

61(05)

A. 9

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 4 (64)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР
АЛИЕВ М. И.

ЗАМ. ОТВ. РЕДАКТОРА ПРОФ. П. П. ПОПОВ
ЗАМ. ОТВ. РЕДАКТОРА ПРОФ. Г. К. АЛИЕВ

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

проф. М. ТОПЧИБАШЕВ,
проф. АФОНСКИЙ Н. П.,
проф. ГАДЖИ-КАСУМОВ М.

ОТВ. СЕКРЕТАРЬ М. ГИЛЬДЕЕВ



ОБЩЕСТВЕННЫЙ
ЭНЦИКЛОПЕДИЯР

Э. Ф. АХУНДОВ adına
Azərbaycan Respublikası
Uluğun Mətbuatı İdarəsi
№ 1498

Азиз АЛИЕВ.

К проблеме десенсибилизации аллергических состояний

По мере расширения наших представлений о проблеме аллергии вопросы десенсибилизации, т. е. устранения повышенной чувствительности организма, приобретают для нас клиницистов все большее значение, и наступление десенсибилизации при многих аллергических заболеваниях представляет сущность излечения. Такая постановка вопроса вовсе не говорит о том, что те или иные повышения или понижения реактивной способности должны всегда рассматриваться, как патологические состояния макроорганизма. Пределы физиологических колебаний реактивных свойств организма охраняют известные степени аллергических и гиперергических состояний, как эндогенное, закономерное проявление приспособляемости макроорганизма к окружающей среде. Гиперергические состояния поддаются десенсибилизации в той или иной степени различными веществами и воздействиями (Талалаев). Здесь на ряду с десенсибилизирующим эффектом специфического антигена (специфическая десенсибилизация) дробными впрыскиваниями, по Безредко, подчас можно получить хороший эффект и при воздействии неспецифического антигена (неспецифическую десенсибилизацию).

Проф. Безредко в своих наблюдениях над антианафилактической вакцинацией постепенно пришел к выводу, что возможно достигнуть вакцинирующего эффекта или антианафилактики при помощи атоксических доз нагретой сыворотки, т. е. чрезвычайно малыми дозами. Автор экспериментально мог убедиться в том, что антианафилактизованная свинка в состоянии вынести совершенно свободно безуровне смертельную дозу сыворотки ($1/8 \text{ см}^3$), если ей предварительно впрыснуть $0,02-0,01 \text{ см}^3$, т. е. в 200 или 500 раз меньше смертельной той же сыворотки (негретой) в брюшную полость. Иммунизация при помощи таких слабых доз наступает чрезвычайно быстро. Ее можно достигнуть через несколько часов и даже через несколько минут. Если анафилактизированной к норм. лош. сыворотке м/свинке впрыснем $1/20 \text{ см}^3$, т. е. дозу в 50 раз меньшую смертельной, то животное переносит это весьма легко и тотчас же начинает антианафилактизоваться. Теперь, если через 3—4 часа ввести безусловно одну или две смертельные дозы в кровь или же под мозговую оболочку, то она останется в живых.

Таким образом, малая доза сыворотки, играющая роль вакцины, предохраняет от одной или самое большее от двух смертельных доз. В тяжелых инфекциях, когда приходится вводить массивные дозы

сыворотки, может случиться так, что субъект, которому следует впрыснуть сыворотку, в прошлом был уже сенсibilизирован. Ради экономии времени прибегают к интравенозным инъекциям. Во избежание шока, лучше всего применять способ, так называемых „субинтравенных вакцинаций“. Способ этот состоит в том, что, вместо одного впрыскивания сыворотки, делают два или три и даже четыре впрыскивания. При каждом новом впрыскивании, которое делается через три, четыре и пять минут после предшествовавшего, доза сыворотки увеличивается. Каждое новое впрыскивание усиливает резистентность субъекта так, что в очень короткое время можно создать весьма стойкую антианафилактику. Таким образом, можно вакцинировать в течение короткого времени против сотни и тысячи смертельных доз. Способ вакцинации при помощи малых доз нашел себе еще применение при изготовлении лечебных сывороток. Поступая таким образом, можно путем внутривенных впрыскиваний получить у животных противомикробные и антитоксические сыворотки. Говоря о вакцинации, необходимо указать, что наиболее скорый и наиболее верный путь—это путь интравенозной вакцинации. Антианафилактический иммунитет наступает в этом случае через 10—15 минут, в то время как подкожный путь вакцинации дает антианафилактику через 5 часов. Однако, антианафилактическое состояние может быть получено и другими путями: путем вакцинации через спинно-мозговую полость, через рот, прямую кишку и брюшную полость. Вакцинация через рот наименее вредна, но и наименее удобна, так как требует много времени—1—2 дня. При интравенозной вакцинации вначале вводится 1 см³ сыворотки разведенной в отношении 1:10; через 3—5 минут—3 см³ такой же сыворотки, а через 2 минуты, если нет никакой реакции—10 см³, наконец, спустя (через) 2 минуты делается последнее впрыскивание в 25 см³, и с этого времени можно считать достигнутой вакцинацию против анафилактических явлений, и с этого времени можно безнаказанно ввести в какое угодно место организма от 20 до 40 см³ неразведенной сыворотки.

