

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

616.5/061

Д 36

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

*Республиканский
межведомственный
сборник*

Выпуск 7

БИБЛИОТЕКА
УЧЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО
ЦЕНТРА
И. П. ПАВЛОВА

8

2

9

13

Н

ЗАПОРІЗЬКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
БІБЛІОТЕКА

«ЗДОРОВ'Я»

Киев — 1972

Сборник посвящен актуальным вопросам дерматологии и венерологии. В большинстве статей отражены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, терапии и профилактики некоторых болезней кожи (экзема, пиодермии, нейро-дерматозы, профессиональные дерматозы, псориаз, дерматомикозы, коллагенозы, ретикулезы и др.). В ряде статей освещаются вопросы организационно-методической работы. Помещены работы по актуальным вопросам сифилидологии и гонорологии.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Безнос Т. И., Браиловский А. Я. (отв. секретарь), *Глухенький Б. Т., Задорож-
ный Б. А.* (зам. отв. редактора), *Калантаевская К. А., Касько Ю. С.,
Козин С. Л., Нестеренко Г. Б., Потоцкий И. И., Пятикоп А. И.* (отв. редак-
тор), *Торсуев Н. А., Фришман М. П., Цераидис Г. С.*

5—3—13
113—72М

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

Республиканский йежведомственный сборник

Выпуск 7

Редактор издательства *Л. А. Фиалова*
Оформление художника *Г. И. Головченко*
Художественный редактор *М. Ф. Кормыло*
Технический редактор *В. М. Каминская*
Корректоры *Н. М. Радченко, В. Т. Коцица*

БФ10291. Заказ 3112. Сдано в набор 29/XI 1971 г. Подписано к печати 1/III 1972 г.
Формат 60×84¹/₁₆. Тираж 2000. Уч.-изд. л. 10,92. Физ. печ. л. 10,5. Усл. печ. л. 9,77,
Бумага типогр. № 1. Цена 1 р. 31 к.

Издательство «Здоров'я», г. Киев, ул. Кирова, 7.

4-я военная типография.

интимы и облитерации просветов. При исследовании кожи вблизи очагов поражения отмечено паретическое расширение кровеносных сосудов верхних и средних отделов дермы, просветы которых большей частью были заполнены кровью. В дерме — умеренный отек, эпидермис выглядел почти нормально.

С помощью теста Шелли выявлена повышенная чувствительность больной к норсульфазолу (50% дегранулированных базофилов). Реакция агломерации лейкоцитов (РАЛ) была положительна с пенициллином (11,5% агломерированных лейкоцитов на 1000 подсчитанных), с тетрациклином (12,7%) и норсульфазолом (15,0%). Специфическое подавление ретракции кровяного сгустка (СПРКС) указывало на сверхчувствительность к норсульфазолу (индекс ретракции 0,03) и к амидопирину (0,24). Тест лимфобластической трансформации (ТЛТ) был положительный с норсульфазолом (15% бластов на 500 подсчитанных клеток).

В процессе лечения (триамсинолон, глюконат кальция внутримышечно, димедрол, инсулин внутримышечно, местно — стерильное кукурузное масло с лавандой и раствор азотнокислого серебра) к 9/III 1970 г. температура больной нормализовалась, а 20/III 1970 г. началось обширное отторжение некротизированных участков. 24/III 1970 г. хирургическим путем были иссечены отвисающие участки некроза в области левой грудной железы. К 30/III 1970 г. отторжение некроза на всех очагах поражения завершилось, и началась эпителизация. Спустя 2,5 месяца пребывания в клинике больная была выписана в удовлетворительном состоянии.

При лабораторном исследовании в момент выписки продолжала регистрироваться сверхчувствительность ко многим препаратам, хотя последняя была и несколько снижена по сравнению с данными при поступлении: РАЛ с пенициллином — 7,9%, тетрациклином — 5,2, с норсульфазолом — 13,1%; СПРКС с норсульфазолом — 0,20, с амидопирином — 0,10; АГФ — 1:40, абсолютное число базофилов в периферической крови — 25,0.

