

В этом отношении представляет интерес наблюдаемая нами больная Ф., 19 лет, поступившая в клинику в августе 1969 г. с жалобами на сухой кашель, одышку при ходьбе, общую слабость. Больна с 14 лет. Вначале была диагностирована двухсторонняя стафилококковая пневмония. Заболевание проявлялось резкой слабостью, сухим кашлем, исхуданием и субфебрильной температурой. В крови определялся лейкоцитоз до 11 600 и гиперэозинофилия до 41%. Рентгенологически были обнаружены сливные очаговые тени в нижних отделах легких без четких контуров. В течение трех недель противовоспалительной терапии изменения в нижних отделах легких исчезли, но появились в области верхних полей. Затем изменения бесследно рассосались. В крови оставалась гиперэозинофилия в пределах 20—25%. В 1967 г. заболевание снова повторило свой цикл. Девочка с подозрением на гематогенно-диссеминированный туберкулез легких была госпитализирована в стационар тубдиспансера. Десенсибилизирующая терапия с коротким курсом преднизолона оказала благоприятное влияние. Самочувствие больной улучшилось, исчезли симптомы интоксикации. Остались гиперэозинофилия до 25—30% и тягистость легочного рисунка. В 1968 г. без видимых рентгенологических изменений перенесла приступ бронхиальной астмы. В мокроте впервые были обнаружены кристаллы Шарко — Лейдена, которые в дальнейшем не обнаруживались. При поступлении в клинику 28/VIII 1969 г. отмечалось укорочение перкуторного звука справа около нижнего угла лопатки и ослабленное везикулярное дыхание. Исследование других систем организма не выявило патологии.

Данные анализа крови в динамике приведены в таблице.

Дата	Картина крови									
	гем. и эритроциты	количество лейкоцитов	базофилы	палочкоядерные эозинофилы	сегментоядерные эозинофилы	палочкоядерные нейтрофилы	сегментоядерные нейтрофилы	лимфоциты	моноциты	РОЭ, мм/час
28/VIII	72 ед.	8600	—	—	18	3	61	11	7	47
	3 870 000									
10/IX	79 ед.	7000	1	—	21	3	49	24	2	58
	4 150 000									
27/IX	78 ед.	9800	—	3	24,5	3,5	36	26,5	6,5	62
	3 480 000									
15/X	76 ед.	9200	1	—	5	—	70	21	3	16
	4 160 000									

Рентгенографически в легких определялась выраженная тягистость с единичными нечеткими очагами в правой подключичной области. Были положительны реакция на С-протеин, формоловая проба; уровень сиаловых кислот равнялся 388 ед. Общее количество белка в сыворотке крови — 9,43%, альбуминов — 45,6%, гаммаглобулинов — 28,4%. В стерильном пунктате выявлено 11,6% эозинофильных нейтрофилов.

При копрологических исследованиях яйца паразитов за все время болезни не обнаруживались.

Учитывая изложенное, мы сочли возможным диагностировать у больной эозинофильный коллагеноз. Из применявшихся лечебных средств наиболее эффективной оказалась преднизолонотерапия. В последующем больная была переведена на поддерживающую дозу преднизолона. В настоящее время больная трудоспособна; наблюдение продолжается.

УДК 616—056.3

В. В. Западнов (Москва). Аллергическая реакция на лак для волос

В связи с ростом аллергических реакций на самые различные аллергены нам представляется интересным случай тяжелой аллергической реакции на лак для волос. Приводим наше наблюдение.

Б., 25 лет, поступила 8/II 1972 г. с жалобами на резкую общую слабость, зудящие высыпания на коже всего тела, отечность век, похолодание рук и ног, небольшой озноб. Много лет страдает аллергическими проявлениями: периодически появляется вазомоторный ринит, временами — сыпь типа крапивницы.

8/II 1972 г. применила лак для волос, которым ранее не пользовалась. Через 30 мин. появился зуд кожи, отек лица (особенно век), который быстро нарастал, чув-

