

В.А.БУЛГАКОВА, к.м.н., И.И.БАЛАБОЛКИН, профессор, член-корр. РАМН, НЦЗД РАМН, Москва

Сочетанные проявления респираторной и кожной аллергии у детей

Современные представления об этиологических факторах и патогенезе аллергических болезней свидетельствуют о единых механизмах развития аллергии, независимо от локализации органа-мишени. Аллергическое воспаление покровных тканей (кожи и слизистой оболочки дыхательных путей) при сочетанном течении у одного и того же пациента двух таких серьезных заболеваний, как атопический дерматит и бронхиальная астма (БА), обуславливает наиболее тяжелое течение болезни, при котором наблюдаются периодически возникающие обострения как атопического дерматита, так и БА, с кратковременными ремиссиями, что неблагоприятно сказывается на качестве жизни больного ребенка и всей семьи в целом.

Актуальность данной проблемы обусловлена также достаточно высокой распространенностью сочетанных кожных и респираторных проявлений аллергии. Так, по данным различных авторов, у 37—40% детей с БА заболеванию предшествует атопический дерматит, в то же время у 31—33% детей с бронхиальной астмой в процессе болезни отмечаются проявления атопического дерматита [1, 2]. Частота одновременного диагноза атопического дерматита и БА в структуре аллергической патологии составляет более 35—40% [3].

При сочетанной респираторной и кожной аллергии респираторный компонент может быть так же представлен аллергическим ринитом, астматическим бронхитом, острыми стенозами верхних дыхательных путей, экзогенным аллергическим альвеолитом, кожной рецидивирующей крапивницей, отеком Квинке, контактными дерматитом.

В практике для удобства обозначения сочетанных проявлений кожной и респираторной аллергии часто используют термин «дермореспираторный синдром» (ДРС), впервые предложенный еще в середине прошлого века (B.Ratner и соавт., 1951). ДРС не является нозологической формой болезни и диагнозом в медицинском понимании, поэтому в рубрикации МКБ-10 он не используется. Несмотря на то что данный термин вызывает определенную критику у некоторых специалистов, имеет смысл использовать его в практической работе, поскольку он подчеркивает единство патогенетиче-

ских механизмов, лежащих в основе поражения как кожи, так и респираторной системы [4].

ДРС формируется у детей первых лет жизни, атопический дерматит при этом предшествует развитию БА. Среди факторов, способствующих возникновению дермореспираторной аллергии, выделяют наследственную предрасположенность к аллергическим заболеваниям; проживание в районах с экологически неблагоприятной ситуацией; высокий уровень аллергенной нагрузки на организм ребенка в антенатальном, интранатальном и последующих периодах его развития; вирусные и бактериальные инфекции [5]. Характерной особенностью данного синдрома является быстрое расширение спектра этиологически значимых аллергенов с формированием поливалентной сенсибилизации организма пищевыми, клещевыми, пыльцевыми, эпидермальными, лекарственными, грибковыми и бактериальными аллергенами, что и обуславливает его непрерывно рецидивирующее течение.

Сенсибилизация к пищевым аллергенам встречается в подавляющем большинстве случаев дермореспираторной аллергии, однако обострению респираторных проявлений у 10—12% больных способствуют пищевые продукты.

В то же время обострение кожных проявлений при пищевой аллергии встречается у 95% детей с ДРС. У детей раннего возраста преобладает сенсибилизация к белкам коровьего молока, куриным яйцам, глютену, глиадину. У детей более старшего возраста большое значение приобретает аллергия к шоколаду, цитрусовым, орехам, клубнике, моркови, формируется чувствительность к пищевым добавкам и пищевым красителям [6].

■ Частота одновременного диагноза атопического дерматита и БА в структуре аллергической патологии составляет более 35—40%.

ной аллергии часто используют термин «дермореспираторный синдром» (ДРС), впервые предложенный еще в середине прошлого века (B.Ratner и соавт., 1951). ДРС не является нозологической формой болезни и диагнозом в медицинском понимании, поэтому в рубрикации МКБ-10 он не используется. Несмотря на то что данный термин вызывает определенную критику у некоторых специалистов, имеет смысл использовать его в практической работе, поскольку он подчеркивает единство патогенетиче-

Значительную роль в развитии респираторной и кожной аллергии играют перекрестные реакции на различные группы аллергенов (табл. 1). Сенсибилизация к аллергенам домашней пыли и клещей *Dermatophagoides pteronyssinus* и *Dermatophagoides farinae* имеет этиологическую значимость в обострении как кожной, так и респираторной аллергии у 40–47% больных с ДРС, при этом сенсибилизация к аллергенам домашней пыли почти у трети детей сочетается с грибковой аллергией.

Пыльцевые аллергены являются причинно-значимыми у 22–32% детей с ДРС, при этом клинически преобладают обострения респираторной аллергии, и лишь у 7% больных этой группы при экспозиции к пыльцевым аллергенам наблюдалось обострение атопического дерматита. Причиной обострения респираторных проявлений аллергий часто являются рекуррентные респираторные инфекции [7], а обострения кожных симптомов — вирусные, особенно герпесвирусная инфекция. Бактериальная

