

поражения и уровнем реактивности. Лишь у 26% уровень ОИР был удовлетворительным. У всех погибших больных наблюдалась отрицательная реакция на введение сыворотки.

У детей с ограниченными ожогами в первые дни и в период ожоговой инфекции внутрикожные реакции к стафилококковому аллергену оценены как сомнительные (+, диаметр гиперемии $11 \pm 1,9$ мм). Аллергическая реакция у них была достоверно ниже ($P < 0,02$), чем у здоровых детей. В этой группе высокий уровень ОИР обнаружен только у 6% больных, средний — у 36%, удовлетворительный — у 34%, у остальных низкий. Ни у одного из обследованных детей с глубокими ожогами площадью болезни (септическая пневмония, артрит) приводят к резкому снижению ОИР.

В период выздоровления происходило постепенное нарастание аллергической реакции до положительной (+++, диаметр гиперемии $21 \pm 4,5$ мм, различие с контрольной группой недостоверно) у детей с ограниченными ожогами и до резко положительной (++++) ($P < 0,001$) у детей с обширными глубокими ожогами. В период выздоровления отмечалось и нарастание ОИР. У 8 детей с деформациями после обширных глубоких ожогов со сроками от одного до нескольких лет результаты аллергических реакций достоверно превышали контрольный уровень и оценены как положительные (+++, $P < 0,02$).

Аналогичные результаты получены у больных с гематогенным остеомиелитом и стафилококковой деструкцией легких. В острый период болезни и при обострении хронического остеомиелита 85—90% реакций были отрицательными. В период выздоровления у детей старше 2 лет реакции стали положительными у больных со стафилококковой деструкцией легких (+++, $P < 0,02$) и резко положительными у больных с гематогенным остеомиелитом (++++) ($P < 0,001$).

Анализ ОИР в возрастных группах обожженных детей показал зависимость состояния иммунологической реактивности от возраста ребенка — чем моложе ребенок, тем ниже уровень ОИР. Установлено также, что исходы пластических операций связаны с ОИР. У больных с удовлетворительной ОИР процент приживления трансплантатов был ниже (50—80%), чем у больных со средним уровнем ОИР (90—100%).

Поступила 24 ноября 1973 г.

УДК 616—056.3:616.521

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ В РАЗВИТИИ ЭКЗЕМЫ И НЕЙРОДЕРМИТА У ДЕТЕЙ

А. М. Потемкина

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

В работе была поставлена задача выяснить роль пищевой аллергии в этиологии и патогенезе экземы и нейродермита у детей, так как, по данным литературы и нашим наблюдениям, у большинства больных отмечалась непереносимость ряда пищевых продуктов.

С этой целью помимо клинического осмотра совместно с дерматологом было проведено специфическое аллергологическое обследование: выяснение анамнестических данных, ведение пищевого дневника, элиминационная и провокационная диеты, кожное тестирование, реакции лейкоцитоллиза и дегрануляции базофильных лейкоцитов по Шелли, лейкопенический тест.

Под наблюдением находилось 70 детей: 38 с экземой и 32 с нейродермитом (возраст — от 6 месяцев до 15 лет).

Из анамнеза было выявлено наследственное предрасположение к аллергии у большинства больных экземой и нейродермитом (соответственно у 29 и у 20). Более чем в половине наблюдений констатировано неблагополучие антенатального периода — токсикозы беременных, неправильное питание, инфекционные заболевания и повторный прием лекарственных препаратов в период беременности. Нарушения в диете кормящей матери также отмечались в анамнезе у многих больных.

Почти $\frac{2}{3}$ больных были переведены на раннее смешанное или искусственное вскармливание сладкими сухими молочными смесями, манной кашей, коровьим молоком, при этом первые кожные проявления возникали через 2—3 недели после введения этих продуктов в рацион ребенка. Симптомы дерматоза у ряда обследованных развивались на фоне грудного вскармливания, иногда после повторной дачи фруктово-ягодных соков (апельсинового, клубничного и др.), но чаще родители не могли установить причину заболевания.

