

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

616.5/061

Д 36

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

*Республиканский
межведомственный
сборник*

Выпуск 7

БИБЛИОТЕКА
УЧЕБНО-НАУЧНОГО
ЦЕНТРА
И. П. ПАВЛОВА

8
2
13
9

Н

ЗАПОРІЗЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
БІБЛІОТЕКА

«ЗДОРОВ'Я»

Київ — 1972

Сборник посвящен актуальным вопросам дерматологии и венерологии. В большинстве статей отражены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, терапии и профилактики некоторых болезней кожи (экзема, пиодермии, нейро-дерматозы, профессиональные дерматозы, псориаз, дерматомикозы, коллагенозы, ретикулезы и др.). В ряде статей освещаются вопросы организационно-методической работы. Помещены работы по актуальным вопросам сифилидологии и гонорологии.

Сборник рассчитан на широкий круг научных работников и практических врачей: дермато-венерологов, акушеров-гинекологов, терапевтов, хирургов, профпатологов, санитарных и участковых.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Безнос Т. И., Браиловский А. Я. (отв. секретарь), *Глухенький Б. Т., Задорож-
ный Б. А.* (зам. отв. редактора), *Калантаевская К. А., Касько Ю. С.,
Козин С. Л., Нестеренко Г. Б., Потоцкий И. И., Пятикоп А. И.* (отв. редак-
тор), *Торсуев Н. А., Фришман М. П., Цераидис Г. С.*

5—3—13
113—72М

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

Республиканский йежведомственный сборник

Выпуск 7

Редактор издательства *Л. А. Фиалова*
Оформление художника *Г. И. Головченко*
Художественный редактор *М. Ф. Кормыло*
Технический редактор *В. М. Каминская*
Корректоры *Н. М. Радченко, В. Т. Коцица*

БФ10291. Заказ 3112. Сдано в набор 29/XI 1971 г. Подписано к печати 1/III 1972 г.
Формат 60×84¹/₁₆. Тираж 2000. Уч.-изд. л. 10,92. Физ. печ. л. 10,5. Усл. печ. л. 9,77,
Бумага типогр. № 1. Цена 1 р. 31 к.

Издательство «Здоров'я», г. Киев, ул. Кирова, 7.

4-я военная типография.

эритеме, а в отдаленные — при хроническом язвенно-некротическом дермогиподермите и хронической узловатой эритеме.

У многих больных мышечные боли, артралгия, другие субъективные расстройства длительное время сохранялись несмотря на уменьшение и даже полный регресс узлов. Нередко в процессе лечения, главным образом при хронических формах, возникали новые узлы, сопровождавшиеся ухудшением общего состояния больных, небольшими подъемами температуры. Обычно параллельно с регрессом кожного патологического процесса наступали положительные сдвиги реактивности организма.

При выписке из клиники больным давали конкретные рекомендации, направленные на профилактику рецидивов, с учетом патогенетических факторов, выявленных у каждого больного (устранение очагов инфекции, профилактика переохлаждения нижних конечностей, лечение резидуальных явлений и др.). У 3 больных некротически-язвенным дермогиподермитом хороший терапевтический эффект был отмечен после курортного лечения в Евпатории, Бердянске (язвы зарубцевались, а узлы полностью рассосались). Успешной оказалась курортотерапия в Сочи 4 больных с хроническими формами узловатого дермогиподермита.

Поскольку у части больных через больший или меньший отрезок времени при катamnестическом исследовании был обнаружен рецидив заболевания, необходимо проведение длительного диспансерного наблюдения.

РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ДЕРМО-ГИПОДЕРМАЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ

В. П. Логунов. Запорожье

Разнообразие клинических проявлений, торпидность и длительность течения, а также резистентность к терапии хронических нагноительных поражений дермы и гиподермы ставят эти болезни кожи в число неразрешенных проблем современной дерматологии. Множественность нозологических форм, разнообразие симптоматики, близкое сходство и в то же время клиническое своеобразие этих заболеваний диктуют необходимость строгого подхода не только к диагностике этих дерматозов, но и к детальному изучению реактивности организма больных.

