

616.5/04  
836

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

# ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

*Республиканский  
междуведомственный  
сборник*

238/68 ✓

80 2

Выпуск 12



Київський  
медіцинський  
ІНСТИТУТ  
БІБЛІОТЕКА

УДК 616.5/04  
616.5/04  
836

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<sup>1/8</sup>. 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

лений заболевания и перенос оказался возможным у больных как экссудативными, так и сквамозными формами трихофитии стоп, независимо от распространенности кожного процесса.

При сравнении интенсивности теста Прауснитца—Кюстнера и продолжительности микоза оказалось, что из 42 больных с длительностью кожного процесса более 5 лет реакция была положительной у 40, а из 68 больных, болевших менее 5 лет,— лишь у 49 ( $\chi^2=8,41$ ;  $P<0,01$ ). Таким образом, чем дольше длилось заболевание, тем большее количество реактивов накапливалось в организме. Это согласуется с мнением о том, что немедленный тип аллергии развивается вслед за замедленным и характеризуется появлением циркулирующих аллергических антител лишь после продолжительного антигенного раздражения организма.

Итак, проведенные нами исследования показали возможность переноса аллергических реакций немедленного типа против антигенов грибов, возбудителей заболевания, у большинства больных трихофитией стоп. Высокая частота пробы Прауснитца—Кюстнера, зависимость ее от длительности заболевания подтверждают мнение других исследователей [7, 55] о наличии специфических реактивов в сыворотке крови больных трихофитией стоп.

#### ОПТИМАЛЬНЫЕ ДОЗЫ ГРИЗЕОФУЛЬВИНА ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ<sup>1</sup>

*Л. А. Мануйлова, А. Д. Юцковский.* Запорожский медицинский институт

Лечить больных микроспорией нелегко. В период лечения заболевшие по эпидемиологическим показаниям на многие недели отрываются от повседневных занятий, а прием гризеофульвина далеко не всегда дает желаемый эффект. Согласно официальной инструкции ЦКВИ, гризеофульвин назначают по 22 мг/кг ежедневно до получения первого отрицательного анализа волос и чешуек на грибы, а затем через день до 2—4 отрицательных анализов, которые делают раз в 5—7 дней. Потом еще 2 нед дают этот препарат во избежание рецидива заболевания. Однако после 1-го отрицательного анализа, при 2-м или 3-м исследовании волос из очагов поражения нередко вновь обнаруживают элементы гриба и единичные люминесцирующие волосы [82] и поэтому период лечения в отдельных случаях очень затягивается [10, 105].

<sup>1</sup> Редколлегия сборника не разделяет мнение авторов о целесообразности применения таких высоких доз гризеофульвина при терапии больных микроспорией и о бесполезности местной терапии.

Чтобы повысить результативность лечения больных микроспорией, мы назначали гризеофульвин в повышенных суточных и курсовых дозах по 2 схемам. При первой назначали гризеофульвин-форте из расчета 22 мг/кг в сутки ежедневно в течение всего курса лечения до получения 3 отрицательных анализов. Первое исследование проводили через 3 нед после начала приема препарата и затем через каждые 5—7 дней. По второй схеме гризеофульвин вводили по 35 мг/кг тоже ежедневно до получения 3 отрицательных анализов на грибы. Суточную дозу антибиотика распределяли на 3 приема: после завтрака, обеда и ужина. Препарат принимали после еды, запивая растительным маслом, чтобы улучшить всасывание его из желудочно-кишечного тракта [100]. Одновременно назначали фитин или фосфрен, поливитамины, гематоген, рыбий жир. Волосы сбривали каждые 7—10 дней. Голову мыли теплой водой с мылом ежедневно. Местного лечения не проводили. Контрольные исследования мочи и крови производили раз в 10 дней. Общекурсовая доза гризеофульвина, назначенного по первой схеме, колебалась от 18,4 до 26,5 г, по второй — от 23,4 до 31,4 г.

Мы наблюдали 275 детей, больных микроспорией. Диагноз был подтвержден микроскопически и у значительной части детей также получили культуру *M. canis*. В возрасте до 5 лет было 72 больных, от 6 до 10 лет — 155, от 11 до 16 лет — 48; мальчиков 170, девочек 105.

Длительность заболевания до 1 нед отмечена у 106 больных, от 1 до 3 нед — у 116, от 4 до 8 нед — у 47, 3 мес — у 5 и 4 мес — у 1 больного. Большинство детей перенесли корь, ветряную оспу, эпидемический паротит; у 16 детей была болезнь Боткина более 2 лет назад.

