

как положительно, так и отрицательно влияющих на здоровье народонаселения. Комплексный, системный подход к изучению общественного здоровья является требованием самой жизни. В процессе исследований должны быть выяснены основные закономерности и механизм воздействия отдельных причин и факторов на уровни заболеваемости, смертности и процессы воспроизводства, соотношение и взаимосвязь их между собой, имеющиеся резервы в улучшении здоровья населения, а также определены дифференцированные подходы к решению вопросов управления, планирования и прогнозирования различных сторон развития общества.

УДК 616.5—056.3(042.5)



НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ АЛЛЕРГИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ¹

Проф. Г. Г. Нуреев

В последние годы в мире, особенно в высокоразвитых странах, наблюдается катастрофический рост числа аллергических заболеваний, что объясняется химизацией сельского хозяйства, урбанизацией жизни, загрязнением внешней среды.

Кафедра дерматовенерологии Казанского медицинского института начала изучать некоторые аспекты аллергии при кожных болезнях более 40 лет тому назад. Вскоре после окончания Великой Отечественной войны под руководством проф. Н. Н. Яснитских были выполнены исследования по изучению этиологии и патогенеза пиоаллергидов, то есть вторичных аллергических высыпаний при гнойничковых заболеваниях кожи, хронических пиодермий, себорейной и микробной экземы. В результате были получены новые данные. В частности, пиоаллергические высыпания рассматривались как проявления измененной реактивности кожи по отношению не только к пиококкам или их токсинам, но и к различным экзогенным раздражителям. Себорейная и паратравматическая экзема анализировалась как разновидности стрептококковых поражений кожи. Несколько позже под руководством проф. Г. Г. Кондратьева изучались аллергенные свойства ряда химических веществ, пиококков, грибов и некоторых тканевых антигенов. Было установлено, что отдельные вещества, применяемые в производстве синтетического каучука (2,4-толуилendiизоцианат, гексаметилендиизоцианат, неозон Д), обладают сенсибилизирующими свойствами. Доказано, что грибок красный трихофитон, который вызывает у людей заболевание кожи стоп и кистей, реже — поражение других участков, является аллергеном.

Экспериментально было показано, что аутологичные (и гомологичные) экстракты кожи обладают антигенными свойствами. Это послужило предпосылкой для исследования роли аутоаллергии в патогенезе некоторых кожных болезней. Изучено десенсибилизирующее действие гистаглобулина, протеина, альбумина, грибковых аллергенов как экспериментально, так и клинически (В. П. Сергеев и др.).

В течение последнего десятилетия на кафедре проводятся исследования по выяснению роли бактериальной аллергии в патогенезе хронических рецидивирующих дерматозов. Среди всех аллергических болезней кожи бактериальной природы превалируют дерматозы стафилококковой и стрептококковой природы. В настоящее время есть все основания рассматривать микробы и их антигены наравне с любыми другими полноценными антигенами в качестве возможных индукторов аллергии и аллергических реакций различных типов.

Вопрос о влиянии стафилококков и стрептококков на процесс аутоенсибилизации к компонентам кожи заслуживает особого внимания потому, что, во-первых, гнойничковые болезни кожи занимают значительное место среди других дерматозов, во-вторых, пиококки очень часто осложняют дерматозы, присоединяясь к уже существующему поражению кожи иной этиологии (к дерматитам, экземам, невродерматозам и многим эрозивно-язвенным процессам). Стафилококки и стрептококки могут вызывать развитие аутоаллергии к коже еще и потому, что кожа, стафилококки и стрептококки имеют общие антигенные субстанции. Это значит, что если антитела вырабатываются против пиококков, находящихся в очагах хронической инфекции, то, соединяясь с белками кожи, они могут привести к аллергическому высыпанию на коже, например к экземе.

Среди отечественных исследователей первая экспериментальная работа по изучению влияния стафилококков и стрептококков на развитие аутоенсибилизации к ко-

¹ Актовая речь, произнесенная 24.05.85 г. на заседании ученого совета Казанского государственного ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова.