ство заложенности носа, приступ многократного чихания, однократная рвота, затем наступил глубокий обморок. Врачи неотложной помощи застали больную в тяжелом состоянии: сознание спутанное, выраженная отечность и гиперемия лица, пятнистая, местами сливная сыпь на коже всего тела, руки и ноги холодные и бледные с цианотичным оттенком. Пульс 90, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД — 60/40. Дыхание везикулярное. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Введено внутривенно: 1 мл 0,06% раствора коргликона, 10 мл 10% раствора глюконата кальция, 60 мг преднизолона; внутримышечно: 2 мл 0,25% раствора пипольфена, 2 мл кордиамина, 1 мл 10% раствора кофеина. Состояние больной несколько улучшилось. Сознание ясное, АД 70/50. Больная срочно госпитализирована. В больнице внутривенно капельно введено 30 мг преднизолона, 10 мл 10% раствора глюконата кальция, 500 мл физиологического раствора. АД 100/70. Температура 37,1°. Со стороны ЭКГ патологии нет. Сахар крови 88 мг%. Гем. — 13,4%, Э — 4 130 000, ц. п. — 1,02. Л — 14 800, л. — 9%, м. — 5%, п. — 11%, с. — 75%; РОЭ 3 мм/час. У части нейтрофилов имеется токсическая зернистость. Моча без патологии.

В стационаре больная продолжала получать пипольфен и препараты кальция, а также преднизолон (в 1-е сутки — 90 мг, во 2-е — 30, в 3-и — 20, в 4-е — 10 мг. На 5-е сутки преднизолон был отменен. На 3-й день пребывания в стационаре аллергическая реакция полностью исчезла. Показатели крови пришли к норме. Больная выписана в хорошем состоянии.

УДК 616—002.77—616—07

А. А. Пештмалджан (Казань). Применение некоторых бактериальных аллергенов в диагностике ревматизма

Задачей настоящего исследования являлось применение бактериальных аллергенов в диагностике ревматизма и выяснение особенностей аллергии замедленного типа (АЗТ) в зависимости от клиники заболевания. Использовались бактериальные аллергены, полученные по Андо — Вержиковскому в аллергологической лаборатории Казанского НИИЭМ (МРТУ № 42). Больным ставили внутрикожно пробы со следующими аллергенами: гемолитическим стрептококком, гемолитическим стафилококком, протеем, кишечной палочкой (по общепринятой методике). Во всех случаях контролем служил боратный буфер. Часть пациентов одновременно дополнительно проверяли на аллергию к энтерококку, негемолитическому стрептококку, негемолитическому стафилококку, зеленому стрептококку. Во всех случаях вводили одну кожную дозу аллергена (для выявления степени сенсибилизации к минимальному количеству аллергена и предупреждения возможных осложнений). Кожные пробы ставили при поступлении больных в клинику и через 1 и 2 месяца после лечения. Оценку полученных результатов производили непосредственно после введения аллергенов, через 20 мин., 2, 6, 12, 24, 48, 72, 96 часов. Положительной реакцией считали появление в месте введения аллергена гиперемии, инфильтрации, болезненности через 24 часа с угасанием к 48, реже к 72—96 часам. Гиперемию без инфильтрации расценивали как ложноположительную реакцию. Контрольные пробы с боратым буфером во всех случаях были отрицательными.

Под наблюдением находилось 218 больных (с ревматизмом — 146, ревматоидным полиартритом — 8, кардиотонзиллярным синдромом — 16, хроническими неспецифическими заболеваниями легких — 26, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с нормальной или повышенной кислотностью — 12). Контрольная группа состояла из 68 студентов, не имевших в анамнезе и объективно признаков хронических очагов инфекции.

В соответствии с характером лечения выделено 4 группы больных: 1-я, «стандартная» (59 больных), получала пенициллин по 100 000 ед. 6 раз в день в течение 12—15 дней, аспирин по 1,0 3—4 раза в день; 2-я (31 больной) — пенициллин, аспирин, гормоны (по обычной схеме, максимальная доза не более 30 мг в день в пересчете на преднизолон); 3-я (16 больных) — пенициллин, аспирин, энтеросептол (по 0,5 3 раза в день, 10 дней); 4-я (20 больных) — аспирин, энтеросептол (200 000 4 раза в день, 10 дней). По показаниям проводилась также симптоматическая терапия.

В контрольной группе реагировали на гемолитический стрептококк 5,1% больных, на гемолитический стафилококк — 4,82%, на протей — 3,6%, на кишечную палочку — 11,4%. При введении аллергенов зеленого стрептококка, негемолитического стрептококка, негемолитического стафилококка, энтерококка были получены отрицательные результаты у подавляющего большинства обследуемых (в основном гиперемия без инфильтрации).

У больных ревматизмом отмечены оба типа реакций. При остром процессе в момент поступления кожные пробы проявлялись слабо. Затем в ходе лечения они становились более выраженными и снова уменьшались. Больные ревматизмом, как правило, реагировали не только на аллергены гемолитического стрептококка, но и аллергены гемолитического стафилококка, протей, кишечной палочки. Положительные пробы на 2, 3, 4 аллергена выявлены у 80,2% больных. Положительных проб на стрепто-