. Эти точки раздражаются при ходьбе босиком, что по сути является очень полезным, но, к сожалению, в настоящее время многие даже дома не ходят босиком.

Итак, человек должен беспокоиться о здоровье, закаляться с самого детства, постоянно заниматься утренней гимнастикой.

## ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

*Балаболкин И.И.* Генетика atopических болезней у детей // И.И. Балаболкин, С. Тюменцева // Вестник Российской академии медицинских наук. — М., 2010. — № 4. — С. 15–22.

*Болотова Н.В.* Использование транскраниальной магнитотерапии в комплексном лечении atopического дерматита у детей // Н.В. Болотова, Е.Г. Дронова, И.С. Родникова и др. // Российский журнал кожных и венерических болезней. — М., 2009. — № 5. — С. 40–43.

*Говорова Е.* Поллиноз: многообразие проявлений // Е. Говорова, Ю. Порошина // Врач. — М., 2002. — № 9. — С. 22–24.

*Гугцин И.С.* Аллергический ринит: Пособие для врачей // И.С. Гугцин, Н.И. Ильина, С.А. Пальпер. — М., 2001. — С. 68.

*Денисов М.Ю.* Клиническая педиатрия: (курс избранных лекций) / М.Ю. Денисов. — М., Мокеев, 2003. — С. 348.

*Детская аллергология. Руководство для врачей* // Под ред. А.А. Баранова, И.И. Балаболкина. — М., 2006. — С. 688.

*Долженкова З.Н.* Комбинированная терапия atopического дерматита и использование методов рефлексодиагностики и рефлексотерапии (З.Н. Долженкова, О.И. Дроздова, Д.В. Ходеев // Вестник новых медицинских технологий. — Тула, 2006. — № 2. — С. 71–73.

*Емельянов А.В.* Современные представления о диагностике и лечении аллергического ринита / А.В. Емельянов // Лечащий врач. — 2003. — № 3. — С. 4–11.

*Иванов О.* Элоком в терапии аллергических дерматозов / Иванов О., Кочергин Н. // Врач. — М., 1997. — № 6. — С. 22.

*Иванов О.Л.* Современный антигистаминный препарат зиртек в терапии аллергодерматозов // О. Л. Иванов, Е.Б. Мареева, А.Ю. Кривда // Российский журнал кожно-венерологических болезней. — 1999. — № 5. — С. 23–25.

*Иванов О.Л.* Адвантан — препарат выбора для наружной терапии аллергодерматозов у детей // О.Л. Иванов, М.А. Самгин // Российский журнал кожно-венерологических болезней. — М., 2000. — № 3. — С. 28–30.

Иглоукалывание. Пер. с вьет. // Под общ. ред. Хаонг Бао Тяу, Ла Ку-анг Ниеп. — М.: Медицина, 1988. — С. 672.

*Ильина Н.И.* Характеристика цитокинового профиля у пациентов с терапевтически резистентной астмой // Н.И. Ильина, Л.М. Огородова, О.С. Кобякова и др. // Иммунология. — 2004. — № 4. — С. 223–226.

*Караманова Н.Р.* Иммунологический контроль в специфической диагностике и лечении пищевой аллергии у детей // Н.Р. Караманова, А.М. Львович, Э.И. Салимов. — Т., 1985. — С. 50.

Клинико-иммунологическая эффективность иммунобиологических препаратов // Под ред. М.П. Костинова и Н.В. Медуницына. — М., 2004. — С. 256.

Клиническая педиатрия (курс избранных лекций) // Денисов М.Ю. — М., Мокеев, 2003. — С. 348.

Клинические рекомендации // Под ред. А.Г. Чучалина. — М., Геотар-Медиа, 2005. — С. 200.

Клинические рекомендации // Под ред. А.А. Баранова — М., Геотар-Медиа, 2006. — С. 432.

*Куликова М.А.* Новое в лечении аллергодерматозов у детей / М.А. Куликова // Лечащий врач. — М., 2002. — № 9. — С. 62–63.

*Курбачева О.М.* Аллергический ринит: Анализ качества диагностики, рациональности и обоснованности выбора терапии / О.М. Курбачева, Н.И. Ильина, Л.В. Лусс // Аллергология. — М., 2003. — № 3. — С. 51–54.