Таблица 1. Перекрестно реагирующие аллергены

Аллергены	Аллергены, обладающие перекрестной сенсибилизацией
<i>Пищевые аллергены</i>	
Яйцо	Курица, продукты, содержащие в своем составе яйца, противогриппозная вакцина
Молоко	Говядина, творог, сливочное масло, мороженое, некоторые кондитерские изделия
Рыба	Креветки, крабы, другие морепродукты, корм для рыб
Мясо кролика	Шерсть кролика, перхоть лошади, конина, противостолбнячная вакцина
Апельсины	Мандарины, лимоны
Клубника	Ежевика, земляника, малина, черная смородина
Грибы	Сыры, сухофрукты, черствый хлеб, ацидофилин, домашняя пыль
<i>Пыльцевые аллергены</i>	
Пыльца березы	Яблоки, орехи, черешня, вишня, абрикосы
Пыльца полыни, одуванчика, подсолнечника	Мед, растительное масло, семена подсолнечника, халва, маргарин, дыни, арбузы, картофель, ромашка
<i>Эпидермальные аллергены</i>	
Перхоть лошади	Противостолбнячная сыворотка, конина, конский волос, ремни, матрацы
Шерсть кролика	Меховые изделия, пледы
Шерсть кошки	Шерстяные ковры, шерстяные изделия
Шерсть овцы	Мохер, пледы, дубленка
<i>Лекарственные аллергены</i>	
Пенициллин	Все пенициллины, цефалоспорины, сыры, продукты, содержащие дрожжи, солод
Тетрациклин	Олететрин, метациклин, рондомицин
Левомецетин	Синтомицин
Сульфаниламиды	Новокаин, дикаин, анестезин, алмагель А, гипотиазид, фуросемид, церукал, бутамил
Пипольфен	Препараты фенотиазинового ряда (аминазин, пропазин и др.)
Эуфиллин	Супрастин, теофиллин
Барбитал	Вся группа барбитуратов
Йод	Комбинированные препараты, содержащие йод, раствор Люголя

сенсibilизация, особенно к стафилококку и стрептококку, также служит причиной торпидного течения как кожной, так и респираторной аллергии [8].

Особенности течения заболевания зависят от формы аллергического поражения кожи и бронхолегочной системы: у детей раннего возраста чаще встречается атопическая БА в сочетании с экссудативным компонентом атопического дерматита. У детей старшего возраста чаще наблюдается атопическая БА в сочетании с пролиферативной формой атопического дерматита. Для детей всех возрастов характерно быстрое расширение спектра причинно-значимых аллергенов и формирование поливалентной сенсibilизации. Одновременное обострение БА и атопического дерматита наблюдается редко. Чаще во время обострения БА атопический дерматит переходит в стадию ремиссии, и наоборот, в стадии ремиссии или неустойчивой ремиссии БА наблюдается обострение атопического дерматита. Клинические особенности ДРС характеризуются также развитием патологических изменений со стороны нервной системы, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы. Интеркуррентные ОРВИ у больных с сочетанными кожными и респираторными проявлениями аллергии сопровождаются обострением респираторных проявлений аллергии в начале заболевания ОРВИ. Обострение атопического дерматита у больных с ДРС чаще всего наступает после окончания ОРВИ и наиболее часто вызывается парагриппозной и РС-вирусной инфекцией [7].

У больных с ДРС часто отмечается постоянный зуд кожи, нередко развиваются хейлит или периоральный дерматит. Кожа сухая, с участками инфильтрации и лихенизации в локтевых и коленных

сгибах, иногда по всему телу, часто поражается волосистая часть головы (себорейные корочки). В жаркое время года возможно присоединение стафило- или стрептодермии. Язык «географический», бывает обложенным бело-желтым на-

летом у корня, губы сухие. Характерны ладонно-подошвенный гипергидроз, микрополиадения, симптом «отполированных ногтей», белый или смешанный дермографизм. Нередко беспокоят боли в животе, запоры. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области и в точке желчного пузыря. По всем полям легких выслушиваются рассеянные сухие и иногда влажные хрипы в зависимости от периода и формы БА. Дыхание через нос затруднено из-за сопутствующего аллергического ринита. Весной, помимо указанной симптоматики, возможны присоединение риноконъюнктивального синдрома, усиление обструктивных явлений, а также обострение атопического дерматита.

■ **Обострение кожных проявлений при пищевой аллергии встречается у 95% детей с ДРС.**

Часто клиническим проявлением возникшей бактериальной аллергии у больных с ДРС бывает рецидивирующая стрепто- или стафилодермия, развивающаяся на фоне атопического дерматита [1, 2].

В зависимости от клинического течения можно выделить четыре группы больных с сочетанными проявлениями БА и атопического дерматита:

- 1) с обострением БА и атопического дерматита;
- 2) с обострением атопического дерматита и БА в межприступном периоде;
- 3) с обострением БА и ремиссией атопического дерматита;
- 4) с ремиссией БА и атопического дерматита.

Терапия больных с ДРС является сложной задачей и зависит от клинических проявлений аллергии. Программа лечебно-реабилитационных мероприятий руководствуется основными направлениями, рекомендуемыми современными протоколами ведения больных с БА и атопическим дерматитом [9–12] и включает:

- соблюдение элиминационной диеты с исключением причинно-значимых продуктов и продуктов — либераторов гистамина;
- соблюдение гипоаллергенного элиминационного режима в быту (установка системы очистителей воздуха в жилище; спреи, уничтожающие плесневые грибки и пылевых клещей; специальные защитные покрытия для мягкой мебели и постели; гипоаллергенные средства бытовой химии);
- фармакотерапию, включающую: лечение острого периода БА и лечение острого периода атопического дерматита, базисную (противовоспалительную, противорецидивную) терапию БА и атопического дерматита, лечение сопутствующих заболеваний и патологических состояний;
- аллергенспецифическую иммунотерапию;
- санаторно-курортное лечение;
- разъяснительную работу с пациентами и членами их семей.

