

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

616, 5(061)

436

A

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

Выпуск 8

*Межведомственный
республиканский
сборник*

НАУЧНЫЙ
ФОНД

ЗАПОРІСЬКИЙ
МЕДИЧЕСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
БІБЛІОТЕКА

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗДОРОВ'Я», КИЕВ — 1973

ГРИЗЕОФУЛЬВИН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ

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

В последние годы появились сообщения о неудачах лечения гризеофульвином больных микроспорией, микозами стоп и онихомикозами, особенно вызванными красным трихофитомом.

На резистентность к гризеофульвину указывают А. П. Базыка (1964), А. М. Арневич с соавт. (1970), Н. Д. Шеклаков с соавт. (1970). В связи с этим А. М. Чистяков (1969), В. Я. Некачалов, Е. П. Пирогова (1970), Ж. В. Степанова, А. А. Шеклакова (1970) рекомендуют увеличить суточную и курсовую дозы гризеофульвина. А. П. Базыка (1964), П. Н. Кашкин (1967), А. М. Чистяков (1969) считают целесообразным применять гризеофульвин в сочетании с иммунотерапией, а Л. Т. Шецирули (1970)—в комбинации с эпилиновым пластырем.

Под нашим наблюдением находилось 225 больных, из них: 209 — микроспорией, вызванной пушистым микроспориумом с поражением волосистой части головы (131), волосистой части головы и гладкой кожи (54), распространенным поражением гладкой кожи (24), 5 — поверхностной трихофитией волосистой части головы, обусловленной фиолетовым трихофитомом, и 11 с распространенным микозом гладкой кожи, вызванным красным трихофитомом. Диагноз заболевания подтвержден данными микроскопического и культурального, а в соответствующих случаях также люминесцентного и эпидемиологического исследований. Мальчиков было 145, девочек — 80. В возрасте от 2 до 5 лет было 60 человек, от 6 до 10 лет — 120, от 11 до 15 лет — 25 и старше 16 лет — 20.

В соответствии с инструкцией большинству больных в возрасте от 1 года до 3 лет гризеофульвин-форте и грицин назначали по 0,125 г 1 раз в сутки, от 4 до 6 лет — 2 раза в сутки, от 7 до 12 лет — 3 раза и старше 12 лет — 4 раза. Часть больных получали гризеофульвин в более высоких суточных дозировках, которые индивидуализировались в зависимости от веса больного (Н. Н. Блудова, В. М. Ватолина, 1958; Н. Д. Шеклаков, Т. А. Никитина, 1969; Ж. В. Степанова, 1970) из расчета 22 мг препарата на 1 кг веса больного. Антибиотик назначали ежедневно до первого отрицательного микроскопического анализа чешуек и волос на грибы, затем — через день. В дальнейшем исследования волос и чешуек из очагов поражения производили через каждые 5—7 дней. Если 3 анализа кряду оказывались отрицательными, больных переводили под контрольное наблюдение. Одновременно с гризеофульвином назначали мытье головы по утрам, сбривание волос 1 раз в неделю. Часть больных получали смазывание волосистой части головы поочередно 5% настойкой йода, вилькинсоновой или 33% серной мазью. Эпилиновый пластырь применяли по общепринятой методике; дозу определяли в зависимости от веса больного. Об эффективности терапии судили на основании наблюдений за динамикой регресса клинических проявлений заболевания и времени исчезновения грибов из очагов поражения.

Сроки стойких отрицательных анализов волос на грибы у больных микроспорией волосистой части головы

Препарат	Сроки в днях			Итого
	до 35	от 36 до 45	свыше 46	
Гризеофульвин-форте	52	20	8	80
Грицин	40	15	8	63
Антибиотики и 4% эпилиновый пластырь	16	23	3	42
Всего	108	58	19	185

Гризеофульвином-форте лечили 97 человек, грицином — 86, этими же антибиотиками в сочетании с эпилиновым пластырем — 42.

У больных микроспорией гладкой кожи терапевтический эффект отмечался сравнительно рано. Уже на 8—10-й день приема антибиотиков уменьшалась гиперемия, уплощался воспалительный валик и исчезала везикуляция по краю очагов. На 20-й день обычно сохранялось лишь незначительное шелушение. Стойкие отрицательные анализы на грибы к 10-му дню лечения отмечены у 11 больных, к 20 — у 7, к 30 — у 6. Сходная картина регресса очагов на гладкой коже наблюдалась у больных хронической трихофитией, вызванной *T. gibbim.*

У больных поверхностной трихофитией волосистой части головы клиническое улучшение кожного процесса наблюдали в среднем на 15-й день лечения, а на 20—25-й день гиперемия исчезала, обломанных волос не было, сохранялось шелушение. В это время отмечались стойкие отрицательные анализы волос на грибы.

