

- пирантел внутрь 10 мг однократно
- мебендазол (принимают 100 мг внутрь один раз, можно только пациентам от 2 лет)

Лечение глюкокортикоидами

Не рекомендуется раннее назначение глюкокортикоидов, которые ускоряют разрешение инфильтратов, но затрудняют постановку правильного диагноза. Но, если человек не выздоравливает без лечения, ему дают преднизолон. Начальная доза составляет от 15 до 20 мг в сутки. На 5 мг дозу нужно снизить через день после первого приема. Суточную дозу нужно делить на 3 приема. Курс лечения длится 6-8 суток.

Лекарственные ЛЭ.

Лекарственные ЛЭ – самая распространенная форма эозинофильных реакций. Они проявляются эозинофилией крови в сочетании с различными поражениями паренхимы легких. Чаще всего это облаковидные инфильтраты, но могут быть и признаки интерстициальной инфильтрации.

Клиника ЛЭ лекарственной природы может варьировать от полного отсутствия симптомов до бронхообструктивного синдрома и тяжелых жизнеугрожающих системных мультиорганных реакций. Довольно часто побочные реакции на лекарственные препараты не ограничиваются только респираторной системой, а распространяются на кожу, пищеварительную, мочевыделительную, нервную системы. ЛП могут индуцировать самые разнообразные синдромы – в настоящее время описано более 400 вариантов. Вариабельность клинических проявлений лекарственной непереносимости зависит от индивидуальных особенностей больного, метаболизма ЛП, а также исходного заболевания.

К системным реакциям, вызванным ЛП, относится DRESS-синдром (drug reaction with eosinophilia and systemic syndroms – лекарственная реакция с эозинофилией и системными симптомами) – жизнеугрожающая системная мультиорганная реакция, проявляющаяся высыпаниями, лихорадкой, лимфаденопатией, лейкоцитозом с эозинофилией, гепатитом, а также вовлечением других органов, включающих легкие.

Наибольшая информация о частоте развития DRESS-синдрома представлена в отношении фенитоина (от 1:1000 до 1:10 000) и карбамазепина (1:3000), но, кроме этих препаратов, в список установленных лекарственных причин входят дапсон, фенobarбитал, ламотриджин, аллопуринол, сульфасалазин, ко-тримоксазол, мексилетин, миноциклин, невирапин, абакавир. При этом перечень лекарств, индуцирующих развитие DRESS-синдрома, расширяется, и к вероятным этиологическим факторам отнесены ацетилсалициловая кислота, доксициклин, цефтриаксон, целекоксиб, этамбутол.

Симптомы:

- 1 Пятнисто-папулезные высыпания, появляющиеся через 3 недели и более от начала лечения препаратом, предполагаемым в качестве причины.
- 2 Сохранение клинических симптомов после отмены препарата.
- 3 Лихорадка выше 38°C.
- 4 Патология печени (АЛТ >100 ед/л).
- 5 Отклонение хотя бы одного из перечисленных гематологических показателей:
 - а) лейкоцитоз >11×10⁹/л;

б) типичные лимфоциты (АЛ) >5% (АЛ характеризуются дисплазией ядра и увеличением цитоплазмы, что делает их сходными с моноцитами). В норме АЛ в периферической крови не превышают 5%;

в) эозинофилия > $1,5 \times 10^9/\text{л}$.

6 Лимфоаденопатия.

7 Реактивация вируса герпеса 6-типа, который диагностируется спустя 2-3 недели от начала высыпаний. Реактивация определяется по наличию вирусной ДНК в очагах поражения кожи и специфических IgG к вирусу герпеса в сыворотке крови.

Лечение DRESS-синдрома предполагает отмену причиннозначимого препарата и назначение системных ГКС (преднизолон 1-1,5 мг/кг/сут). При недостаточной эффективности ГКС дополнительно применяют пульс-терапию или их сочетание.

Заключение:

Гиперэозинофилия встречается при большой группе заболеваний, которые имеют разные механизмы возникновения, самые разнообразные клинические проявления и отличия в прогнозе и исходе. В клинической практике врачи многих специальностей имеют дело с больными, у которых повышено содержание эозинофилов в крови. Наиболее часто больные с гиперэозинофилией выявляются в практике пульмонологов и аллергологов. Однако данная диагностическая проблема не является редкостью при заболеваниях сердца и сосудов (системные васкулиты), у больных с неопластическими процессами. Особое место данный синдром занимает у больных с паразитарными, грибковыми, вирусными и другими заболеваниями.

При диагностике причины гиперэозинофилии должны быть учтены все детали истории жизни и болезни пациента.

Клинически патологическая реакция органов дыхания может протекать, как остро возникшее заболевание, или развиваться медленно, приобретая черты хронического процесса. В последнем случае всегда возникают диагностические сложности, так как порой бывает трудно установить причинную связь между симптомами болезни и длительным приемом лекарственного средства.