Назначение элиминационных диет детям с ДРС положительно влияет на динамику кожного процесса. При назначении лечебного питания осуществляется элиминация продуктов, вызвавших развитие патологического процесса. Больным, которым по тем или иным причинам невозможно провести аллергологическое обследование и выявить причинно-значимые пищевые продукты, назначают эмпирические диеты, исключающие употребление продуктов, обладающих высокой аллергенной активностью (молока, яиц, рыбы, орехов, шоколада, цитрусовых, клубники), а также продуктов, ранее явившихся причиной возникновения пищевой аллергии.

У детей с атопическим дерматитом, обусловленным поливалентной пищевой сенсibilизацией, диетотерапия может начинаться с назначения на ко-

роткий срок (1–3 нед.) питания, основу которого составляют строгие гипоаллергенные рационы, состоящие из одного вида приготовленных дома натуральных пищевых продуктов — мяса, овощей, зерновых культур, фруктов, масла. В последующем диету расширяют за счет использования специализированных заменителей коровьего молока, готовых диетических продуктов, сахара, соли и других, ранее не использованных в питании ребенка продуктов. Продолжительность устранения из питания продуктов, причинно-значимых в развитии аллергии, определяется уровнем сенсибилизации к ним. В случаях, когда пищевые продукты были причиной развития системных аллергических реакций (анафилактического шока, аллергических отеков, крапивницы, бронхоспазма), элиминация таких продуктов из питания должна осуществляться на протяжении всей жизни больного. При отсутствии указаний на развитие системных проявлений аллергии на продукты, вызвавшие развитие атопического дерматита и его обострений, продолжительность их элиминации колеблется от 6 мес. до 2 лет, после чего может быть сделана попытка постепенного введения их в питание больного. Если на вводимый в рацион больного продукт вновь развивается обострение аллергического процесса, то его следует вновь исключить из питания.

При проведении диетотерапии больным следует осуществлять коррекцию пищевого рациона с учетом близости антигенного состава ряда пищевых продуктов и возможности возникновения по этой причине перекрестных аллергических реакций (табл. 1). Так, при наличии у больного связи возникновения атопического дерматита с аллергией к белкам коровьего молока возможно возникновение обострения болезни при введении в питание говядины; при непереносимости яиц может выявиться непереносимость мяса курицы. Поэтому при составлении пищевых рационов детям с атопическим дерматитом следует исключать из питания пищевые продукты, родственные в антигенном отношении.

У детей из-за риска развития дефицита питания не применяются обширные исключаящие диеты [8]. В случае невозможности определения причинно-значимого продукта, являющегося аллергеном, за рубежом назначается т.н. ротационная диета, при которой исключается однообразное питание (табл. 2–4). Ее рекомендуется назначать в том случае, когда у больного есть аллергическая реакция на продукт определенной группы и есть риск развития аллергических реакций на другие продукты из этой же группы [3, 6, 8]. Например, при аллергии на картофель возможно развитие аллергии на другие представители семейства пасленовых — томаты, перец. Кроме того, эта диета может применяться в тех слу-

чаях, когда у ребенка отсутствует непосредственная реакция на продукты, относящиеся к облигатным аллергенам, и родители не могут определить связь этих продуктов с возникновением и поддержанием аллергического заболевания у ребенка, а также при дозозависимом характере аллергической реакции. С другой стороны, при использовании такой диеты можно определить причинно-значимый продукт, вызывающий аллергическую реакцию.

Основным принципом ротационной диеты является правило: ни один продукт не следует употреблять чаще 1 раза в 4 дня и ни один продукт того же семейства — чаще 1 раза в 2 дня, а разрешенный продукт желательно употреблять 1 раз в день. Например, при переходе на ротационную диету, пшеницу или продукты из нее употребляют не каждый день, а лишь каждый 4 день, но не исключают полностью. Диетотерапию с использованием ротационной диеты проводят под наблюдением врача, рацион составляют с учетом переносимости пищевых продуктов. Пациент должен вести пищевой дневник. Принципы ротационной диеты можно использовать при введении прикорма детям первого года жизни, страдающим пищевой аллергией [13].

Уменьшение содержания аллергенов в окружающей среде и диетотерапия могут способствовать облегчению состояния ребенка с ДРС, снижению тяжести течения болезни. Однако особенность сочетанной аллергической патологии с периодически возникающими обострениями респираторных симптомов и кожного процесса требует проведения активной и адекватной медикаментозной терапии.

Среди широкого спектра ЛС, используемых для контроля за течением БА, выделяют препараты для экстренной помощи и препараты противовоспалительного (профилактического) действия. При этом предпочтение отдают ингаляционным методам введения ЛС. Они выпускаются в виде спрея в дозированных аэрозолях; дозированных аэрозолях, активируемых дыханием; сухого порошка или пудры; а также спейсеров, небулайзеров для доставки лекарственных веществ непосредственно в бронхи.

Обострение БА требует назначения препаратов экстренной помощи. При возникновении приступа БА применяются ингаляционные бета-2-агонисты сальбутамол (вентолин), фенотерол (беротек), изолированно или в сочетании с антихолинэргическими препаратами (беродуал). Детям первых лет жизни при возникновении симптомов БА растворы сальбутамола, фенотерола или беродуала вводятся через небулайзер. При тяжелых приступах БА и астматическом состоянии помимо ингаляционной

■ Пыльцевые аллергены являются причинно-значимыми у 22—32% детей с ДРС, при этом клинически преобладают обострения респираторной аллергии.

