

616.5(061)
Д36

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

2

Республиканский межведомственный сборник

ВЫПУСК 9

204746

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ
ЭКЗЕМПЛЯР

НАУЧНЫЙ
ФОНД

7
8

ЗАПОРІЗЬКИЙ
МЕДИЦИНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
БІБЛІОТЕКА

«Здоров'я», Киев — 1974

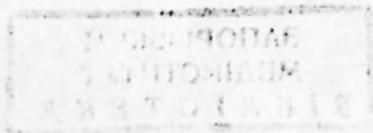
В сборнике отражены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, терапии и профилактики распространенных и тяжелых болезней кожи (экзема, нейродерматозы, профессиональные дерматозы, пиодермия, дерматомикозы, коллагенозы, пузырчатка, ретикулезы кожи и др.). В ряде статей освещены организационные вопросы борьбы с кожными и венерическими болезнями, актуальные проблемы сифилидологии и гонорологии.

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

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

М. В. Борзов, А. Я. Браиловский (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, Г. К. Щербакова.**

© Издательство «Здоров'я», 1974.



МИКРОФЛОРА И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССАХ КОЖИ

А. П. Базыка. Запорожье

Для выяснения роли различной микрофлоры в развитии хронических гнойных процессов мы проводили бактериологические и иммунно-аллергологические исследования у больных с хроническими гнойными процессами.

Патологический материал (гной, корки, чешуйки, кусочки биопсированной ткани) подвергали микроскопическому исследованию в нативных препаратах, обработанных едкой щелочью, и заседали на среду Сабуро, желточно-солевой агар, кровяной агар и мясо-пептонный бульон. Идентификацию видов и определение патогенности изолированных микроорганизмов проводили по ферментативным свойствам их в отношении глюкозы, мальтозы, лактозы, сахарозы, маннита, а актиномицетов — также к ксилозе, рафинозе, крахмалу, глицерину, проводили изучение у грибов рода кандиды филаментации, у стафилококков — способности коагулировать плазму, гемолизировать эритроциты, продуцировать лецитиназу и чувствительность их к антибиотикам.

Иммунологическую реактивность определяли на основании внутрикожных проб с 0,1 мл гистоплазмина, кокцидиоидина, споротрихина, бластомицина, кандид-антигена, актинолизата, стафилококковой и стрептококковой вакцины густотой от 10 тыс. до 10 млн. микробных тел в 1 мл. Вакцины вводили в кожу сгибательной поверхности предплечий на расстоянии не менее 5 см друг от друга, а грибковые антигены — только после угасания местных реакций на предыдущие инъекции антигенов в разные дни. Параллельно ставили реакцию связывания комплемента (РСК) на холоду в разведении 1:5, 1:10, 1:20, реакцию пассивной гемагглютинации по Бойдену (РПГА) в титре от 1:10 до 1:640 и реакцию двойной диффузии в геле по Оухтерлонни (РДДГ) в модификации А. П. Гусева и В. С. Цветковой. Кровь для серологических исследований забирали до постановки внутрикожных проб во избежание реакций.

Под наблюдением были 60 больных (48 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 14 до 74 лет с длительностью заболевания от 6 месяцев до 35 лет. Большинство больных (32) поступили с диагнозом глубокого микоза из Запорожья и области, а 28 — из 14 соседних, преимущественно южных, областей Украины. У 20 больных было инфильтративно-язвенное поражение кожи туловища, конечностей, шеи, лица, головы, у 5 — язвенно-вегетирующее, у 20 — инфильтративно-фистулезное поражение области ягодиц, у 8 — типа акне конглобата, у 1 — подрывающего фолликулита затылка, у 6 — шейно-лицевого актиномикоза с вовлечением легкого (у 1) или туловища (у 1).

У 60 больных изолировано 57 штаммов стафилококков, у 2 — синегнойной палочки, у 4 — протей, у 2 — энтерококка, у 1 — кишечной палочки, у 3 — актиномицетов, у 7 — дрожжеподобных грибов рода кандиды, 1 — *Aspergillus niger*. У 42 больных стафилококки являлись единственным представителем микрофлоры.

У 15 они были в ассоциации с другими микроорганизмами, 36 штаммов стафилококков коагулировали плазму, 51 штамм гемолизировал эритроциты барана, 31 — образовывал лецитиназу, 17 из 19 изученных штаммов разлагали мальтозу, 16 — сахарозу, 19 — глюкозу, 3 — лактозу, 1 — маннит. Максимальная чувствительность стафилококков отмечена к неомицину, затем в убывающем порядке — к мономицину, эритромицину, левомицетину, стрептомицину, тетрациклину, биомицину, пенициллину. Поскольку основным показателем патогенности стафилококков в настоящее время признается способность их коагулировать плазму, 36 штаммов следует считать патогенными.