*Курдина М.И.* Сравнительная эффективность и переносимость адвантана и целестодерма у детей, больных атопическим дерматитом / М.И. Курдина // Педиатрия. — М., 2000. — № 1. — С. 35–38.

*Макарова И.В.* Уход за кожей больных атопическим дерматитом // И.В. Макарова // Аллергология. — М., 2005. — № 1. — С. 42–52.

*Мачерет Е.Л.* Руководство по рефлексотерапии. / Е.Л. Мачерет, И.З. Самосюк. — Киев, Вища школа, 1982. — С. 304.

*Мирзамухамедов М.А.* К иглорефлексотерапии при бронхиальной астме у детей // М.А. Мирзамухамедов, Э.И. Салимов, С.Т. Пак // Вопросы охраны материнства и детства. — М., 1985. — № 10. — С. 71–72.

*Мирзамухамедов М.А.* Успехи детской аллергологии в Узбекистане / М.А. Мирзамухамедов, Э.И. Салимов, С.П. Пацева и др. // Развитие народного здравоохранения и медицинской науки в Узбекской ССР. — Т., 1984. — С. 287–288.

*Можеренков В.* Сенный конъюнктивит / В. Можеренков, Г. Прокофьева, С. Сергушева // Врач. — М., 2001. — № 2. — С. 37.

*Палагина М.В.* Коррекция состояния органов дыхания препаратом солодки уральской при хронических заболеваниях кожи. / М.В. Палагина, Н.С. Дубняк, И.Н. Дубняк, П.С. Зориков // Терапевтический архив. — М., 2003. — № 1. — С. 63–65.

*Пампура А.Н.* Современные подходы к терапии атопического дерматита / А.Н. Пампура, А.А. Чебуркин, Ю.С. Смолкин // Лечащий врач. — М., 2000. — № 4. — С. 28–34.

*Паттерсон Р.* Аллергические болезни. Диагностика и лечение. Пер. с англ. // Р. Паттерсон, Л.К. Грэммер, П.А. Гринбергер — М., Медицина, 2000. — С. 768.

*Польнер С.* Поллинозы / С. Польнер // Медицинская газета. — М., 2003. — № 36. — С. 7–9.

*Ревакина В.А.* Современные аспекты терапии аллергических заболеваний кожи у детей / В.А. Ревакина // Лечащий врач. — М., 2001. — № 3. — С. 52–57.

*Салимов Э.И.* Некоторые вопросы клинического течения и интенсивной терапии астматического статуса у детей по данным Узбекского педиатрического аллергологического центра / Э.И. Салимов, С. Пацаева // Аллергические заболевания у детей. — Саратов, 1978. — С. 230–232.

*Салимов Э.И.* Особенности этиологии и терапии atopической бронхальной астмы у детей в условиях Узбекистана / Э.И. Салимов // III симпозиум аллергических и иммунологических обществ социалистических стран. — Сухуми, 1979. — С. 45–46.

*Салимов Э.И.* Лекарственная аллергия // Э.И. Салимов. — Т., — Медицина, 1981. — С. 24.

*Салимов Э.И.* Игна билан даволаш сирлари (Секреты лечения иглой). — Т., Фан, 1982. — С. 44.

*Салимов Э.И.* Лекарственная аллергия с проявлением синдрома Лайелла у детей / Э.И. Салимов, Ш.Б. Турсунов. — Т., 1982. — С. 12.

*Салимов Э.И.* Иглорефлексотерапия в педиатрии (разд. Бронхиальная астма) // Э.И. Салимов, М.А. Мирзамухамедов, — Т., — 1983. — С. 13.

*Салимов Э.И.* К вопросу организации унифицированных методов лечения поллинозов у детей в сельских районах Узбекистана // Э.И. Салимов. — Т., 1983. — С. 12.

*Салимов Э.И.* Клиника и терапия астматического статуса у детей / Э.И. Салимов, М.А. Мирзамухамедов, Б.Р. Алимходжаев. — Т., 1983. — С. 20.

*Салимов Э.И.* Клинические особенности течения, терапия и распространенность аллергических заболеваний среди детей, проживающих в Ферганской долине УзССР // Э.И. Салимов, С.П. Пацева, М.К. Кадыров. — Т., 1983. — С. 20.