же выполнена нами. Мы сенсibilизировали морских свинок гомологичным экстрактом кожи, взвесью стафилококков и стрептококков отдельно, а также в сочетании; затем на высоте сенсibilизации изучали у животных кожно-аллергические реакции и лейкоцитоллиз с соответствующими антигенами: экстрактом кожи, стафилококковым и стрептококковым аллергенами, экстрактом мышц (контроль) и буферным раствором (контроль). В результате было установлено следующее: 1) гомологичные экстракты кожи обладают аллергенными свойствами; 2) эти свойства экстрактов кожи значительно усиливаются под влиянием стафилококков и стрептококков; 3) пиококки при многократном внутрикожном и подкожном введении приводят к развитию не только микробной аллергии, но и аутоаллергии к коже.

Результаты экспериментов на животных позволили предположить, что и у больных хроническими стрептококковыми и стафилококковыми поражениями кожи возможно развитие не только бактериальной сенсibilизации, но и аутоантигенов в кожных очагах, а также аутосенсibilизации к компонентам кожи вследствие стимулирующего действия гноеродных кокков. В дальнейшем данное предположение полностью подтвердилось при клинических исследованиях больных хроническими стафилодермиями, стрептодермиями, микробными экземами и некоторыми другими болезнями кожи.

При изучении бактериальной аллергии к стафилококкам и стрептококкам мы применяли кожные тесты, реакцию бласттрансформации лимфоцитов крови, реакцию деформации лейкоцитов крови и пр. При этом установлено, что бактериальная аллергия к пиококкам у больных различными дерматозами выявляется сравнительно часто. Так, положительные реакции немедленного типа к стафилококкам отмечены в среднем у 23% больных, замедленного — у 48%; к стрептококкам — соответственно у 12% и 54% больных. Таким образом, замедленная аллергия возникает в 2—4,5 раза чаще, чем немедленная.

На наш взгляд, для врачей может представить интерес выявление бактериальной аллергии у практически здоровых лиц, которых мы исследовали для сравнения. Немедленный тип аллергии на стафилококки обнаружен у 8% лиц, на стрептококки — у 4,3%; замедленный — соответственно у 13% и 17,4%. Это можно объяснить следующими причинами: 1) хронической фокальной инфекцией в различных органах; 2) перенесенными стрепто-стафилококковыми болезнями незадолго до наших исследований; 3) возможностью сенсibilизации организма непатогенными пиококками, которых много на кожных покровах и слизистых оболочках; 4) у некоторых лиц нельзя исключить парааллергические реакции, когда организм сенсibilизирован одними микробами, а положительные тесты возникают на аллергены других микробов.

Выявление бактериальной аллергии у больных представляет собой только начальную стадию работы врача по оказанию им лечебной помощи. Такие больные нуждаются в специфической гипосенсibilизирующей терапии бактериальными препаратами, однако до последнего времени методика подобной терапии не была разработана. Применение лишь неспецифической десенсibilизации предопределялось следующими причинами: 1) для проведения эффективной десенсibilизации организма нужно иметь адекватный антиген, но антигенная структура пиококков очень сложна и до конца не выяснена; 2) соотношение между иммунитетом и аллергией или иммунизацией и десенсibilизацией во многих отношениях остается спорным: одни и те же препараты в зависимости от дозы, способа введения могут вызвать и иммунные (защитные), и аллергические реакции; 3) в течение продолжительного времени исследователи недостаточно глубоко изучали различные аспекты специфической и неспецифической десенсibilизации при заболеваниях стафилококковой и стрептококковой этиологии, что объяснялось уверенностью во всемогуществе сульфаниламидных препаратов и антибиотиков.

В последнее время можно отметить возрастание интереса исследователей к средствам, стимулирующим специфические и неспецифические защитные факторы организма. Целесообразность поисков в этом направлении диктуется самой жизнью. Широкое распространение заболеваний, вызываемых стафилококками, устойчивыми к современным антимикробным препаратам, ставит врачей перед необходимостью более широкого использования возможностей иммунологии.

Для проведения специфической гипосенсibilизирующей терапии мы пользовались растворимыми коммерческими аллергенами золотистого стафилококка и гноеродного стрептококка производства Казанского НИИ эпидемиологии и микробиологии. Указанные аллергены первоначально были предназначены для диагностики бактериальной аллергии. По мере установления их безвредности, отсутствия реактогенности, а также наличия достаточной специфической активности при лечении больных они стали выпускаться и для терапевтических целей.

