

616.5/04
836

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

*Республиканский
междуведомственный
сборник*

238/68 ✓

80 2

Выпуск 12



Київський
медінститут
БІБЛІОТЕКА

УДК 616.5/04
616.5/04
616.5/04

617.8
Д.36

В сборнике научных работ освещены вопросы организации, клиники и лечения венерических и заразных кожных болезней, а также распространенных тяжелых дерматозов.

В исследованиях использованы современные физиологические, биохимические, иммунологические, серологические, гистохимические методы и электронная микроскопия.

Сборник рассчитан на дермато-венерологов и организаторов здравоохранения.

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

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

Рецензент докт. мед. наук *О. П. Комов.*

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

Республиканский междуведомственный сборник

Выпуск 12

Издается с 1965 года

Редактор В. К. Кулева. Оформление художника Г. И. Головченко. Художественный редактор Н. А. Сердюкова. Технический редактор Л. А. Запольская. Корректоры Т. Я. Рогачевская, Т. И. Борисова.

Информ. бланк № 649

БФ08829. Заказ 7192. Сдано в набор 28/XII 1976 г. Подписано к печати 6/VII 1977 г. Формат 60X84^{1/8}. Уч.-изд. л. 8,57. Физ. печ. л. 7,5. Усл. печ. л. 6,98. Бумага тип. № 2. Тираж 1000. Цена 1 руб. 30 коп.

Издательство «Здоров'я», г. Киев, ул. Кирова, 7, тел. 93-55-34.

4-я военная типография.

51800—113
М209(04)—77

© Издательство «Здоров'я», 1977

женный акантоз с неравномерной пролиферацией эпителиальных отростков, в отдельных случаях отмечено глубокое проникновение их в ткань дермы. Клетки эпителия часто находятся в состоянии вакуольной дегенерации. В центре опухолевых масс в отдельных препаратах определялись кистозные полости, дерма по периферии опухоли была в состоянии выраженного склероза, коллагеновые волокна отечны, гомогенизированы; сосуды с утолщенными стенками, набухшим эпителием. Воспалительный инфильтрат по периферии опухоли негустой, лимфо-плазмоцитарный.

При гистологическом исследовании удалось установить, что на фоне хронического рентгенодерматита развиваются плоскоклеточные раки и базальноклеточные эпителиомы. Размер опухоли и форма не всегда дают возможность клинически определить характер опухолевого роста. Чаще озлокачествление наблюдается на фоне хронического склерозирующего рентгенодерматита. И плоскоклеточные раки, и базальноклеточные эпителиомы, развивающиеся на фоне хронического рентгенодерматита, как правило, имеют склерозирующий характер (склеротические проявления определяются клинически и гистологически).

НЕКОТОРЫЕ КЛЕТОЧНЫЕ И ГУМОРАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ РУБРОМИКОЗЕ

А. П. Базыка, В. П. Федотов. Запорожский медицинский институт

Наблюдали 195 больных (мужчин — 101, женщин — 94) в возрасте от 11 до 67 лет. Везикулезно-экссудативные формы микоза были у 69 больных, сквамозные с поражением только стоп, а также и ладоней, голеней, шеи, больших кожных складок — у 126, сквамозный микоз кожи и онихомикоз стоп и кистей — у 107 больных.

Клеточные реакции изучали с помощью реакции торможения миграции лейкоцитов, бластной трансформации лимфоцитов, уровня плазмочитов в крови и кожно-аллергических проб. Гуморальные факторы микотической аллергии определяли с помощью пробы Прауснитца—Кюстнера, теста Шелли, показателя повреждения нейтрофилов, волдырных реакций кожи, реакций связывания компонента и пассивной гемагглютинации. В качестве антигена использовали полисахаридные и белковые извлечения из культур *Trichophyton gubgum* по методу Н. П. Елинова.