*Салимов Э.И.* Отдаленные результаты специфической терапии при аллергических заболеваниях у детей / Э.И. Салимов // Актуальные проблемы аллергологии и иммунологии. — Душанбе, 1983. — С. 326–327.

*Салимов Э.И.* Супрада бир юз йигирма саккиз нукта / Э.И. Салимов // Фан ва турмуш. — Т., Фан, 1983. — № 1. — 18–19 бетлар.

*Салимов Э.И.* Яна 128 нуқта даида / Э.И. Салимов // Фан ва турмуш. — Т., 1983. — № 11. — С. 26–27.

*Салимов Э.И.* Распространенность аллергических заболеваний у детей в зависимости от сезона года в сельских районах Узбекистана и ее



профилактика / Э.И. Салимов // Профилактика, унифицированные методы лечения и новые методы диагностики аллергических заболеваний у детей. — Т., 1985. — С. 87–89.

Салимов Э.И. Структура и распространенность аллергических заболеваний у детей / Э.И. Салимов // Советское здравоохранение. — 1985. — № 1. — С. 39–40.

Салимов Э.И. Терапия и профилактика аллергических заболеваний (аллергических диатезов, atopической бронхиальной астмы) в системе мать-ребенок / Э.И. Салимов, А.М. Львович, Л.А. Муртазаева. — Т., 1985. — С. 20.

Салимов Э.И. Нормальные показатели уровня некоторых гормонов у здоровых детей и женщин детородного возраста в условиях Узбекистана // Э.И. Салимов, Э.А. Шакиров, А.М. Львович // Медицинский реферативный журнал. Разд. 1. — М., 1986. — № 3. — С. 88.

Салимов Э.И. Особенности клинического течения астматического статуса у детей младшего и старшего возраста / Э.И. Салимов // V Межреспубликанская конференция аллергологов-иммунологов Казахстана и республик Средней Азии: Тез. докл. — Алма-Ата, 1986. — С. 101–102.

Салимов Э.И. Способ лечения аллергических заболеваний у детей // Э.И. Салимов, М.А. Мирзамухамедов, А.И. Гагельганс, М.М. Хакбердиев // Авторское свидетельство. — 1986. — № 1261673 от 8 июня.

Салимов Э.И. Электрофоретический метод специфической гипосенсибилизации при аллергических заболеваниях у детей // Э.И. Салимов. — М., 1986. — С. 12.

Салимов Э.И. Новые формы диспансерного наблюдения за детьми с аллергическими заболеваниями в городах и сельских местностях Узбекистана // Э.И. Салимов. — Т., 1987. — С. 16.

Салимов Э.И. Распространенность и эффективные методы диспансеризации аллергических заболеваний у детей в сельских районах Узбекистана / Э.И. Салимов // Актуальные проблемы аллергии в педиатрии. — Кобулет, 1987. — С. 90–91.

Салимов Э.И. Аллергические заболевания у детей: особенности клинического течения, новые эффективные способы терапии и формы диспансеризации // Э.И. Салимов: автореф. дис. докт. мед. н. — Киев, 1988. — С. 36.

Салимов Э.И. Хатарли аллергик (Угрожающие аллергические состояния) / Э.И. Салимов Т., Ибн Сино, 1993. — С. 112.

Сидоренко И.В. Поллиноз и его клинические проявления // И.В. Сидоренко, Г.Л. Осипова // Российский медицинский журнал. — М., 2001. — № 1. — С. 42–45.

Смирнова Г.И. Аллергодерматозы у детей / Г.И. Смирнова. — М., 1998. — С. 299.

Суворова К.Н. Особенности патологии кожи и фармакотерапии дерматозов в подростковом и юношеском возрасте / К.Н. Суворова //

Вестник последиplomного медицинского образования. — М., 2002. — № 1. — С. 14–15.

Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии / Д.М. Табеева. — М., Медицина, 1980. — С. 560.

Туляганов К.С. Опыт работы Узбекского Республиканского педиатрического аллергологического центра и перспективы развития детской аллергологической службы в Узбекистане / К.С. Туляганов, О.С. Махмудов, Э.И. Салимов // Аллергологические заболевания у детей. — Саратов, 1978. — С. 79–81.

