

терапии больные получали только желчегонные средства и соответствующую диету. Эффект лечения оценивали по субъективному состоянию, результатам клинико-лабораторного и рентгенологического исследования, динамике комплекса иммуно-аллергенологических показателей. Контрольное исследование проводили спустя 2—3 месяца после окончания основного курса гипосенсибилизирующего лечения.

У 17 больных получено хороший клинический эффект: исчезли боли в брюшной полости и диспепсические расстройства, стало хорошим общее самочувствие. При дуоденальном зондировании нормализовался пузырный рефлекс, уменьшились застойные явления в желчном пузыре, исчезли воспалительные элементы в желчи, стали отрицательными кожные реакции на аллерген кишечной палочки. У 3 больных клинический эффект был относительный, кожно-аллергические тесты с аллергеном кишечной палочки остались слабо положительными. Реакция лизиса лейкоцитов после лечения у 13 больных оказалась отрицательной и у 7 слабо положительной.

У 12 больных курс гипосенсибилизирующих инъекций вызвал изменение уровня гуморальных антител к аллергоактивным компонентам энтеробактерий. У 10 больных отмечено увеличение титров РНГА в 4—32 раза, у 2 — снижение в 4 и 64 раза. По некоторым данным, между реакциями замедленной гиперчувствительности и гуморальным иммунитетом существуют сложные взаимоотношения. В наших наблюдениях клиническая эффективность гипосенсибилизирующего лечения коррелировала с регрессией аллергических реакций замедленного типа и повышением устойчивости лейкоцитов к альтерирующему действию соответствующих аллергенов. Не было четкого совпадения между эффектом лечения и формой гуморального ответа. Это отражает замедленный тип гиперчувствительности к бактериальным продуктам у наших больных, при котором механизмы сенсибилизации и гипосенсибилизации определяются прежде всего клеточными факторами. Возможно, однако, что различные формы иммунологического ответа (в том числе гуморального) при гипосенсибилизирующей терапии являются отражением сложного механизма гипосенсибилизации, который складывается из нескольких компонентов, неодинаково проявляющихся в отдельных случаях. В целом можно заключить, что использованные нами дозы препарата и схема гипосенсибилизации являются иммунологически эффективными.

Обнадёживающие результаты, полученные при специфической гипосенсибилизирующей терапии, дают основание более уверенно говорить о значении микробной сенсибилизации в патогенезе бактериальных холециститов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д., Польшнер А. А. (ред.). Современная практическая аллергология. М., 1963.— 2. Маянский А. Н., Колпачихин Ф. Б., Хисамутдинов А. Г. Микробиология, 1968, 11.— 3. Маянский А. Н. Там же, 1971, 7.

УДК 616.248—615.857

О ДИЕТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Р. М. Давлетшина, Т. Д. Цуканова

Аллергологическая лаборатория АМН СССР (зав. — акад. АМН СССР проф. А. Д. Адо)

Попытки разработать десенсибилизирующие диеты предпринимались многими учеными. М. И. Певзнер (1949) предложил диету с ограничением углеводов и белков. Н. И. Лепорский (1957), считая главным пищевым аллергеном белки, рекомендовал их резкое ограничение — 25—30 г. Многочисленные клинические наблюдения не подтвердили эффективность указанных пищевых режимов.

По А. Д. Адо (1970) неспецифическая гипоаллергенная диета строится на основе значительного ограничения углеводов (особенно сахара), поваренной соли, жидкости, полного исключения пищевых продуктов, обладающих высоким сенсибилизирующим потенциалом, а также острых блюд, пряностей и других продуктов и напитков раздражающих слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта и повышающих всасываемость гистаминаподобных и аллергенных веществ в кровь. В рацион вводят повышенное количество белков и жиров (с тем расчетом, чтобы

общая калорийность превышала основной обмен), витаминов С, Р, группы В, А и продукты, содержащие соли кальция и фосфора. Пища должна быть богата растительной клетчаткой, механически и химически щадящей, питание — 4—5-разовое.

