МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

616.5(061)

Д-36

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

Республиканский межведомственный сборник

ВЫПУСК II

3
ЗАПОРІЙСЬКИЙ
МЕДИЦИНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
БІБЛІОТЕКА

«Здоров'я», Киев — 1976

2245802
БІБЛІОТЕКА
ІНСТИТУТУ
ЕКСПЕРИМЕНТУ

2
8

9

В сборнике рассматриваются актуальные вопросы организации борьбы с венерическими и кожными болезнями, в частности диагностики, терапии и профилактики сифилиса и гонореи; обращается внимание на этиологию, патогенез, лечение таких распространенных заболеваний, как экзема, нейродерматозы, профессиональные дерматозы, дерматомикозы, пидермиты, псориаз, ретикулезы, коллагенозы, пузырчатка.

Рассчитан на научных работников и практических врачей: дермато-венерологов, акушеров-гинекологов, инфекционистов, эпидемиологов, хирургов, профпатологов, участковых врачей, а также организаторов здравоохранения.

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

М. В. Борзов, А. Я. Бранловский (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, А. К. Щербакова.

не обнаружены. Общий анализ мочи: патологических изменений не найдено. Серологические реакции крови на сифилис отрицательные.

Девочке назначено общеукрепляющее лечение, индифферентные мази.

Таким образом, в данном наблюдении имеются такие характерные признаки, как стойкая телеангиэктатическая эритема лица, повышенная чувствительность к солнечному свету и, особенно, задержка роста, что позволяет диагностировать синдром Блума.

ПЛАЗМОЦИТЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ТРИХОФИТИЕЙ СТОП

В. П. Федотов, Р. П. Коншина. Запорожский
медицинский институт

При изучении иммуноаллергических реакций у больных трихофитией стоп мы обнаружили плазмоциты, которые, по данным К. А. Лебедева (1971), К. Ф. Дуброва (1972), Б. А. Брондз (1973) и других авторов, являются иммунокомпетентными клетками крови, ответственными за синтез антител.

Подсчет количества плазмоцитов проводили в периферической крови методом лейкоконцентрата (Н. Т. Фокина и соавт., 1964; В. Р. Левин, 1969). 10 мл крови тщательно смешивали с 3% раствором желатина, после чего верхний слой плазмы отсасывали и центрифугировали при 1000 об/мин в течение 10 мин. Надосадочную жидкость смешивали со средой 199 и вносили в пробирку с осадком лейкоцитов. После полуторачасового пребывания в термостате центрифугированием отделяли осадок, из которого готовили мазки. Последние окрашивали по Романовскому — Гимзе с предварительной фиксацией по Маю — Грюнвальду и исследовали с помощью иммерсионного объектива микроскопа. Мазок почти полностью состоял из лейкоцитов. Плазмоциты представляли собой мононуклеарные клетки с интенсивно синей вакуолизированной цитоплазмой и светлой зоной вокруг ядра. Синий цвет цитоплазмы связан с большим количеством РНК. Эта клетка в 2—2,5 раза больше, чем лимфоцит, имеет крупное центральное или эксцентрично расположенное ядро, хроматин которого собран в крупные глыбки. Ядро плазмоцитов как бы напоминает колесо по чередованию темных и светлых полос и содержит ядрышко (А. Н. Крюков, 1920; Z. Garnuszewski, В. Nathman, 1959, и др.). Подсчитывали абсолютное количество плазмоцитов на 2000 клеток белой крови.

Обследовали 81 больного трихофитией стоп, обусловленной красным трихофитом (мужчин 45, женщин 36). В возрасте от 14 до 30 лет было 27 больных, старше 31 года — 54. Длительность заболевания от 6 месяцев до 4 лет была у 48 больных, от 5 до 10 лет и более — у 33. Дисгидротическая трихофития стоп диагностирована у 8, интертригинозная — у 6, экссудативный микоз стоп с микидами или экзематизацией — у 16, сквамозный микоз стоп — у 21, кистей и стоп — у 12, кистей, стоп и гладкой кожи

Количество плазмоцитов в крови больных трихофитией стоп

Группы обследованных	Количество обследованных	Абсолютное число плазмоцитов			
		0	1-4	5-9	более 9
Здоровые лица	20	6	11	2	1
Больные трихофитией стоп:					
сквамозной с одновременным поражением ногтевых пластинок	51	8	15	18	10
сквамозной без онихомикоза	8	2	4	2	—
дисгидротической и интертригинозной	9	—	3	—	6
экссудативной с миксидами или экзематизацией	13	7	5	—	1
Всего	81	17	27	20	17

в области бедер, паховых и межъягодичных складок — у 18. Онихомикоз наблюдался у 51 пациента.

Как видно из данных таблицы, количество плазмоцитов в крови большинства здоровых лиц не превышало 4, что соответствует данным Я. Я. Кальф-Калифа (1955), Н. А. Шмелева (1959), В. Р. Левина (1971) и других авторов. Уровень же плазмоцитов периферической крови почти у половины больных значительно превышал норму, достигая в отдельных случаях 16—18 (в среднем 8,4). Аналогичные результаты получены Т. В. Анкундиновой и соавт. (1972) при обследовании 5 больных эпидермофитией стоп. Интересно, что у больных экземой, невродермитом и дерматитом этот показатель мало отличался от нормы. Появление этих клеток в сенсibilизированном организме, по мнению О. П. Григорова (1963), Р. В. Петрова и соавт. (1971), И. Тодорова (1966), может свидетельствовать о достаточном уровне антигена в крови, который, многократно раздражая малые лимфоциты, превращает их в антителопродуцирующие клетки. Наиболее выраженное увеличение числа плазмоцитов было отмечено у больных дисгидротической и интертригинозной трихофитией стоп, что согласуется с мнением большинства исследователей о выраженных иммунологических сдвигах при этих экссудативных формах микоза (А. П. Базыка, 1964; Х. Д. Марьясис, 1965).

