

Содержание

Предисловие	V
1. Об эволюции концепции терапии	1
2. Филогенез и онтогенез	6
3. Человек и микроорганизмы	12
4. Феномен симбиоза	22
5. Человек как комплексная регуляторная система	26
6. Микроорганизмы – друзья или враги	29
7. Микробиологическая терапия	34
7.1. Микробиологические препараты	34
7.2. Аутовакцины	39
7.3. Комплексная система терапии	53
8. Концепция микробиологической терапии	56
8.1. Терапия бактериями – тренировка иммунной системы	56
8.2. Пробиотики	56
8.3. Микробиологическая терапия – многокомпонентная система	57
8.4. Количественные исследования стула, используемые в целях диагностики	58
8.5. Показания для микробиологической терапии	59
8.6. Адаптированные к показаниям схемы терапии	60
8.7. Аутовакцины – индивидуальное лекарственное средство	66
8.8. Проведение терапии аутовакцинами	66
8.9. Аутовакцины для парентерального применения	67
8.10. Аутовакцины: реакции	68
8.11. Аутовакцины: местные реакции	68
8.12. Аутовакцины: системные реакции	69
8.13. Аутовакцины для перорального и местного применения	69
8.14. Аутовакцины для перорального применения	70
8.15. Аутовакцины для местного применения (через кожу)	70
8.16. Аутовакцины дыхательных путей, мочеполовой системы и мазков из ран	71
8.17. Противопоказания к терапии аутовакцинами	72

9. Атопические заболевания	73
10. Атопический дерматит	75
11. Аллергический ринит	82
12. Бронхиальная астма	87
13. Крапивница	93
14. Острые и хронические инфекции дыхательных путей и ЛОР-органов	97
14.1. Острые инфекции дыхательных путей и ЛОР-органов	97
14.2. Хронические инфекции дыхательных путей и ЛОР-органов	98
15. Острые и хронические инфекции мочеполовой системы	104
15.1. Острые инфекции мочеполовой системы	104
15.2. Хронические инфекции мочеполовой системы	106
16. Заболевания пищеварительного тракта	110
16.1. Острые заболевания пищеварительного тракта	110
16.2. Хронические заболевания пищеварительного тракта	114
17. Микозы	133
18. Воспалительные заболевания кожи	141
19. Ревматические заболевания	144
20. Онкопатологии	147
Литература	151

11. Аллергический ринит

Определение и описание заболевания

В зависимости от аллергена, провоцирующего заболевание, разделяются две формы аллергического ринита:

1. Сезонный аллергический ринит (поллиноз), вызванный пылью деревьев и трав. Это наиболее распространенная форма заболевания.

2. Круглогодичный аллергический ринит, вызванный домашними пылевыми клещами, спорами плесневых грибов, шерстью животных или аллергенами на рабочем месте, при котором симптоматика аллергического ринита отмечается в течение всего года.

Нужно также обратить внимание на существующие перекрестные реакции между антигенами пыльцы и продуктов питания.

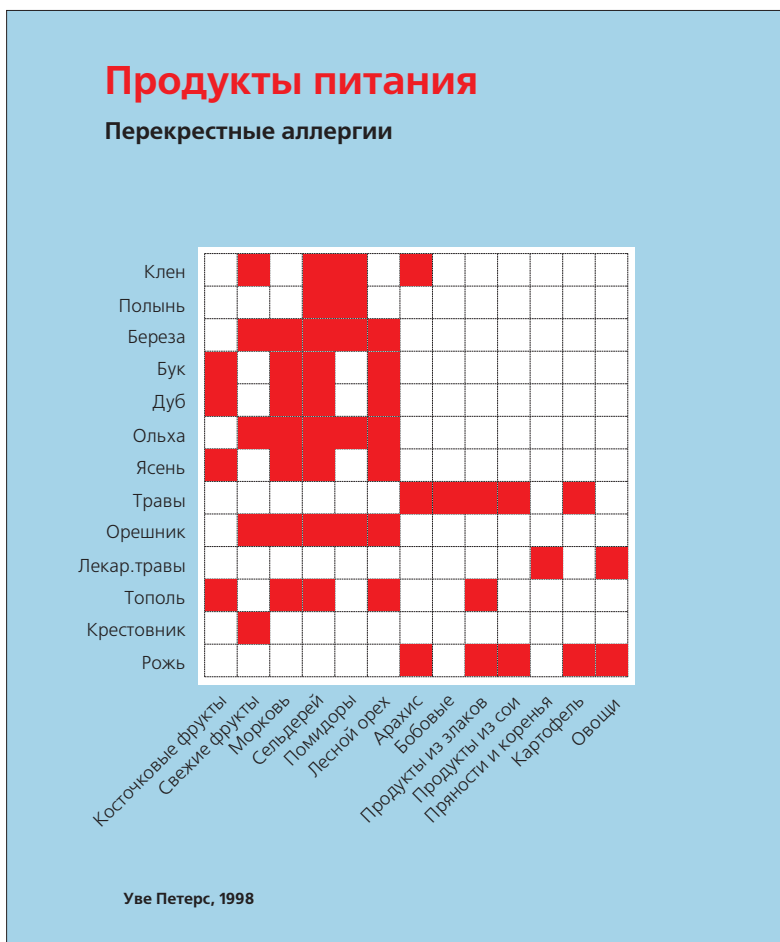


Рис. 49.