Реакцию торможения миграции лейкоцитов исследовали у 59 больных рубромикозом. Из них у 42 был выявлен фактор, ингибирующий миграцию лейкоцитов при воздействии видоспецифическим полисахаридным антигеном в концентрации 0,1 мг. При

воздействии тем же антигеном, но в меньших концентрациях торможение миграции наблюдалось значительно реже, а при дозе 0,0001 мг — лишь у 13 больных. Таким образом, при ослаблении антигенного раздражения клеток уменьшалось соответственно и количество выделяемого медиатора, тормозящего миграцию лейкоцитов. Наиболее выраженные реакции торможения наблюдались у больных распространенным многоочаговым микозом и в значительно меньшей степени — при везикулезно-экссудативном микозе стоп.

Об уровне бластогенного фактора судили на основании изучения реакции бластной трансформации лимфоцитов, которая оказалась положительной на антиген *Trichophyton gibbum* (более 2,4% бласт-клеток) у 53 из 102 больных. У 20 здоровых лиц контрольной группы бластообразование на аналогичное разведение антигена не превышало 2,4%. Бластогенный фактор определялся чаще и был более высоким у больных везикулезно-экссудативным и распространенным сквамозным микозом стоп.

Количество плазмочитов — антителопродуцирующих клеток не превышало 4 на 2000 лейкоцитов у здоровых лиц. В то же время у 59 из 102 больных увеличилось их число. Это были главным образом больные везикулезно-экссудативным и генерализованным сквамозным микозом стоп с множественным онихомикозом.

Увеличение количества плазмочитов в сенсibilизированном организме, по-видимому, свидетельствует о достаточном уровне антигена в крови, который, раздражая β -лимфоциты, превращает их в антителопродуцирующие клетки.

Замедленные кожно-аллергические реакции на внутрикожную инъекцию 0,1 мл полисахаридного антигена в концентрации 1:1000 наблюдались у 157 из 195 (80,1%) больных. Наиболее интенсивные папулезные реакции отмечены у больных везикулезно-экссудативным микозом с миксидами.

Пассивный перенос аллергических реакций немедленного типа к патогенным грибам по Прауснитцу—Кюстнеру был осуществлен у 78 из 102 больных. В 31 случае в местах пассивной сенсibilизации кожи реципиента после инъекции 0,05 мл антигена развились крупные волдыри с псевдоподиями.

Реагины, ответственные за реакцию пассивного переноса, выявлялись тем чаще, чем более продолжительным было заболевание. В большинстве наблюдений, особенно при длительности заболевания свыше 5 лет, тест Прауснитца—Кюстнера сочетался с волдырными реакциями кожи, что может свидетельствовать об общности антител, выявляемых с помощью этих реакций.

Немедленные реакции кожи на инъекцию специфического антигена были положительными у 111 из 195 больных. Волдыри не

менее 1 см в диаметре отмечались главным образом при распространенном сквамозном микозе и множественном онихомикозе. Они регистрировались при длительности заболевания свыше 5 лет чаще, чем в более раннем периоде заболевания ($\chi^2=3,99$; $P<0,05$).

Непрямой тест дегрануляции базофильных лейкоцитов по Шелли был положительным у 71 из 102 больных преимущественно генерализованным сквамозным и экссудативным микозом стоп. Дегрануляция базофилов была выявлена у 62 из 74 больных с положительными немедленными реакциями и только у 9 из 28 с отрицательными ($P<0,001$).

Повреждение нейтрофилов в результате реакции антиген—антигено отмечено у 67 больных. У здоровых же лиц показатель повреждения нейтрофилов не превышал 0,1. Повреждающий эффект был более наглядным у больных с распространенным сквамозным микозом.

Реакция пассивной гемагглютинации была положительной у 44 из 102 исследованных больных, реакция фиксации комплемента — у 91 из 195. Обе реакции были более интенсивны при обширных многоочаговых формах микоза.

Итак, у больных микозом стоп наблюдаются выраженные количественные и качественные изменения гуморальных и клеточных специфических иммунологических реакций. Сенсibilизация организма *Trichophyton rubrum* способствует увеличению количества плазматических клеток, трансформации лимфоцитов в «бласты» и выделению ими ингибирующего фактора при контакте с антигеном, появлению замедленных реакций кожи. Все это позволяет судить об участии этих клеток в развитии микотической сенсibilизации, поскольку на этих элементах крови фиксированы антигены, ответственные за возникновение замедленной аллергии.