Вышеприведенное наблюдение свидетельствует о возможности рецидива системного поражения сосудов в ответ на применение многих лекарств (поливалентная сенсibilизация), о длительности сохранения состояния сенсibilизации (в течение 10 лет), стойкости иммунологических сдвигов при токсидермиях, несмотря на улучшение клинического течения.

РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ВАСКУЛИТАМИ КОЖИ

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

Под наблюдением было 168 больных, из них 133 — хронической узловой эритемой (в том числе 22 подострым узловатым мигрирующим панникулитом) и 35 — геморрагическим васкулитом. Хроническая узловатая эритема встречалась преимущественно у женщин в возрасте от 20 до 50 лет, а геморрагический васкулит — у мужчин в возрасте до 50 лет.

Реактивность организма больных определяли на основании изучения анамнеза, сопутствующих заболеваний, исследования кожноаллергических проб и серологических реакций на пиококковые вакцины, морфологического и белкового состава крови, дифениламинной реакции (ДФА), С-реактивного белка (СРБ), гликемических кривых и экскреции нейтральных 17-кетостероидов (17-КС).

В прошлом 115 больных перенесли ангины, 37 — хронический аппендицит, 106 — другие пиококковые заболевания. У значительной части больных острые простудные заболевания (ангины, катары верхних дыхательных путей, пневмонии) непосредственно предшествовали аллергическим васкулитам кожи. Аллергические заболевания отмечены в анамнезе у 27 больных, туберкулез внутренних органов — у 10. Возникновению заболевания или его обострению у 93 больных предшествовало переохлаждение, у 12 — заболевание совпало с беременностью, у других — усиление высыпаний наблюдалось после физической нагрузки, психической травмы, приема алкоголя, облучения рентгеновыми лучами, взятия биопсии.

У 62 больных обнаружен хронический тонзиллит, у 69 — периодонтит, у 37 — сальпингоофорит, пневмония, гайморит, угри и другие пиококковые заболевания. Аллергические заболевания отмечены у 14 больных, микозы стоп — у 5. У $1/4$ больных выявлены признаки, свидетельствующие о нарушении функции эндокринных органов (ожирение, дисменоррея, тиреотоксикоз, половая слабость).

При внутрикожном введении 0,1 мл стафилококковой вакцины густотой 100 млн. микробных тел в 1 мл, на которую не реагировали здоровые люди контрольной группы, положительные немедленные реакции отмечены у 31 из 122 больных хронической узловой эритемой и у 10 из 21 больного геморрагическим васкулитом. Положительные реакции замедленного типа выявлены соответственно у 107 и 11 больных. На введение стрептококковой вакцины той же густоты положительные немедленные реакции наблюдали у 11 больных хронической узловой эритемой и 8 — геморрагическим васкулитом, а замедленные — соответственно у 86 и 7.

Реакция пассивной геагглютинации (РПГА) на стафилококковую вакцину была положительной в разведении 1 : 10 у 88 из 123 больных хронической узловой эритемой и у 15 из 30 — геморрагическим васкулитом. Положительные РПГА на стрептококковую вакцину отмечены соответственно у 76 и 12 больных. Реакция связывания комплемента (РСК) на стафилококковую вакцину оказалась положительной в титре 1 : 5 у 59 из 111 больных хронической узловой эритемой и у 14 из 28 больных геморрагическим васкулитом. Положительные РСК на стрептококковую вакцину

были зарегистрированы соответственно у 54 и 4 больных. Положительные кожноаллергические и серологические реакции обнаруживали преимущественно у больных с сопутствующими очагами хронической инфекции, что подтверждает важную роль последней в изменении реактивности организма больных аллергическими васкулитами кожи.