Несмотря на многократные повторные посевы патологического материала на обычные и обогащенные аэробные и анаэробные среды, нам не удалось изолировать грибы, вызывающие глубокие микозы, с достоверно идентифицированными видами. Лишь у 1 больного при посеве гноя, стерильно взятого из закрытого очага, была получена культура, макро- и микроскопически сходная с мицелиальной формой *Histoplasma capsulatum*, которую, однако, не удалось перевести в дрожжевую фазу и идентифицировать. Кроме того, в 1 наблюдении при микроскопическом исследовании чешуек и корок с края язвенно-вегетирующего очага были найдены элементы гриба, характерные для *Cryptococcus neoformans*, но культура не была получена. У 3 больных в гное найдены друзы актиномицетов, у 1 — туберкулезная палочка.

У больных хронической глубокой пиодермией наблюдались наиболее яркие реакции на стафилококковую вакцину. У 24 из 46 больных отмечены положительные немедленные реакции на вакцину густотой 10 млн. микробных тел, у 32 — замедленные, у 28 — положительная РСК, у 34 — РПГА, у 15 — РДДГ. У здоровых лиц немедленной реакции на введение этой концентрации вакцины не было, замедленные зарегистрированы у 1 из 30, РСК — у 4, РПГА — у 3, РДДГ — у 1. Различия слишком очевидны для того, чтобы сомневаться в значимости реакций на стафилококковую вакцину у наблюдавшихся больных. Только 5 из 46 человек не реагировали на стафилококковую вакцину, 8 — ответили реакцией повышенной чувствительности в одном каком-либо тесте, у остальных же были положительными результаты 2 тестов (19) или 3—4 (14), что свидетельствует о высокой степени аллергии к стафилококку.

Интенсивные реакции на стафилококковую вакцину в 2—3 тестах отмечены у больных с изолированными как патогенными стафилококками, так и непатогенными. Патогенность стафилококков играет относительную роль в иммунологической перестройке организма больного. У одних и тех же больных при повторных

бактериологических исследованиях, проводившихся в процессе лечения через каждые 2—3 недели, мы изолировали то патогенные, то непатогенные стафилококки.

На стрептококковую вакцину больные хронической пиодермией реагировали значительно реже, чем на стафилококковую, и главным образом в 1—2 тестах. Положительные реакции одновременно в 3 тестах отмечены лишь у 3 человек, однако стрептококки не были изолированы ни из очагов кожного процесса, ни со здоровых участков кожи и слизистых. Поэтому реакции на стрептококковую вакцину вряд ли следует считать специфическими.

Неспецифическими являются также кожные и серологические реакции на бластомицин, гистоплазмину, кокцидиоидин, споротрихин и кандид-антиген. У большинства больных хронической глубокой пиодермией отмечены положительные реакции на какой-либо 1 или 2—3 из указанных антигенов, и только в 1—2 тестах 6 человек реагировали также на альттуберкулин. Ни у одного из этих больных не было установлено наличия сопутствующих туберкулезных заболеваний. Отрицательные результаты патогистологических и многократных микологических исследований позволяют рассматривать реакции на грибковые антигены у этой группы больных как парааллергические. Подтверждением этого является, в частности, сочетание наиболее интенсивных реакций на грибковые антигены с максимально выраженными на стафилококковую вакцину.

Таким образом, хроническая глубокая пиодермия развивается на фоне аллергии к стафилококкам, высокой специфической и неспецифической реактивности организма больного, что согласуется с мнением Н. А. Черногоубова (1925), В. А. Рахманова (1961). Мы не обнаружили состояния гипореактивности у больных хронической глубокой пиодермией, о которой сообщали А. Д. Троицкая (1958), В. Я. Арутюнов (1972), возможно, потому, что большинство из них были лица с удовлетворительным общим состоянием здоровья, а не ослабленные и истощенные, которых наблюдали Б. М. Тумаркин (1947), Е. И. Архангельская (1955). Имеет значение также возросшая вирулентность стафилококков.

Иммунологическое состояние организма у больных хроническими глубокими кандидозами характеризовалось интенсивными реакциями на кандид-антиген.

У 5 больных наблюдались замедленные реакции на введение антигена, у 3 — немедленные. Здоровые лица не реагировали на антиген. У 3 из 5 больных отмечены также положительные РСК и РПГА, а у 1 — РДДГ. У больных кандидозами отсутствовали реакции на другие грибковые антигены, стрептококковую вакцину и альттуберкулин. Однако на стафилококковую вакцину реаги-

ровали все больные, причем у 3 из них реакции были положительными в 2—3 тестах. Именно у них наряду с грибами рода кандиды были изолированы стафилококки. Реакции на стафилококковую вакцину служат, по-видимому, показателем одновременной сенсibilизации к стафилококкам, что может иметь значение в механизме развития глубоких кандидозных поражений кожи.

