

Клиническое наблюдение аллергических реакций на паразитарные инвазии и хронические очаги инфекций

Лукина Татьяна Вольдемаровна
E-mail: lukinat@rambler.ru
Тел.: +79119602463

Санкт-Петербург, 2016

Текст к слайдам 3-5:

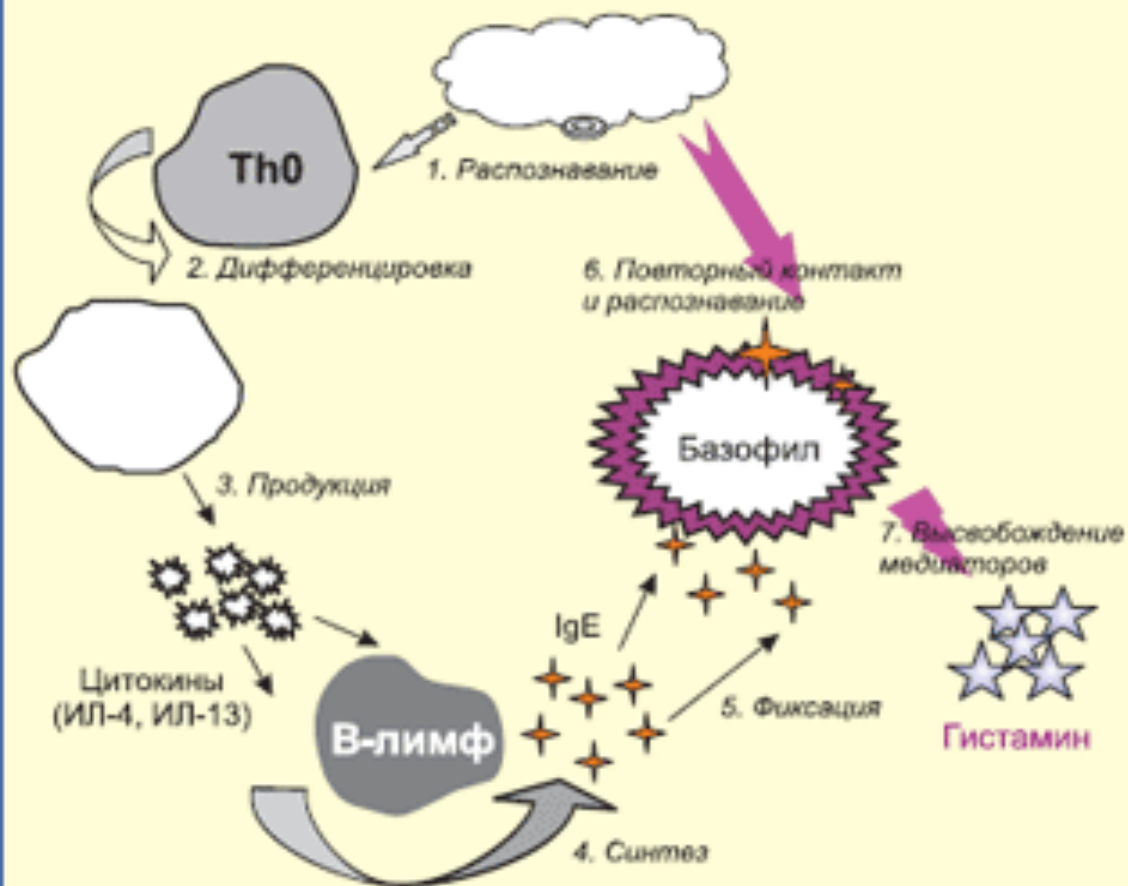
Аллергия в современном мире, полном химических соединений, новых строительных технологий, продуктов с консервантами, загазованности и запыленности, подстерегает нас на каждом шагу. Кроме этого, мы – венцы Природы, не должны забывать, что не единственные в этом мире. Вокруг нас полно жителей разнообразного микромира, стремящихся попасть к нам в организм, чтобы поселиться, жить и размножиться за наш с вами счет. По статистике, более **90%** человечества являются носителями паразитов, грибков и микробов. И не зря многих из них называют «молчаливыми убийцами», т.к. клинические симптомы паразитарных, глистных инвазий настолько многообразны, что могут давать картину любого заболевания и вызывать массивную аллергизацию организма.