Таким образом, врачу, который лечит больного с гиперэозинофилией, необходимо самым тщательным образом собрать лекарственный анамнез. Он должен провести своеобразную ревизию всех лекарственных средств, назначенных врачами самых разнообразных специальностей, а также точно знать, какие препараты больной принимал сам, без ведома врачей. Данное правило является одним из необходимых условий успешной диагностики и эффективного лечения.

Список литературы.

- Легочные эозинофилии: диагностика, подходы к терапии. Э.Х.Анаев, А.Г.Чучалин.
- Weller P.F., Plaut M., Taggart V., Trontell A. The relationship of asthma therapy and Churg-Strauss syndrome: NIH workshop summary report. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2001; 108 (2): 175-183.
- https://rsmu.ru/fileadmin/templates/DOC/Ordinatura/Discipliny/pulmonologija/RP/RP_EHozino_filnye_zabolevaniya_legkikh.pdf.
- <http://irbis.rmapo.ru/UploadsFilesForIrbis/f4e82c3884613184059198dfbb9555eb.pdf>
- Черняк Б.А., Воржева И.И. Лекарственно индуцированные легочные эозинофилии Российский Аллергологический Журнал. 2011
- <https://journal.pulmonology.ru/pulm/article/viewFile/110/108>
- <https://bronhus.com/wp-content/uploads/2018/09/Легочные-эозинофилии-пневмония.pdf>
- Шмелев Е.И. Легочные эозинофилии //Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2004
- <https://www.eurolab-portal.ru/encyclopedia/pulmonology/48966/>
- https://www.rmj.ru/articles/bolezni_dykhatelnykh_putey/Gipereozinofiliya_pri_zabolevaniyah_organov_dyhaniya/
- Fujitaka M., Nomura S., Sakura N. et al. Morning and afternoon serum levels of cortisone and cortisol in asthmatic patients. *Clin. Chim. Acta* 2000.
- Jeong Y.J., Kim K.I., Seo I.J. et al. Eosinophilic lung diseases: a clinical, radiologic, and pathologic overview. *Radiographics* 2007.
- Abramson N., Melton B. Leukocytosis: basics of clinical assessment. *Am. Fam. Physician* 2000.
- Bateman E.D., Hurd S.S., Barnes P.J. et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *Eur. Respir. J.* 2008.
- Wever A.M., Wever-Hess J., Hensgens H.E., Hermans J. Serum eosinophil cationic protein (ECP) in chronic asthma. Relationship to spirometry, flow-volume curves, PC20, and exacerbations. *Respir. Med.* 1994.
- Imai C., Yamazaki H., Tanaka Y. et al. Ratio of eosinophil cationic protein / eosinophil count as a new marker in children with acute asthma. *Pediatr. Int.* 1999.
- Bain G.A., Flower C.D. Pulmonary eosinophilia. *Eur. J. Radiol.* 1996.
- Johkoh T., Muller N.L., Akira M. et al. Eosinophilic lung diseases: diagnostic accuracy of thin-section CT in 111 patients. *Radiology* 2000.
- Fernandez Perez E.R., Olson A.L., Frankel S.K. Eosinophilic lung diseases. *Med. Clin. N. Am.* 2011.
- Allen J. Acute eosinophilic pneumonia. *Semin. Respir. Crit. Care Med.* 2006..
- Philit F., Etienne-Mastroianni B., Parrot A. et al. Idiopathic acute eosinophilic pneumonia: a study of 22 patients. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002.
- Uchiyama H., Suda T., Nakamura Y. et al. Alterations in smoking habits are associated with acute eosinophilic pneumonia. *Chest* 2008.

- Choi Y.H., Im J.G., Han B.K. et al. Thoracic manifestation of Churg-Strauss syndrome: radiologic and clinical findings. *Chest* 2000.
- Roufosse F., Weller P.F. Practical approach to the patient with hypereosinophilia. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2010.
- Franquet T., Muller N.L., Gimenez A. et al. S. Spectrum of pulmonary aspergillosis: histologic, clinical, and radiologic findings. *RadioGraphics* 2001.
- Taylor A.J.N. Pulmonary eosinophilia. *Medicine* 1995.
- Pneumotox on line. <http://www.pneumotox.com>.
- Criado P.R., Criado R.F., Avancini Jde M., Santi C.G. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) / Drug-induced hypersensitivity syndrome (DIHS): a review of current concepts. *An. Bras. Dermatol.* 2012.
- Schreiber J. Medikamentos induzierte Lungenerkrankungen. *Dtsch. Med. Wschr.* 2011.
- Souza C.A., Muller N.L., Johkoh T., Akira M. Drug-induced eosinophilic pneumonia: high-resolution CT findings in 14 patients. *Am. J. Roentgenol.* 2006.
- Taniguchi M., Tsurikisawa N., Higashi N. et al. Treatment for Churg-Strauss syndrome: induction of remission and efficacy of intravenous immunoglobulin therapy. *Allergol. Int.* 2007.
- Allen J.A., Peterson A., Sufit R. et al. Post-epidemic eosinophilia-myalgia syndrome associated with L-tryptophan. *Arthr. and Rheum.* 2011..