Общее состояние детей было удовлетворительным. Большинство из них имели правильное телосложение и хорошую упитанность. Однако у 9 отмечено пониженное питание, у 6 отставание в умственном развитии, у 44 выявлен энтеробиоз. Волосистая кожа головы была поражена у 191 больного, волосистая часть головы и гладкая кожа — у 46 и только гладкая кожа — у 38 детей.

В области волосистой части головы у 127 больных наблюдалось по 1 очагу поражения, у 52 — от 2 до 6 очагов и у 12 — более 7 очагов. Микроспория гладкой кожи у всех больных характеризовалась множественными очагами размером от 0,5 до 3—5 см в диаметре, в пределах которых постоянно обнаруживали пораженные пушковые волосы. Пораженная кожа волосистой части головы у 137 больных была слегка уплотнена, розово-красного цвета, а у 17 неуплотнена, бледно-розовая. Шелушение у большинства больных было довольно выраженным, а у 87 незначитель-

ным и напоминало фолликулярный кератоз. Выраженная эритема, отечность кожи в очагах отмечены у 21 больного, лечившегося дома раздражающими мазями. Под люминесцентной лампой у всех больных отмечено типичное зеленоватое свечение пораженных волос.

При локализации очагов микроспории в теменно-затылочной и височно-затылочной частях головы пальпировались увеличенные шейные и околоушные лимфатические узлы диаметром 0,8—1,0 см плотной консистенции, безболезненные. В процессе лечения по мере стихания воспалительных явлений в очагах микроспории лимфатические узлы уменьшались до обычного размера.

Гризеофульвин принимали по первой схеме 102 больных (I группа), по второй 173 (II группа). Начиная с 20-го дня лечения, у большинства больных I группы в очагах на волосистой части головы заметно уменьшались гиперемия, уплотнение кожи и шелушение. К этому времени начинали отрастать здоровые на вид волосы. После 15—20 дней постепенно исчезало свечение их под лампой Вуда. Полный регресс клинических проявлений микоза в этой группе отмечали в среднем на 25-й день от начала лечения. Во II группе клинические проявления микоза у большинства больных начинали исчезать на 15-й день лечения и полностью регрессировали в среднем на 22-й день. В очагах на гладкой коже уменьшились и исчезли гиперемия, шелушение у большинства больных обеих групп почти в равные сроки — с 14-го по 20-й день.

Продолжительность лечения зависела от сроков получения отрицательных результатов микроскопических исследований. Первым отрицательным анализом условно считали то исследование, после которого в дальнейшем не обнаруживали грибы.

У 73 больных I группы была поражена волосистая часть головы. Из них первый отрицательный анализ у 14 (19%) человек получили на 21-й день лечения, у 6 (8,2%) — на 28-й, у 14 (19,1%) — на 30-й день, у 39 (53,5%) — на 32-й день. Во II группе поражение волосистой части головы наблюдалось у 164 больных. Из них у 39 (23,7%) человек первый отрицательный анализ получен на 21-й день, у 51 (31,3%) — на 28-й и у 17 (56,1%) — на 30-й день. Таким образом, при приеме более высоких суточных доз гризеофульвина грибы исчезали быстрее.

В среднем в I группе первый отрицательный анализ был получен на 28-й день, а общая продолжительность лечения составила 41 день, тогда как во II группе — соответственно на 26-й и 40-й день. Для сравнения следует отметить, что при назначении гризеофульвина по схемам ЦКВИ средняя продолжительность лечения больных микроспорией составила 56 дней, а при приеме этого

препарата по 30—40 мг/кг — 44,7 дня [86]. Отдельные авторы [23] отметили излечение больных микроспорией волосистой кожи головы в среднем на 51-й день при назначении гризеофульвина-форте по 22 мг/кг и исчезновение грибов на 35—45-й день лечения [85] и на 30—32-й день [46]. Некоторые исследователи [103] сообщают о более ранних сроках исчезновения грибов и меньшей продолжительности лечения [90]. Таким образом, при микроспории волосистой части головы целесообразно вводить гризеофульвин в суточных дозировках 35 мг/кг. Необходимо подчеркнуть, что наблюдавшиеся нами больные микроспорией волосистой части головы не получали местного противогрибкового лечения. Тем не менее грибы исчезали быстрее, а продолжительность лечения была короче, чем при комбинированном применении гризеофульвина и местных антипаразитарных средств [10, 68, 85]. Поэтому мы полностью присоединяемся к мнению тех авторов [8], которые говорят о бесполезности применения различного рода серных, дегтярных, салициловых мазей, так как они лишь затрудняют лабораторный контроль за эффективностью гризеофульвинотерапии.