У больных колликвативным туберкулезом наблюдались отчетливые туберкулиновые реакции при отрицательных серологических тестах с альттуберкулином. Реакции на грибковые антигены, стрептококковую вакцину и актинолизат отсутствовали, но со стафиловакциной были положительными и внутрикожные и серологические тесты, что, возможно, является результатом вторичного инфицирования стафилококками.

Из 6 больных актиномикозом 4 реагировали на актинолизат главным образом кожными реакциями, 3 — на стафилококковую вакцину. Кроме того, актинолизат обусловил кожные реакции еще у 20 больных хронической глубокой пиодермией и кандидозом. Это обесценивает пробы с актинолизатом в качестве диагностического теста.

Итак, у больных хроническими гнойными процессами отмечены иммунологические реакции на пиококковые вакцины, грибковые биопрепараты и альттуберкулин. Одновременно с реакцией на некоторые бактериальные препараты в очагах поражения обнаружены соответствующие микроорганизмы. Отмеченные в значительной части наблюдений параллельные реакции на несколько антигенов, по-видимому, в одних случаях можно объяснить смешанной инфекцией, одновременно или последовательно возникшей сенсibilизацией к разным микроорганизмам, в других — парааллергией, о наличии которой можно с уверенностью говорить при отрицательных бактериологических исследованиях.

У всех 60 больных, поступивших с диагнозом глубокого микоза, по поводу которого они наблюдались десятки лет, он не подтвердился при микологических, патогистологических и иммунологических исследованиях. Только в 5 наблюдениях нами доказан хронический глубокий кандидоз, но он, как известно, входит в особую группу грибковых заболеваний, и в 6 — актиномикоз, который, по современным воззрениям (П. Н. Кашкин, 1959; Vanbreuseghem, 1972), является псевдомикозом. Во всех остальных наблюдениях, за исключением 3 случаев скрофулодермы, диагностирована хроническая глубокая пиодермия.

Таким образом, для этиологической диагностики хронических гнойных процессов кожи большое значение имеет проведение параллельных исследований микрофлоры и иммунологических реакций на разные антигены.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Пирогова О. М., Браиловский А. Я., Петрунин П. Ф., Рыжко П. П., Петрусенко Е. А., Алексеев А. Ф., Кравченко В. Г., Брон Б. З., Дунаева Г. А., Ситарская Л. В., Коротеев В. А., Бавыкина Е. А., Волкославская В. Н., Соловей С. А. Заболеваемость кожными болезнями по данным комплексных осмотров сельского населения	3
Авербух Л. А., Пирогова О. М. Методические вопросы определения потребности населения в дерматологической помощи	6
Шевченко И. М. Краткие итоги изобретательско-рационализаторской деятельности Харьковского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии за 1971—1972 годы	10
Ситарская Л. В., Кравченко В. Г. Санитарно-просветительная работа по профилактике венерических и кожных болезней в Украинской ССР	13
Задорожный Б. А., Бондарь З. С., Хаджай Я. И., Башура Г. С., Кузнецова В. Ф. Фармакологическое действие аэрозольного препарата «Дермазолъ»	15
УБазыка А. П. Микрофлора и иммунологические реакции при хронических гнойных процессах кожи	20
Петрунин П. Ф., Мещанинова Е. А., Пугач Р. И. Лечение стафилодермий хлорофиллиптом	24
Козленко В. В., Михайличенко В. Г. Сосудистая патология кожи и конъюнктивы глаз у рабочих электролизного цеха Днепровского алюминиевого завода	26
Барабанова В. М., Михайлик А. А. Профессиональные дерматозы, экзема и дерматит у работников сельского хозяйства	28
Гетманец И. Я., Резенкина Л. Д. Диагностические тесты при профессиональных аллергических дерматозах	31
Вильчинский М. П., Шелюженко А. А., Антоньев А. А. Базофилы периферической крови у больных профессиональными дерматозами	34
Нестеренко Г. Б., Когон Г. Х., Давыдов Е. А., Дралова М. Д., Диденко И. Г. Иммунологические показатели, сосудистая проницаемость и биохимически активные вещества у больных аллергическими дерматозами	36
Задорожный Б. А., Олефиренко В. Ф. Патогенетическая терапия аллергического дерматита	39
Гольдштейн Л. М. Желудочная секреция у детей, страдающих экземой, стрептофулюсом, почесухой и нейродермитом	41
Чпиженко В. А. Экскреция мелатонина у больных экземой	44
Браиловский А. Я., Солошенко Э. Н. Лечение и профилактика лекарственных токсидермий	45
Солошенко Э. Н. Лекарственная токсидермия, обусловленная антигистаминными препаратами	50