

В лечении лекарственной аллергии основное значение принадлежит исключению препарата-аллергена, а также санации патологических очагов, играющих патогенетическую роль в развитии лекарственной аллергии. При наличии других видов сенсibilизации необходимо проведение специфической терапии, направленной на исключение контакта с аллергеном или гипосенсибилизацию организма.

Ввиду частой поливалентности лекарственной аллергии целесообразно при назначении средств фармакотерапии основного заболевания использовать тесты *ин витро* для профилактики лекарственных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д. Антигены как чрезвычайные раздражители нервной системы. М., изд. АМН СССР, 1952. — 2. Ногаллер А. М. Аллергия и хронические заболевания органов пищеварения. М., Медицина, 1975.

Поступила 8 мая 1979 г.

УДК 616—056.3—053.2

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ГРУПП ДЛЯ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГОЗАМИ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

А. Г. Шамова, Н. А. Романова

Кафедра госпитальной педиатрии (зав.— проф. Н. А. Романова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Резюме. Предложен вариант организации специализированных групп для детей с аллергиями в детских дошкольных учреждениях. Описаны методы отбора детей в специализированную группу, форма организации систематического наблюдения за ними и принципы проведения лечебно-профилактических мероприятий. В результате пребывания детей в специализированных группах удается добиться ремиссии у 80—90% больных кожными проявлениями аллергии, а также снижения общей заболеваемости в 2 раза.

Ключевые слова: аллергии, специальные группы дошкольных учреждений.

Своевременное выявление аллергической настроенности ребенка и проведение комплекса профилактических и лечебных мероприятий становятся важными задачами органов практического здравоохранения. Их осуществлению в наиболее полной мере соответствует организация в детских дошкольных учреждениях специализированных групп для детей с аллергиями, что позволит, не отвлекая родителей от работы на производстве, установить систематическое целенаправленное наблюдение за детьми, проводить непрерывную патогенетически обоснованную терапию.

Данное сообщение предназначается для ознакомления практических врачей с методами отбора детей в специализированную группу, формами организации систематического наблюдения за ними и принципами проведения лечебно-профилактических мероприятий. Отбор детей в специализированную группу осуществляет аллерголог или специально подготовленный врач-педиатр совместно с заведующим дошкольным учреждением детского лечебно-профилактического объединения. На каждого больного заполняют подробную выписку-направление, которое передают районному педиатру для оформления путевки.

Направлению в специализированные группы дошкольных учреждений подлежат дети с аллергическими заболеваниями и экссудативно-катаральным диатезом.

В соответствии с клиническими проявлениями аллергозов рекомендуется создавать 2 спецгруппы. В группу с аллергодерматозами направляют детей, страдающих экссудативно-катаральным диатезом, себорейной экземой, истинной экземой, нейродермитом, крапивницей, отеком Квинке, в группу с респираторными аллергиями — детей с проявлениями аллергического ринита, ларингита, трахеита, бронхита и бронхиальной астмы.

В соответствии с возрастом выделяют 4 подгруппы: ясельная 1-я — от 1 года до 2 лет, ясельная 2-я — от 2 до 3 лет, младшая дошкольная — от 3 до 4 лет, средняя — от 4 до 5 лет.

На каждого ребенка специализированной группы заполняют карту наблюдения¹.

На всех поступающих детей должны быть собраны следующие сведения: 1) ин-

¹ Образец карты может быть выслан авторами читателям по их запросу.

индивидуальный аллергологический анамнез; 2) клинические данные с описанием состояния органов и систем организма; 3) заключение ЛОР-специалиста; 4) консультация стоматолога; 5) рентгенография органов грудной клетки; 6) лабораторные исследования: а) общий анализ крови, мочи; б) анализ кала на яйца глист; в) кожные скарификационные пробы (вне обострения заболевания); г) провокационные пробы (при необходимости).

Считаем важным указать, что кожные и провокационные пробы следует выполнять в аллергологическом кабинете.

Один раз в квартал дети должны быть проконсультированы аллергологом.

