

## ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ

*Р. Х. Бурнашева, Т. Б. Толтегина*

*Казанский ГИДУВ им. В. И. Ленина*

**Реферат.** Изучена этиологическая структура проявлений лекарственной аллергии и ее клинические варианты у 121 больного. Выявлены различные формы поражений, которые были связаны с действием лекарственных препаратов (крапивница, отек Квинке, бронхоспазм и др.). Чаше наблюдалась чувствительность к антибиотикам, сульфаниламидам, анальгину, аспирину или поливалентная сенсibilизация к различным препаратам. Лекарственная аллергия возникала чаще на фоне очагов инфекции. В диагностике лекарственной аллергии имеют значение аллергологический анамнез и диагностические реакции *in vitro*.

**Ключевые слова:** лекарственная аллергия.

4 таблицы. Библиография: 2 названия.

Мы поставили перед собой цель изучить этиологическую структуру проявлений лекарственной аллергии, ее клинические формы, обратив также внимание на predisposing факторы, которым принадлежит немаловажная роль в возникновении данной формы аллергии.

Под нашим наблюдением был 121 больной (29 мужчин и 92 женщины), направленный по поводу реакции на применение лекарственных препаратов. Возраст больных: от 16 до 20 лет — 5, от 21 до 40 лет — 59, от 41 до 60 лет — 50, старше 60 лет — 7. Анализ заболеваемости по месяцам года не выявил существенных отличий. 5 больных по роду своей профессиональной деятельности имели контакт с лекарственными или химическими веществами (2 — с антибиотиками и 3 — с кислотами и щелочами). Наследственная predisposition к аллергии была констатирована у 23 (19%) больных.

При поступлении больные жаловались на кожные высыпания, зуд, рвоту, тошноту, состояния удушья, заложенность и выделения из носа, боли в суставах и др.

Наблюдавшиеся нами формы поражений, связанных с действием лекарственных препаратов, представлены в табл. 1.

Наиболее частыми проявлениями лекарственной аллергии являлись крапивница, отек Квинке, лихорадочная реакция, бронхоспазм. Следует отметить, что у большого числа больных были сочетанные проявления лекарственной аллергии — одновременно крапивница и отек Квинке, крапивница и бронхоспазм, ринит, бронхоспазм и крапивница и др. Наблюдалась также и тяжелые системные реакции в виде анафилактического шока (6 больных) и синдрома Лайелла (2 больных), васкулита (2 больных). У 95 (78,5%) больных аллергические реакции возникли после перорального приема лекарств, у 26 (21,5%) — после внутримышечных инъекций или внутривенных вливаний лекарственных веществ.

Таблица 1

### Клиническая структура лекарственных аллергозов

Клиническая форма аллергии	Число больных
Крапивница . . . . .	31
Крапивница + отек Квинке . . . . .	34
Крапивница + дерматит . . . . .	3
Крапивница + артрит . . . . .	3
Крапивница + бронхоспазм . . . . .	4
Крапивница + отек Квинке + бронхоспазм . . . . .	5
Крапивница + отек Квинке + ринит + бронхоспазм . . . . .	4
Отек Квинке . . . . .	4
Отек Квинке + дерматит . . . . .	2
Отек Квинке + бронхоспазм . . . . .	2
Бронхоспазм . . . . .	5
Бронхоспазм + вазомоторный ринит . . . . .	2
Синдром Бехчета . . . . .	2
Васкулит . . . . .	2
Лихорадка . . . . .	10
Синдром Лайелла . . . . .	2
Анафилактический шок . . . . .	6
<b>Всего . . . . .</b>	<b>121</b>

внутримышечных инъекций или внутривенных вливаний лекарственных веществ.

Т а б л и ц а 2

Степень sensibilизации больных лекарственной аллергией

Количество препаратов-аллергенов	Число больных
1 . . . . .	0
2 . . . . .	36
3 . . . . .	25
4 . . . . .	115
5 и более . . . . .	45

ция лизиса лейкоцитов дала положительный ответ в меньшем числе случаев.

Как правило, у больных была sensibilизация не к одному препарату, а к 2—3 и более (см. табл. 2).

Чаще обнаруживалась чувствительность к антибиотикам, сульфаниламидам, анальгину, аспирину (см. табл. 3).

Обращала на себя внимание сочетанная повышенная чувствительность к антибиотикам и сульфаниламидным препаратам, особенно к пенициллину и стрептомицину, аспирину и тетрациклину, пенициллину, стрептомицину, левомицетину и др.