Цель настоящего исследования — изучить эффективность общей неспецифической гипоаллергенной диеты в комплексном лечении больных с инфекционно-аллергической бронхиальной астмой.

Под нашим наблюдением находилось 60 больных (20 мужчин и 40 женщин в возрасте от 17 до 58 лет) с продолжительностью заболевания от 1 года до 35 лет. Было проведено аллергологическое обследование больных: сбор анамнеза, постановка кожных проб с аллергенами, назальные, ингаляционные, а при пищевой аллергии — лейкопенический и тромбоцитопенический тесты. У всех больных определяли функциональные показатели состояния внешнего дыхания путем записи на спирографе (СГ-1М, МРГУ, 42, 163-62) утром, натощак, в условиях основного обмена, до лечения и на 11-й и 24-й день от начала комплексной терапии. Полученные результаты сопоставляли с должной величиной по номограммам С. Н. Соринсона или рассчитывали по формулам, исходя из таблиц должного основного обмена (по Гаррису — Бенедикту и Кестнеру — Книппингу).

Всех больных мы разделили на 2 однородные по составу группы. Комплекс лечения первой группы, контрольной (20 чел.), включал медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, физиотерапию; вторая группа, состоящая из 40 больных, получала, помимо этого, общую неспецифическую гипоаллергенную диету, составленную с учетом индивидуальных особенностей каждого больного. Например, при аллергии к кандидам дрожжевой напиток заменяли фруктовыми соками. По химическому составу и калорийности суточный рацион больных 2-й гр. был примерно следующим: белков — 150 г, жиров — 150 г, углеводов — 200 г, калорийность — 2800 калорий; витаминов: А — 2 мг (каротина — 4 мг), С — 400 мг, Р — 400 мг, В₁ — 4 мг, В₂ — 4 мг, В₆ — 4 мг, РР — 40 мг; минеральных солей: кальция — 0,8 мг, фосфора — 1,6 г; поваренной соли — 8 г, жидкости — 1000—1250 мл. Полностью были запрещены горчица, перец, уксус, лук, чеснок, хрен, редиска, редька, томатная паста и соус, гвоздика, сырая капуста и различные консервы, сельдь и другая соленая рыба, сыры, соленые овощи, копчености, колбасы, минеральные воды, рассолы и пр., а также яйца, курятина, свинина, мозги, рыба, внутренности (печень, почки), орехи, гречневая крупа, бобовые (горох, фасоль), томаты, цитрусовые (лимоны, апельсины, мандарины), персики, дыни, некоторые ягоды (клубника, земляника, малина, черная смородина) и кофе, какао, шоколад. Исключение указанных продуктов должно быть очень строгим; например, при исключении яйца подразумеваются и все продукты, содержащие яичный белок или желток, даже в очень малых количествах: сдобные булочки, печенье, торт, пирожное, некоторые конфеты, оладьи или блины, при изготовлении которых в тесто добавляют яйцо. Категорически запрещали употребление алкогольных напитков, даже в небольших количествах (в том числе и пива). Витамины С, Р, группы В, А мы назначали в повышенных количествах в виде отвара шиповника, жидких пивных дрожжей (или отвара пшеничных отрубей) и фруктово-ягодных соков (особенно сливового, вишневого, морковного, черничного, яблочного, из калины и рябины).

Из разрешенных продуктов наибольшее значение имеют следующие: говядина, телятина, кролик, молочные продукты (кисломолочные напитки, творог, кипяченое или сгущенное молоко, неострый сыр типа «Янтарь»), картофель, морковь, свекла, тыква, фрукты (особенно печеные яблоки, а также груши и сливы), манная, овсяная, перловая, пшеничная крупы, рис, геркулес, мучные несдобные изделия. Пищу следует

готовить только из свежих продуктов и подавать в отварном, тушеном или печеном виде (исключается все жареное).

