

HUMAN PAPILLOMA VIRUS INFECTION AS A PROBLEM OF DERMATOVENEREOLOGY

A.E.Nagornyj

Infections which are caused by *human papilloma virus* (HPV) concern to the infectious diseases most widespread in the world. Thus they are not limited to traditional group of risk (persons who often change sexual partners), and cover all layers of a society. Prevalence of the HPV-infection among the population varies from 4 up to 35 %. HPV causes a lot of diseases of skin and mucous membranes, increases risk of a cervical cancer. At the time of HPV urogenital system diseases the general and local immunity parameters usually are broken. This article describes modern methods of HPV infection cure with destructive and immunomodulation means - KOLLOMAK and KAGOCEL.

УДК 616.54-002-08:616.516.5-085

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

Э.Н.Солошенко, А.В.Иванова, Н.В.Кугаевская, И.В.Гиржанова

ГП «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: аллергодерматозы, медикаментозная терапия, физиотерапия.

Проблема разработки новых патогенетически обоснованных медикаментозных и немедикаментозных методов лечения больных остается чрезвычайно актуальной, поскольку у больных при длительном употреблении гипосенсибилизирующих и кортикостероидных средств развивается либо толерантность, либо аллергические и псевдоаллергические реакции. Терапию проводят, как правило, в два этапа. На первом этапе осуществляют мероприятия, направленные на выведение больного из острого состояния. Второй этап лечения начинают в стадии ремиссии и назначают комплекс мероприятий, чтобы изменить реактивность больного и предупредить в дальнейшем наступление рецидивов [1]. В период острых клинических проявлений заболевания, наиболее эффективный способ лечения – удаление из организма или окружающей среды аллергена, к которому сенсibilизирован больной [2, 3]. На этом этапе главенствующее зна-

чение имеют методы экспресс-диагностики по определению этиологического фактора, который может быть причиной развития аллергического состояния. В тех случаях, когда в качестве причинного фактора подозреваются лекарственные средства, терапию больных начинают с отмены всех препаратов, в том числе и из сходных химических групп. Очищают желудочно-кишечный тракт. Если медикаменты вводились парентерально – выше места инъекции накладывают жгут для уменьшения всасывания лекарств в кровоток и проводят обкалывание места инъекции физиологическим раствором с адреналином. При выявлении при аллергодерматозах как моносенсибилизации, так и полисенсибилизации специфическую иммунотерапию не назначают, а проводят, как правило, неспецифическую терапию. При этом патогенетическая терапия строится таким образом, что вначале у больного с аллергическим кожным заболеванием выявляют ведущий тип аллергической реакции, а потом проводят мероприятия, чтобы оказать блокирующее воздействие на развитие каждой из трех стадий аллергиче-

ской реакции (иммунологическая, патохимическая, патофизиологическая). Так, в иммунологической стадии назначают преимущественно гормоны вилочковой железы (Тимген, Тимозин, Т-активин, Вилозен и т.д.). В патохимической стадии арсенал выбора лекарственных средств определяется как типом реакции, так и характером образующихся медиаторов. Например, при реактивном типе обязательно назначают антигистаминные препараты, которые блокируют H1-рецепторы (Димедрол, Фенкарол, Дипразин, Диазолин, Тавегил, Перитол, Кларитин, Телфаст, Эриус и т.д.) [5]. Антигистаминные средства, несмотря на их малый терапевтический эффект, применяют и у больных, у которых аллергический процесс развивается по цитотоксическому (II тип) или иммунокомплексному (III тип) типам, а также по гиперчувствительности замедленного типа (IV), поскольку они при всех типах реакций блокируют действие гистамина, образующегося при включении неосновных путей его освобождения. При цитотоксическом и иммунокомплексном типах течения, наряду с антигистаминными препаратами, назначают и антиферментные средства, ингибирующие повышенную активность протеолитических процессов (Продуктин, Стугерон, Контрикал, Трасилол, Гепарин итд). В патофизиологической стадии аллергодерматозов главными лечебными средствами являются кортикостероидные препараты. В этой стадии, наряду с введением кортикостероидов и антигистаминных средств, показаны мероприятия, направленные на нормализацию водно-электролитного и белкового баланса путем введения жидкостей (не менее 2 литров) в виде изотонического раствора, глюкозы, альбумина. Исходя из данных о нейрогуморальной регуляции процессов иммуногенеза при аллергодерматозах, помимо использования традиционных гипосенсибилизирующих средств - кортикостероидов, препаратов кальция, тиосульфата натрия, антигистаминных препаратов, применяют препараты отечественные ад-реноблокаторы – Пирроксан и Бутироксан, действующие избирательно на ад-

