

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-

ность кожи, ее мацерация; обезжиривание кожи под влиянием растворителей (эфир, бензол и др.); раздражения кожи под влиянием различных средств, применяемых для отмыывания.

Не у всех людей, имеющих контакт с химическими аллергенами, возникает профессиональная экзема. Кроме того, у разных лиц отмечается различие в отношении срока и степени сенсибилизации. Это связано с тем, что в патогенезе профессиональной экземы кроме экзогенных факторов могут иметь значение индивидуальная физиологическая реактивность организма, в частности кожи, которая находится в зависимости от пола, возраста, питания, обмена веществ, эндокринной и нервной системы; патологическая неспецифическая повышенная реактивность организма, вызванная различными эндогенными, гормональными и неврогенными нарушениями; парааллергическая реактивность, обусловленная аллергенами другого происхождения. В частности, экспериментальные исследования показали, что способность кроликов к сенсибилизации в отношении динитрохлорбензола несколько повышается при предварительном травмировании печени, почки и селезенки. Аллергизация кожи к одному аллергену способствует развитию сенсибилизации к другому аллергену. Больные экземой, высокочувствительные к динитрохлорбензолу, легче сенсибилизируются при самых незначительных воздействиях других химических веществ. В этом аспекте в патогенезе профессиональной химической экземы могут играть роль инфекционно-аллергические заболевания кожи — эпидермофития, пиодермия, в частности, диффузная хроническая стрептодермия.

В связи с тем, что в патогенезе профессиональной экземы могут иметь значение многие факторы, для профилактики ее необходимо проведение комплекса соответствующих мероприятий. Многие авторы считают целесообразным проводить профотбор рабочих путем определения чувствительности кожи при помощи тестов с теми химическими веществами, с которыми кожа рабочих будет контактировать в процессе работы. Большое значение имеет проведение технологических, санитарно-технических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на предотвращение или уменьшение контакта кожи рабочих с химическими аллергенами и устранение экзогенных факторов, снижающих барьерные свойства кожного покрова. Для профилактики нарушений барьерных свойств кожи весьма важно применять защитные мази от органических растворителей и водных растворов кислот, щелочей, эмульсий и др., некоторые отмывочные средства и ожиряющие мази при сухости кожи.

Актуальной задачей является разработка специальных паст и мазей для защиты кожи от проникновения химических веществ, обладающих аллергенными свойствами. Большую пользу могут принести индивидуальные средства защиты кожного покрова от воздействия химических веществ (перчатки, рукавицы, нарукавники, фартуки, халаты). У медицинских работников, в частности, для избежания сенсибилизирующего влияния на кожу аллергенных медикаментов имеет значение применение перчаток и марлевых повязок во время процедур; пользование хорошими шприцами и мытье их в резиновых перчатках.

Известная роль в профилактике профессиональной экземы принадлежит обследованию рабочих с целью выявления перенесенных в прошлом аллергических заболеваний (анамнез), аллергических дерматозов различного генеза и скрытых очагов хронической инфекции, нарушений внутренних органов, эндокринной и нервной системы, которые обуславливают «парааллергический фон», благоприятствующий развитию экземы.

Как известно, при сенсибилизации организма химическими веществами клинические проявления экземы возникают не сразу. От начала

сенсibilизации до возникновения первых признаков экземы наблюдается период «предболезни», когда сенсibilизация организма может быть обнаружена только при помощи аллергологических тестов. В связи с этим для профилактики профессиональной экземы несомненное значение будет иметь выявление аллергической реактивности кожи в состоянии предболезни, для чего могут быть использованы те же методы исследования, которые применяются для установления этиологии профессиональной экземы. Положительные результаты кожных проб свидетельствуют о наличии фиксированных в тканях антител, соединение которых с соответствующим аллергеном вызывает реакцию замедленного типа. Некоторые авторы предлагают для диагностики экземы, вызванной никелем, применять реакцию связывания комплемента с сульфатом никеля в качестве антигена.

Целесообразно использовать кожные пробы с теми аллергенами, воздействию которых кожа рабочих подвергается в процессе работы; определить порог специфической чувствительности кожи путем применения аллергенов в различной концентрации; выявлять локальную специфическую чувствительность кожи; исследовать чувствительность кожи в динамике — перед поступлением на работу и в процессе работы через различные промежутки времени в зависимости от того, с какими аллергенами кожа рабочих соприкасается в процессе работы. Вопрос об использовании серологических реакций для выявления аллергии в отношении химических веществ в стадии предболезни требует изучения. Применение кожных тестов даст возможность разрешить ряд практических задач в стадии предболезни: изучить практическую ценность отдельных кожных проб (капельной, лоскутной, скарификационной) для выявления аллергической чувствительности кожи; определить частоту, степень и скорость сенсibilизации кожи к аллергену на определенных участках кожного покрова; своевременно устранить контакт с соответствующим аллергеном путем правильного трудоустройства; провести профилактическое гипосенсibilизирующее лечение и тем самым предотвратить развитие профессиональной экземы.

Поступила 29 апреля 1974 г.

УДК 616.127—005.8:616—056.3

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

*Канд. мед. наук И. А. Шинкарева, Л. В. Анисимова, Л. И. Летунова,
Л. В. Чуданова*

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

В последнее время внимание многих исследователей привлекает постинфарктный синдром, впервые отмеченный Дресслером в 1955 г. В отечественной литературе этот синдром описан А. М. Дамиром, С. Х. Сидорович (1960), А. П. Матусовой (1961) и др. Клинически он складывается из сочетания пневмонии, плеврита, перикардита, иногда — перитонита и сопровождается эозинофилией, ускорением РОЭ, лейкоцитозом. Встречаются и атипичные, малосимптомные, так называемые диссоциированные формы синдрома Дресслера, которые проявляются в виде полиартрита, миозита, «кардиоплецевого синдрома», экземы, аллергической сыпи и т. д. Развитие постинфарктного синдрома осложняет течение инфаркта миокарда, приводит к образованию перикардальных и плевральных спаек, вызывает понижение сократительной