Более чем у трети наблюдавшихся отмечались в анамнезе диспепсия, дизентерия, болезни Боткина, холецистит, колит, а также лямблиоз и гельминтоз.

У 62 больных кожный процесс имел распространенный характер; у 48 обнаружены очаги инфекции в ЛОР-органах (хронический тонзиллит, аденоид, гайморит, подострый ларинготрахеит, ринит, отит) и заболевания пищеварительного тракта (функциональные нарушения желудка с гипоацидозом — у 25 из 42, хронический холецистит и холангит — у 27 из 42, хронический колит — у 12, лямблиоз желчевыводящих путей и кишечника — у 8, гельминтоз — у 4). Желудочное и дуоденальное содержимое мы исследовали у детей старше 5 лет, в основном страдающих нейродермитом.

Прямое кожное тестирование проведено 52 больным с экземой и нейродермитом; поставлено 325 скарификационных проб с 14 пищевыми аллергенами — от 4 до 8 аллергенов каждому. При невозможности постановки прямых кожных тестов из-за кожных поражений, а также при ложноотрицательных результатах, не соответствующих данным анамнеза и дневника, мы применяли реакцию пассивного переноса повышенной чувствительности по Прауснитцу — Кюстнеру. Правильное исключение «виновных» аллергенов приводило к быстрому улучшению клинических симптомов болезни, что являлось подтверждением роли данного пищевого аллергена в патогенезе дерматоза. В сомнительных случаях проводили провокационную пробу с «подозреваемым» аллергеном в сочетании с лейкоцитарным тестом Вогэна.

В результате исследований у всех детей с нейродермитом и у 94,8% больных экземой установлена пищевая сенсибилизация. Она была преимущественно поливалентной — к 4—6 и более пищевым аллергенам, а у некоторых — к 10—15. При этом оказалось, что алергизирующее воздействие на организм ребенка могут оказывать не только облигатные аллергены, но и повседневные продукты питания, особенно при их неумеренном употреблении или при раннем, несвоевременном введении в рацион ребенка. Выявлялась также тесная связь между неправильным питанием женщины в период беременности и лактации и ранними проявлениями дерматоза у ребенка.

Среди пищевых аллергенов, участвовавших в сенсибилизации организма детей при экземе и нейродермите, следует отметить в первую очередь белок и желток яйца, коровье молоко, яблоки, картофель, сахар, рыбу, апельсины, а также помидоры, морковь, огурцы, виноград, груши, редис и др. Весьма часто выявлялась повышенная чувствительность к продуктам питания, о непереносимости которых родители даже не подозревали, например, к яблокам, молоку, моркови, сахару.

При экземе пищевая аллергия была первичной и чаще всего единственной причиной заболевания. Устранение из рациона ребенка аллергенов являлось достаточно эффективным методом лечения данной формы дерматоза. Параллельно проводимая неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия, ферментотерапия в комплексе с элиминационной диетой способствовали снижению аллергической реактивности организма ребенка, что позволяло в последующем постепенно вводить исключенные из рациона пищевые продукты.

При нейродермите у 16 больных наряду с пищевой определялась и бактериальная сенсибилизация, преимущественно протеом, кишечной палочкой, стрептококком. У больных этой группы (в основном дети старше 3 лет) выявлялись обычно очаги хронической инфекции, как правило, в пищеварительном тракте (хронический холецистит, ангиохолит, колит и др.). По-видимому, здесь имела место сочетанная пищевая и бактериальная сенсибилизация, так как улучшение клинических симптомов дерматоза наступало при комплексном лечении с включением не только элиминационной диеты, но и санации очагов инфекции.

Поступила 31 января 1974 г.

УДК 616—056.3:616.5

АЛЛЕРГИЯ К ПИОКОККАМ ПРИ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗАХ

Доц. Г. Г. Нуреев

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — доц. Г. Г. Нуреев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Стафилококки и стрептококки широко распространены на кожных покровах и слизистых оболочках человека. Поэтому изучение влияния пиококков на организм человека имеет большое значение в дерматологии.

Для выявления аллергии к пиококкам мы пользовались стафилококковым и стрептококковым аллергенами, выпускаемыми Казанским