Хаитов Р.М. Распространенность бронхиальной астмы, аллергического ринита и аллергодерматозов у детей по критериям SAAC / Р.М. Хаитов, Л.В. Лусс, Т.У. Аринова и др. // Аллергия, астма и клиническая иммунология. — М., 1998. — № 9. — С. 58–69.

Хакбердиев М.М. Состояние и перспективы развития детской аллергологической службы в Узбекистане / М.М. Хакбердиев, М.А. Мирзамухамедов, М.Р. Нуритдинов и др. // Актуальные проблемы аллергологии и иммунологии. — Душанбе, 1983. — С. 59–60.

Хакбердиев М.М. Эффективность этапного лечения atopической бронхиальной астмы у детей / М.М. Хакбердиев, Э.И. Салимов, Л.Е. Ширунова // Санаторно-курортное лечение и реабилитация больных неспецифическими заболеваниями органов дыхания и бронхиальной астмой. — Кисловодск, 1980. — С. 259–260.

Хакбердиев М.М. Эффективность немедикаментозного метода лечения в комплексной терапии у детей, страдающих бронхиальной астмой / М.М. Хакбердиев, Э.И. Салимов, С.Л. Хватинская // Немедикаментозные методы лечения бронхиальной астмы. — М., 1986. — С. 52.

Фисяню В. Глюкокортикостероидные средства для местного применения / В. Фисяню // Врач. — М., 2000. — № 5. — С. 34.

Фын Ли-да. Иглотерапия и прижигания (Чжен Цзю-терапия) // Ли-да Фын, Д.Л. Пармененков. — Л., Медгиз, 1960. — С. 87.

Цветков Л.Н. Atopический дерматит и состояние кишечника у детей / Л.Н. Цветков, Э.И. Алиева, М.А. Кукушкина // Лечащий врач. — М., 2000. — № 4. — С. 16–17.

Черняк Б.А. Аллергические риниты в Восточной Сибири: распространенность, этиологическая характеристика и взаимосвязь с бронхиальной астмой в разных возрастных группах / Б.А. Черняк, С.В. Тяренькова, С.Н. Буйнова // Аллергология. — М., 2002. — № 2. — С. 3–9.

Compalati E. Systematic review on the efficacy of fexofenadine in seasonal allergic rhinitis: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials / E. Compalati, R. Baena Cagnani, M. Penagos, et al. // Int. Arch. Allergy. Immunol. — 2011. — Vol. 156. — № 1. — P. 1–15.

Dotterund L.K. A survey of atopical disease among school children in Soc-Varang a community possible effects of subarctic climate and industrial pollu-



tion from Russia / L.K. Dotterund, B. Kvammen, R. Boile, E.S. Falk // Actadermatol. Venerol. Scand. — 1994. — № 7. — P. 124–128.

*Fukushima K.* Nonspecific IgE potential in nasal discharge for diagnosing allergic rhinitis / K. Fukushima, H. Takeuchi, R. Morizane, et al. // Nihon Jibiinkoka Kaiho. — 2011. — Vol. 114. — № 9. — P. 774–779.

*Michele R.Sh.* Perceptions of exercise among school aged children with asthma / Rose Shaw Michele. — Arizona, 2010. — 178 p.

*Miraglia Del Giudice M.* Allergic rhinitis and quality of life in children // M. Miraglia Del Giudice, A. Marseglia, S. Leonardi, et al // Int. J. Immunopathol. Pharmacol. — 2011. — № 24. Suppl. 4. — P. 25–28.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение ..... 3

### Глава 1. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Иглорефлексотерапия .....	5
Краткие исторические сведения об иглорефлексотерапии .....	5
Механизм действия ИРТ в практике клинической аллергологии .....	9
Показания и противопоказания к иглоукалыванию .....	11
Типы игл и техника иглоукалывания .....	13
Хранение игл .....	15
Приобретение навыков иглоукалывания .....	15
Подготовка к иглоукалыванию .....	16
Техника введения игл .....	17
Десять методов иглоукалывания .....	18
О китайских «жизненных линиях» чи и бу-се .....	20
Порядок иглоукалывания .....	28
Порядок извлечения игл .....	28
Осложнения при иглоукалывании .....	29
Тайна ушной раковины. 128 точек ушной раковины .....	30
Метод «Цветение» .....	34
Аэроионотерапия и дыхательная гимнастика .....	36
Магнитотерапия .....	39
Электрофорез .....	41
Методика приготовления лечебных растворов .....	42
Определение начальной (пороговой) дозы аллергена для лечения .....	43
Оценка результатов АСИТ методом электрофореза .....	46

