

Итак, у всех больных бронхиальной астмой инфекционно-аллергического генеза выявлена бактериальная сенсибилизация аллергенами одного или нескольких видов бактерий, связанная с наличием очагов хронической инфекции различной локализации. Положительные кожные пробы, особенно в сочетании с положительными провокационными тестами, имеют важное значение при назначении специфической гипосенсибилизирующей терапии. Однако отсутствие полного совпадения результатов положительных проб с провокационными тестами у большинства обследуемых ставит вопрос об оценке отрицательных провокационных тестов в плане выбора специфического лечения. Наши данные указали на необходимость проведения в таких случаях дополнительных проб на неспецифическую повышенную чувствительность бронхиальной мускулатуры к гистамину и физической нагрузке. В случаях типичной клинической картины бронхиальной астмы с повышенной кожной гиперчувствительностью, сочетающейся с повышением чувствительности бронхиальной мускулатуры к гистамину или дозированной физической нагрузке, специфическая гипосенсибилизация проводилась и при отрицательных провокационных пробах. Эффективность терапии свидетельствовала о том, что отрицательная провокационная проба не может быть причиной отказа от специфической терапии больных инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы.

ВЫВОДЫ

1. Положительные реакции лейкоцитоллиза коррелируют с результатами кожных проб и могут рекомендоваться как дополнительный тест для выявления микробной чувствительности.

2. Положительные провокационные тесты являются важным критерием в определении типа и характера повышенной чувствительности бронхиальной мускулатуры.

Поступила 31 января 1974 г.

УДК 616.248:616—056.3

КОЖНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

*В. А. Новикова, М. М. Абелевич, С. А. Моисеева, Р. В. Разживина,
Н. Я. Якубовская, Л. Г. Яновер*

*Кафедра факультетской педиатрии (зав. — доктор мед. наук Е. А. Ефимова)
Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова и областная детская больница
(главврач — И. В. Павлова)*

Под нашим наблюдением находилось 546 детей в возрасте от 1 года до 14 лет, в том числе 426 больных бронхиальной астмой (из них 372 с инфекционно-аллергической формой и 54 с аллергической) и 120 здоровых. Наследственная отягощенность была выявлена у 224 (52,1%) больных. Бронхиальная астма, экзема и другие аллергические заболевания отмечены у родителей и ближайших родственников 69; 72 и 83 детей соответственно. 242 ребенка (56,7%) в первые годы жизни страдали экссудативно-катаральным диатезом.

Усилению сенсибилизации после рождения способствовали неблагоприятные условия внешней среды (неправильный режим, плохие жи-

лично-бытовые условия, охлаждения и др., отмечавшиеся у большинства детей), пищевые аллергены (особенно отчетливо — у 148), повторные заболевания органов дыхания, многократно получаемые антибиотики.

Большинство больных (233) страдало хронической пневмонией. Заболевания ЛОР-органов — тонзиллиты, синуситы и аденоидиты — были выявлены у 320 детей, одинаково часто как при аллергической, так и при инфекционно-аллергической формах бронхиальной астмы.

Кожную аллергию мы изучали методом внутрикожного и накожного введения бактериальных и небактериальных аллергенов. Пробы ставили только в межприступный период при нормальной температуре на фоне стихания воспалительных явлений в легких и носоглотке, после тщательного сбора анамнеза; учитывали кожные аллергические реакции через 20 мин. (немедленного типа), 24 и 48 часов (замедленного типа). Скарификационные пробы оценивали по пятибалльной системе, внутрикожные — по четырехбалльной. В качестве отрицательного контроля вводили физиологический раствор, положительного — гистамин в разведении 1:10000,0; 1:1000,0. За 3 дня до проведения специфической диагностики отменяли антигистаминные препараты, адреналин, эфедрин и другие антиспастические средства.

Положительные кожные пробы при бронхиальной астме были отмечены у 419 детей (98,3%): у 367 с инфекционно-аллергической и у 52 с аллергической формой бронхиальной астмы.

При инфекционно-аллергической форме отчетливо выявилось преобладание бактериальной аллергии (82,3%), преимущественно на протейный (57,2%), стрептококковый (45,5%) аллергены и аллерген кишечной палочки (44,4%), реже встречалась аллергия к стафилококку (38,7%), энтерококку (11,1%). У значительного числа больных (72,8%) наблюдалась бактериальная полиаллергия. Положительные бактериальные пробы сочетались с небактериальными у 234 (63,7%) чел. Небактериальная аллергия в этой группе детей была отмечена у 285 (76,6%), преимущественно к домашней пыли (69,7%), реже к пыли (25,5%) и перу (22,3%).