Мы принимали непосредственное участие в этих исследованиях, изучая пригодность растворимых бактериальных аллергенов для специфической гипосенсибилизации при болезнях кожи. Разработка методики специфической гипосенсибилизирующей терапии растворимыми бактериальными аллергенами нас привлекала по следующим причинам: 1) данные бактериальные аллергены лишены реактогенности, присущей различным вакцинам (выраженные местные, очаговые и общие реакции). В то же время они обладают необходимой специфической активностью при диагностике и лечении больных; 2) специфическая гипосенсибилизирующая терапия начинается с наименьшей концентрации и с ничтожно малой дозы аллергена (например, одной миллионной части диагностической дозы препарата), что способствует предотвращению побочных явлений и осложнений в процессе лечения; 3) при специфической гипосенсибилизации в организм больного вводится только тот бактериальный аллерген, к которому у него имеется повышенная чувствительность. Следовательно, в организм больного не вводятся вещества, которые могли бы служить дополнительными сенситизаторами, по крайней мере эта возможность сведена к минимуму; 4) специфическая гипосенсибилизирующая терапия является наиболее щадящим методом по отношению к защитным силам организма.

Мы придаем особое значение внутрикожному способу введения аллергена. На основании литературных и наших данных можно заключить, что в отличие от подкожного способа внутрикожное введение позволяет точнее корректировать дозы препарата, уменьшает частоту провоцирования общих реакций (ввиду замедленного всасывания аллергена), обеспечивает более тесный контакт аллергена с кожей, то есть с пораженным органом.

Схематически методика заключается во внутрикожном введении бактериального аллергена в дозе 0,2 мл с наибольших разведений в постепенно возрастающих концентрациях и к увеличению интервалов между инъекциями в конце курса лечения. Обычно разведение аллергена для первой лечебной инъекции составляет 10^{-6} или 10^{-5} , что соответствует одной миллионной или стотысячной части диагностической дозы аллергена. Полный курс специфической гипосенсибилизирующей терапии состоит из 20 инъекций аллергена. Показаниями для проведения специфической гипосенсибилизирующей терапии по нашей методике служат следующие дерматозы: 1) микробная экзема, в том числе паратравматическая и окolorаневая; 2) хроническая диффузная стрептодермия; 3) хроническая стафилодермия: хронический фолликулит, фурункулы, гидраденит; 4) хроническая глубокая пиодермия; 5) некоторые другие дерматозы (монетовидная экзема, сикоз и др.).

Обязательным условием для назначения больным с указанными выше дерматозами специфического гипосенсибилизирующего лечения является установление у них сенситизации к стрептококкам или стафилококкам при помощи соответствующих тестов. Если бактериальная аллергия не выявлена, назначать специфическую гипосенсибилизацию нецелесообразно. Такие больные нуждаются, по-видимому, в проведении стимулирующей терапии. В настоящее время на нашей кафедре продолжают исследования в этом направлении.

Для достижения хорошего терапевтического эффекта необходима санация хронической фокальной инфекции, а также лечение других сопутствующих заболеваний. Противопоказания к специфической гипосенсибилизирующей терапии растворимыми аллергенами те же, что и к другим видам специфической и неспецифической иммунотерапии.

Гипосенсибилизирующее лечение по этой методике проведено более чем тысяче больным. Ближайшие и отдаленные результаты лечения свидетельствуют о преимуществе указанной методики перед неспецифическим лечением при таких дерматозах, которые имеют стрептококковую или стафилококковую этиологию и патогенетически связаны с развитием бактериальной аллергии к пиококкам (хронические диффузные стрептодермии, хронические рецидивирующие стафилодермии и микробная экзема).

При истинной экземе и других дерматозах специфическая гипосенсибилизирующая терапия бактериальными аллергенами по разработанной нами методике не отличается достоверными преимуществами по сравнению с неспецифическим лечением. Объяснить подобные результаты можно тем, что в патогенезе упомянутых дерматозов бактериальная аллергия к стрептококкам и стафилококкам не имеет такого доминирующего значения, как у больных указанной выше группы. Несмотря на это, у отдельных больных невродермитом, хронической крапивницей и некоторыми другими дерматозами специфическая гипосенсибилизация бактериальными аллергенами обеспечивает хороший терапевтический эффект.