Лечение проводят индивидуально, с учетом выявленного аллергена и клинической формы заболевания. Прежде всего исключается контакт с «виновными» аллергенами. Очень важное значение имеет создание благоприятной эмоциональной обстановки, длительное пребывание на свежем воздухе и рациональное питание, предусматривающее: 1) исключение облигатных аллергенов, т. е. тех пищевых продуктов, которые обладают наибольшей сенсибилизирующей активностью; 2) обеспечение суточной потребности по энергоемкости и соотношению пищевых ингредиентов; 3) при выявленной пищевой аллергии — назначение индивидуальной диеты с исключением «виновного» аллергена.

Полностью исключаются из диеты шоколад, цитрусовые, рыба, орехи, грибы, малина, земляника, томатный сок, консервированные продукты, блюда, богатые экстрактивными веществами (мясные бульоны, жаренья), острые приправы, соленья, маринады, которые повышают проницаемость желудочно-кишечного тракта для пищевых аллергенов.

Параллельно диетотерапии проводят неспецифическую гипосенсибилизацию следующими антигистаминными препаратами.

Димедрол внутрь. Разовая доза для детей до 1 года — 0,01 г, 1—2 лет — 0,15 г, 2—3 лет — 0,025 г, 3—7 лет — 0,05 г в зависимости от состояния ребенка. Применяют также 1% раствор по 0,3—0,5 мл внутримышечно.

Пипольфен (дипразин) внутрь 2—3 раза в сутки (детям до 6 лет — по 0,008—0,01 г, детям старшего возраста — по 0,012—0,015 г) или внутримышечно 1 раз в сутки (2,5% раствор, по 0,25—0,5—0,75 мл).

Супрастин. Его действие и дозы аналогичны пипольфену.

Диазолин не оказывает седативного действия, эффект развивается медленнее, но более продолжителен (в 20 раз). Употребляется внутрь в тех же дозах, что и димедрол.

Фенкарол — новый отечественный антигистаминный препарат со слабо выраженным седативным действием. Дозы для детей до 3 лет — по 0,005 г 2—3 раза в день; от 3 до 7 лет — 0,008 г 3 раза; от 7 до 10 лет — по 0,012 г 3 раза в день; старше 12 лет — по 0,025 г 2 раза в день. В связи со слабым седативным действием диазолин и фенкарол особенно показаны в условиях специализированных групп.

Тавегил (выпускается в таблетках по 0,001 г и в ампулах) назначают при тяжелых аллергических реакциях. Дозы для детей до 3 лет — 0,0005 г 2—3 раза в день, в более старшем возрасте — от 0,0005 г до 0,001 г 2 раза в день.

Все антигистаминные препараты применяют курсами по 7—10 дней, так как возможно «привыкание» к ним и развитие аллергической реакции. Хороший эффект наблюдается при употреблении в комплексе с препаратами кальция и витаминов.

Для воздействия на выработку противогистаминных антител и повышения гистаминопексической активности сыворотки детям с аллергиями вне обострения (не ранее чем через месяц) и после предварительной санации очагов инфекции целесообразно назначение гистаглобулина, представляющего собой комплекс сывороточного гамма-глобулина и гистамина в определенных соотношениях. Вводят его строго подкожно, начиная с 0,1 мл и прибавляя при каждой последующей инъекции по 0,1 мл. Курс лечения включает 10 инъекций. Первые пять из них (0,1—0,2—0,3—0,4—0,5 мл) делают через день, последующие (0,6—0,7—0,8—0,9—1,0 мл) — через 3 дня. После 1—2-месячного перерыва курс повторяют. При необходимости назначают 2—3 курса лечения и более. Противопоказания к применению гистаглобулина: острые заболевания, коллагенозы, болезни почек, печени, а также указание в анамнезе на повышенную чувствительность к гамма-глобулину.

С целью нормализации обменных процессов применяют комплекс витаминов группы В.

Особого внимания заслуживает витамин А в связи с его участием в окислительно-восстановительных реакциях организма и трофических процессах кожи. Дозы витамина А 10 000—20 000 МЕ, длительность лечения 10—12 дней.