Таблица 2. Набор продуктов ротационной диеты на 4 дня для детей 3—7 лет [6]

1-й день		2-й день		3-й день		4-й день	
Продукты	г	Продукты	г	Продукты	г	Продукты	г
Овсяная крупа	40	Рисовая крупа	90	Гречневая крупа	35	Кукурузная крупа	40
Молоко коровье	300	Сахар	30	Молоко козье	120	Нутрисоя	100
Масло сливочное	20	Яйца куриные	40	Фруктоза	4	Сахар	40
Йогурт	200	Чай зеленый	4	Сыр козий	40	Свинина	80
Фруктоза	16	Банан	300	Хлеб ржаной	100	Кукурузная лепешка	100
Сыр	40	Рис воздушный	60	Чернослив	80	Чай черный	2
Хлеб пшеничный	100	Морковь	20	Курага	80	Киви	150
Смородина красная	50	Цветная капуста	100	Персики	150	Свекла	60
Яблоки	130	Укроп	10	Картофель	300	Капуста белокочанная	60
Макаронные изделия	120	Зелень петрушки	10	Томаты	15	Лук репчатый	10
Говядина	50	Оливковое масло	23	Перец сладкий	25	Кукурузное масло	18
Пшено	50	Мясо индейки	100	Лук-порей	10	Мясо кролика	70
Груши	30	Брокколи	100	Подсолнечное масло	22	Кабачок	120
Сушки	30	Финики	60	Баранина нежирная	50	Инжир	40
Творог АГУ	75	Зефир	30	Кефир козий	200	Изюм	40
Масло подсолнечное	9	Мясо куриное нежирное	60	Творог козий	75	Кукурузные палочки	35
—	—	—	—	Ржаные хлебцы	30	Зеленый горошек	20
—	—	—	—	Треска	70	Соевый йогурт	200
—	—	—	—	—	—	Тыква	120

проводится инфузионная терапия эуфиллином с одновременным парентеральным (внутримышечным или внутривенным) введением глюкокортикостероидов. Противовоспалительная терапия кромоглициевой кислотой (интал) и недокромилом натрия (тайлед) при БА легкой тяжести и назначение ингаляционных глюкокортикостероидов: беклометазон (бекотид), будесонид, флутиказон (фликсотид) при средней степени и тяжелом течении астмы способствуют достижению и поддержанию клинической ремиссии заболевания. Принципы лечения острого периода БА и базисной противовоспалительной терапии подробно представлены нами в предыдущей статье [14].

Для купирования острых клинических проявлений атопического дерматита назначают антигистаминные препараты. В настоящее время для лечения атопического дерматита у детей применяют антигистаминные препараты первого и второго поколения, показанием для назначения которых является обострение аллергического воспаления кожи и выраженный зуд кожных покровов. При выраженном

зуде, особенно при возникновении его в ночные часы, предпочтение можно отдавать антигистаминным препаратам, обладающим седативным действием: хлоропирамину (супрастину), прометазину (пипольфену), клемастину (тавегилу), мебгидролину (диазолину), диметиндену (фенистил), дифенгидрамину (димедролу) и др.

Терапевтический эффект антигистаминных препаратов первого поколения связан с торможением развития аллергической реакции за счет связывания с H1-гистаминовыми рецепторами. Применение их вызывает уменьшение проницаемости сосудистой стенки, воспалительного отека и зуда кожных покровов. При легком и среднетяжелом обострении атопического дерматита антигистаминные препараты первого поколения назначают внутрь, в случаях тяжелого обострения воспалительного процесса кожи энтеральный путь назначения антигистаминных препаратов сочетают с парентеральным. Для парентерального введения могут быть использованы димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил, причем их обычно вводят в вечерние и утренние часы.

Таблица 3. Набор продуктов ротационной диеты на 4 дня для детей 7—15 лет [6]

1-й день		2-й день		3-й день		4-й день	
Продукты	г	Продукты	г	Продукты	г	Продукты	г
Овсяная крупа	50	Рисовая крупа	100	Гречневая крупа	50	Кукурузная крупа	45
Молоко коровье	300	Сахар	50	Молоко козье	300	Нутрися	200
Масло сливочное	20	Яйца куриные	40	Фруктоза	30	Сахар	65
Йогурт	200	Чай зеленый	4	Сыр козий	45	Свинина	100
Фруктоза	30	Банан	300	Хлеб ржаной	250	Кукурузная лепешка	250
Сыр	40	Рис воздушный	100	Чернослив	80	Чай черный	4
Хлеб пшеничный	250	Морковь	30	Курага	80	Киви	150
Смородина красная	60	Цветная капуста	150	Персики	200	Свекла	60
Яблоки	200	Зелень укропа	20	Картофель	350	Капуста белокочанная	100
Макаронные изделия	130	Зелень петрушки	15	Томаты	20	Лук репчатый	10
Говядина	80	Оливковое масло	30	Перец сладкий	25	Кукурузное масло	30
Пшено	60	Мясо индейки	120	Лук-порей	10	Мясо кролика	100
Груши	50	Брокколи	150	Подсолнечное масло	30	Кабачок	100
Сушки	40	Финики	60	Баранина нежирная	80	Инжир	40
Творог АГУ	100	Зефир	50	Кефир козий	200	Изюм	40
Масло подсолнечное	20	Мясо куриное нежирное	100	Творог козий	100	Кукурузные палочки	70
—	—	—	—	Ржаные хлебцы	40	Зеленый горошек	30
—	—	—	—	Треска	80	Соевый йогурт	200

Курс лечения антигистаминами препаратами обычно продолжается в течение 1,5—3 нед. При atopическом дерматите, сопровождающемся интенсивным зудом, предпочтительны антигистаминные препараты, обладающие седативным действием (димедрол, пипольфен, супрастин). В случаях отсутствия терапевтического эффекта в первые 2—3 дня производят замену препарата. Детям, больным atopическим дерматитом с клиническими признаками гипотрофии, целесообразно назначать ципрогептадин (перитол), обладающий анаболическим действием.