У больных микроспорией волосистой части головы регресс очагов поражения происходил медленнее, стойкие отрицательные анализы волос на грибы отмечались значительно позже (таблица).

Как видно из таблицы, стойкие отрицательные результаты исследования волос на грибы на 30—45-й день лечения обнаружены у 89,7% больных, но у 10,3% они зарегистрированы после 46-го дня (вплоть до 108-го). Это можно объяснить в части наблюдений снижением реактивности организма больных в связи с пониженным питанием, гельминтозом. Однако у большинства больных этой группы не выявлено каких-либо сопутствующих заболеваний или иных факторов, которые могли бы способствовать снижению реактивности организма. Упорное течение заболевания у них скорее можно объяснить либо резистентностью грибов к гризеофульвину, либо недостаточной дозой его, что более вероятно.

Терапевтическая эффективность гризофульвина-форте и грицина в общем была почти одинаковой. Статистически достоверных различий в сроках стойкого исчезновения грибов из очагов поражения не обнаружено ($P > 0,1$). Затянувшиеся у части больных сроки исчезновения грибов из очагов поражения, по-видимому, объясняются индивидуально недостаточной суточной дозой антибиотика при назначении его по старым инструкциям соответственно возрасту больного. У лиц, принимавших гризофульвин-форте в более высоких дозах, исчислявшихся индивидуально соответственно весу больного, терапевтический эффект был лучше, стойко отрицательные анализы на грибы отмечались раньше.

Что касается применения гризофульвина-форте (и грицина) в сочетании с 4% эпилиновым пластырем, то мы, так же, как и Е. В. Нечаева-Пугачева (1968), С. Н. Беляков (1970), не видели каких-либо преимуществ перед назначением одних антибиотиков. При приеме последних эпиляция не имеет смысла.

Выпадение волос при наложении эпилинового пластыря отмечается в тот период, когда должен наступить заметный терапевтический эффект под влиянием гризофульвина. Если же он уже достаточно определился, то, конечно, нецелесообразно подвергать детей весьма мучительной процедуре удаления пинцетом неполностью выпавших волос и последующей местной антипаразитарной терапии. Все это может быть оправдано лишь при малом успехе лечения гризофульвином.

Прием противогрибковых антибиотиков у большинства больных не вызвал каких-либо субъективных расстройств. Лишь у отдельных лиц отмечались периодические головные боли или повышенная возбудимость. У 24 из 45 больных, наблюдавшихся в клинике, обнаружено угнетение лейкопоза, из них у 19 количество лейкоцитов было в пределах 4000 в 1 мм^3 , у 5 — 3500—3900 в 1 мм^3 . Для профилактики нарушений со стороны белой крови всем больным назначали общеукрепляющее лечение фитином, фосфреном, поливитаминами, а при появлении лейкопении — тезан. У третьей части наблюдавшихся больных отмечена эозинофилия в пределах 5—10% (у 11) и 11—24% (у 45), что мы рассматриваем как признак нарастающей сенсбилизации к антибиотикам. В связи с этим назначали хлористый кальций, антигистаминные препараты, что предотвращало дальнейшее нарастание эозинофилии и возможное развитие клинических проявлений аллергических реакций. У 6 больных были обнаружены признаки раздражения почек, что проявлялось незначительной гематурией и появлением в моче большого количества лейкоцитов. Эти явления были нестойкими и быстро исчезли без какой-либо терапии после отмены гризофульвина.

Таким образом, у большинства больных микроспорией и трихофитией волосистой части головы и гладкой кожи отмечен благоприятный результат лечения гризеофульвином-форте и грицином. Недостаточный терапевтический эффект, отмеченный в части наблюдений, может быть связан с заниженными суточными дозировками антибиотиков. Местное антипаразитарное лечение, а также эпиляция с помощью эпилинового пластыря не повышают результативности антибиотикотерапии больных микроспорией и трихофитией волосистой части головы. Больные, принимающие гризеофульвин, должны находиться под постоянным врачебным наблюдением в связи с возможностью побочных явлений.

ЛЕЧЕНИЕ ГРИЗЕОФУЛЬВИНОМ БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ

Я. М. Эдельштейн, А. Ф. Аббакумов, И. Н. Белецкий. Херсон

Для лечения микроспорин, вызванной пушистым микроспорумом, в 1968 году гризеофульвин дозировали по схеме Ленинградского научно-исследовательского института антибиотиков. Средняя продолжительность лечения при этом равнялась 70,9 дня. В 1969 году и в начале 1970 года по рекомендации ХНИИДВ суточную дозу, исчисляемую от возраста больного микроспорией, увеличивали еще на 1 таблетку. Средняя продолжительность лечения сократилась до 51,6 дня.

