

616.5(061)  
Д36

# ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

2

Республиканский межведомственный сборник

ВЫПУСК 9

204746

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ  
ЭКЗЕМПЛЯР

НАУЧНЫЙ  
ФОНД

7  
8

ЗАПОРІЗЬКИЙ  
МЕДИЦИНСЬКИЙ  
ІНСТИТУТ  
БІБЛІОТЕКА

«Здоров'я», Киев — 1974

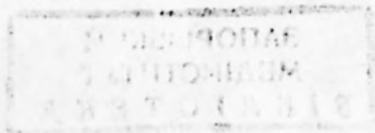
*В сборнике отражены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, терапии и профилактики распространенных и тяжелых болезней кожи (экзема, нейродерматозы, профессиональные дерматозы, пиодермия, дерматомикозы, коллагенозы, пузырчатка, ретикулезы кожи и др.). В ряде статей освещены организационные вопросы борьбы с кожными и венерическими болезнями, актуальные проблемы сифилидологии и гонорологии.*

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ  
ПРИ ХАРЬКОВСКОМ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ИНСТИТУТЕ  
ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ:

**М. В. Борзов, А. Я. Браиловский** (отв. секретарь), **Б. Т. Глухенький, Б. А. Задорожный** (зам. отв. редактора), **К. А. Калантаевская** (зам. отв. редактора), **Ю. С. Касько, С. Л. Козин, Г. Б. Нестеренко, И. И. Потоцкий, А. И. Пятикоп** (отв. редактор), **Н. А. Торсуев, М. П. Фришман, Г. С. Цераидис, Г. К. Щербакова.**

© Издательство «Здоров'я», 1974.



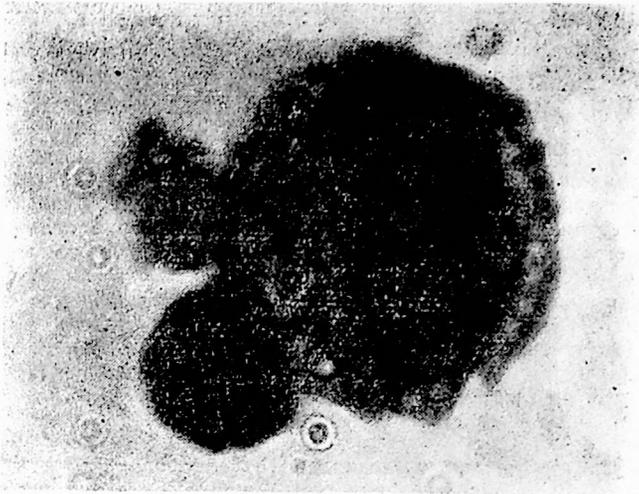


Рис. 2. Бласттрансформация лимфоцитов при культивировании с актинолизатом.  $\times 900$ .

ФГА, но меньше было выражено образование плотных агломератов из бластных, переходных клеток и малых лимфоцитов. Ни у одного из 10 здоровых лиц не наблюдали трансформацию лимфоцитов в бласты при культивировании с актинолизатом.

Таким образом, реакция бласттрансформации лимфоцитов может служить дополнительным методом при комплексном обследовании больных актиномикозом для выявления специфической сенсибилизации и иммунологических сдвигов в организме.

### НЕОБЫЧНЫЕ КАНДИДОЗЫ КОЖИ

В. П. Логунов, В. П. Федотов, А. И. Лесницкий. Запорожье

Наряду с типичными формами кандидоза кожи и слизистых встречаются необычные формы — грануломатозные и клинически сходные с непаразитарным сикозом и подрывающим фолликулитом затылка (А. М. Арневич, 1969) и напоминающие хроническую глубокую пиодермию (Н. Д. Яробкова, 1971).

В последние годы мы наблюдали необычные в клиническом отношении кандидозные поражения кожи. Среди них заслуживает внимания прежде всего инфильтративно-язвенный кандидоз, весьма напоминающий хроническую глубокую пиодермию. Он характеризовался наличием на коже туловища и конечностей нечетко

ограниченных инфильтратов тестоватой консистенции, застойно-красного цвета с очагами размягчения, абсцедирования и язвами с неправильными, подрытыми, резко болезненными при пальпации краями и жидким серозно-гнойным отделяемым.

Большой Б., 39 лет, поступил с жалобами на болезненные узлы в области плечевых суставов. Впервые подобные образования на коже появились в мае 1968 года. Поскольку местная терапия не давала эффекта, узлы были удалены хирургически. Ремиссия длилась 3 года. В июне 1971 года возник рецидив.