В основе этих реакций лежат идентичные или крайне схожие эпитопы антигенов различного происхождения. В какой-то момент они распознаются, и запускается реакция “антиген – антитело”. В качестве примера можно привести перекрестные реакции на полынь и на помидоры или сельдерей. На рис. 49 приведены наиболее типичные перекрестные реакции между продуктами питания и антигенами пыльцы растений. Поскольку в подавляющем большинстве случаев поражается конъюнктура, заболевание обычно описывают термином “аллергический риноконъюнктивит”. Развитие астмы при аллергическом рините отмечается достаточно часто, как правило, в результате терапии заболевания кортикостероидами.

Диагностика

Ин-витро диагностика аллергенов: для выявления ингаляционных аллергенов используются иммунологические тесты (RAST, EAST, CAP).

Количественный бактериологический и микологический анализ стула для оценки микроэкологии пищеварительного тракта.

Анализ микроэлементов: так как у больных атопическими заболеваниями часто отмечается нехватка некоторых минералов и микроэлементов (как правило, селена, цинка и кальция), необходимо провести анализ крови для определения их уровня.

Маркеры воспаления: определение $\alpha 1$ -антитрипсина рекомендуется для оценки состояния слизистой оболочки кишечника. По уровню фекального лизоцима и PMN-эластазы определяется наличие воспалительных изменений слизистой кишечника, которые могут провоцировать приступы аллергии.

Микробиологическая терапия

В принципе, обе формы аллергического ринита поддаются микробиологической терапии. Для лечения круглогодичного аллергического ринита применяется схема “Фазы терапии аллергического ринита” (табл. 16 и 17). Особое внимание при этом стоит уделить многомесячному применению препарата ПроСимбиофлор и использованию аутовакцины.

Для терапии поллиноза требуется интенсивная терапия: оптимальным считается начало микробиологической терапии за 4–6 недель до предполагаемого обострения поллиноза. Наряду с обычным пероральным применением готовых форм микробиологических препаратов по схеме “Фазы терапии аллергического ринита”, интраназальным применением (2×2 капли в каждую ноздрю) и воздействием на конъюнктиву (2×1 капле) препарата Симбиофлор 1 целесообразно использовать аутовакцину. Если к началу терапии аутовакцина отсутствует, рекомендуется использовать Симбиофлор-Антиген, который в виде гетеровакцины можно приобрести в аптеке:

- В течение 5 суток по 0,1 мл аутовакцины или Симбиофлор-Антигена (степень 4) в сутки внутрикожно. Одновременно по 2 мл Colibiogen внутримышечно. Инъекции проводятся раздельно!
- Перерыв 2 дня.
- В течение 5 суток повторение парентеральной терапии по указанной выше схеме.
- Продолжить микробиологическую терапию препаратами для перорального применения и аутовакциной. При этом аутовакцина вводится 2 раза в неделю согласно обычной схеме в возрастающей дозировке.
- При возникновении поллиноза – повторение 5-суточного курса парентеральной терапии.

Фазы терапии аллергического ринита, взрослые			
Предв. фаза	ПроСимбиофлор	2 x 5, повышая до 2 x 20 капель	4 недели
Фаза 1	ПроСимбиофлор	1 x 20 капель	8 недель
	Симбиофлор 1	2 x 20 капель перорально, 2 x 2 капли интраназально, 2 x 1 капле на конъюнктиву	
	Аутовакцина		
	(Молочнокислые бактерии)		
Фаза 2	Симбиофлор 2	2 x 5, повышая до 2 x 20 капель	8 недель
	Симбиофлор 1	2 x 20 капель перорально, 2 x 2 капли интраназально, 2 x 1 капле на конъюнктиву	
	Аутовакцина		
	(Молочнокислые бактерии)		

Табл. 16. Фазы терапии аллергического ринита, взрослые

Фазы терапии аллергического ринита, дети			
Предв. фаза	ПроСимбиофлор	2 x 5, повышая до 2 x 10 капель	4 недели
Фаза 1	ПроСимбиофлор	1 x 10 капель	8 недель
	Симбиофлор 1	2 x 20 капель перорально, 2 x 2 капли интраназально, 2 x 1 капле на конъюнктиву	
	Аутовакцина		
	(Молочнокислые бактерии)		
Фаза 2	Симбиофлор 2	1 x 10 капель	8 недель
	Симбиофлор 1	2 x 20 капель перорально, 2 x 2 капли интраназально, 2 x 1 капле на конъюнктиву	
	Аутовакцина		
	(Молочнокислые бактерии)		