### Глава 2. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗУДЯЩИЕ ДЕРМАТОЗЫ

Аллергодерматозы .....	50
Экссудативно-катаральный диатез .....	51
Лимфатико-гипопластический диатез .....	53

Нервно-артритический диатез .....	53
Нейродермит .....	54
Экзема .....	54
Аллергический дерматит .....	55
Строфулюс .....	56
Крапивница и отек Квинке .....	57
Дермографизм (дермографическая крапивница) .....	58
Отек Квинке .....	58
Редкие формы аллергодерматозов у детей .....	61
Новые способы лечения аллергодерматозов .....	62
Элиминационная терапия .....	63
Наружная терапия аллергодерматозов .....	65
Иглоукалывание .....	67
Метод «Цветение» .....	75
Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) .....	76

### Глава 3. ПОЛЛИНОЗЫ

Аллергический ринит .....	85
Дифференциальная диагностика .....	89
Аллергический конъюнктивит .....	89
Риноконъюнктивит .....	90
Сенная атопическая форма бронхиальной астмы .....	91
Немедикаментозные методы лечения .....	93
Медикаментозные методы лечения .....	102
Аллерген-специфическая иммунотерапия .....	103

### Глава 4. РЕСПИРАТОРНЫЕ АЛЛЕРГОЗЫ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Респираторные аллергозы .....	106
Аллергический кашель .....	108
Аллергический трахеит .....	108
Аллергический ларингит .....	109
Аллергический бронхит .....	112
Аллергическая пневмония .....	115
Эозинофильные инфильтраты легких .....	117
Бронхиальная астма .....	118
Клиническая классификация бронхиальной астмы .....	121
Общий клинический обзор .....	123
Клиника отдельных форм бронхиальной астмы .....	132
Атопическая пылевая бронхиальная астма .....	132
Атопическая эпидермальная бронхиальная астма .....	133

Смешанная атопическая бронхиальная астма .....	134
Атопическая бытовая бронхиальная астма .....	135
Неаллергическая бронхиальная астма .....	137
Лечение респираторных аллергозов и бронхиальной астмы .....	137
Лечение бронхиальной астмы .....	139
Медикаментозное лечение .....	140
Гормонотерапия .....	143
Лечение гормонозависимых и гормонорезистентных форм бронхиальной астмы .....	149
Иглорефлексотерапия (Чжен-терапия) при респираторных аллергозах и бронхиальной астме .....	154
Аурикулорефлексотерапия .....	159
ИРТ и аурикулярные точки при респираторных аллергозах и бронхиальной астме .....	160
АИТР в лечении респираторных аллергозов и бронхиальной астмы .....	163
Использованная литература .....	167

Научное издание

**Салимов Иргаш Исмаилович**

**ТРИ В ОДНОМ**  
**или новые**  
**высокоэффективные методы лечения**  
**аллергических зудящих дерматозов, поллинозов**  
**и респираторных аллергозов**  
**с бронхиальной астмой**

Редактор О. А. Гилязетдинова

Художественный редактор А. Р. Мухтаруллин

Технический редактор В. Р. Абдрахманова

Корректор Р. Д. Гилязетдинов

Подписано в печать 30.04.13. Формат 60×90<sup>1/16</sup>. Бумага офсетная. Гарнитура ВТВachkoti.

Печать офсетная. Усл. печ. л. 11,0. Усл. кр.-отг. 11,5. Уч.-изд. л. 9, 72. Тираж 2000 экз.

Заказ 1.0025.13.

Государственное унитарное предприятие Республики Башкортостан

Башкирское издательство «Китап» имени Зайнаб Бишшевой.

450001, Уфа, пр. Октября, 2.

Государственное унитарное предприятие Республики Башкортостан

Уфимский полиграфкомбинат.

450001, Уфа, пр. Октября, 2.