В последнее время возрастает интерес к применению антигистаминных препаратов второго поколения для лечения atopического дерматита, что связано с наличием у них способности блокировать H1-гистаминовые рецепторы и тормозить развитие аллергического воспаления. Применение цетиризина (зиртек) и дезлоратадина (эриуса) при лечении детей с atopическим дерматитом способствует уменьшению воспаления кожи и зуда.

Зиртек является селективным антагонистом H1-гистаминовых рецепторов, в терапевтических до-

зах не оказывает выраженного седативного действия. Препарат способен ингибировать развитие ранней и поздней фазы аллергической реакции. После приема препарата внутрь его максимальная концентрация в плазме достигается в течение первого часа. Детям 12 лет и старше зиртек назначают по 0,01 г (1 таблетка или 20 капель) в один прием (утром и вечером); детям в возрасте от 6 до 12 лет — по 0,01 г (1 таблетка) ежедневно или 0,005 г (0,5 таблетки) утром и вечером; капли для питья детям от 6 до 12 лет назначают в виде однократной дозы (20 капель) или по 10 капель утром и вечером. Детям от 2 до 6 лет назначают зиртек по 0,005 г в день или в виде однократной дозы (10 капель), или по 5 капель утром и вечером. Суточная доза препарата может также определяться из расчета 0,25 мг/кг массы тела.

При тяжелых обострениях atopического дерматита, сопровождаемых интенсивным зудом, помимо антигистаминных препаратов и местной терапии показаны нейротропные препараты (радедорм, седуксен, беллатаминал). Их применение

Таблица 4. Среднесуточное содержание основных пищевых веществ и энергии в ротационной диете [6]

Содержание	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Калории, ккал
<i>Для детей 3—7 лет</i>				
Среднесуточное за 4 дня	68	65	267	1966
Физиологическая потребность	68	68	272	1970
<i>Для детей 7—15 лет</i>				
Среднесуточное за 4 дня	92	90	381	2732
Физиологическая потребность	90	92	390	2750

способствует уменьшению зуда, восстановлению сна и обратному развитию воспалительных изменений кожи.

При тяжелых обострениях атопического дерматита, резистентных к фармакотерапии и наружному лечению, может быть проведено лечение преднизолоном из расчета 1 мг/кг массы тела в сутки внутрь в течение 5—7 дней. При тяжелых, резистентных к лечению формах атопического дерматита может быть эффективной иммуносупрессивная терапия циклоспорином (сандиммуном).

В период обострения аллергического процесса также оправдано применение энтеросорбентов, как препаратов, обладающих детоксикационными свойствами. Энтеросорбенты применяют с целью сорбции аллергенов пищевого и микробного происхождения — бактерий и их токсинов. Кроме того, применение энтеросорбентов позволяет снизить содержание в кишечнике биологически-активных веществ — серотонина, гистамина, эндогенных метаболитов и др. В промежутках между приемами пищи рекомендуется применение лигнина гидролизного (филтрума), лактофилтрума, метилкремниевой кислоты гидрогеля (энтеросгеля), микросорба П в возрастных дозировках: энтеросгель — детям в возрасте 1—2 года по 20 г; 3—7 лет — 40 г; 7—12 лет — 60 г, старше 12 лет — 80 г/сут. на 4 приема (при наличии выраженной положительной динамики суточная доза уменьшается в 2 раза, курс лечения составляет 3—5 (до 7 дней); филтрум и лактофилтрум — детям 1—7 лет — по 1 таблетке 3 раза, 8—12 лет — 4 раза, старше — по 2 таблетки 3 раза в сутки.

Средства наружной терапии назначают в зависимости от фазы атопического дерматита [3, 9]. В острой фазе атопического дерматита (при наличии экссудации, отека, гиперемии кожи и зуде) используют примочки, влажно-высыхающие повязки, красители и противовоспалительные средства. В хронической фазе (при наличии лихенификации, зуда) применяют противовоспалительные средства и препараты, улучшающие микроциркуляцию и метаболизм в очагах поражения, а также увлажняющие и устраняющие сухость кожи средства. Среди противовоспалитель-

ных средств наружной терапии выделяют нестероидные (деготь, нафталан, цинк) и стероидные топические препараты. Существуют строгие показания для назначения топических кортикостероидных препаратов. Их применяют у детей только в острой и хронической фазе заболевания и не используют для профилактики атопического дерматита. В случаях неэффек-

■ Основным принципом ротационной диеты является правило: ни один продукт не следует употреблять чаще 1 раза в 4 дня и ни один продукт того же семейства — чаще 1 раза в 2 дня, а разрешенный продукт желателно употреблять 1 раз в день.

тивности нестероидной местной противовоспалительной терапии и при тяжелом обострении атопического дерматита, сопровождающемся интенсивным зудом, возникают прямые показания к назначению топических глюкокортикостероидов: мометазона (элокома), гидрокортизона (локоида), метилпреднизолон ацепоната (адвантана) и др. [9]. После купирования острых проявлений на коже применяют пасты или кремы на основе дегтя или нафталана, а затем наружные средства, устраняющие сухость кожи.