— Под наблюдением находилось 27 человек (мужчин — 20, женщин — 7) в возрасте от 22 до 67 лет, но преимущественно от 33 до 58 лет (19 человек). При клиническом исследовании у 1 боль-

ного установлен гранулематозный кандидоз кожи, у 1 — подрывающий фолликулит шеи, обусловленный дрожжеподобными грибами рода кандиды, у 4 — шейно-лицевой актиномикоз, у 1 — актиномикоз легкого со свищами на коже туловища, у 15 — хроническая инфильтративная и язвенновегетирующая пиодермия, у 2 — глубокая фистулезно-язвенная пиодермия, у 1 — изъязвленная форма индуративной эритемы Базена, у 2 — скрофулодерма. Длительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 20 лет, основную группу составляли лица, страдающие заболеваниями кожи от 6 месяцев до 10 лет (17 человек).

Для суждения о состоянии трофической функции нервной системы и роли ее в патогенезе хронических нагноительных дермогиподермитов определяли сопротивление кожи постоянному электрическому току (ЭСК) в 5 симметричных точках (грудь, живот, предплечье, бедро, голень); порог температурной и болевой чувствительности кожи в очаге поражения и в средней трети обоих предплечий, а также терморегуляционный рефлекс, при изучении которого вместо ванны с горячей водой использовали световую ванну, предварительно прогретую до 42°. Показатели упомянутых функциональных реакций регистрировали с помощью комплексной дерматологической установки КДУ-3. В качестве показателей общего состояния организма определяли функцию печени (тимоловая проба, проба Вельтмана), желудка (фракционное исследование желудочного сока), почек, поджелудочной железы (гликемические кривые), белковый и морфологический состав крови.

У большинства больных отмечались выраженные изменения белкового, углеводного и липоидного обмена, функции печени, поджелудочной железы, желудочно-кишечного тракта. Так, у 4 из 12 обследованных оказалась положительной реакция на С-реактивный белок; у 8 из 13 было повышено количество β -липопротеидов, у 4 — снижена кислотность желудочного сока. У 7 из 15 больных была резко снижена антитоксическая функция печени. Удлинение коагуляционной ленты Вельтмана установлено у 7 из 13, резкое повышение показателей тимоловой пробы — у всех 13 больных. У 15 из 21 больного был гипергликемический тип сахарных кривых, свидетельствовавший, как правило, о недостаточности ваго-инсулярной системы регуляции углеводного обмена. У 9 из 12 больных наблюдали повышение α_1 -глобулинов, у 6 — α_2 -глобулинов, главным образом у лиц с острым течением патологического процесса. У 9 больных с длительным хроническим течением наблюдали повышение γ -глобулинов.

Таким образом, данные биохимических исследований свидетельствовали о наличии в организме больных с хроническими нагноительными дермо-гиподермальными процессами иммунологических, гуморальных и эндокринных сдвигов, а также изменений в печени.

У наблюдавшихся больных отмечено повышение порога тепловой и болевой чувствительности как в очаге поражения, так и на видимо здоровой коже.

ЭСК как в области груди, так и в области конечностей колебалось в значительных пределах. Средние же его величины в области груди составили 231,4 *ком*, плеч — 326,7, предплечий — 370,7, бедер — 255,4 и в области голеней — 329,4 *ком*. У 20 из 27 обследованных показатели ЭСК оказались значительно сниженными по сравнению с показателями у здоровых лиц.

Это может свидетельствовать о снижении тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, играющего немаловажную роль в трофических процессах организма.

Следовательно, можно полагать, что у больных с хроническими нагноительными дермо-гиподермальными процессами, наряду с изменениями функционального состояния внутренних органов, отмечаются выраженные изменения в кожном анализаторе, а также трофического отдела вегетативной нервной системы.

Это подтверждается данными изучения терморегуляционного рефлекса (ТРР). У 9 больных нагрузка теплом на одну конечность почти не повлияла на температуру кожи в симметричной точке другой конечности, температура была близка к изолинии на протяжении всех 30 мин. наблюдения. У других 10 больных ТРР оказался инвертным, то есть после нагрузки теплом на одну конечность температура кожи другой конечности не повысилась, а понижилась и не возвратилась к исходной величине через 30 мин. после нагрузки. Лишь у 8 из 27 обследованных ТРР оказался в пределах нормы.