Изучение морфологического состава крови выявило умеренную эритропению в пределах 3,5—4 млн. в 1 мм^3 у 11 из 168 больных, лейкоцитоз (9—12 тыс. в 1 мм^3) — у 17, лейкопению (3,5—5 тыс. в 1 мм^3) — у 35. Эозинофилия в пределах 5—29% обнаружена у 45 больных. Последнее, по-видимому, можно рассматривать как проявление аллергического состояния организма больных. У 17 больных геморрагическим васкулитом и у 93 хронической узловой эритемой отмечен лимфоцитоз (36—60%), что, вероятно, связано с иммунологическими сдвигами, поскольку лимфоциты участвуют в выработке иммунных тел (Л. Крайп, 1966; Э. Райка, 1966).

Белковый состав сыворотки крови исследован у 132 больных. У больных хронической узловой эритемой наиболее частым было повышение γ -глобулиновой фракции до 25—35% (в среднем $22,6 \pm \pm 0,57\%$). Учитывая тот факт, что антитела по своему химическому составу являются γ -глобулинами, повышение содержания последних в сыворотке крови больных хронической узловой эритемой можно связать с иммунологическими сдвигами в организме. У части больных отмечено также повышение содержания α_2 -глобулинов (в пределах $9,38 \pm 0,31\%$). У больных геморрагическим васкулитом отмечено статистически значимое повышение α_2 -глобулинов (до 10—13% у $\frac{1}{3}$ больных).

Показатель ДФА был повышен у 33 из 56 больных, что так же, как и α_2 -гиперглобулинемия, указывает на накопление в сыворотке крови глюкопротеидов. Последнее отмечается при деструктивных изменениях основного вещества соединительной ткани (В. А. Тихонравов, 1959; Э. Г. Ларский, 1960).

СРБ выявлен у 26 из 71 больного. Известно, что СРБ отсутствует в сыворотке крови здоровых людей и появляется в ней при воспалительных и деструктивных процессах.

Уровень сахара в крови и его изменения при нагрузке глюкозой изучены у 50 больных. Каких-либо выраженных изменений в содержании сахара крови не было обнаружено. Гликемическая кривая у 34 больных была торпидного типа с незначительным подъемом уровня на 30-й мин., отчетливым плато до 90-й мин. и недостаточным снижением через 2 часа. Указанные нарушения гликемических кривых свидетельствуют о снижении функции гипо-

физа, надпочечников, недостаточности в симпато-адреналовой системе. Нарушения регуляции уровня сахара в крови мы рассматриваем как фактор, который играет определенную роль в патогенезе аллергических васкулитов кожи, поскольку такие нарушения predisполагают к развитию сенсibilизации (Д. Е. Альперн, 1937, 1938; Н. Н. Транквилитати, 1938; Zierz, 1957, и др.).

Выделение нейтральных 17-КС с суточной мочой до и после нагрузки 40 ЕД АКТГ исследовано у 25 больных. Нормальное их содержание (10—20 мг у мужчин, 8—16 мг у женщин) обнаружено у всех обследованных больных геморрагическим васкулитом и у 13 из 18 — хронической узловой эритемой. У 5 женщин, больных подострым узловатым мигрирующим панникулитом, исходная величина экскреции 17-КС была снижена до 4,8—7 мг. После нагрузки 40 ЕД АКТГ нормальное повышение экскреции 17-КС (на 5—10 мг) отмечено лишь у 7 из 25 больных. У 6 больных экскреция 17-КС повысилась незначительно — от 1 до 3,9 мг, у 4 — не изменилась, а у 8 отмечена парадоксальная реакция: снижение выделения 17-КС на 1,5—5,4 мг. Обнаруженное у некоторых больных уменьшение выделения 17-КС с суточной мочой, а также отрицательные или парадоксальные реакции при введении АКТГ свидетельствуют о снижении наличных и потенциальных резервов коры надпочечников у больных аллергическими васкулитами кожи.