Среди фармакологических средств, используемых для проведения превентивной терапии, при атопическом дерматите значительное распространение получил кетотифен (задитен), обладающий



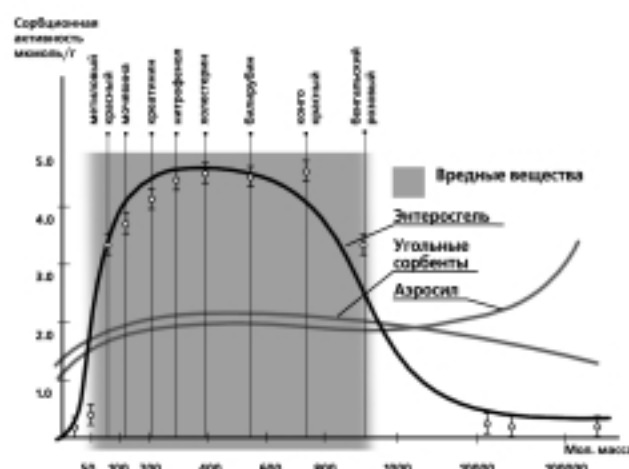
ЭНТЕРОГЕЛЬ

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

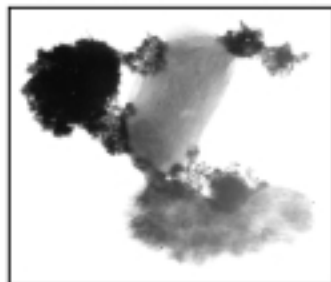
Энтеросгель обладает выраженными сорбционными и детоксикационными свойствами:

Энтеросгель обладает повышенной сорбционной активностью (ёмкостью) - 5 ммоль/г и избирательностью действия.

Связывает и выводит токсические вещества, конечные продукты метаболизма: мочевину, креатинин, производные фенола и индола, меркаптаны, и др. продукты распада белков, ароматические углеводороды, их производные, бактериальные эндо- и экзотоксины, билирубин, холестерин, органические растворители и др. промышленные отравляющие вещества, инкорпорированные радионуклиды.



Разрушает и выводит патогенную микрофлору ЖКТ, половых органов (при аппликационном применении) и продукты её жизнедеятельности: *helicobacter pylori*, сальмонеллы, шигеллы, клебсиеллы и др. грамотрицательные и грамположительные микроорганизмы, а также грибы рода *Candida*. Препарат не адгезирует и не угнетает сапрофитную микрофлору кишечника (лактобактерии, бифидобактерии и т.д.). В отличие от зубиотической микрофлоры (лактобактерии, бифидобактерии) патогенная микрофлора неадекватна к кишечнику, что обеспечивает ее выведение из организма физиологическим путем на поверхности Энтеросгеля и ликвидацию проявлений дисбактериоза.



Активно внедряясь, Энтеросгель разрушает бактерию рода *Shigella* (возбудителя дизентерии)

Связывает и выводит вирусы: вирусы гриппа, парагриппа, ротавирусы, цитомегаловирусы и др.

Аллергены: неполные аллергены (гаптены) попадают в поры препарата целиком; полные аллергены захватываются за детерминантные группы, которые удерживаются в порах препарата за счет гидрофобного связывания, высокомолекулярная белковая (шлепперная) часть аллергена сорбируется на поверхности Энтеросгеля, что обеспечивает быструю элиминацию аллергена из организма.

Энтеросгель представляет собой белую гелевидную массу, похожую на снег, без вкуса и запаха. По химической структуре - это пространственно сшитая кремнийорганическая матрица, напоминающая губку, размеры пор которой подобраны для сорбции преимущественно среднемолекулярных веществ.

Энтеросгель создает комфортные условия для регенерации эпителия слизистой оболочки, удаляя из просвета кишечника повреждающие кишечный барьер вещества и сохраняя иммунную защиту слизистых оболочек (секреторный иммуноглобулин А). Энтеросгель обладает обволакивающим свойством, не нарушает пристеночное пищеварение, не забивает межворсинчатое пространство и не вызывает атонии кишечника. При местном наружном применении препарат обладает ранозаживляющим действием.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ОТДЕЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ МЕДИЦИНЫ

При **воспалительных и эрозивно-язвенных процессах ЖКТ** энтеросгель ускоряет репаративно-восстановительные процессы в собственной пластинке слизистой оболочки. При язвенной болезни приводит к эффективной эрадикации *Helicobacter pylori*. При выраженном дисбиозе препарат позволяет добиться нормализации микрофлоры в течение 10-12 дней. Для лечения неосложненного дисбактериоза обычно достаточно недельного курса. Препарат позволяет добиться улучшения самочувствия больных, сокращения продолжительности диспепсического, болевого синдрома, лихорадки, нормализации моторики ЖКТ.

В случае **острой хирургической патологии** органов брюшной полости (перитониты различной этиологии) проведение энтеросорбции Энтеросгелем в 2 раза уменьшает микробную контаминацию кишечного содержимого и сокращает сроки пареза. Значительно снижается число послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости.

У больных **кишечными инфекциями** температура нормализуется в течение первых суток применения, стул нормализуется на вторые сутки.

В результате применения Энтеросгеля у больных с **нефрологическими заболеваниями**, осложненными хронической почечной недостаточностью, выражено снижается азидоз и азотемия. К 10-12 дню приема Энтеросгеля показатели креатинина и мочевины снижаются, соответственно, в 1,7 и 2,2 раза, восстанавливается гидрокарбонатный потенциал крови, улучшается аммионогенез почек.

