

лина и надгортанник в виде бугров, на их левой половине в месте наибольшего выбухания (выпячивания) — белесоватые просветления. Скрытым ножом Тобольта вскрыты абсцессы надгортанника и язычной миндалины — выделилось обильное количество зловонного гнойного содержимого. Корданом произведено разведение разрезов. Взятая флора на чувствительность к антибиотикам. Из гноя высаян стафилококк сапрофит, чувствительный к пенициллину и карбенциллину.

Анализ крови: Нб — 2 ммоль/л, эр.— 3,6 · 10<sup>12</sup>/л, цв. показатель — 1,0; тромбоц.— 288 · 10<sup>9</sup>/л; л.— 24 · 10<sup>9</sup>/л, п.— 7%, с.— 71%, лимф.— 20%, мон.— 2%, свертываемость крови — 3 мин; СОЭ — 14 мм/ч. Анализ мочи: отн. пл.— 1,026, белок — отрицательный.

Назначено лечение: пенициллин по 1 млн. ЕД через 4 ч внутримышечно и по 3 млн. ЕД внутривенно капельно на физиологическом растворе 2 раза в день; стрептомицин по 500 тыс. ЕД 2 раза в день внутримышечно, гемодез (400 мл) внутривенно, 10% хлористый кальций (10 мл) внутривенно, 40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно, 1% раствор димедрола (1 мл) внутримышечно, 2,0 мл камфоры подожжено. 11.10.86 г. из абсцессов корня языка и надгортанника выделяется гной. Отечность слизистой оболочки гортани уменьшилась, видны голосовые складки; в подскладочном пространстве — валикообразное утолщение слизистой оболочки, выступающее за края голосовых складок, суживающих просвет гортани до 2 мм. Голос сильный.

24.10.86 г. произведена ревизия трахеостомы и трахеи, удалены грануляции, поврежденные кольца передней стенки трахеи. Данное хирургическое пособие выполнено под местной поверхностной анестезией 5% раствором тримекаина. На следующий день температура нормализовалась; 29.10.86 г. — деканюляция. Трахеостома закрыта путем вторичного натяжения. 14.11.86 г. больная выписана домой в удовлетворительном состоянии. Голос чистый.

Данное наблюдение представляет интерес в связи с редкостью сочетания абсцессов надгортанника, язычной миндалины и острого подскладочного ларингита с развитием острого стеноза гортани у больной пожилого возраста. При снижении защитных сил организма на фоне респираторно-вирусной инфекции произошло острое, быстрое и бурное развитие заболевания (в общей сложности за 2 ч от момента появления первых признаков удушья до оказания помощи), потребовавшее срочной трахеотомии.

УДК 616:5—002.3—056.3—08:615.371:576.8.097

Г. Г. Нуреев, В. Ю. Дядькин, Е. В. Агафонова (Казань). Иммуноterapia бактериальными аллергенами больных хроническими пиодермитами

Целью настоящей работы было изучение аллерго-иммунологического статуса больных хроническими пиодермитами и влияния на него специфической иммунотерапии бактериальными аллергенами.

Аллергологическое обследование больных проводили путем постановки кожных проб с аллергенами золотистого стафилококка, пиогенного стрептококка и кишечной палочки. Для постановки тестов использовали новые бактериальные аллергены, разработанные Казанским НИИ эпидемиологии и микробиологии, очищенные от иммунологически инертного балласта методом колоночной геля-

фльтрации на сефадексе G-50. Эти аллергены содержат в одной диагностической дозе значительно меньше белка, чем коммерческие, приготовлены по методу Андо-Вержиковского и обладают высокой стандартностью приготовленных серий. Для подтверждения бактериальной сенсibilизации определяли параллельно с кожными тестами показатель повреждения нейтрофилов (тест ППН по Фрадкину) с бактериальными аллергенами. Имунный статус оценивали по показателям гуморального (уровень иммуноглобулинов по Манчини) и клеточного (РБТЛ с ФГА) иммунитета, а также системы нейтрофильного фагоцитоза (тест восстановления нитросинего тетразолия — НСТ-тест). В качестве контроля изучен иммунологический статус 20 здоровых добровольцев.

Под наблюдением находились 108 больных с различными формами хронических стафилодермий (фурункулезом, гидраденитами, вульгарным сикозом и тяжелыми формами угревой болезни). Длительность заболевания составляла от 2 до 10 лет. Обострения наблюдались от 3 до 8 раз в год и были связаны чаще всего с простудными факторами. Проводимое ранее лечение (антибиотики, поливитамины и др.) давало лишь временный эффект.

Бактериальная сенсibilизация была выявлена у 56 больных (у 16 — был фурункулез, у 3 — гидраденит, у 2 — сикоз, у 35 — абсцедирующие и конглобатные угри), причем у большинства на аллерген золотистого стафилококка. У части пациентов отмечалась поливалентная сенсibilизация. При бактериологическом исследовании материала из гнойников чаще всего выделялись белый и золотистый стафилококки.

#### Динамика аллергологических показателей в процессе специфической иммунотерапии

Аллергены	До лечения			После лечения		
	+	++	+++	+	++	+++
Золотистый стафилококк	12	19	7	18	1	—
Гемолитический стрептококк	13	5	1	15	2	—
Кишечная палочка	4	6	5	15	4	1

При иммунологическом обследовании 22 больных этой группы выявлены нарушения в системе клеточного иммунитета и фагоцитоза.

Полный курс специфической гипосенсибилизирующей терапии бактериальными аллергенами получили 56 больных. Для лечения использовали коммерческие бактериальные аллергены. При наличии бактериальной полисенсibilизации лечение проводили только одним препаратом, на который наиболее выражена кожная реакция гиперчувствительности замедленного типа.

В результате лечения выздоровление наступило у 14 больных, значительное улучшение — у 26, улучшение — у 10. У 6 больных эффекта не было.

Клиническая эффективность лечения сопровождалась отчетливо выраженным снижением показателей сенсibilизации организма не только к специфическому (лечебному), но и к неспецифическим бактериальным аллергенам (см. табл.).

Таким образом, характер иммунологических изменений в процессе специфической терапии очищенными бактериальными аллергенами свидетельствовал о положительном влиянии препаратов на имунный статус больного: повышался уровень функциональной активности клеточного иммунитета и системы фагоцитоза. Содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови существенно не изменялось.