При осмотре больного в области плечевых суставов обнаружены 3 узла плотно-эластической консистенции, размером 2—4 см в диаметре. Кожа над ними синюшно-красного цвета, при пальпации — болезненность. Через несколько дней узлы размягчились, в центральной их части сформировались абсцессы с довольно выраженной флюктуацией. Два из них вскрылись с выделением обильного количества гнойно-кровянистой жидкости. На их месте образовались язвы с ровными слегка подрытыми краями и довольно выраженной инфильтрацией. Дно язв было бугристым, бледно-розового цвета, покрытое по периферии гнойным налетом.

При бактериологическом исследовании отделяемого язв, а также пунктата из закрытого абсцесса получены культуры *Candida Crusei* и непатогенного стафилококка. Кожно-аллергические тесты и серологические реакции с кандида-антигеном и стафилококковой вакциной оказались положительными. Титр комплемента — 0,06. Изменений со стороны белковых фракций крови не обнаружено, СРБ — отрицательный, сиаловая проба — 0,190 ЕД, лента Вельтмана — 5-я пробирка, тимоловая проба — 10 ЕД.

Лечение больного препаратами йода, витаминами и уротропином обусловило полное разрешение клинических проявлений заболевания.

Редкой клинической разновидностью кандидоза кожи является язвенная форма (А. П. Базыка, Л. С. Богза, 1971), наблюдающаяся, как правило, у истощенных, ослабленных людей. Очаги поражения локализуются обычно у естественных отверстий, где появляются резко болезненные язвы с глубокой подрытостью, нависающими краями. Дно их неровное, покрыто серо-грязным налетом или гноем. Отмечается резкий неприятный запах. Поражение часто захватывает переходные складки и видимые слизистые.

Больная С., 66 лет, резко ослабленная, сниженного питания. В области верхней губы и носа, гениталий и межъягодичной складки имеются различные по величине (от 1×2,5 до 6×8 см) и конфигурации язвы с неровными подрытыми краями, розово-красным зернистым дном, мягким основанием, со скудным серозно-гнойным отделяемым. На слизистой рта и гениталий обширные серовато-белого цвета налеты. В соскобах со слизистой рта и гениталий, отделяемого эрозий и язв, в кале и моче, взятой стерильным катетером, постоянно изолировали культуры дрожжеподобных грибов *S. albicans*, *S. guilliermondii*, а также негемолитический, плазмо-коагулирующий стафилококк и вульгарный протей. Результаты исследований на туберкулезную и дифтерийную палочки, а также на акантолитические и атипичные клетки оказались отрицательными. Отмечены положительные замедленные кожные реакции на кандида-антиген, а также реакция связывания комплемента.

Своеобразной клинической формой является хронический кандидоз по типу подрывающего фолликулита и перифолликулита

затылка. Заболевание характеризуется развитием в области затылка множества фолликулитов с выраженной инфильтрацией кожи, образованием язв и последующим формированием атрофического рубца.

У больного К., 56 лет, 8 лет тому назад в области затылка появились гнойнички. Лечился амбулаторно антибиотиками, стафилококковой вакциной, витаминами, что приносило временный терапевтический эффект. В последнее время прием антибиотиков обуславливал обострение заболевания — появление свежих гнойничков. При поступлении у больного на коже затылка располагался очаг поражения размером  $5 \times 15$  см с нечеткими фестончатыми краями. Кожа в очаге инфильтрирована, синюшно-красного цвета, с множеством пустул, связанных с волосными фолликулами. Местами язвы размером  $0,5 \times 0,5$  см с подрытыми и инфильтрированными краями и дном, покрытым гнойно-кровянистой коркой. Вокруг язв участки рубцовой атрофии. При пальпации очага больной ощущал болезненность. При неоднократных бактериологических исследованиях гноя из очага поражения неизменно выделялась культура *S. albicans*.

Реакции кожи на кандиды-антиген и серологические реакции (РСК и РПГА) были положительны в высоких титрах.

При патогистологическом исследовании кожи, биопсированной из очагов поражения наблюдавшихся нами больных, в эпидермисе отмечен умеренный акантоз, гиперкератоз, местами паракератоз. В шиповатом слое — очаги внутриклеточного отека, внутриэпидермальные абсцессы. В дерме имелись густые диффузные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов, нейтрофилов, гистиоцитов, фибробластов, эозинофилов, плазматических, эпителиоидных и единичных гигантских клеток инородных тел. Сосуды резко расширены, эндотелий набухший, стенки их утолщены, гомогенизированы, инфильтрированы гистиоцитами и нейтрофилами. В стенках сосудов обнаружено повышенное количество нейтральных мукополисахаридов. Коллагеновые волокна отечны и фрагментированы, с большим содержанием нейтральных мукополисахаридов. Эластическая сеть дермы резко фрагментирована, сгущена, местами разрушена; аргирофильная — в состоянии значительного разрастания и огрубения волокон. Элементы дрожжеподобных грибов в пораженной ткани ни разу не обнаружили.