рэнергические нейроны, сосредоточенные в гипоталамусе, который участвует в регуляции иммунологической реактивности организма [6]. Перенапряжение адаптации (стресс) или срыв компенсаторных механизмов у большинства больных АД ведет к структурно-метаболическим нарушениям, что приводит к расстройству регуляции всех функций и проявляется развитием клинического синдрома эндогенной интоксикации. Учитывая, что эндогенные токсины способствуют генерализации патологического процесса, обязательно проводят дезинтоксикационные мероприятия (плазмозамещающие и солевые растворы, гемосорбция, энтеросорбция - Активированный уголь, Сорбогель, Энтеросгель, Энтеродез, Полифепан, Мультисорб, Атоксил и т.д.). Если при моносенсибилизации лечение больных АД в период острых клинических проявлений проводят в основном медикаментозными средствами, иногда включая в комплекс физиотерапевтические воздействия, то при полисенсибилизации показаны преимущественно немедикаментозные методы. К одному из широко используемых немедикаментозных методов лечения больных АД относят иглорефлексотерапию или акупунктуру, как метод коррекции нарушений энергетики в меридианах. При этом обязательно прогревают точки, усиливающие функцию желез внутренней секреции: TR - 2; E - 10, 11, 36; RP - 20, 6; J - 22. Для повышения функции надпочечников воздействуют сегментарно: V - 22, 23, 48, 49. Что касается вегетативно-эндокринных функций организма, то на них воздействуют через один из главных «энергетических бассейнов» - T-14. При всех аллергодерматозах направленным воздействием обладают: G I - 10; RP - 10; V - 11- 13, 35!, 40!, 65; VB - 30!; F - 5, 8, 10, 11; J - 1. Все сеансы классической акупунктуры сопровождают и усиливают аурикулотерапией - микроакупунктурной. Основными акупунктурными точками (АТ) с выраженным противоаллергическим и десенсибилизирующим действием являются: АТ 12, 13, 22, 30, 71, 78, 101, 104. Детоксикационным действием обладают АТ: 91, 92, 95, 96, 97. Для горманизации веге-

тативных функций используют АТ 51, 55, 28, 33, 34, 29, 104, 100. С целью достижения быстрее наступления клинической ремиссии проводят 4-5 курсов классической акупунктуры по 10-12 сеансов с интервалом 2-3 недели. Для потенцирования терапевтического эффекта, наряду с классической акупунктурой, назначают и другие способы рефлексотерапии (лазеропунктура, магнитопунктура, микроволновая резонансная электропунктура, прижигание (цзю-терапия). Как вид рефлексотерапии применяют цигун-терапию, которая направлена на корректировку меридианов и нарушений иммунной системы с помощью физических упражнений. При АД показано более широкое назначение и других немедикаментозных и физиотерапевтических методов лечения, таких как электросон, микроволновая терапия на область надпочечников, магнитотерапия, ультразвуковая терапия, ДМВ-терапия, лекарственный электрофорез, психотерапия, гипноз, климатотерапия, гипотермия и т.д. [4]. Использование гипотерапии особенно показано при сочетанном течении аллергического заболевания кожи любого генеза и холодовой аллергии. Проводят чередование локальной и точечной гиподермии на БАТ. Локальную гиподермию на наружные покровы кожи назначают через день, постепенно снижая температуру от +20 С до -5 С. Точечную гиподермию БАТ проводят в аналогичном температурном режиме (от +20 С до -5 С), чередуя с локальной гиподермией, с постепенным снижением температуры воздействия при каждом сеансе. За один сеанс воздействуют на 2-3 симметричные БАТ (1-2 точки общеукрепляющего действия и 3-4 точки сегментарно-рефлектарного действия). Время воздействия на БАТ увеличиваются с 1 мин. в первый сеанс до 10 мин. в последующие сеансы. Лечение проводят ежедневно, на курс - 20-35 сеансов. Во время первого курса при острых проявлениях заболевания терапию проводят до клинического выздоровления, при последующих курсах, назначаемых с целью профилактики рецидивов, - до 10-15 сеансов [7]. Больным АД с полисенсibiliза-

цией как с целью лечения, так и с целью профилактики у них аллергических реакций на медикаменты, когда исключено применение многих лекарственных средств, показано чередование воздействий электрическими импульсными токами на центральную нервную систему с Пирроксаном (Бутироксаном), а также высокочастотных электромагнитных колебаний на кору надпочечников, оказывающих многостороннее влияние на нейрогуморальные системы регуляции организма [8]. Положительный терапевтический эффект получают путем чередования электросна и высокочастотной электротерапии на область проекции надпочечников, отличающийся от вышеописанного способа терапии тем, что дополнительно в дни проведения электросна назначают токоферол ацетат в виде ультрафонофореза на область проекции печени мощностью от 0,2 до 0,6 Вт/см² по 5-7 мин. В стадии клинической ремиссии приступают ко второму этапу лечения больных АД, направленному на изменение реактивности больного и предупреждение рецидивов. С этой целью применяют Гистаглобин по любой из схем. Наряду с этим рекомендуют цигун-терапию, фитотерапию (отвары толокнянки, овса, тыква в любом виде). Лечение осуществляют на фоне гипоаллергической диеты.

