

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 спиррографии 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 коллапсов 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-

ты — метотрексатом. Терапевтический эффект этих иммунодепрессивных средств был изучен у 51 больного (37 женщин и 14 мужчин в возрасте от 21 года до 60 лет) инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы. У 42 из них была I стадия среднетяжелого и тяжелого течения болезни и у 9 — II стадия (классификация А. Д. Адо и П. К. Булатова, 1971).

До назначения цитостатиков больные получали различные виды патогенетической терапии, в том числе и кортикостероиды, не давшие особого эффекта. Начальная суточная доза циклофосфана (циклофосфамида) и 6-меркаптопурина составляла 200—150 мг, метотрексата — 7,5 мг; через 7—10 дней первоначальную дозу постепенно снижали. Лечение в стационаре продолжалось 3—4 недели, при выписке рекомендовали продолжить лечение циклофосфамидом или 6-меркаптопурином по 50 мг в день в течение 2—3 недель под наблюдением врача поликлиники с повторным контролем крови.

Терапевтический эффект оценивали следующим образом: 1) хороший результат — при наступлении полной ремиссии, исчезновении приступов удушья и астматического состояния, сухих хрипов в легких, эозинофилии; 2) удовлетворительный — если приступы становились легче и реже, легко купировались пероральными или ингаляционными спазмолитическими средствами; 3) отсутствие эффекта — при незначительном, иногда сомнительном улучшении. 15 больных получали только цитостатики, у 12 из них достигнут хороший результат, у 2 — удовлетворительный и у 1 не было эффекта от лечения. Циклофосфан и 6-меркаптопурин в сочетании с кортикостероидами принимали 36 больных, у 28 из них констатирован хороший эффект, у 7 — удовлетворительный и у 1 не было значительного улучшения в состоянии здоровья; у всех больных этой группы удалось снизить дозу или к концу лечения полностью отменить стероидные гормоны. В случае положительного эффекта приступы удушья обычно прекращались в первые 2—4 дня от начала лечения цитостатиками.

Трудоспособность восстановлена у 49 человек из 51, леченного иммунодепрессантами, 2 больных в связи со стойкой утратой трудоспособности направлены на ВТЭК. У 28 больных, получавших циклофосфан в сочетании с преднизолоном, прослежены отдаленные результаты: стойкая ремиссия была у 13 чел., причем у 9 — от года до полутора лет и у 4 — больше 6 мес. после окончания лечения. Наблюдение за этими больными продолжается. Обострение болезни наступило через 9 мес. у 4 больных, через 6 мес. — у 6 и через 2—3 мес. — у 5. При лечении цитостатиками побочные явления возникли у 12 больных: у 5 чел., принимавших циклофосфамид или 6-меркаптопурин, ухудшился аппетит, появились неприятные ощущения в подложечной области, у 1 развилась аллергическая реакция в виде крапивницы на прием 6-меркаптопурина, у 3 больных, леченных циклофосфамидом, наблюдалось выпадение волос, причем у 1 больной наступила полная алопеция, у 2 других с отменой препарата выпадение волос прекратилось; у 3 больных, получавших метотрексат, развился выраженный стоматит. Несмотря на серьезный характер таких осложнений, как алопеция и стоматит, отношение больных к курсовому лечению было и в этих случаях вполне позитивным, так как предыдущее лечение было неэффективным, а цитостатики оказали хороший терапевтический эффект при тяжелом астматическом состоянии больных. После отмены препаратов все побочные явления, кроме алопеции, прошли. Восстановление же волосяного покрова наступало полностью через несколько месяцев. Изменений в периферической крови не установлено, за исключением снижения числа тромбоцитов до 150 тыс. в 1 мм³ крови у 1 больного.

Приводим наблюдение, характеризующее эффективность терапии бронхиальной астмы иммунодепрессантами.

М., 45 лет, поступила в клинику в астматическом состоянии, страдает бронхиальной астмой 6 лет, в течение последних 2 лет часто находилась на стационарном лечении, принимала 10—15 мг преднизолона в сутки. При рентгеноскопии органов грудной клетки обнаружена резкая эмфизема легких, бронхи расширены, стенки их уплотнены, корни расширены, гомогенизированы; справа в нижней части основной борозды и пристеночно — скопление небольшого количества жидкости. Больной назначены антибиотики, спазмолитические средства, физиотерапевтические процедуры, увеличена доза преднизолона, кроме этого, преднизолон несколько раз вводили внутривенно капельно, но астматическое состояние не проходило. После 2 недель безуспешного лечения назначен циклофосфан по 200 мг внутримышечно. Через 2—3 дня удушье уменьшилось, тяжелые приступы астмы не повторялись, постепенно дыхание стало свободным. Дозу преднизолона уменьшили до 5 мг, циклофосфана — до 100 мг в сутки. Перед выпиской рентгенологическая картина легких следующая: инфильтративных изменений нет, уплотнен и несколько деформирован легочный рисунок. Больная выписана из клиники через 4 недели в хорошем состоянии на работу, рекомендовано продолжить лечение циклофосфамидом по 50 мг и преднизолоном по 5 мг в день в течение 3 недель. Дома больная аккуратно принимала лекарства, но через 2 недели заметила, что начали выпадать волосы, через несколько дней при консультации в клинике циклофосфамид был отменен, но волосы уже почти все выпали. Постепенно волосы стали отрастать и полностью восстановились через несколько месяцев. После лечения циклофосфамидом М. наблюдается 1 год и 4 мес., приступов удушья не было, самочувствие пациентки хорошее, она работает, принимает 2,5 мг преднизолона в день.

Таким образом, цитостатические препараты — циклофосфан, 6-меркаптопурин и метотрексат — могут быть включены в комплексную терапию трудно поддающихся лечению форм бронхиальной астмы. Эффект их действия проявляется быстро, в первые 2—5 дней от начала лечения, терапевтическая доза малотоксична, не вызывает изменений периферической крови. Побочные явления в виде диспепсических расстройств, стоматита, крапивницы быстро проходят после отмены препарата. Необходимо ставить больных в известность о возможности выпадения волос, так как своевременная отмена циклофосфамида при первых признаках усиленного выпадения волос предупреждает алопецию. При бронхиальной астме с синдромом кортикоидной зависимости цитостатические препараты в ряде случаев позволяют снизить дозу стероидных гормонов. Положительный результат лечения бронхиальной астмы иммунодепрессантами подтверждает аутоиммунную природу заболевания.

Поступила 10 июля 1973 г.

УДК 616.056.3

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ПОЛЛИНОЗОВ

Доц. Р. Х. Бурнашева

Кафедра аллергологии (зав. — проф. Т. Б. Толтегина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Поллиноз — аллергическое заболевание, вызываемое пылью растений, известное также под названием сенная лихорадка, пыльцевая аллергия, сенной насморк, пыльцевая ринопатия, сенная астма, весенний катар, в английской литературе — *rose cold* и др.