Таким образом, у больных с хроническими нагноительными заболеваниями кожи и подкожножировой клетчатки наблюдаются выраженные изменения функционального состояния нервной системы, внутренних органов и эндокринно-гуморальных показателей.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Г. С. Цераидис, Е. А. Бавыкина. Харьков

Хроническая пузырчатка, являющаяся одним из наиболее тяжелых и опасных для жизни дерматозов, составляет 0,96% ко всем больным, находящимся на стационарном лечении в дермато-венерологических учреждениях УССР. Женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины. С возрастом заболеваемость значительно уве-

Шелюженко А. А. Зависимость заболеваемости рабочих некоторыми дерматозами от организации производства	37
Пятикоп А. И., Шевченко И. М. Обоснование терапии больных экземой с учетом нарушений водно-солевого обмена	40
Мащенко Г. И. Клинические особенности гипоталамических расстройств у больных экземой	44
Кольябенко В. Г. Активность сукциндегидрогеназы кожи при экземе	46
Калантаевская К. А. Вопросы патогенеза и лечения нейродермита	47
Алексеев А. Ф., Лихоносов В. Н. Функциональные нарушения капилляров кожи при вторичных эритродермиях	51
Браиловский А. Я., Солошенко Э. Н. Лечение гистаглобином больных лекарственными дерматозами	54
Солошенко Э. Н. Рецидивирующий системный некротический васкулит как проявление лекарственной аллергии	57
Базыка А. П., Лесницкий А. И., Федотов В. П. Реактивность организма больных аллергическими васкулитами кожи	59
Бринд А. И., Назаренко Р. А. Патогенетическая комплексная терапия больных узловатыми дермогиподермитами нетуберкулезной этиологии	62
Логунин В. П. Реактивность организма больных при хронических нагноительных дермо-гиподермальных процессах	66
Цераидис Г. С., Бавыкина Е. А. Комплексная терапия больных хронической пузырчаткой	68
Цераидис Г. С., Бавыкина Е. А. Активность ферментов энергетического обмена кожи в норме и у больных хронической пузырчаткой	73
Полянский И. И. Материалы к изучению красной волчанки на Буковине	77
Ковалев В. М., Трофименко Н. П. Динамика функций слухового и статокинетического аппаратов у больных дискондной красной волчанкой, склеродермией и дерматомиозитом	79
Шифрин А. Р., Ткач В. Е. Некоторые биохимические показатели у больных раком кожи	81
Ткач В. Е., Збирак Н. П. Гистотопография меди и цинка в раковых опухолях кожи	84
Торсуев Н. А., Мурзенко Д. И., Романенко В. Н. Применение малых доз пограничных лучей для лечения некоторых дерматозов	88
Борзов М. В., Коссовская О. Я., Лобановский Г. И., Денисюк С. Д., Куцовой И. И., Пилюгина С. С., Кацеф Н. Н., Самуэли В. Л., Пурешева В. В. Повреждения кожного покрова при лечебном применении ионизирующего излучения	91
Гень С. П. Влияние сочетанного воздействия ионизирующей радиации и низкой температуры в эксперименте на морфологию кожи и содержание в ней нуклеопротенов	94
Зубенко С. И. Морфологические и гистохимические изменения в коже под влиянием комбинированного воздействия ионизирующей радиации и высокой температуры в эксперименте	97
Тряпцын В. Н. Медиаторы вегетативной нервной системы и некоторые ферменты при псориазе	100
Савчук В. В., Браиловский А. Я., Мадиевская Н. Н. Состояние липидного обмена у больных псориазом в процессе лечения	103
Торсуев Н. А., Бухарович А. М. Резорбционная функция кожи у больных псориазом	107
Потоцкий И. И., Щербаков А. П. Анаэробный гликолиз в коже и тканевое дыхание больных псориазом	111