При аллергической форме бронхиальной астмы преобладала небактериальная аллергия (92,3%); наиболее часто регистрировалась сенсibilизация к аллергенам домашней пыли (76,8%), пыльцы (75%), эпидермальным (44,2%). Среди бактериальных аллергенов положительные кожные реакции вызывал протей (59,6%), кишечная палочка (38,4%), стрептококк (23%).

Как при аллергической, так и при инфекционно-аллергической формах бронхиальной астмы отмечалась бактериальная и небактериальная полиаллергия.

С возрастом увеличивалась повышенная чувствительность к аллергенам из домашней пыли, пыльцы, стрептококка, протей, кишечной палочки, энтерококка и уменьшалась к стафилококковому и эпидермальным аллергенам. При ЛОР-патологии была наиболее выражена интенсивность кожных проб с аллергеном стрептококка.

В группе здоровых детей (120) положительные кожные пробы были выявлены у 52%, из них с аллергеном домашней пыли — у 10%, с пылью — у 4,16%, преимущественно с одним видом, с эпидермальным — у 3,3%. Из бактериальных аллергенов положительные пробы давал протей (у 36,7% детей), кишечная палочка (у 18,8%), гемолитический стрептококк (у 15%), гемолитический стафилококк (у 11,7%). У большинства детей, положительно реагирующих на бактериальные аллергены, наблюдалась бактериальная полиаллергия. Кожные реакции в основном были слабой интенсивности.

Таким образом, у здоровых детей также встречается сенсibilизация к небактериальным и бактериальным аллергенам. Поэтому нельзя

решать вопросы этиологии бронхиальной астмы, а следовательно, назначать этиопатогенетическое лечение, опираясь только на результаты кожных проб. Они приобретают диагностическую ценность лишь в совокупности с данными аллергологического анамнеза и другими методами обследования. Для решения вопроса о возможности проведения специфического лечения при расхождении результатов кожных проб с данными анамнеза мы использовали провокационные пробы, при оценке которых учитывали объективные данные и показатели спирометрии и пневмотахиметрии. Анализ результатов провокационных проб подтвердил диагностическую ценность кожных аллергических реакций. Побочных явлений при проведении кожных аллергических проб не наблюдалось.

ВЫВОДЫ

1. Наибольшая частота и интенсивность кожных проб с небактериальными аллергенами характерны для аллергической формы бронхиальной астмы, с бактериальными — для инфекционно-аллергической.

2. У подавляющего большинства детей с бронхиальной астмой, независимо от ее формы, получены положительные реакции с аллергенами домашней пыли и протeya. У значительного числа больных отмечались одновременно положительные реакции на 2—3 и более различных аллергенов (бактериальная и небактериальная полиаллергия).

3. С возрастом увеличивается сенсибилизация к аллергенам домашней пыли, пыльцы, стрептококка, протeya, кишечной палочки, энтерококка и уменьшается к стафилококковому и эпидермальным аллергенам.

4. Небактериальная и бактериальная сенсибилизация наблюдается и у здоровых детей; частота и интенсивность кожных реакций у них незначительны.

5. Для выяснения этиологического диагноза бронхиальной астмы и решения вопроса о тактике лечения целесообразно в совокупности с данными аллергологического анамнеза учитывать результаты кожных и провокационных проб.

Поступила 4 февраля 1974 г.

УДК 616.248:616—085

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОДЕПРЕССИВНЫХ СРЕДСТВ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Канд. мед. наук Т. Б. Варфоломеева, В. А. Иванова

*Кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. Л. А. Лещинский) Ижевского
медицинского института*

В настоящее время все чаще встречается тяжелое течение бронхиальной астмы, нередко осложняющееся гипертонией или гипоксемической комой с летальным исходом. Терапия стероидными гормонами не всегда эффективна и весьма часто чревата тяжелыми осложнениями. В последние 10 лет для лечения коллагенозов и некоторых других заболеваний с явлением аутоенсибилизации с успехом применяются иммунодепрессанты.

Мы лечили больных бронхиальной астмой алкилирующими цитостатическими препаратами — циклофосфаном (циклофосфамидом), производным пурина — 6-меркаптопурином и производным фолиевой кисло-