

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. Толпегина) 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.

Характерным признаком поллиноза является четкая сезонность заболевания. По течению заболевания можно выделить три волны поллиноза: первая — весенняя, связанная с цветением некоторых деревьев (тополь, береза, клен, дуб, акация, некоторые виды хвойных деревьев, чаще ветроопыляемых); вторая — летняя, связанная с цветением луговых трав (ежа сборная, тимopheевка, мятлик, рожь, овес, лисохвост и др.); третья — осенняя, связанная с цветением сорняков (амброзия, полынь, лебеда и др.).

Клиническая картина и тяжесть заболевания зависят от концентрации пыльцы в воздухе, предрасполагающих факторов, продолжительности заболевания. К типичным клиническим проявлениям поллиноза относится рино-конъюнктивальный синдром, а также пыльцевая бронхиальная астма.

Нами обследовано 54 больных поллинозом¹ (мужчин — 21, женщин — 33; возраст — от 17 до 55 лет, длительность заболевания — от 1 года до 20 лет), в том числе 37 с рино-конъюнктивальным синдромом, 6 с бронхиальной астмой, 7 с весенним катаром, 2 с дерматитом и 2 с поражением желудочно-кишечного тракта. Аллергологический анамнез был положительным у 34 больных (62%). Из них у 8 в анамнезе отмечались явления лекарственной аллергии и у 4 — пищевой, 12 больных указывали на периодическое появление крапивницы, причина которой оставалась неясной. Заболевание носило четкий сезонный характер (весенне-летний период — май — август). Эозинофилия крови от 5 до 10% выявлена у 35 больных в период ремиссии. В период цветения трав эозинофилия крови, причем более выраженная (от 10 до 25%), отмечена у 52 больных.

Кожные пробы с пыльцевыми аллергенами были положительными у 52 больных. 2 пациентам с сомнительными кожными реакциями, но явными клиническими проявлениями поллиноза, ставили провокационные назальные тесты. На основании комплексного обследования у больных была определена повышенная чувствительность к пыльце деревьев (тополя, березы, орешника, клена), луговых трав (тимopheевки, ежи сборной, овсяницы, мятлика, лисохвоста), сорных трав (лебеды, полыни). У обследованных больных чаще всего обнаруживалась поливалентная сенсibilизация к аллергенам, относящимся к одной группе растений. В 78% кожные пробы были положительными на несколько (2—4) пыльцевых аллергенов (тимopheевка, ежа сборная, овсяница, лисохвост — 46,6%), несколько реже (33,5%) — на полынь и лебеду; еще реже (20,4%) — на орешник, тополь, костер.

При сопоставлении результатов положительных кожных проб и реакции лизиса лейкоцитов с теми же пыльцевыми аллергенами у всех больных выявлена корреляция между ними. Наиболее выраженный процент лизиса лейкоцитов (более 25%) наблюдался с аллергенами луговых трав, наименьший — с пылью деревьев.

У 54% обследованных больных диагноз поллиноза был установлен на 5-й год, у 25% — на 10-й и лишь у 21% — в 1-й год заболевания.

Принимая во внимание длительность заболевания у большинства пациентов, а также изменение клинического течения (круглогодичное течение заболевания у 42 чел. с ухудшением в период цветения растений), мы обследовали больных на наличие бактериальной сенсibilизации. Кожные пробы с бактериальными аллергенами оказались положительными у 42 больных. Чаще всего наблюдалась поливалентная сенсibilизация одновременно на стрептококк, стафилококк, кишечную палочку (36,0%), реже — только на стрептококк (12%), стафилококк (8%), кишечную палочку (15%), нейсери катаралис (6%).

¹ В обследовании ряда больных принимали участие также врачи аллергологического кабинета А. Г. Шамсутдинов, Л. Г. Маринкина.

При постановке диагноза поллиноза необходимо тщательно собирать аллергологический анамнез. Следует обратить внимание на возникающие в сезон цветения трав, деревьев и сорняков катары верхних дыхательных путей и вазомоторные риниты, протекающие без изменения со стороны крови, без температуры и не поддающиеся лечению обычным методом. Больных, страдающих рино-конъюнктивальным синдромом, бронхиальной астмой, контактными дерматозами, экземами, крапивницей, отеком Квинке, нейродерматозами и др., имеющими круглогодичное течение, но с ухудшением состояния в весенне-летний период года, необходимо направлять на консультацию к аллергологу для выявления пыльцевого аллергена. У аллерголога имеются возможности провести детальное обследование, а при установлении пыльцевого аллергена назначить специфическую гипосенсибилизирующую терапию.

Поступила 31 января 1974 г.

УДК 616—056.3:616—053.2/5

К ВОПРОСУ СТАНОВЛЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

А. Г. Шамова

*Кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. А. Х. Хамидуллина) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Под нашим наблюдением было 200 детей с проявлениями сочетанных форм аллергии (77 девочек и 123 мальчика в возрасте: до года — 104, 2—3 года — 47, 4—6 лет — 30, 7—11 лет — 16, 12—14 лет — 3). При изучении анамнестических данных у 38,7% детей установлена наследственная отягощенность в виде проявлений бронхиальной астмы, экземы, ангио-невротического отека и уртикарных высыпаний, различные аллергические реакции на употребление медикаментов и определенных видов пищи.

При всей значимости наследственных факторов нельзя исключить возможность сенсибилизирующих воздействий на плод во время беременности при различных нарушениях плацентарного барьера. Последнее наблюдается при токсикозах беременности, хронических интоксикациях, острых заболеваниях матери и т. д. Нами установлено, что 65,5% матерей, наряду с отягощенным аллергическим анамнезом, имели токсикозы беременности, перенесли заболевания респираторно-вирусной этиологии, принимали лекарства.

У 82,8% детей с сочетанными формами аллергии развитию аллергических реакций и заболеваний предшествовали проявления экссудативного диатеза; у больных с астмой и астматическим компонентом он отмечался в 85,4%. Высокий процент экссудативного диатеза обнаруживается в сочетании с вакцинальной и лекарственной аллергией.

На почве измененной реактивности респираторные заболевания носят рецидивирующий или затяжной характер. Применяющееся длительно и повторно лечение антибиотиками и сульфаниламидами усугубляет нарушение реактивности.

Среди факторов, влияющих на формирование сочетанных форм аллергии, особое значение имеют профилактические прививки у детей с отягощенной аллергической наследственностью и проявлениями экссудативного диатеза.

Большую роль в формировании сочетанных форм аллергии играют повторные вирусные и бактериальные воздействия (различные катары верхних дыхательных путей), а также лекарственные антибактериальные средства, применяемые повторно и бесконтрольно, особенно в периоде новорожденности (что нами отмечено в 21,1% наблюдений). По суммарным подсчетам, 200 обследованных нами детей подвергались 812 вирусно-бактериально-лекарственным воздействиям и получили 120 переливаний крови и ее компонентов (плазма, гаммаглобулин).

Поскольку экссудативный диатез расценивается как самое раннее проявление аллергически измененной реактивности, следует при первых его симптомах (опрелостях, себорее) организовать индивидуальное наблюдение за ребенком. Необходимо учитывать особенности конституции при проведении вскармливания, при подготовке к вакцинации, назначении лекарственной терапии в связи с заболеваниями. Нельзя забывать, что так называемые острые респираторные заболевания и явления катара верхних дыхательных путей (насморк, острое затруднение носового дыхания, чихание и слезотечение с гиперемией склер) сами могут иметь аллергический генез.