Чтобы выяснить, на каком фоне развивалась лекарственная аллергия, какие заболевания ей предшествовали или сопутствовали, мы целенаправленно проанализировали данные анамнеза и клинического обследования больных. Оказалось (см. табл. 4), что аллергическая непереносимость лекарств чаще всего возникала у больных с воспалительными процессами ЛОР-органов (29,8%), заболеваниями бронхолегочного аппарата (24%), хроническими заболеваниями желчевыводящей системы печени (45,5%), заболеваниями желудка и кишечника (37,2%), функциональными и органическими поражениями нервной системы (29,8%), заболеваниями мочеполовой системы (14%), заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в особенности ревматизмом (22,3%). Следует подчеркнуть, что почти у всех больных были множественные очаги инфекции.

По нашим данным, у 73 (60,3%) больных лекарственная аллергия возникла на фоне существовавших ранее проявлений аллергии, обусловленных пищевой, пылевой, пылевой, бактериальной и грибковой sensibilизацией. Наиболее часто у обследованных больных в анамнезе отмечались крапивница и отек Квинке (34 чел.), инфекционно-аллергическая бронхиальная астма (10). Это свидетельствует, что лекарственная аллергия развивается преимущественно на фоне уже имеющейся аллергической реактивности организма, причем наиболее часто предпосылками к ее формированию являются хронические очаги инфекции, создающие фон бактериальной sensibilизации, а также заболевания желудочно-кишечного тракта и желчевыводящей системы печени.

На большую роль состояния желудочно-кишечного тракта и печени в развитии лекарственной аллергии указывают и другие авторы [2]. У нашего контингента больных это имело тем большее значение, что аллергические реакции возникали преимущественно при пероральном применении лекарств, и условия их всасывания, расщепления в желудочно-кишечном тракте, барьерная функция печени имеют непосредственное отношение к проявлению их аллергенных свойств. Следует отметить,

Этиологическую роль лекарства как аллергена устанавливали на основании аллергологического анамнеза, а также лабораторных тестов — реакции лизиса лейкоцитов и в некоторых случаях — реакции Уанье. Ввиду того, что больные поступали в остром периоде аллергической реакции, кожные пробы им не ставили. Известно, что диагностические возможности проб *in vitro* при постановке их в остром периоде заболевания снижаются, однако мы пришли к выводу, что постановка реакции лизиса лейкоцитов имеет определенную диагностическую ценность. Так, из 35 больных, у которых в анамнезе имелись указания на чувствительность к антибиотикам, результаты этого теста оказались положительными, то есть совпали с данными анамнеза, у 19. При постановке с другими препаратами реак-

Т а б л и ц а 3

Этиологическая структура лекарственных аллергозов

Препарат-аллерген	Число больных, для которых данный препарат являлся аллергеном
Пенициллин . . . . .	71
Стрептомицин . . . . .	50
Тетрациклин . . . . .	31
Левомицетин . . . . .	20
Сульфадимезин . . . . .	25
Анальгин . . . . .	25
Аспирин . . . . .	21
Витамины группы В . . . . .	13
Антигистаминные препараты . . . . .	12
Новокаин . . . . .	4

## Структура хронических заболеваний у больных лекарственной аллергией

Нозологическая форма	Число наблюдений	Нозологическая форма	Число наблюдений
<b>Заболевания бронхолегочного аппарата:</b>		<b>Заболевания сердечно-сосудистой системы:</b>	
хронические бронхиты . . . . .	12	ревматизм . . . . .	23
хроническая неспецифическая пневмония . . . . .	17	ишемическая болезнь сердца . . . . .	2
		гипертоническая болезнь . . . . .	2
<b>Заболевания ЛОР-органов:</b>		<b>Заболевания нервной системы:</b>	
хронический тонзиллит . . . . .	18	диэнцефальный синдром . . . . .	6
хронический гайморит . . . . .	13	вегето-сосудистая дистония . . . . .	13
хронический отит . . . . .	5	органические поражения ЦНС . . . . .	17
<b>Заболевания желудочно-кишечного тракта:</b>		<b>Заболевания мочеполовой системы:</b>	
хронический холецистит, дискинезии желчевыводящей системы печени, хронический гепатит . . . . .	55	гломерулонефрит . . . . .	4
хронический гастрит с пониженной секреторной функцией желудка . . . . .	21	цистит . . . . .	5
хронический гастрит с повышенной секреторной функцией желудка . . . . .	7	аднексит . . . . .	7
хронические спастические колиты . . . . .	17	миома тела матки . . . . .	1
		<b>Заболевания суставов:</b>	
		неспецифический деформирующий полиартрит . . . . .	4
		обменный полиартрит . . . . .	2

что аллергические реакции, вызванные внутримышечным или внутривенным введением лекарственных препаратов, в первую очередь антибиотиков, были особенно тяжелыми. У всех 6 больных с анафилактическим шоком и у обоих пациентов с синдромом Лайелла эти системные реакции наступили после парентерального введения антигена.