Представители микромира, попадая в организм, имеют первостепенную задачу закрепиться в нем. А для этого должны интенсивно питаться, расти и размножаться, что они и делают, забирая у человека питательные вещества, витамины, минералы. Взамен вбрасывают в кровь, лимфу и внеклеточную жидкость продукты своей жизнедеятельности – токсины – мощные аллергены. «Настороженная» при первом контакте с аллергеном иммунная система при таком выбросе токсинов отреагирует мгновенно аллергической реакцией немедленного типа, когда связывание комплексов **IgE**- антиген поверхностью тучных клеток (тканевых базофилов) приводит к освобождению гистамина и эозинофильного хемотоксического фактора. Известно, что эозинофилы выполняют функцию цитотоксических клеток-киллеров против некоторых паразитов. Кроме этого, запуск этой цитотоксической реакции могут осуществлять расположенные на поверхности эозинофилов рецепторы, чувствительные к **IgG** и человеческому комплименту. Реакция со стороны кожи - зуд, покраснение, отек.



Патогенез аллергии

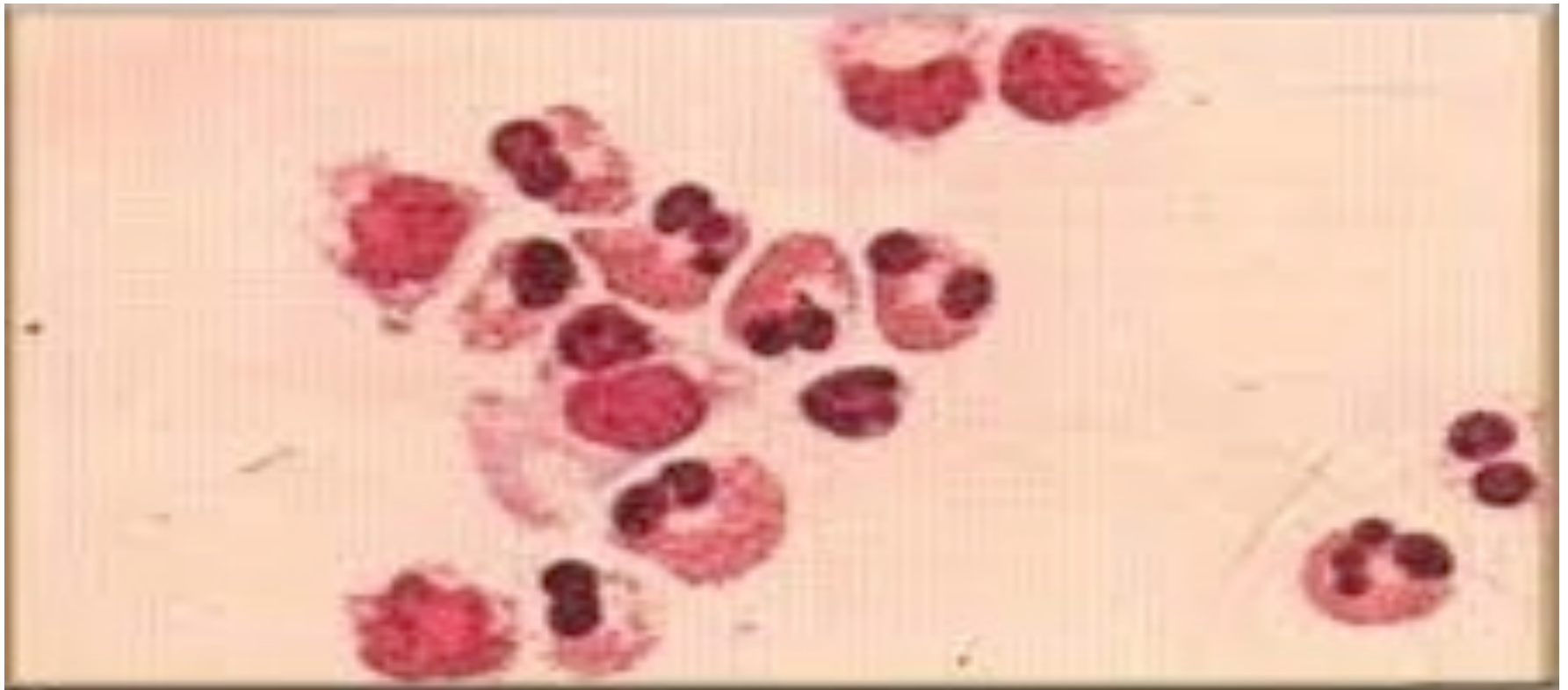
Патогенетическая основа — IgE-зависимый механизм развития + наследственная предрасположенность.