Выводы. На современном этапе для лечения больных алергодерматозами предлагается несколько терапевтических комплексов: при тяжелых степенях течения аллергического процесса - кортикостероидные и дезинтоксикационные средства; при тяжелых и средних степенях тяжести течения АД - комплексно-последовательный способ; при средней и легкой степени тяжести - Пирроксан и Бутироксан (по показаниям) с антиоксидантной терапией; Гистаглобин; Энтеросорбенты; слабоминерализованная вода "Харьковская-1", активированная УФО; различные немедикаментозные способы: магнитотерапия, электросон, ультразвук в различных сочетаниях и т.д.; при полисенсibiliзации - классическая акупунктура и ее разновидности: электропунктура, ла-

ропунктура, магнітопунктура, мікроволнова резонансна електропунктура, прижигання (цзю-терапія), локальна і точечна гіпотерапія на БАТ, цигун-терапія і т.д.

Широкий вибір патогенетичски обоснованих методів терапії АД с уче-

том індивідуалізованого підходу дозволяє в нинішнє чася ефективно проводити лікування боліх не тільки медикаментозними, но і немедикаментозними методами, що забезпечує профілактику побічного діяння лікарських засобів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология: Учеб. пособие. - Одесса: Астропринт, 1999. - 604 с.
2. Клиническая иммунология и аллергология: Учеб. пособие / Попов Н.Н., Лавров В.Ф., Солошенко Э.Н. - М.: ООО Фирма «РЕИНФОР», 2004. - 624 с.
3. Клиническая аллергология: Рук-во для практических врачей /Под редакцией акад. РАМН, проф. Р.М.Хайтова. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 624 с.
4. Клиническая физиотерапия / Под ред. В.В.Оржешковского. - К.: Здоров'я, 1984. - 448 с.
5. Солошенко Э.Н. Блокаторы H1-гистаминовых рецепторов в комплексной терапии аллергодерматозов. Критерии выбора // Междунар. мед. журнал. - 2002. - Т. 8, № 4. - С. 130-133.
6. Солошенко Э.Н. Терапия больных лекарственной болезнью и аллергическими дерматозами на современном этапе с помощью комплексно-последовательного комплекса // Вестник дерматол. и венерол. - 1986. -№ 3. - С. 54 - 56.
7. Солошенко Э.Н. Использование низких температур в дерматологической практике лечения больных аллергодерматозами // Вестник дерматол. и венерол. - 1991. - № 12. - С. 55-59.
8. Солошенко Э.Н., Гончаров Н.А., Пантюхина Т.Н., Тондий Л.Д., Беляев Г.М. Профилактика аллергических реакций на медикаменты у больных распространенными дерматозами с отягощенным аллергологическим анамнезом // Информац. листок. - 1990. - Киев, № 90-262. - 2 с.

МЕДИКАМЕНТОЗНА І НЕМЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ

Е.М.Солошенко, А.В.Іванова, Н.В.Кугаєвська, І.В.Гіржанова

Проаналізовані розроблені в Інституті дерматології та венерології АМНУ немедикаментозні методи (гіпотермія локальна та БАТ, класична акупунктура, аурикуло-лазеромагніто-електро-пунктура), які застосовують в якості монотерапії у хворих на алергодерматози з супутньою лікарською хворобою і псевдоалергічними реакціями на лікарські засоби, або в комплексній терапії в залежності від стадії алергічної реакції і ступені тяжкості перебігу захворювання.

DRUG AND NON-DRUG THERAPY ALLERGIC DERMATOSES

E.N.Soloshenko, A.V.Ivanova, N.V.Kugaevska, I.V.Girganova

The analysis of drug and non-drug therapy methods developed in The Institute of dermatology and Venerology is given such as local and biologically active point hypothermy, classic acupuncture, auricular laser magneto electropuncture. These method are used as monotherapy in patients with allergic dermatoses followed with drug disease and pseudoallergic drug reactions as well as complex therapy on the allergic reaction stage and disease severity degree.