Таким образом, лекарственная аллергия может быть вызвана различными лекарственными препаратами, но чаще всего антибиотиками — пенициллином, стрептомицином или их сочетаниями с другими антибиотиками и сульфаниламидами, анальгином, витаминами группы В, аспирином, а также антигистаминными препаратами и др. Моновалентной сенсibilизации к лекарствам не зарегистрировано ни у одного из обследованных нами больных. Обычно наблюдалась одновременная чувствительность к нескольким препаратам, в том числе примерно у трети больных выявлена высокая степень поливалентности — одновременная чувствительность к 5 и более препаратам.

В диагностике лекарственной аллергии имеет значение тщательно собранный аллергологический анамнез, аллергологические реакции *in vitro*, в частности реакция лизиса лейкоцитов. Важно также учитывать характер и особенности клинических проявлений.

Факторами, предрасполагающими к развитию лекарственной аллергии и нередко сочетающимися с ней, являются аллергические заболевания, очаги хронической инфекции, заболевания желудочно-кишечного тракта и желчевыводящей системы печени, заболевания ЛОР-органов, нервной системы, сердечно-сосудистой системы (ревматизм). Роль этих форм патологии определяется тем, что они, с одной стороны, повышают реактивность иммунокомпетентной системы (аллергические заболевания, очаги инфекции) и, с другой, вызывают необходимость длительного повторного назначения лекарственных препаратов (ревматизм, холецистит, заболевания бронхолегочного аппарата и ЛОР-органов и др.); немаловажное участие в патогенезе аллергических реакций отводится также лабильности нервной системы [1].

В лечении лекарственной аллергии основное значение принадлежит исключению препарата-аллергена, а также санации патологических очагов, играющих патогенетическую роль в развитии лекарственной аллергии. При наличии других видов сенсибилизации необходимо проведение специфической терапии, направленной на исключение контакта с аллергеном или гипосенсибилизацию организма.

Ввиду частой поливалентности лекарственной аллергии целесообразно при назначении средств фармакотерапии основного заболевания использовать тесты *ин витро* для профилактики лекарственных осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д. Антигены как чрезвычайные раздражители нервной системы. М., изд. АМН СССР, 1952. — 2. Ногаллер А. М. Аллергия и хронические заболевания органов пищеварения. М., Медицина, 1975.

Поступила 8 мая 1979 г.

УДК 616—056.3—053.2

## ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ГРУПП ДЛЯ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГОЗАМИ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

А. Г. Шамова, Н. А. Романова

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

**Резюме.** Предложен вариант организации специализированных групп для детей с аллергиями в детских дошкольных учреждениях. Описаны методы отбора детей в специализированную группу, форма организации систематического наблюдения за ними и принципы проведения лечебно-профилактических мероприятий. В результате пребывания детей в специализированных группах удается добиться ремиссии у 80—90% больных кожными проявлениями аллергии, а также снижения общей заболеваемости в 2 раза.

**Ключевые слова:** аллергии, специальные группы дошкольных учреждений.

Своевременное выявление аллергической настроенности ребенка и проведение комплекса профилактических и лечебных мероприятий становятся важными задачами органов практического здравоохранения. Их осуществлению в наиболее полной мере соответствует организация в детских дошкольных учреждениях специализированных групп для детей с аллергиями, что позволит, не отвлекая родителей от работы на производстве, установить систематическое целенаправленное наблюдение за детьми, проводить непрерывную патогенетически обоснованную терапию.

Данное сообщение предназначается для ознакомления практических врачей с методами отбора детей в специализированную группу, формами организации систематического наблюдения за ними и принципами проведения лечебно-профилактических мероприятий. Отбор детей в специализированную группу осуществляет аллерголог или специально подготовленный врач-педиатр совместно с заведующим дошкольным учреждением детского лечебно-профилактического объединения. На каждого больного заполняют подробную выписку-направление, которое передают районному педиатру для оформления путевки.

Направлению в специализированные группы дошкольных учреждений подлежат дети с аллергическими заболеваниями и экссудативно-катаральным диатезом.

В соответствии с клиническими проявлениями аллергозов рекомендуется создавать 2 спецгруппы. В группу с аллергодерматозами направляют детей, страдающих экссудативно-катаральным диатезом, себорейной экземой, истинной экземой, нейродермитом, крапивницей, отеком Квинке, в группу с респираторными аллергиями — детей с проявлениями аллергического ринита, ларингита, трахеита, бронхита и бронхиальной астмы.

В соответствии с возрастом выделяют 4 подгруппы: ясельная 1-я — от 1 года до 2 лет, ясельная 2-я — от 2 до 3 лет, младшая дошкольная — от 3 до 4 лет, средняя — от 4 до 5 лет.

На каждого ребенка специализированной группы заполняют карту наблюдения<sup>1</sup>.

На всех поступающих детей должны быть собраны следующие сведения: 1) ин-

<sup>1</sup> Образец карты может быть выслан авторами читателям по их запросу.