1. Активация Т-лимфоцитов и распознавание антигена.
2. Дифференцировка Th0 в Т-хелперы 2-го типа (Th2).
3. Th2 продуцируют цитокины (ИЛ-4 и ИЛ-13).
4. Цитокины включают синтез IgE в В-лимфоцитах.
5. IgE фиксируются к специфическим рецепторам на мембранах тучных клеток и базофилов.
6. При повторном контакте аллерген распознается фиксированными на тучной клетке антителами.
7. Происходит активация тучной клетки с высвобождением преформированных (ранее образованных) медиаторов аллергии — гистамина, серотонина, кининов.

Рисунок 1

Эозинофильная реакция на паразитарную инфекцию (эхинококкоз):





Еще один «продукт» жизнедеятельности паразитов - это **разрушение полезной микрофлоры кишечника.**

Клиническое наблюдение №1: Пациентка А., 29 лет.

Жалобы: на высыпания на лице и шее, повышенную сухость и покраснение кожи запястий и ладоней, больше справа.

Anamnesis morbi: в детстве диатез, эпизод пищевой аллергии на хурму. Наблюдалась аллергологом с ДЗ: Нейродермит. По окончании медучилища работала медсестрой в процедурном кабинете, но частые проявления сыпи и покраснений кожных покровов рук расценила, как проявление аллергии на медпрепараты, в связи с чем сменила поле деятельности. В настоящее время работает в бухгалтерии.

Смена сферы деятельности, терапия антигистаминными препаратами были малоэффективны. Помимо рук уртикарная сыпь стала больше появляться на лице и шее.

Anamnesis vitae: в детстве отмечалась склонность к запорам, плохая переносимость жирной пищи. Частые эпизоды герпетической инфекции.

В анализах крови: повышение количества эозинофилов до 13,2%. Положительные тесты на наличие антител IgG к токсокарам и антител IgG к *Toxoplasma gondii*.

Инструментальные исследования: УЗИ брюшной полости и почек – единичные синусовые кисты в почках?

При осмотре: Кожные покровы сухие, эритематозные точечные и местами сливные высыпания на лбу, вокруг рта, подбородке и шее.

Ладони гиперемированы, больше справа, имеются трещины на пальцах.

В остальном - статус без особенностей.

Лечение:

1. Выведение аллергенов из организма:

- Гипоаллергенная диета, введение продуктов - природных адсорбентов.

Ощелачивание под контролем рН мочи (поддержание в пределах 6,4-6,8).

- Десенсибизирующая и противовоспалительная, а также нормализующая регенерацию кожи терапия:

пептидным препаратом **NeyDesib Nr.78** вводимым в/в струйно на 30% тиосульфате натрия. Курс состоял из 15 инъекций с частотой 2 -3 раза в неделю, начиная с пяти ампул разведения D7, с дальнейшим переходом на разведение D4.



Одновременно для активации дезинтоксикационных функций гепатобилиарного тракта парентерально – **Hepar compositum** 2 раза в неделю 10 инъекций.

Далее переход на п/к инъекции **Taraxan** 2 раза в неделю совместно с **Ubichinon compositum** и **Coenzyme compositum**.

Дальнейшая десенсибилизирующая и нормализующая регенерацию кожи терапия перорально:

NeyNormin Nr.65 по 10 капель 3 раза в день под язык до 3-х месяцев.

Sanugall по 1 табл. под язык 3 раза в день – продолжение активации и поддержания дезинтоксикационной функции печени, регуляция окислительно-восстановительных процессов, стабилизации клеточных мембран, дальнейшее выведение мочевой кислоты.





2. Санация очагов воспаления и инфекции.

Укрепление сосудистой стенки, антиоксидантная защита:

- **Базовая схема SANUM (5+2)** наряду с Sanuvis и Leptospermusan. Прием не менее 3-х месяцев.
- **Противопаразитарные фитопрепараты**, содержащие черный грецкий орех, семена тыквы, чеснок, гвоздику, а также минеральные соли и микроэлементы (железо, калий, магний, фосфор, кальций).

Прием по схеме с нарастающей дозировкой в течение 2-х месяцев совместно с препаратом **Shields Up**, содержащим витамины E, C, A, а также селен и Ресвератрол - экстракт из кожицы и косточек винограда и корневища горца многоцветкового.