При лечении **хронических циститов** использование Энтеросгеля (применяется внутримышечно) ускоряет наступление клинико-лабораторной ремиссии.

Использование Энтеросгеля при **вирусном гепатите** оказывает положительный эффект, который проявляется в улучшении самочувствия больных, повышении аппетита, уменьшении или прекращении кожного зуда и слабости, снижении концентрации билирубина и активности аминотрансфераз, улучшении показателей тимоловой пробы. Эффект наступает на 5-7 сутки от начала лечения.

При лечении **атопического дерматита** и других кожных аллергозов положительный эффект наблюдается уже спустя 1-2 суток от начала введения препарата. Уменьшается зуд, стабилизируется площадь поражения при отсутствии новых элементов воспалительной сыпи и мокнущих. Купировать процесс удается, в среднем, в течение 6-13 суток.

По данным Клиники детских болезней ММА им И.М. Сеченова включение Энтеросгеля в комплексную терапию **бронхиальной астмы** позволяет снизить тяжесть или предотвратить обострение заболевания, увеличить продолжительность межприступного периода, нормализовать иммунологические показатели, показатели функции внешнего дыхания. Использование Энтеросгеля позволило отказаться от антигистаминных препаратов, сократить длительность приема бронхолитиков.

Особенный интерес представляет применение Энтеросгеля при **гриппе** и других **ОРВИ** - эффективность элиминация вируса и токсических продуктов его жизнедеятельности позволяет безопасно вылечить заболевание, в среднем, за 2-3 дня и не допустить нежелательных осложнений.

широким спектром противоаллергического действия. Он подавляет выделение медиаторов аллергических реакций из тучных клеток и базофилов, тормозит поступление эозинофилов в шоковый орган и их последующую активацию. Задитен также снижает продукцию общего IgE, вызывает неконкурентную блокаду H1-гистаминовых рецепторов. После приема внутрь препарат хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте. Пиковые концентрации его в плазме крови возникают через 2–4 часа. Противорецидивное действие кетотифена в полной мере проявляется через 6 нед. после начала лечения, поэтому его назначают в период обострения atopического дерматита. Задитен назначают внутрь 2 раза в день. Разовая доза препарата у детей до 3 лет составляет 0,05 мг/кг массы тела, у детей старше 3 лет — 0,01 г. Лечение задитеном является более эффективным при atopическом дерматите с превалированием экссудативного компонента воспаления, чем при atopическом дерматите с преобладанием пролиферативного компонента воспаления [3].

Для противорецидивного лечения детей с ДРС возможно применение зиртека и эриуса, обладаю-

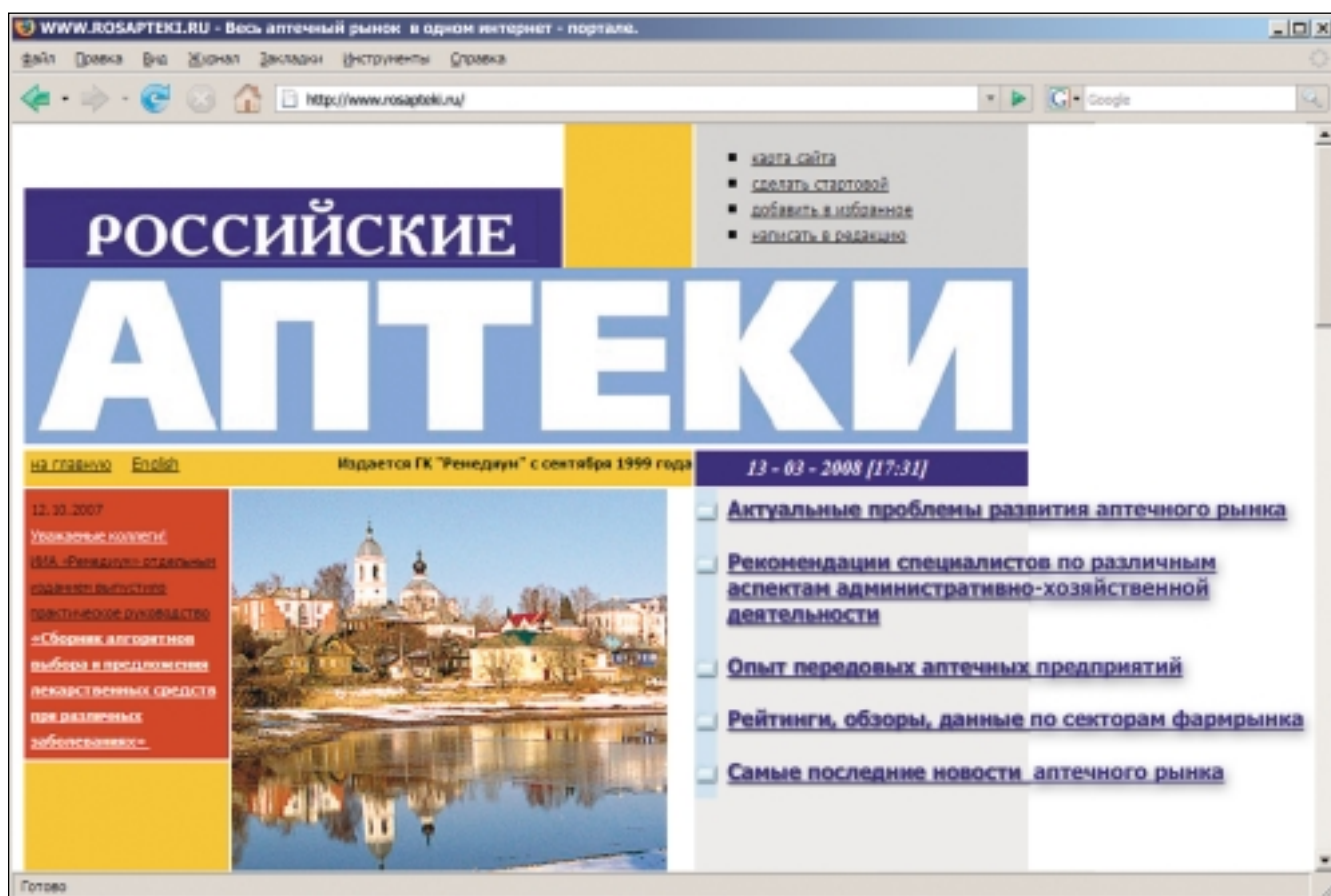
щих, помимо антигистаминного, противовоспалительным действием.