В случаях микроспории гладкой кожи первый отрицательный анализ у больных I группы был получен в среднем через 31,1 дня, а общая продолжительность лечения составила 41,8 дня. У больных же II группы — соответственно 23,3 и 33,3 дня. Таким образом, прием более высоких доз гризеофульвина давал положительный эффект быстрее как при микроспории волосистой части головы, так и при поражении гладкой кожи. Эффективность гризеофульвинотерапии у наблюдавшихся нами больных в значительной мере снижало сопутствующее заболевание — энтеробиоз. Он был выявлен у 20 больных I группы и у 24 — II. Продолжительность лечения больных с энтеробиозом в I группе составила в среднем 48 дней, а во II — 43 дня. По-видимому, энтеробиоз задерживает в какой-то мере всасывание гризеофульвина из желудочно-кишечного тракта.

Переносимость лечения гризеофульвином по обеим схемам была вполне удовлетворительной. Серьезных осложнений мы не наблюдали. Лишь у 2 больных, получавших гризеофульвин по 35 мг/кг, возникли крапивница и у 1 больного кореподобная сыпь, которые прошли через несколько дней после отмены препарата. При возобновлении приема гризеофульвина они не появлялись. Увеличенная СОЭ и лейкоцитоз (от 10 000 до 14 000) отмечены у 14 больных I группы (13,7%) и у 47 — II (27,1%). Эти изменения, по-видимому, были связаны с приемом гризеофульвина, так как не было сопутствующих заболеваний, которые могли бы их вызвать, а до лечения у всех этих больных СОЭ была от 2 до 8 мм в час, количество же лейкоцитов колебалось от 4000 до

8000. В процессе лечения у 3 из 102 больных I группы появился фурункулез, у 2 — импетиго обыкновенная, у 2 — ангина, у 24 — ОРЗ. Из 173 больных II группы у 3 появился фурункулез, у 2 — острый отит, у 1 — импетиго, у 12 — ОРЗ.

Итак, назначение гризеофульвина по 35 мг/кг ежедневно в течение всего периода лечения до получения 3 отрицательных анализов на грибы дает более благоприятные терапевтические результаты, чем прием гризеофульвина по 22 мг/кг, особенно при поражении гладкой кожи. Суточную дозу гризеофульвина из расчета 35 мг/кг мы считаем оптимальной, так как при этом более быстро регрессируют клинические проявления микроспории, скорее исчезают грибы и люминесценция пораженных волос, сокращается продолжительность лечения.

Сопутствующее заболевание желудочно-кишечного тракта — энтериобиоз снижает эффективность гризеофульвинотерапии больных микроспорией, что указывает на необходимость своевременной дегельминтизации.

#### НИБИТОН В ЛЕЧЕНИИ РУБРОМИКОЗА И МИКРОСПОРИИ

*Т. И. Захарова, Н. Т. Богданова, Г. Н. Юхновская, О. Н. Бондаренко,  
Р. Я. Любецкая. Харьковский НИИ дерматологии и венерологии*

В соответствии с решением фармакологического комитета Управления по внедрению новых лекарственных средств и медицинской техники МЗ СССР в клинике Харьковского НИИ дерматологии и венерологии испытывали нибитон, разработанный Куйбышевским медицинским институтом.

Нибитон вводили 21 больному рубромикозом, у которых был выделен *T. rubrum*, 19 больным микроспорией (возбудитель *M. canis*) и одному больному хромомикозом.

Среди больных рубромикозом было 14 женщин и 7 мужчин. Возрастной состав больных: 1 больная — 14 лет, 5 — 22—30 лет, 5 — 31—40 лет, 4 — 41—50 лет, 3 — 51—60 лет, 3 — 61—70 лет. Микозом стоп страдали 17 больных. Из них у 8 одновременно с кожей стоп были поражены кисти (у 2 левая и правая, у 1 левая, у 5 правая). Изолированное поражение правой кисти наблюдали у 2 больных. Генерализованной формой микоза с вовлечением в процесс кожи туловища, кистей и стоп, ногтей страдали 2 больных. У 14 больных из этой группы были поражены ногти стоп и кистей. Заболевание протекало остро по дисгидротическому типу у 4 больных. У остальных наблюдали гиперкератотическую форму

Проскурнина 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., Проскурнина 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 декаметоксидом	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 7 <sup>6</sup>	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