С 1970 года больные микроспорией лечатся по схеме ЦКВИ (1969).

Под наблюдением было 75 детей. Из них больных микроспорией волосистой части головы — 66, гладкой кожи — 9. Мальчиков было 52, девочек — 23, в возрасте до 3 лет — 10, от 4 до 7 лет — 3, от 8 до 15 лет — 42. Давность заболевания до 1 недели была у 19, до 2 — у 24, до 3 — у 12, до 1 месяца — у 7, свыше 2 месяцев — у 5 больных. Источники заражения выявлены у 66 больных. Заразились от котят и кошек 60 человек (в том числе 30 — от бродячих кошек), от собак — 2, от больных детей — 4.

Средняя продолжительность лечения больных с поражением волосистой части головы до исчезновения грибов была равна 34,5 дня (диапазон от 27 до 53 дней), средний срок пребывания в стационаре — 50,9 дня.

Детей выписывали из стационара после 2 контрольных исследований, т. е. через 2 недели после прекращения лечения. В тех случаях, когда больной был жителем дальнего района области, и возникло сомнение в его явке в лечебное учреждение, ребенка выписывали из стационара после 3 контрольных исследований.

- 117 Базыка А. П., Федотов В. П., Лесницкий А. И., Логунов В. П., Коншина Р. П. Комплемент при некоторых кожных и венерических болезнях.
- 120 Захарова-Безнос Т. И., Миленина Е. В., Борисенко И. Д., Винницковская Е. Л., Михайлик А. А., Любецкая Р. Я., Цыбульская Р. И. Географическое распространение в СССР трихофитонов-антропофилов.
- 123 Базыка А. П., Лесницкий А. И., Логунов В. П., Федотов В. П. Гризеофульвин в терапии больных дерматомикозами.
- 126 Эдельштейн Я. М., Аббакумов А. Ф., Белецкий И. Н. Лечение гризеофульвином больных микроспорией.
- 127 Островский В. Н. Препарат «К-2» в комплексном лечении онихомикозов.
- 128 Захарова-Безнос Т. И., Миленина Е. В., Левендюк А. М., Богданова Н. Т., Веременко И. Н. Лечение больных глубокими микозами с помощью микогентина.
- 131 Фришман М. П., Кравченко В. Г., Пирогова О. М. Личная профилактика венерических болезней.
- 134 Фришман М. П., Брон Б. З., Дунаева Г. А., Наконечная З. С., Никольская Е. П., Тацкая Л. С., Сегаль И. А., Осовец И. С., Большакова В. Г. Причины развития и особенности течения вторичного рецидивного сифилиса в настоящее время.
- 137 Касько Ю. С., Пацаренюк О. В., Трефаненко С. Ф., Халфина Р. М. Непрерывное лечение больных заразными формами сифилиса по методу ХНИИДВ.
- 140 Терлецкий В. Б. Содержание висмута в крови больных сифилисом в процессе специфической терапии.
- 142 Меркулов А. Ф., Трачук В. Л., Меркулова И. С. Динамика белков крови у больных сифилисом в процессе лечения.
- 143 Рыжко П. П. Негемоглобинное железо в сыворотке крови больных вторичным свежим сифилисом.
- 144 Коротеев В. А., Брон Б. З., Тацкая Л. С. Влияние нефротропной антисыворотки на течение экспериментального сифилиса у кроликов.
- 145 Криштопа Б. П. Заболеваемость сифилисом на территории Сумщины в земский период.
- 147 Козин С. Л. Микоплазмы и Л-формы гонококков и других микроорганизмов при венерических уретритах у мужчин.
- 150 Петрусенко Е. А., Козин С. Л., Путевская Т. И. Ультраструктура гонококков, выделенных от больных острой и торпидной гонореей.
- 155 Ситарская Л. В. Менструальная и детородная функции яичников у женщин, больных гонореей.
- 159 Мавров И. И. Заболеваемость гонореей в Жданове за 1945—1969 годы.
- 161 Кобец Г. П., Горяйнова Л. К., Меркулов А. Ф. Развитие дермато-венерологической службы Донецкой области и элементы научной организации труда.
- 163 Кравченко В. Г., Волкославская В. Н., Мотлохов В. Н., Пугач Р. И., Ситарская Л. В. Структура затрат рабочего времени дермато-венерологов и пути их рационализации.
- 166 Кобец Г. П., Горяйнова Л. К., Гульева С. Е. Развитие лабораторной службы в дермато-венерологических учреждениях Донецкой области.