Более значительное накопление плазмоцитов в крови отмечено у больных сквамозным микозом кожи с одновременным поражением ногтевых пластинок в сравнении с другими формами трихофитии стоп, что подтверждено результатами статистической обработки ($\chi^2=5,29$; $P<0,05$). Выявлен параллелизм между коли-

чеством плазмоцитов и длительностью грибкового поражения кожи. Чем продолжительнее было заболевание, тем чаще отмечалось увеличение числа этих клеток. Так, из 33 больных с продолжительностью заболевания более 5 лет увеличение плазмоцитов было у 20, а из 48 больных с поражением кожи менее 5 лет — лишь у 17 ($\chi^2=4,84$; $P<0,05$). Наиболее интенсивная клеточная трансформация у больных с большой длительностью микоза, а также с одновременным поражением ногтей свидетельствует о максимальном антигенном раздражении β -лимфоцитов, которые в дальнейшем трансформируются в плазмоциты и участвуют в синтезе специфических иммуноглобулинов и, возможно, в формировании замедленного типа гиперчувствительности.

Неожиданным и пока неясным для нас остался факт почти полного отсутствия плазмоцитов у больных экссудативным микозом с микридами или экзематизацией, при которых отмечаются, как известно, наиболее выраженные кожно-аллергические и серологические специфические реакции. Можно предположить, что при этих формах микоза вследствие значительной напряженности аллергических реакций и сильного антигенного раздражения малых лимфоцитов наступает «иммунологический паралич». По-видимому, это ведет к истощению резервных возможностей клетки и она теряет способность трансформироваться в плазмоцит.

Полученные результаты свидетельствуют об участии плазмоцитов в клеточных реакциях при трихофитии стоп. Количество их зависит от клинических проявлений и длительности заболевания. Наиболее интенсивное плазмоцитообразование имеет место при экссудативной трихофитии и онихомикозах, особенно при большой продолжительности заболевания.

ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ

Т. И. Захарова, Г. Н. Юхновская, О. Н. Бондаренко.
Харьковский НИИ дерматологии и венерологии

Микроспория — один из наиболее распространенных дерматомикозов. Между тем именно при нем чаще всего наблюдается резистентность к гризеофульвину — единственному антибиотику, применяемому для лечения дерматомикозов. Причины этого явления окончательно не выяснены. А. П. Базыка (1964), Х. Д. Марьясис (1965), С. Лонгин, Т. Теодеску (1960) указывают на эффективность иммунологических методов лечения грибковых болезней, а результаты наших экспериментальных исследований (Т. И. Безнос, 1970) убеждают в перспективности дальнейших поисков в этом направлении. Последнее обуславливается также возмож-

СОДЕРЖАНИЕ

Кожные болезни

<i>Торсуев Н. А., Бухарович М. Н., Бухарович А. М.</i> Лечение пиококковых поражений кожи эритромициновой мазью, содержащей аминобензонит	3
<i>Пятикоп А. И., Солощенко Э. Н.</i> Состояние неспецифической иммунологической реактивности у больных аллергодерматозами	5
<i>Глухенький Б. Т.</i> Механизмы глюкокортикоидной недостаточности у больных экземой	8
<i>Гольдштейн Л. М., Ткач В. Е., Медвидь В. С., Томашиевский Д. И.</i> Состояние желудочной секреции, функции печени, кожного анализатора и некоторых видов обмена веществ у больных экземой и нейродермитом	11
<i>Логунов В. П., Базыка А. П., Федотов В. П., Лесницкий А. И.</i> Психотропные препараты в терапии больных зудящими дерматозами	15
<i>Скляров В. И.</i> Лечение больных экземой и нейродермитом житомирскими радоновыми минеральными водами	17
<i>Браиловский А. Я., Гольдштейн Л. М., Поэль Г. Я.</i> Функциональное состояние кожи у больных старческим зудом	18
<i>Триплицын В. Н., Гавриленко И. И.</i> Функциональное состояние центральных холинэргических образований при псориазе	21
<i>Нестеренко Г. Б., Грищенко Т. В.</i> Система ацетилхолин — холинэстераза у больных псориазом	23
<i>Беляев Г. М., Пятикоп А. И.</i> Эстрогено-андрогенная активность в динамике псориаза	25
<i>Дуденко Л. И.</i> Аллергическая реактивность у больных псориазом	29
<i>Сербин В. И.</i> Гистохимические изменения кожи больных псориазом после наружного применения флуоцинолон-ацетонида	32
<i>Нестеренко Г. Б., Диденко И. Г.</i> Проницаемость кровеносных сосудов у больных красной волчанкой	37
<i>Левковский Н. М., Желнова С. Я., Бордонос В. Г.</i> Морфология кожи морских свинок в экспериментальной модели, приближенной к хронической красной волчанке	39
<i>Проскурнина В. С., Шахова Ф. Б.</i> Цитология пунктатов и патоморфология подкожных лимфатических узлов у больных грибовидным микозом	42
<i>Геритенкерн В. Я.</i> Аллергическое состояние у больных лимфогранулематозом с преимущественным поражением кожи	45
<i>Гридасова В. Д.</i> Кислотно-щелочное равновесие и состояние капилляров кожи у больных угревой болезнью	47
<i>Калантаевская К. А.</i> Гистоморфология болезни Дарье	49
<i>Браиловский А. Я., Проскурнина В. С., Полячок М. Е.</i> К диагностике синдрома Блума	53
<i>Федотов В. П., Коншина Р. П.</i> Плазмоциты периферической крови у больных трихофитией стоп	55