Итак, в развитии аллергических васкулитов кожи значительную роль играют перенесенные в прошлом простудные заболевания, очаги хронической инфекции, повышенная чувствительность к пиококковым биопрепаратам, в меньшей мере — сопутствующие аллергические заболевания и эндокринные расстройства. Нарушения нервно-эндокринной регуляции уровня сахара крови и экскреции нейтральных 17-КС, деструкция соединительной ткани, степень сенсibilизации организма имеют также определенное значение в развитии хронической узловой эритемы и геморрагического васкулита.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВАТЫМИ ДЕРМОГИПОДЕРМИТАМИ НЕТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

А. И. Бринд, Р. А. Назаренко. Харьков

На основе изучения механизмов развития процесса при узловатых дермогиподермитах и их клинических особенностей мы разработали комплексный метод терапии больных.

| | |
|---|-----|
| Шелюженко А. А. Зависимость заболеваемости рабочих некоторыми дерматозами от организации производства | 37 |
| Пятикоп А. И., Шевченко И. М. Обоснование терапии больных экземой с учетом нарушений водно-солевого обмена | 40 |
| Мащенко Г. И. Клинические особенности гипоталамических расстройств у больных экземой | 44 |
| Кольябенко В. Г. Активность сукциндегидрогеназы кожи при экземе | 46 |
| Калантаевская К. А. Вопросы патогенеза и лечения нейродермита | 47 |
| Алексеев А. Ф., Лихоносов В. Н. Функциональные нарушения капилляров кожи при вторичных эритродермиях | 51 |
| Браиловский А. Я., Солошенко Э. Н. Лечение гистаглобином больных лекарственными дерматозами | 54 |
| Солошенко Э. Н. Рецидивирующий системный некротический васкулит как проявление лекарственной аллергии | 57 |
| Базыка А. П., Лесницкий А. И., Федотов В. П. Реактивность организма больных аллергическими васкулитами кожи | 59 |
| Бринд А. И., Назаренко Р. А. Патогенетическая комплексная терапия больных узловатыми дермогиподермитами нетуберкулезной этиологии | 62 |
| Логунин В. П. Реактивность организма больных при хронических нагноительных дермо-гиподермальных процессах | 66 |
| Цераидис Г. С., Бавыкина Е. А. Комплексная терапия больных хронической пузырчаткой | 68 |
| Цераидис Г. С., Бавыкина Е. А. Активность ферментов энергетического обмена кожи в норме и у больных хронической пузырчаткой | 73 |
| Полянский И. И. Материалы к изучению красной волчанки на Буковине | 77 |
| Ковалев В. М., Трофименко Н. П. Динамика функций слухового и статокинетического аппаратов у больных дискондной красной волчанкой, склеродермией и дерматомиозитом | 79 |
| Шифрин А. Р., Ткач В. Е. Некоторые биохимические показатели у больных раком кожи | 81 |
| Ткач В. Е., Збирак Н. П. Гистотопография меди и цинка в раковых опухолях кожи | 84 |
| Торсуев Н. А., Мурзенко Д. И., Романенко В. Н. Применение малых доз пограничных лучей для лечения некоторых дерматозов | 88 |
| Борзов М. В., Коссовская О. Я., Лобановский Г. И., Денисюк С. Д., Куцовой И. И., Пилюгина С. С., Кацеф Н. Н., Самуэли В. Л., Пурешева В. В. Повреждения кожного покрова при лечебном применении ионизирующего излучения | 91 |
| Гень С. П. Влияние сочетанного воздействия ионизирующей радиации и низкой температуры в эксперименте на морфологию кожи и содержание в ней нуклеопротенов | 94 |
| Зубенко С. И. Морфологические и гистохимические изменения в коже под влиянием комбинированного воздействия ионизирующей радиации и высокой температуры в эксперименте | 97 |
| Тряпцын В. Н. Медиаторы вегетативной нервной системы и некоторые ферменты при псориазе | 100 |
| Савчук В. В., Браиловский А. Я., Мадиевская Н. Н. Состояние липидного обмена у больных псориазом в процессе лечения | 103 |
| Торсуев Н. А., Бухарович А. М. Резорбционная функция кожи у больных псориазом | 107 |
| Потоцкий И. И., Щербаков А. П. Анаэробный гликолиз в коже и тканевое дыхание больных псориазом | 111 |