Наконец, необходимо указать на частое развитие начальной моновалентной сенситизации (к микробам или химическим веществам) до поливалентной к несколь-

ким или многим веществам различного характера. Предрасполагающими к возникновению сенсibilизации факторами являются сопутствующие заболевания пищеварительного тракта, нервной системы, фокальная инфекция, нерациональная раздражающая терапия воспалительных очагов, наличие в анамнезе гнойно-воспалительных заболеваний и др. У больных с поливалентной сенсibilизацией часто наблюдаются обострения очагов после контакта не только с вызвавшими болезнь общеизвестными аллергенами, такими как стиральные порошки, фотореактивы, краски, лаки, различные химикаты, но и с индифферентными веществами, например водой.

После мытья воспалительных очагов, даже без мыла, у больных экземой, как правило, возникает обострение болезни, понятное с позиций аутоаллергии, аутосенсibilизации организма к водорастворимым белковым компонентам кожи. При этом первоначальный очаг аллергического воспаления кожи появляется вследствие сенсibilизации к известному аллергену, например к стиральному порошку или раствору новокаина (у врача).

Наличие воспалительного очага на коже служит формированию аутоантигенов из измененных (под влиянием химических веществ и микробов) водорастворимых белков кожи. Следует учесть, что в очагах поражения кожи (в связи с нарушением защитных свойств, обилия питательных веществ для микробов и т. п.) микроорганизмов всегда больше, чем на здоровой коже. Кроме того, образованию аутоантигенов способствуют различные лекарственные препараты для наружного лечения. Их частое применение увеличивает возможности образования аутоантигенов кожи. Последние при всасывании приводят к выработке аутоантител преимущественно клеточного характера (замедленная аллергия), то есть к аутосенсibilизации к белковым компонентам кожи, наряду с сенсibilизацией к первоначальному аллергену — стиральному порошку, новокаину.

У многих больных аллергическими дерматозами нам удалось выявить аутосенсibilизацию к коже при помощи реакции бласттрансформации лимфоцитов и внутрикожных проб с экстрактами кожи и чешуек. Если такой больной вымоет очаги поражения кожи водой, произойдет обильное всасывание водорастворимых аутоантигенов кожи с последующей реакцией аутоантиген-аутоантитело, что приведет к усилению воспаления кожи в очаге, обострению болезни. Вода в данном случае является не прямым раздражителем, а растворителем аутоантигенов кожи. Аутоаллергия такого характера представляет собой обратимый процесс. А. Д. Адо считает, что при рациональном лечении со временем происходит десенсibilизация и аутоаллергия может полностью исчезнуть.

Наши исследования показывают, что если бактериальная сенсibilизация вызвана хроническими микробными очагами в коже, то она угасает у многих больных спустя 2—3 года после специфической гипосенсibilизирующей терапии соответствующими бактериальными аллергенами и рационального наружного лечения кожных очагов.

Таким образом, расширенные исследования аллергических болезней углубляют понимание сущности их развития, создают возможность разработки и внедрения в практику новых эффективных методов профилактики, диагностики и лечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.24—002.2—018—053.3—089.8

ПАТОМОРФОЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

М. Р. Рокицкий, А. В. Акинфиев, П. Н. Гребнев, Н. Н. Молчанов,
В. Н. Порываева, Р. В. Хабибуллина, И. В. Гирфанов, А. И. Кучинская,
С. А. Михеев

Кафедра хирургии детского возраста (зав.— проф. М. Р. Рокицкий) Казанского отделения Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова,
Детская республиканская клиническая больница (главрач —
Е. В. Карпунин) МЗ ТАССР

Под патоморфозом следует понимать общие изменения заболеваемости, ряд сдвигов в общей характеристике той или иной болезни, происходящих с течением времени под влиянием экологических факторов, массовых профилактических и лечебных мероприятий, изменений социально-бытовых условий и т. д. [3].