

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВТОРНЫХ КУРСОВ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ

К. Ф. Селиванова, А. М. Алексейчук, С. В. Тришин, Л. П. Пономаренко,
О. П. Тихомирова, А. Ф. Прохода
Кафедра внутренних болезней № 3 (зав.— проф. К. Ф. Селиванова) Крымского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института

Как известно, наиболее эффективным методом лечения поллинозов является специфическая гипосенсибилизация пыльцевыми аллергенами. Такое лечение осуществляется в период ремиссии поллинозов (в основном в зимний период), причем чаще в виде отдельных курсов. Однако до сих пор нет единого мнения о зависимости эффективности специфического лечения от количества курсов гипосенсибилизации [1—3]. У врача-аллерголога постоянно возникает вопрос, как долго проводить специфическую терапию, какое количество курсов гипосенсибилизации можно считать достаточным для того или иного больного. Решать этот вопрос приходится как правило в период ремиссии заболевания, что вызывает большие затруднения, поскольку каких-либо объективных критериев целесообразности назначения очередного курса лечения не существует. Продолжительность курсового лечения помимо клинических особенностей поллинозов, возможно, зависит и от краевых факторов, прежде всего от климато-географических; следовательно, в разных районах нашей страны число курсов гипосенсибилизации может быть различным.

Мы изучали отдаленные результаты специфической гипосенсибилизации у 180 больных поллинозами в зависимости от количества курсов лечения. Среди больных были 102 женщины и 78 мужчин в возрасте от 16 до 60 лет. Преобладали лица в возрасте от 20 до 50 лет (91%). Давность заболевания составляла чаще всего (80%) от 1 года до 10 лет.

Наиболее частыми клиническими проявлениями поллинозов были ринит, конъюнктивит и бронхиальная астма. При объективном обследовании у 155 человек изменений со стороны внутренних органов не выявлено. У 14 больных бронхиальной астмой с сопутствующей бытовой аллергией по данным спирограммы установлена дыхательная недостаточность I степени, преимущественно обструктивного типа. У остальных 11 больных пыльцевой бронхиальной астмой в период ремиссии функция дыхания не была нарушена. При исследовании крови у 52 человек отмечена эозинофилия, у 58 — лимфоцитоз.

С целью выявления аллергена, ответственного за развитие поллиноза, ставили кожные скарификационные пробы с аллергеном из пыльцы растений (полынь, лебеда, овсяница, тимфеевка, ежа сборная, райграсс и др.). Сомнительные кожные пробы уточняли с помощью эндоназальных провокационных проб. Наиболее часто повышенная чувствительность обнаруживалась к пыльце лебеды и полыни (73%), причем у 68% больных — к 1—2 аллергенам, у остальных — к 3—5.

Пыльцевыми аллергенами лечили в течение 30—40 дней (курс — 30—40 инъекций аллергена). В случаях поливалентной сенсibilизации соответствующие аллергены вводили комплексами либо каждый аллерген отдельно.

Один курс гипосенсибилизаций был проведен у 58 больных, 2 — у 55, 3 — у 49, 4 — у 25, 5 — у 23. У большинства больных лечение оказалось эффективным, лишь у 15 человек в летнее время возникал рецидив поллиноза.

В течение 2—3 лет мы наблюдали за 34 больными, получившими 3 курса гипосенсибилизации с положительными результатами лечения: у них были отмечены стойкий клинический эффект и отсутствие рецидивов поллиноза.

18 больным с благоприятной трехкурсовой гипосенсибилизацией был проведен дополнительно 4-й (10), а нескольким (8) и 5-й курс специальной терапии, однако результаты их лечения показали, что обоснованной необходимости в проведении повторных курсов лечения не было. 4 и 5-й курс лечения аллергеном назначался, как правило, по просьбе больных, у которых оставался страх перед возможным рецидивом болезни в летнее время. В свою очередь и нас интересовал вопрос, влияет ли увеличение числа курсов гипосенсибилизации на продолжительность и стойкость лечебного эффекта. При сопоставлении результатов лечения 34 больных поллинозами, получивших 3 курса гипосенсибилизации, и 18 больных с дополнительными 4 и 5 курсами какой-либо разницы в эффективности лечения нами не обнаружено. Анализ отдаленных исходов лечения (спустя 2—3 года) также не выявил преимуществ дополнительных курсов гипосенсибилизации.

