

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
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^{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

ПАССИВНЫЙ ПЕРЕНОС СПЕЦИФИЧЕСКИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ПРИ ТРИХОФИТИИ СТОП

В. П. Федотов, Ю. Ф. Никифоров. Запорожский медицинский институт

Грибы рода *Trichophyton*, вызывающие микозы стоп, обуславливают изменение реактивности организма больного и развитие аллергических реакций смешанного типа: немедленно-замедленных [7, 49, 101]. Если замедленный тип аллергии при этих заболеваниях признан большинством исследователей как ведущий, то существование немедленных реакций отдельные авторы ставят под сомнение. Другие исследователи показали, что безусловным доказательством наличия аллергических реакций немедленного типа в сенсibilизированном организме является возможность пассивного переноса реагенов с помощью метода Прауснитца—Кюстнера [1, 35, 126].

Эту реакцию мы использовали у больных трихофитией стоп для демонстрации циркулирующих аллергических антител-реагинов против антигенов грибов, обусловивших заболевание.

Стерильную сыворотку крови больных микозами стоп, которые не болели сифилисом, болезнью Боткина, туберкулезом и т. д., вводили внутрикочно по 0,2 см³ в три точки сгибательной поверхности предплечья реципиента-добровольца. Реципиентами были женщины в возрасте преимущественно от 19 до 21 года, переболевшие чесоткой или обследуемые на гонорею. Состояние атопии у них исключали с помощью тщательно собранного анамнеза. Через 24 ч в те же участки кожи, в которые накануне была введена сыворотка больного, производили последовательные внутрикочные инъекции по 0,05 см³ белковых антигенов *Trichophyton rubrum* и *Trichophyton mentagrophyte* var. *interdigitale*, а также тестконтрольной жидкости с твином-80. Для контроля в кожу, куда предварительно не вводили сыворотки больного, инъецировали 0,05 см³ грибного аллергена. Учет пробы производили через 15—20 мин. Реакцию считали отрицательной, если волдырь не превышал 5 мм в диаметре, положительной — при возникновении волдыря от 5 до 10 мм, резко положительной — более 10 мм и особенно с появлением псевдоподий. Реакцию учитывали в том случае, если отсутствовал волдырь в местах контрольных инъекций антигена и тест-контрольной жидкости.

Под наблюдением было 110 больных трихофитией стоп, обусловленной *Trichophyton rubrum*. Мужчин 69, женщин 41; в возрасте от 14 до 30 лет было 40 больных, от 31 года и выше — 70. Длительность заболевания от 6 мес до 4 лет была у 68 больных, от 5 до 10 лет и более — у 42. Дисгидротическая трихофития стоп

Проба Прауснитца—Кюстнера у больных трихофитией стоп

Клинические формы трихофитии	Белковый антиген <i>Trichophyton rubrum</i>			Белковый антиген <i>Trichophyton mentagrophytes</i>		
	отрицательная	положительная	резко положительная	отрицательная	положительная	резко положительная
Везикулезно-экссудативная (n—22)	3	13	6	8	11	3
Везикулезно-экссудативная с микридами или экзематизацией (n—22)	6	14	2	10	11	1
Сквамозная стоп, онихомикоз (n—28)	7	14	7	11	16	1
Сквамозная кистей, стоп, голеней, лица, шеи, крупных кожных складок, онихомикоз (n—38)	5	22	11	16	15	7

диагностирована у 12 человек, интертригинозная — у 10, везикулезно-экссудативная с микридами или экзематизацией — у 22, сквамозная трихофития стоп — у 28, кистей и стоп — у 15, кистей, стоп, голеней, шеи, лица и крупных кожных складок — у 23 человек. Онихомикоз наблюдался у 63 обследованных (таблица).

Как видно из таблицы, пассивный перенос немедленной аллергии к *Trichophyton rubrum* удалось осуществить у 89 больных трихофитией стоп, а к *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale* — у 65. Если перенос аллергии к красному трихофитону не противоречил этиологии заболевания и соответствовал бактериологическим находкам в очагах микоза, то положительная проба к интердигитальному трихофитону, хотя и у меньшего числа обследованных, объясняется, по-видимому, возможностью перекрестных реакций вследствие общих антигенных детерминант у этих грибов [7, 16, 92].

Обращает на себя внимание значительное число больных с положительными результатами пробы, что несколько противоречит литературным данным о частоте аллергических реакций немедленного типа при микозах стоп. На наш взгляд, это можно объяснить использованием различных методов выявления немедленной аллергии. Так, другие исследователи изучали только кожно-аллергические пробы, реакции преципитации, связывания комплемента или пассивной гемагглютинации, которые лишь относительно характеризуют немедленный тип аллергии. Тест пассивного переноса Прауснитца—Кюстнера позволяет абсолютно точно оценить уровень специфических реагинов в сыворотке крови сенсibilизированного организма и говорить о наличии немедленного типа аллергии.

Частота положительных результатов пробы Прауснитца—Кюстнера статистически значимо не зависела от клинических прояв-

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 МИКРОСПОРИЕЙ¹

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 по 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].

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

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 ⁶	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