Большая роль в терапии аллергодерматозов отводится средствам, уменьшающим проницаемость клеточных мембран и сосудистых стенок. Наиболее целесообразна комбинация препаратов кальция, витамина Р и аскорбиновой кислоты в следующих дозах: глюконат кальция в порошке по 0,5—1,0—2,0 г 3 раза в день или 10% раствор хлористого кальция по чайной, десертной или столовой ложке 3 раза (в зависимости от возраста), аскорбиновая кислота по 200—300 мг в сутки, рутин (Р) по 0,03—0,05 г 2—3 раза в день. Из метаболически активных препаратов показана аденозинтрифосфорная кислота (АТФ) 1% по 1,0 мл внутримышечно (10—15 инъекций).

При мокнутии назначают примочки с раствором риванола, фурацилина, индифферентные кремы и мази.

Из физиотерапевтических методов применяют ультрафиолетовое облучение, начиная с субэритемных доз. Курс 10—12 сеансов.

При лечении истинной экземы достаточно назначение антигистаминных средств в сочетании с препаратами кальция и местной терапии.

В группах для детей с респираторными аллергиями терапевтическая тактика включает следующий комплекс мероприятий.

1. Полное прекращение контакта ребенка с выявленным причинно-значимым аллергеном. При повышенной чувствительности к пыльце растений, деревьев больным детям не следует рекомендовать выезд за город.

2. Санация хронических очагов инфекции.

3. Неспецифические гипосенсибилизирующие воздействия комплекса антигистаминных средств, препаратов кальция, витаминов В₆, В₅, В₁₂, С, Р, гистаглобулина.

4. Симптоматические меры: а) при аллергических ринитах и риносинуситах применение препаратов сосудосуживающего действия — закапывание в нос 1—2—3% раствора эфедрина, санорина, 1% раствора димедрола по 5 капель в каждую половину носа. Длительность лечения зависит от динамики клинических симптомов (5—7 дней); б) при упорном, навязчивом кашле — солутан с молоком внутрь 2—3 раза в день после еды (по 5—10—15 капель в зависимости от возраста), 2—4% раствор йодистого калия по 0,5—1 чайной ложке; в) в комплексе мероприятий целесообразно применение ультрафиолетовых лучей, которые положительно влияют на иммунологические и обменные процессы, в эритемных дозах оказывают десенсибилизирующее действие, повышая антигистаминные свойства крови. Используются местно и в субэритемных дозах в области рефлексогенных зон (воротниковая).

Из закаливающих процедур большое значение имеет лечебная гимнастика.

Уборку помещений (обязательно влажную) надо производить в отсутствие детей. В группе не должно быть предметов, на которых может скапливаться пыль (ковры), птиц, аквариумных рыб. С большой ответственностью следует относиться к проведению профилактических прививок. Детям, больным аллергодерматозами и респираторными аллергиями, профилактические прививки противопоказаны. Допустимо проведение их после длительной ремиссии (не менее 1—2 лет) с предварительной подготовкой ребенка к вакцинации.

Осуществление указанного комплекса мероприятий позволяет добиться ремиссии у 80—90% детей с кожными проявлениями аллергии, а также снижения заболеваемости в 1,5—2 раза.

Поступила 15 ноября 1979 г.

УДК 612.118.221.2:616.5—053.3—056.3

ГРУППЫ КРОВИ СИСТЕМЫ АВО И MNSs У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ И МАТЕРЕЙ

Д. И. Гарифуллина

Кафедра госпитальной педиатрии (зав.— проф. Н. А. Романова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Резюме. Изучение групповых взаимоотношений между матерью и ребенком по системе АВО и MNSs при аллергодерматозах у 240 детей и 75 здоровых позволило установить определенную зависимость частоты аллергических заболеваний от иммунологических взаимоотношений. Дети от гетероспецифической серологически несовместимой беременности, имеющие группу крови А, тип М, чаще болеют аллер-