Каков же механизм антианафилактической вакцинации? На этот вопрос профессор Безредко отвечает так: „Антианафилактическая вакцинация есть, по всей вероятности, явление того же порядка, что дезинтоксикация *in vitro* тетанического мозга противотетанической сывороткой. Другими словами—вакцинация сводится к десенсибилизации, т. е. возвращению в первоначальное состояние. Антианафилактический иммунитет есть, таким образом, не что иное, как естественный иммунитет, присущий нормальной свинке“. В противоположность противомикробному и противозидотоксическому иммунитетам—антианафилактический иммунитет получается мгновенно и уже после единственного впрыскивания. Он не сопровождается образованием антител. Полученный таким образом антианафилактический иммунитет распространяется на нервные центры—на головной и спинной мозг. Общей же чертой как того, так и этого иммунитета—является всегда резко выраженная специфичность. На вопрос, какую же дозу антигена считать оптимальной при процессах десенсибилизации, на этот вопрос проф. Безредко дает такой ответ: „для того, чтобы быть уверенным, что антианафилактический иммунитет наступил, следует идти до дозы антигена, которую автор назвал „прекритической“. Это доза, которая вызывает у человека покраснение лица и беспокойство. С этого момента можно быть уверенным, что десенсибилизация наступила, и безнаказанно можно вводить какое угодно количество антигена.

Каждый раз при постановке вопроса о специфической десенсибилизации, необходимо определить природу и сущность аллергена, вызвавшего состояние десенсибилизации. Аллерген часто предположительно выявляется из анамнеза. Иногда повышенная чувствительность обнаруживается к нескольким аллергенам. Для того, чтобы убедиться в точности предположения можно применять кутанный метод—кожную реакцию. Кожа—самый важный диагностически реактивный орган для аллергического состояния и аллергической готовности организма. Strom von Leewen придает кожной реакции такое же важное значение, как и Вассермановской. При помощи кожной реакции, можно сделать заключение о повышенной чувствительности к тому или иному аллергену у данного аллергика. Для получения этой реакции необходимо на тыльной поверхности плеча в поверхностных слоях кожи сделать несколько насечек и в каждую из них пипеткой ввести экстракт аллергена. Рядом с этими насечками производят и контрольные насечки со смесью физиологического раствора соли с 0,5% фенола. В положительных случаях через 10—15 минут, как результат взаимодействия аллергического организма с аллергеном, появляется волдырь большей или меньшей величины с красным ободком. Иногда волдырь имеет овално-зубчатый характер (Скрыпп). Очень часто обнаружение аллергена представляет большие трудности, в этом случае проведение специфической десенсибилизирующей терапии встречает непреодолимые препятствия, и тогда на первый план выступают вопросы, связанные с неспецифической десенсибилизацией.

В литературе имеются не мало данных, говорящих за десенсибилизирующую роль ряда физических и химических факторов: солнечный свет, грязь, углекислота, сероводород, лучи рентгена, ультрафиолетовые лучи (Шиманко и Бремер). Д—авитаминоз неспецифическая алиментарная десенсибилизация (Талалаев, Певзнер, Левин, Бурин, Захарова, Пембертон и др.), голодание, ацидоз, анемия, действие хлористого кальция и др.

Шиманко в процессе десенсибилизации основным считает тот факт, что десенсибилизацию должны наилучшим образом вызывать тела белковой природы, как вводимые извне, так и образующиеся в организме в результате каких-либо реактивных процессов, так как главным образом вызывающим аллергические процессы агентом являются протеины и можно думать, что все тела небелкового характера становятся аллергенами, вступаая в соединение с белками организма. Такое положение хорошо освещает значение физических агентов, ведущих к различным белковым превращениям в организме и к повышению поступления белковых тел из кожи. Шиманко считает, что десенсибилизационно действуют только массивные дозы светолечебных агентов и обыкновенно после многократного применения.

Хотя часто десенсибилизация при аллергических состояниях является крайней целью врачебного вмешательства, однако, надо всегда помнить, что существуют болезненные формы, при которых наступление состояния десенсибилизации является не совсем желательным, ибо это иногда связано с неблагоприятным течением заболевания. Отсюда часто связано с неблагоприятным течением заболевания. Отсюда часто связано с неблагоприятным течением заболевания. Отсюда часто связано с неблагоприятным течением заболевания.

Говоря о десенсибилизации аллергических процессов, никогда не нужно упускать из виду, что во всех случаях для достижения лучшего эффекта наряду с этим крайне необходимо общеукрепляющее лечение, лечение расстройств внутренней секреции, обмена веществ и т. д.