3. Восстановление и поддержание нормальной микрофлоры кишечника и препятствие росту патогенных микробов :

L.Acidophilus - источник активных ацидофильных лактобактерий по 1 капсуле
1 раз в день 1,5 месяца.



Местно: плацентарный крем **NeyDin M**
в чередовании с цинксодержащей болтушкой
ежедневно.

На фоне терапии к концу 1-го месяца:

- Кожа лица, шеи полностью очистилась.
Отек и зуд ушли несколько раньше.
Кожные покровы рук менее сухие, трещин нет.
Стул ежедневно оформленный.
- Количество эозинофилов в анализе крови в норме.
- Посещение Таиланда в конце 3-го месяца терапии без каких-либо ухудшений со стороны кожных покровов.
Пациентка даже позволила себе употребление в пищу ананасов и манго.
- В течении года повторных высыпаний на лице и шее, ранее регулярно беспокоивших пациентку, нет.
- В анализе крови к концу года тесты на наличие антител Ig G к токсокарам отрицательны,
остаются положительными к *Toxoplasma gondii*.

В настоящее время прием гомеопатических средств и фитопрепаратов по требованию, а также курсы дезинтоксикационной терапии.

Клиническое наблюдение №2:

Пациент Б., 31 год, в июне 2016г. обратился с жалобами на периодические кожные высыпания на руках, шее с зудом.

С осени прошлого года стал отмечать периодически ноющего характера боли в области печени вне связи с пищей.

В декабре 2015г. впервые зудящие кожные высыпания на руках и шее. Самостоятельно принимал антигистаминные препараты.

После пищевого отравления морепродуктами в феврале 2016г. высыпания по всему телу «лепешками» с зудом. Самостоятельно колет себе преднизолон, т.к. считает, что таблетированные антигистаминные препараты не эффективны.

Из анамнеза жизни - на цветение растений в августе- сентябре зуд в глазах. В детстве наблюдался по поводу пиелонефрита.

Частые эпизоды герпетической инфекции.

Обследовался в феврале 2016г.:

Биохимический и общий анализы крови в пределах нормы.

Инструментальные исследования: УЗИ брюшной полости – без особенностей

УЗИ почек-косвенные признаки хронического пиелонефрита, простаты – явления хронического простатита.

При обращении было назначено дополнительное обследование

методом хромато масс-спектрометрии микробных маркеров:

в полученном анализе крови – общая бактериальная нагрузка **27021 кл/г *10⁵** (при норме **18257 кл/г *10⁵**):

из них микроскопических грибов **2519** (при норме **523**),

вирусов – **1978** (при норме **199**),

анаэробов **37,5 %**.

Лечение:

- Гипоаллергенная диета
- Ощелачивание под контролем pH мочи,
- Дезинтоксикационная терапия комплексными препаратами *Детокс* :
- **Lymphomyosot, Berberis-Homaccord** и **Nux vomica-Homaccord** по 10 капель каждого 3 раза в день
- Десенсибилизирующая и противовоспалительная, а также нормализующая регенерацию кожи терапия: пептидным препаратом **NeyDesib Nr.78** вводимым в/в струйно на 30% тиосульфате натрия. Курс состоял из 15 инъекций с частотой 2 -3 раза в неделю, начиная с пяти ампул разведения D7, с дальнейшим переходом на разведение D4.

Перорально **Базовая схема SANUM (5+2)** на длительный прием.



В течении 2,5 недель наблюдения начальной терапии состояние улучшилось – зуда и высыпаний нет.

Боли в области правого подреберья не беспокоят.

Пациент отметил, что живот стал «легче», спокойнее.

Поскольку у пациента закончилась командировка, он продолжил курс дома.

Планируемая встреча во время очередного посещения России не состоялась, на этом этапе наблюдение прервано.

Заключение:

- *В развитии аллергических реакций не последнюю роль играют паразитарные инвазии, очаги хронической инфекции.*
- *Лечение хронического аллергического процесса требует этапного подхода в течении длительного периода времени.*
- *Совместное применение гомеопатических и фитопрепаратов разных фирм- производителей позволяет не только дополнить, усилить действие друг друга, но и оптимизировать для пациента немаловажную финансовую составляющую. А это, в свою очередь, позволяет активизировать процесс начала длительной терапии.*

Будьте здоровы



Клиническое наблюдение аллергических реакций на паразитарные инвазии и хронические очаги инфекций

Лукина Татьяна Вольдемаровна
E-mail: lukinat@rambler.ru
Тел.: +79119602463

Санкт-Петербург, 2016