Повышению эффективности лечения сочетанных проявлений респираторной и кожной аллергии у детей способствует витаминотерапия. Клинические наблюдения свидетельствуют о терапевтической эффективности витамина B5 (пантотеновой кислоты), витамина B6. Принципы противовоспалительной наружной терапии atopического дерматита и программы ухода за кожей подробно освещены в статье профессора В.А.Ревакиной в предыдущем номере журнала [15].

Специфическая иммунотерапия детей, страдающих сочетанными проявлениями БА и atopического дерматита, проводится при получении четких доказательств обусловленности развивающихся обострений этого заболевания с экспозицией к причинно-значимым аллергенам. Для специфической иммунотерапии чаще всего используются аллергены домашней пыли, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*, пыльцевые, реже пищевые и бактериальные аллергены.

Специфическая иммунотерапия аллергенами домашней пыли оказывает благоприятное влияние на

■ Принципы ротационной диеты можно использовать при введении прикорма детям первого года жизни, страдающим пищевой аллергией.



течение атопического дерматита, способствует уменьшению зуда и воспалительных изменений кожи и является действенным методом предотвращения прогрессирования атопического дерматита и респираторной аллергии у детей раннего и дошкольного возраста, имеющих начальные признаки аллергического поражения органов дыхания.

В комплексе лечебных мероприятий, направленных на оздоровление детей с сочетанной респираторной и кожной аллергией, важное место занимает реабилитационное лечение, которое проводится как в лечебно-профилактических учреждениях, так и в условиях санаториев или курортов (желудочно-

кишечного, дерматологического и легочного профиля) с использованием методов физиотерапевтического лечения, лечебной гимнастики, массажа и закаливания.

Необходимо использовать программы реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию выявленных сопутствующих ДРС патологических состояний. Такой подход позволяет добиться положительных результатов у большинства больных сочетанными формами кожной и респираторной аллергии. Важную роль также играет обучение детей, больных ДРС, и их родителей.



ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ КОСМЕТИКА VEA

В настоящее время проводится клиническая апробация лечебно-профилактической косметики VEA на кафедре дерматовенерологии РГМУ педиатрического факультета (зав. кафедрой проф. Н.Г.Короткий) на базе Российской детской клинической больницы. Отчет о результатах проведенных исследований будет опубликован в одном из ближайших номеров «Медицинского совета».

Лечебно-профилактическую косметику VEA можно приобрести в аптеках г. Москвы, в частности московской сети «Таблетка».

Адреса аптек:

- Щёлковское шоссе, д.54/63, стр. 2, тел.979-92-20
- ул. Малыгина, дом 5, корп. 1, тел. 8-901-536-07-08
- Б-р Адм. Ушакова, дом 11., тел: 729-37-53
- ул. Шосейная, дом 1/2, стр. 4, тел. 353-75-53
- ул. Усиевича, д. 27, корп.1, тел. 223-63-61.

Компания ООО «Профкосм», дистрибьютор лечебно-профилактической косметики VEA, приглашает к взаимовыгодному сотрудничеству врачей-специалистов и аптечные учреждения Москвы и регионов России.

Витамин Е — эффективная защита и регенерация травмированной кожи

Уникальная лечебно-профилактическая косметическая линия VEA (Италия), эксклюзивно представленная на российском рынке компанией «Профкосм» (Москва), разработана на основе чистого масляного витамина Е. Его концентрация (α-токоферола ацетата — формы, наиболее устойчивой при контакте с воздухом, светом, UV-излучением) в препаратах линии достигает 100%.

Оригинальные запатентованные рецептуры — плод внедрения новейших научных исследований, разработаны в собственной лаборатории с использованием активных ингредиентов натурального происхождения, что гарантирует неоспоримые преимущества: безопасность, комфортность, отсутствие аллергических реакций.

Положительный клинический эффект является результатом комбинации биологической активности витамина, физического действия масла α-токоферола ацетата и абсолютным отсутствием побочных реакций.

Препараты VEA исключительно надежны, стабильны и эффективны в решении ряда проблем, связанных с заболеваниями кожи и слизистых поверхностей, обладают высокими косметическими и лечебно-профилактическими качествами.

Клинически апробированы и протестированы на никель, клейковину, не содержат SLS/SLES.



ООО «Профкосм»
г. Москва, Нагорный бульвар, 22
тел. (495) 662-48-42, тел./факс (499) 789-16-60
E-mail: nagorny@bk.ru www.profcosm.ru

Сертификат системы качества ISO 9001:2000

VEA®