Исследование функции внешнего дыхания, проведенное до лечения, выявило у больных 1 и 2-й группы аналогичные изменения. У 32 из 60 больных отмечалась пониженная против нормы жизненная емкость легких до $65 \pm 2,5\%$ (при норме более 80% к должной) в результате сокращения экспираторного объема дыхания в среднем до 600 ± 59 мл (вместо 1,5 л в норме). Величина минутного объема дыхания колеблется в норме от 80 до 120% должной. У наших больных этот показатель увеличился в среднем до $138 \pm 6,9\%$ должного. Одновременно повышалось поглощение кислорода за 1 мин. в среднем до $130 \pm 5,9\%$ должного при нормальных колебаниях от 80 до 120%. У 34 больных снизился коэффициент использования кислорода (в среднем до $32 \pm 1,5$ при норме > 34). Нарушения бронхиальной проходимости и снижение растяжимости легких у наших больных привели к резкому уменьшению средней величины максимальной вентиляции до $36 \pm 3,2\%$ должной по сравнению с нормой (более 70%); у 12 больных в ответ на возросшее сопротивление току воздуха по дыхательным путям увеличилась и продолжительность выдоха. ВДК составил 1:1,6—1:1,8 вместо 1:1,5 в норме. Одновременно с этим у всех больных сокращался объем воздуха, выдыхаемого за первую секунду после кратковременной задержки дыхания, в среднем до $44 \pm 4,1\%$ жизненной емкости легких (колебания — от 16 до 65%) при норме более 70%. С помощью новодринового теста удалось установить частичную роль функционального бронхоспазма в нарушении бронхиальной проходимости у испытуемых.

У всех больных были снижены резервные возможности вентиляции: коэффициент резерва составил в среднем $4 \pm 0,3$ (при норме от 7 до 16), резерв вентиляции в процентах к должному и показатель вентиляции в процентах равнялись соответственно $28 \pm 3,0$ и $68 \pm 3,6$ при норме более 70% должного и 93%.

Коэффициент вентиляции и показатель скорости движения воздуха только у одного больного имели величину, соответствующую норме, и колебались в пределах: КВ от 0,27 до 0,95, ПСДВ — от 7 до 28 (в среднем $0,6 \pm 0,03$ и $14 \pm 0,7$). В норме КВ колеблется от 0,8 до 1,2, ПСДВ — больше 24. Изменение качественных признаков спирограммы: наличие симптомов задержки воздуха в легких — симптома «воздушной подушки» — отмечено у 12, и инспираторного сдвига средней точки дыхания — у 7 больных. Результаты проб Штанге и Сабразе зарегистрированы у 30 больных, из них проба Штанге отклонена от нормы у 24, Сабразе — у 26.

Под влиянием общей неспецифической гипоаллергенной диеты на фоне комплексной терапии у больных бронхиальной астмой улучшается самочувствие, урежаются и прекращаются приступы, нормализуются функциональные показатели внешнего дыхания.

Общая неспецифическая гипоаллергенная диета значительно повышает эффективность комплексного лечения больных с инфекционно-аллергической бронхиальной астмой. Уже на 11-й день лечения ЖЕЛ увеличивается до $78 \pm 2,0\%$ должной ($P < 0,001$), МОД уменьшается до $122 \pm 3,6$ должного ($P < 0,05$), ПК — до $125 \pm 3,9\%$ должной ($P < 0,05$). Улучшение процессов диффузии приводит к увеличению КИК до $34 \pm 1,0$. ДЭ снижается до $3,2 \pm 0,4$ ($P < 0,001$). Улучшается бронхиальная проходимость и увеличивается МВЛ до $55 \pm 4,0$ должной ($P < 0,05$). Уменьшается продолжительность выдоха. ВДК составляет 1:1,3. КТ увеличивается до $55 \pm 3,0\%$ ($P < 0,05$). У всех больных повышаются резервные возможности вентиляции: КР составляет $6,0 \pm 0,5$ ($P < 0,5$), РВ в процентах к должному — $52 \pm 5,0$ ($P < 0,001$), ПВ в процентах — $78 \pm 3,5$ ($P < 0,05$), КВ — $0,9 \pm 0,04$ ($P < 0,05$), ПСДВ — $22 \pm 1,0$ ($P < 0,001$).