

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 сенсibilизация. 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 сенсibilизации 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 сенсibilизация, 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 сенсibilизация, 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

НИИЭМ. Аллергены вводили внутрикожно на сгибательной поверхности предплечья (по 0,1 мл). Контролем служил буферный раствор. Учитывали реакцию через 20 мин. (немедленную) и 24 часа (замедленную). Степень повышенной чувствительности определяли согласно схеме, приложенной к наставлению по применению аллергенов.

Под нашим наблюдением находилось 258 больных. У 94 из них была экзема (у 52 — истинная, у 39 — микробная и у 3 — себорейная), у 41 — псориаз (у 24 в прогрессивной стадии, у 9 — в стационарной и у 8 — в регрессивной), у 31 — эпидермофития (у 2 — сквамозная, у 3 — интертригинозная, у 20 — дисгидротическая и у 6 — дисгидротическая с импетигинизацией), у 19 — пиодермия (у 10 — стафилококковая и у 9 — стрептококковая), у 14 — красная волчанка дискоидная, у 10 — невродермит (у 1 — ограниченный и у 9 — диффузный), у 5 — угри вульгарные и у 44 — другие дерматозы (туберкулезная волчанка, витилиго, себорея, фолликулярный дискератоз и др.).

Со стафилококковым аллергеном положительные реакции (4+, 3+, 2+) немедленного типа наблюдались у 34 больных, замедленного — у 116, со стрептококковым — соответственно у 16 и 156.

Степень повышенной чувствительности, как правило, зависела от характера дерматоза. Резко положительные реакции (4+) регистрировались преимущественно при дерматозах, в этиологии и патогенезе которых доминирующее значение имеет или может иметь сенсibilизация к пиококкам. Так, со стафилококковым аллергеном резко положительные реакции немедленного типа отмечены у 6 пациентов: у 1 с микробной экземой, у 2 со стафилококковой пиодермией, у 1 больного дисгидротической эпидермофитией с импетигинизацией, у 2 с псориазом в прогрессивной стадии; замедленного типа — у 19: у 2 с микробной и у 1 с себорейной экземой, у 3 со стафилококковой пиодермией, у 2 с красной дискоидной волчанкой, у 2 больных дисгидротической эпидермофитией с импетигинизацией, у 3 с псориазом в прогрессивной и у 3 в стационарной стадиях, у 1 с вульгарными угрями и у 2 с другими дерматозами.

Со стрептококковым аллергеном резко положительные реакции немедленного типа зарегистрированы у 1 больного стрептококковой пиодермией; замедленного типа — у 27: у 3 с истинной и у 6 с микробной экземой, у 2 со стрептококковой и у 1 со стафилококковой пиодермией, у 1 с глубокой трихофитией, у 3 с псориазом, у 1 с красной волчанкой, у 1 с туберкулезной волчанкой, у 4 с эпидермофитией и у 5 с другими дерматозами. Гиперчувствительность к стрептококкам у больных псориазом, эпидермофитией, туберкулезной волчанкой и стафилококковой пиодермией можно объяснить сопутствующими и перенесенными болезнями стрептококковой этиологии и парааллергией.

Результаты наших наблюдений показывают, что частота положительных кожно-аллергических реакций замедленного типа значительно выше, чем немедленных: со стафилококковым аллергеном — в 3,4 раза, со стрептококковым — в 10 раз. Это говорит о том, что стафилококковая и стрептококковая аллергия в своей основе имеет преимущественно механизмы замедленного типа гиперчувствительности, связанные с лейкоцитами крови («фактор переноса»). В то же время при пиококковой аллергии определенную, но значительно меньшую роль играет повышенная чувствительность немедленного типа, которая зависит от свободно циркулирующих в крови антител.

При аллергических состояниях организма понижается способность сыворотки крови больных связывать гистамин. С целью изучения этой способности мы исследовали антигистаминный фактор (АГФ) у 115 больных, пользуясь модификацией определения антигистаминного фактора, предложенной М. Н. Никитиной и Е. М. Рахмалевич.

У 34,7% больных АГФ сыворотки крови был значительно снижен (титр от 1:10 до 1:80). Особенно низкие титры зарегистрированы у больных экземой, невродермитом, хронической пиодермией и псориазом в прогрессивной стадии. У остальных 65,3% больных АГФ не был понижен (титр от 1:160 до 1:1280).

После антиаллергической терапии у 18,7% больных титры АГФ нормализовались, а у 16%, несмотря на вполне удовлетворительные клинические результаты лечения, остались на низком уровне.

Больным, у которых была выявлена повышенная чувствительность к пиококковым аллергенам, мы назначили специфическую гипосенсибилизирующую терапию. Для лечения применяли стафилококковый и стрептококковый аллергены, выпускаемые Казанским НИИЭМ. Больные получали указанные препараты по разработанной нами методике в постепенно возрастающих дозах, начиная с ничтожно малых. В зависимости от выявленной аллергии, лечение проводили одним или одновременно двумя аллергенами. Гипосенсибилизирующая терапия начиналась в стационаре и продолжалась амбулаторно. Кроме того, применялись неспецифические и симптоматические средства, а также санация очагов инфекции.

Изучение ближайших и отдаленных результатов лечения показало, что стафилококковые и стрептококковые аллергены, выпускаемые Казанским НИИЭМ, могут быть с успехом использованы для специфической гипосенсибилизирующей терапии при дерматозах, сопровождающихся развитием аллергического состояния к пиококкам.

#### ВЫВОДЫ

1. Высокая степень аллергии к пиококкам чаще наблюдается при микробной экземе, хронической пиодермии, эпидермофитии с импетигнизацией, истинной экземе, прогрессивной стадии псориаза, красной дискоидной волчанке.

2. У больных экземой, невродермитом, хронической пиодермией и псориазом в прогрессивной стадии до лечения определялось резкое снижение титра антигистаминного фактора сыворотки крови; после лечения у большинства больных АГФ нормализовался.

3. При специфической гипосенсибилизирующей терапии стафилококковым и стрептококковым аллергенами достигнутые результаты лечения становятся более стойкими, рецидивы болезни возникают реже, а ремиссии удлиняются.

#### ЛИТЕРАТУРА

Никитина М. Н., Рахмалевич Е. М. Лаб. дело, 1967, 8.

Поступила 4 мая 1974 г.

УДК 616.521:616—057

### ПАТОГЕНЕЗ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭКЗЕМЫ

*Проф. Г. Г. Кондратьев*

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

В патогенезе профессиональной экземы существенное значение имеет проникновение химических веществ через кожу. К факторам, изменяющим барьерные свойства кожи, относятся повышенная влаж-