Табл. 17. Фазы терапии аллергического ринита, дети (детям младшего возраста – половина дозы)

Важной предпосылкой для успеха терапии является ее начало, как уже было отмечено выше, за 4–6 недель до предполагаемой экспозиции аллергена, ее продолжительность в течение 5–6 месяцев и повторение курса в течение 3–4 последующих лет. Даже при полном отсутствии симптоматики целесообразно в течение 2–3 лет профилактически повторять курсы терапии продолжительностью до 3 месяцев.

Для описанного выше интенсивного курса рекомендуется парентерально применять аутовакцину или Симбиофлор-Антиген; при лечении детей мы советуем применять эти препараты перорально или местно. Имеющееся разведение принимается в минимальной дозе (2 капли в сутки) в течение 5 дней. После двухдневного перерыва процесс повторяется по описанной схеме. Препарат Colibioген в рамках пероральной или местной терапии также может использоваться местно или перорально.

Сопутствующая терапия

Дренажная терапия: Лимфомиозот.

Уход за слизистыми оболочками: декспантенол мазь для носа.

Гомеопатия: Люффель, Галиум-Хель, Allergic-Injectopas, Heuschnupfmittel.

Стабилизация тучных клеток: кромоглициевая кислота (например, Pentatop, Colimune).

Заместительная терапия микроэлементами: в идеале терапия проводится после определения состава микроэлементов после анализа крови. Как правило, у аллергиков наблюдается пониженное содержание цинка, селена, кальция, а также витаминов А и С, что требует их замещения.

Питание: полноценное питание, снижение потребления сахара. При составлении пла-

на питания нужно учитывать возможные перекрестные реакции между пыльцой и продуктами питания (см. рис. 49).

Акупунктура.

Аутогемотерапия: возможно, с использованием препарата Histamin-Injeel.

Профилактика

Детей из семей с отягощенным атопическими заболеваниями анамнезом рекомендуется до 6-месячного возраста кормить только грудью. Микробиологическая терапия с пероральным приемом препаратов (особенно ПроСимбиофлор) у таких детей должна начинаться по возможности в более ранние сроки.

Советы

Так как наибольший эффект микробиологическая терапия дает при ее длительном курсовом применении в течение 3–4 лет, пациент должен постоянно взаимодействовать с врачом и быть готовым к длительному лечению. По этой причине от врача требуется внимательный подход, а также разъяснение больному целей и особенностей терапии.

Случай из практики

Пациентка А.С., 1963 г. р.

Больная впервые обратилась в мае 1997 года. В течение 10 лет страдает выраженным, обостряющимся из года в год аллергическим ринитом с поражениями конъюнктивы, воспалениями носоглотки и начинающимися обструктивными поражениями дыхательных путей. При тесте выявлены следующие аллергены: пыльца березы, ржи, полынь и плесневые грибки.

Сезонная симптоматика постоянно начинается в марте и продолжается в течение

всего лета. В последние годы к этому добавилась аллергия на пылевых клещей, проявляющаяся зимой. Терапия заключалась в приеме в летний период антигистаминных препаратов и бета-симпатомиметиков в виде назальных аэрозолей и капель. Также предпринималась терапия кортикостероидами.

Микробиологическая терапия была начата в январе 1998 года по схеме “Фазы терапии аллергического ринита” (табл. 16). Через 4 недели дополнительно была начата парентеральная терапия седьмым и шестым разведениями аутовакцины. Дополнительно была начата терапия гомеопатическими препаратами. При хорошей переносимости лечения в течение первого года, тем не менее, не было отмечено изменений в состоянии. Терапия была досрочно прервана в сентябре 1998 года, чтобы повторить курс в январе 1999 года, т.е. за 8 не-

дель до проявления симптомов аллергии. Курс терапии повторял описанную схему. Также дополнительно применялась аутовакцина, которая хорошо переносилась пациенткой. В марте 1999 года проявились выраженные признаки поллиноза, достигшие своего максимума к июлю. В это время была продолжена терапия препаратами ПроСимбиофлор и Симбиофлор 1. Также была предпринята третья серия терапии аутовакциной в третьем и втором разведениях. В августе-сентябре 1999 года курс лечения был завершен 8-недельным приемом живых энтерококков и *E. coli*. Третий цикл лечения начался в январе 2000 года по той же схеме. Результатом стало выраженное уменьшение проявлений поллиноза и сопутствующих симптомов. В четвертый год (2001) терапия не проводилась, но и поллиноз больше не наблюдался.