При бактериологическом исследовании отделяемого язв и пунктата закрытых очагов обычно изолировали *S. albicans*, *S. Krusei*, *S. guilliermondii*. Сопутствующая микрофлора была представлена патогенным или непатогенным стафилококком, вульгарным протеем. Все больные глубокими кандидозами кожи реагировали положительными немедленными и замедленными реакциями на такие разведения кандиды-антигена, на которые не отвечали здоровые лица контрольной группы. У большинства больных отмечены положительные реакции связывания комплемента и пассивной гемагглютинации на кандиды-антиген. Выра-

женные иммунологические реакции наблюдались и на стафилококковую вакцину, что свидетельствует об одновременной сенсибилизации к пиококкам, изолируемым из очагов вместе с дрожжеподобными грибами. Смешанные инфекции, по-видимому, обуславливают в известной мере своеобразие клинических проявлений необычных форм кандидоза.

При изучении функционального состояния нервной системы у наблюдавшихся больных выявлены резкое угнетение возбудимости кожного анализатора, снижение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, а также превалирование процессов торможения в высших отделах нервной системы. Это проявлялось резким снижением показателей электросопротивления кожи, повышением порога тепловой и болевой чувствительности кожи с увеличением 2-го диапазона функции и выраженным нарушением терморегуляционного рефлекса.

При изучении белковых фракций сыворотки крови наблюдалось уменьшение количества альбуминов и повышение уровня глобулиновых фракций. Отмечено изменение порога коагуляции белков (лента Вельтмана), увеличение количества  $\beta$ -липопротеидов, наличие С-реактивного белка и выраженное нарушение углеводного обмена при нагрузке глюкозой. Обнаруженные изменения обменных процессов на фоне угнетения трофических влияний нервной системы, мы полагаем, служат благоприятным фоном для возникновения хронического глубокого кандидозного поражения кожи с упорным и часто обостряющимся течением.

Проведенные исследования свидетельствуют о необычных клинических проявлениях глубоких кандидозов, имитирующих хроническую пиодермию, абсцессы, подрывающий фолликулит. Мало специфическими оказались у больных патогистологические данные. Обнаруженные в очагах поражения дрожжеподобные грибы рода кандиды, а также стафилококки вызывали изменение реактивности, что свидетельствует об определенном значении микробных ассоциаций в развитии столь своеобразных форм кандидозов. Изменение метаболических процессов в организме на фоне снижения трофических влияний нервной системы, по-видимому, благоприятствует возникновению хронического глубокого гнойного поражения кожи, что, по всей вероятности, и служит причиной торпидного течения заболевания и резистентности к проводимой терапии.

Веременко И. Н. Реакция бласттрансформации лимфоцитов при актинномикозе	125
У Логунов В. П., Федотов В. П., Лесницкий А. И. Необычные кандидозы кожи	127
Миленина Е. В. Экспериментальный хромомикоз	131
Фришман М. П., Дунаева Г. А., Брон Б. З., Наконечная З. С., Никольская Е. П., Тацкая Л. С., Дунаевская В. О., Мадиевская Н. Н., Мещанинова Е. А. Непрерывное лечение больных заразными формами сифилиса водорастворимыми и дюрантными препаратами пенициллина	134
Нестеренко Г. Б., Родь О. И., Башмаков Г. В., Плоская Л. М., Садовая Н. И., Ободан С. С. Лечение сифилиса курсовым методом	139
Фришман М. П., Манойленко С. М., Мельниченко А. И., Казановский А. М., Кустов К. П., Родь О. И., Попушой Ю. В., Поляков Б. В. Лечение больных заразными формами сифилиса, госпитализированных в закрытые стационары, по схемам Харьковского НИИ дерматологии и венерологии	142
Никольская Е. П., Стефани Д. В., Дунаевская В. О., Тацкая Л. С., Константинова В. М. Иммуноглобулины у больных сифилисом	146
Кислякова Л. Н., Козин С. Л., Путевская Т. И. Биологические свойства гонококков, выделенных при различных клинических формах гонорее	149
Кузнецов И. Д., Головчан В. К. Иммунологические реакции при гонорее	151
Мавров И. И. Морфологические и гистохимические изменения уретры и предстательной железы у больных перенесших гонорею	153
Мавров И. И. Поражение уретры у мужчин бактериями группы <i>Proteus-Providencia</i>	156
Рефераты	159