В то же время с помощью пробы Прауснитца—Кюстнера, теста Шелли, ППН и кожно-аллергических проб показано наличие регионов, продуцируемых организмом при воздействии антигеном. Специфическая цитотоксичность регионов проявлялась дегрануляцией базофилов и альтерацией нейтрофилов в присутствии антигена *in vitro*. Наличие гуморальных сдвигов подтверждалось положительными реакциями пассивной гемагглютинации и связывания комплемента.

Мы полагаем, что сложные иммунологические сдвиги в организме больных рубромикозом играют определенную роль в клиническом полиморфизме этой инфекции, течении, резистентности к терапии и частоте рецидивов.

Проскурина В. С., Шахова Ф. Б. Некоторые данные об иммунном статусе больных ретикулобластоматозами кожи	46
Задорожный Б. А., Кутасевич Я. Ф. О патогенезе криогенного повреждения	48
Базыка А. П., Каптых Р. Ф., Козленко В. В. Содержание витамина С в крови при профессиональной ангиодермопатии	51
Шахова Ф. Б., Проскурина В. С., Стефановская Л. П., Картавина Н. В. Некоторые особенности эпителиом, возникающих на фоне хронического рентгендерматита	53
Базыка А. П., Федотов В. П. Некоторые клеточные и гуморальные реакции при рубромикозе	55
Логунов В. П. Функциональная активность нервной и сосудистой систем на антигенное раздражение у больных микробной экземой	58
Касько Ю. С., Трутяк Л. Н. Иммунологическая реактивность больных дерматомикозами и пиодермией в процессе лечения декаметоксикном	60
Юцковский А. Д. Аллергия к пенициллину и сенсибилизация к грибам	63
Федотов В. П., Никифоров Ю. Ф. Пассивный перенос специфических аллергических реакций немедленного типа при трихофитии стоп	65
Мануйлова Л. А., Юцковский А. Д. Оптимальные дозы гризеофульвина при терапии больных микроспорией	67
Захарова Т. И., Богданова Н. Т., Юхновская Г. Н., Бондаренко О. Н., Любецкая Р. Я. Нибитон в лечении рубромикоза и микроспории	71
Литература	73

Венерические болезни

Когон Г. Х., Родь О. И., Давыдов Е. А., Прохоренко М. И., Башмаков Г. В. Клиническая характеристика и причины поздней диагностики рецидивных форм сифилиса	79
Михайлик А. А. Некоторые особенности течения венерических болезней у алкоголиков и туземцев	81
Лесницкий А. И., Логунов В. П. Ампициллин в терапии больных заразными формами сифилиса	84
Фришман М. П., Наконечная З. С., Никольская Е. П., Тацкая Л. С. Динамика серологических реакций крови у больных заразными формами сифилиса, леченных пенициллином по непрерывной методике	86
Сметанин Ю. В., Дунаевская В. О. Сравнительное изучение иммунофлуоресцентной и обычной темнопольной методик обнаружения бледных трепонем в крови	88
Дубовый М. И. Выявление бледных трепонем в спинномозговой жидкости при сифилисе	90
Звягинцева Л. Е. Реакция лейкоцитоллиза у больных сифилисом	92
Сметанин Ю. В., Дунаевская В. О., Тацкая Л. С. Продолжительность сохранения вирулентности бледных трепонем в донорской крови, консервированной гемоконсервантом ЦОЛИПК 76	94
Дунаева Г. А. Вибрационная чувствительность у больных заразными формами сифилиса по данным пороговых величин	97
Козин С. Л., Коротеев В. А. Лечение канамицином мужчин, больных свежими формами гонорей	100
Братусь Ф. Ф., Мельниченко А. И., Кунина Е. М. Лечение трихомонадом женщин, больных трихомониазом	101
Соболевский А. И., Турбаевский В. И. Лечение остроконечных кондилом 2,5% 5-фторурациловой мазью	103
Литература	105