Следовательно, для лечения поллинозов достаточно провести 3 курса специфической гипосенсибилизации. Увеличение числа курсов гипосенсибилизации (бо-

лее 3) не оказывает существенного влияния ни на эффективность, ни на стойкость и продолжительность терапевтического эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беклемишев Н. Д., Ермекова Р. К., Мошквич В. С., Жукова О. М. // Поллинозы (сенные катары). — Алма-Ата, 1985. — 2. Горячкина Л. А., Поспелова Р. А., Храцова Н. Н. // В кн.: Коррекции нарушений иммунологической реактивности. — Киев — Ивано-Франковск, 1983. — 3. Хакбердыев М. М., Давыдян А. А. // Краевые особенности поллинозов в Узбекистане. — Ташкент, Медицина, 1982.

Поступила 23.12.86.

УДК 618-099-08-02:612.648-02:612.017.1

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПОЗДНЕМ ТОКСИКОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Л. К. Фазлеева, Н. А. Романова, И. Ш. Трофимова

Кафедра детских болезней (зав.— проф. Н. А. Романова) педиатрического факультета Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Целью данной работы являлось изучение особенностей гуморального иммунитета у 198 новорожденных в зависимости от длительности лечения их матерей в период беременности по поводу позднего токсикоза. Об иммунологических изменениях судили по уровню сывороточных иммуноглобулинов А, М, G и E, циркулирующих иммунных комплексов и по активности кининовой системы.

Содержание сывороточных иммуноглобулинов А, М, G определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини, IgE — радиоиммунным методом с помощью наборов «Phadebas IgE PRIST» (Швеция), уровень циркулирующих иммунных комплексов — методом осаждения в полиэтиленгликоле, а затем полученные результаты выражали в мкг/мл агрегированного гамма-глобулина, с помощью которого стандартизировали показатели реакции [3]. Содержание калликреина и калликреиногена исследовали по методу Т. С. Пасхиной [4], результаты выражали в мЕ на 1 мл сыворотки крови. Для анализов использовали пуповинную кровь новорожденных.

Поздний токсикоз беременных лечили дифференцированно в зависимости от тяжести и выраженности клинических форм на фоне диетотерапии, водно-солевого и лечебно-охранительного режима, дезинтоксикационной и гипотензивной терапии, нормализации диуреза, показателей КЩС и микроциркуляции [2]. В комплекс лечебных мероприятий позднего токсикоза беременных включали и курс неспецифической гипосенсибилизирующей терапии.

В зависимости от продолжительности терапии будущих матерей всех 198 новорожденных разделили на 3 группы. 1-ю группу составили 106 новорожденных, матери которых в силу различных обстоятельств не лечились; у 43 детей 2-й группы матери находились на стационарном лечении в течение 3—7 дней, а у 49 детей 3-й группы — больше 7 дней. В каждой группе анализировали особенности течения беременности, родов, раннего неонатального периода и состояние новорожденного при рождении. Лабораторные исследования проводили у соматически здоровых при рождении доношенных новорожденных. Контролем служили 28 детей, родившихся у матерей с нормально протекавшей беременностью.

По тяжести токсикоза у матери группы новорожденных были равнозначными: частота тяжелых форм нефропатии в 1-й группе — $35,8 \pm 4,6\%$, во 2-й — $39,5 \pm 7,4\%$ ($P_{1-2} > 0,05$), в 3-й — $53,6 \pm 7,8\%$ ($P_{1-3} > 0,05$).

Иммуноглобулиновый спектр сыворотки крови у новорожденных 1-й группы характеризовался наличием IgA в $24,2 \pm 7,3\%$ наблюдений в интервале 1,62—4,62 мкмоль/л, IgM — в $57,6 \pm 8,6\%$ на уровне $0,34 \pm 0,03$ мкмоль/л. У детей контрольной группы IgA в сыворотке крови не были выявлены, IgM составили $0,12 \pm 0,02$ мкмоль/л. Поскольку крупнодисперсные IgA и M в норме не проходит через плацентарный барьер, их появление у новорожденных от матерей с поздним токсикозом беременных можно расценивать как свидетельство внутриутробной антигенной стимуляции плода [2]. Уровень IgG у этих новорожденных был выше, чем в контрольной группе, — соответственно $81,0 \pm 2,2$ и $73,7 \pm 4,2$ мкмоль/л ($P > 0,05$), а IgE превышал среднюю геометрическую для детей данного возраста у $15,8 \pm 8,4\%$.

Циркулирующие иммунные комплексы, выявленные у $1,5\%$ новорожденных, были на уровне $117,2 \pm 17,6$ мкг/мл, то есть в 1,9 раза выше, чем у детей контроль-