

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

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

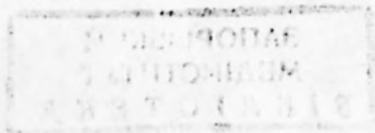
В сборнике отражены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, терапии и профилактики распространенных и тяжелых болезней кожи (экзема, нейродерматозы, профессиональные дерматозы, пиодермия, дерматомикозы, коллагенозы, пузырчатка, ретикулезы кожи и др.). В ряде статей освещены организационные вопросы 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.



ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ГРИБКОВЫЕ АНТИГЕНЫ И АНТИБИОТИКИ

А. Д. Юцковский, А. П. Базыка, Запорожье

Роль индивидуальных особенностей реактивности организма больного в развитии повышенной чувствительности к антибиотикам изучена недостаточно. С целью выяснения этого вопроса мы предприняли изучение ответных реакций параллельно на антибиотики и грибковые антигены, учитывая отмеченное Cormia, Lewis (1946), Schupli (1951) и др. антигенное родство паразитарных грибов и плесней-продуцентов антибиотиков.

Ответные реакции организма больного определяли методом внутрикожных проб и серологических тестов — реакций связывания комплемента (РСК) и пассивной гемагглютинации по Бойдену (РПГА). В качестве антигенов использовали полисахаридные и белковые извлечения из культур интердигитального и красного трихофитонов. Эти препараты титровали на здоровых людях контрольной группы и вводили больным по 0,1 мл в кожу сгибательной поверхности предплечий в таких концентрациях, которые не вызывали реакций у здоровых лиц. Пенициллин и стрептомицин также вводили в дозах, не вызывавших реакций в контроле — 10 тыс. ЕД и меньше. При тестировании больных с клиническими явлениями аллергии к антибиотикам вначале производили скарификационные пробы и только при отрицательных результатах вводили затем интрадермально не более 0,02 мл раствора антибиотика (250 ЕД). С целью контроля производили инъекции физиологического раствора и тест-контрольной жидкости с твин-80. Учитывали немедленные и замедленные реакции кожи. Положительными немедленными реакциями на грибковые антигены считали волдыри в диаметре не менее 1,5 см, а на антибиотики — 1,0 см.

Исследования проводили у 140 больных в 3 группах: 1-я — больные микозами стоп без клинических проявлений аллергии к антибиотикам, 2-я — больные с клиническими признаками повышенной чувствительности к антибиотикам, 3-я — больные сифилисом, длительное время получавшие пенициллин.

В 1-й группе было 120 больных микозом стоп, экссудативным (78) и сквамозным (42), в том числе онихомикозом (37). Мужчин — 80, женщин — 40 в возрасте от 13 до 75 лет и с длительностью заболевания от 6 месяцев до 30 лет. Аллергические реакции кожи на грибковые антигены отмечены у большинства больных. Пятьдесят из 78 больных экссудативным микозом стоп реагировали волдырями (немедленными) реакциями на антигены из культур *T. interdigitale* и 46 — из культур *T. rubrum*; папулезными (замедленными) реакциями — соответственно 76 и 59. Значительная частота реакций отмечена и у больных сквамозным микозом: волдырные — у 28 из 42 на *T. interdigitale* и у 22 — на *T. rubrum*, папулезные — соответственно у 38 и 30. При обеих формах микоза преобладали замедленные реакции на антиген интердигитального трихофитона, хотя возбудителем сквамозного микоза и онихомикоза был главным образом красный трихофитон. Таким образом,

кожные реакции были группоспецифическими, но на антиген из того вида гриба, который был возбудителем заболевания, реакции у данного больного были более яркими и интенсивными.

У 26 из 69 больных РСК оказалась положительной на антиген интердигитального трихофитона, у 15 — красного трихофитона, РПГА была положительной соответственно у 19 и у 8. Положительные серологические реакции наблюдались главным образом у больных экссудативным микозом и опихомикозами, что свидетельствует о более выраженных иммунологических сдвигах при этих формах болезни.

Пенициллин при внутрикожном тестировании в количестве 10 тыс. ЕД обусловил положительные волдырные реакции у 101 из 120 больных микозами стоп, а в количестве 250 ЕД давал только слабоположительные реакции у единичных больных. Аналогичная картина наблюдалась также при тестировании стрептомицина: на концентрацию в 10 тыс. ЕД волдырные реакции отмечены у 95, а на 250 ЕД — в единичных наблюдениях. Замедленные реакции кожи на пенициллин наблюдались у 27 больных микозами стоп, на стрептомицин — у 29. Таким образом, у большинства больных микозами стоп отмечены положительные волдырные или папулезные реакции на пенициллин и стрептомицин; на оба препарата — у 88 и на один из них — у 26. Только 6 больных не реагировали на антибиотики.

Резко выраженные немедленные реакции на антибиотики наблюдались преимущественно у больных микозами стоп с отчетливыми замедленными реакциями на грибковые антигены. Это явление на первый взгляд кажется парадоксальным, если учесть, что для антибиотиков характерен немедленный тип аллергии. Объяснение, по-видимому, следует искать в том, что при длительной микотической сенсibilизации выявляется аллергия и замедленного, и немедленного типов. Первый, как отмечают И. В. Медунницын (1968), Rockwell, Jonhson (1952), Jillson (1957), возникает на более ранней фазе развития болезни, второй — при длительном существовании ее. Пенициллин выявляет аллергическую реактивность главным образом немедленного типа, грибные антигены — преимущественно замедленного.

Большинство больных микозами стоп, реагировавшие на пенициллин и стрептомицин, ранее не получали эти антибиотики. В анамнезе отсутствовали аллергические болезни немедленного типа (крапивница, сенная лихорадка и др.), которые могли бы служить фоном для неспецифических немедленных реакций. Поэтому аллергические реакции на антибиотики у больных микозами стоп можно рассматривать в определенной связи с микотической сенсibilизацией.

Вторую группу составили 9 больных с клиническими проявлениями повышенной чувствительности к пенициллину (8) и стрептомицину (1). У 1 больного была хроническая крапивница, возникшая от стрептомицина, у 1 — явления феномена Сахарова-Артюса, у 7 — токсидермия к пенициллину. Резко положительные немедленные реакции на интрадермальное введение 0,02 мл раствора пенициллина в количестве 250 ЕД наблюдали у 8 больных с клиническими проявлениями повышенной чувствительности к пенициллину. Они же реагировали на стрептомицин, но более слабыми реакциями. У больных с повышенной чувствительностью к стрептомицину наблюдалась анафилактическая реакция на скарификационный тест со стрептомицином. Замедленные кожно-аллергические реакции на пенициллин возникли у 1, на стрептомицин — у 2.

На грибковые антигены у больных 2-й группы отмечены реакции как немедленного, так и замедленного типов. Первые зарегистрированы у 4 больных на антиген из красного трихофитона, у 5 — интердигитального, вторые — соответственно у 4 и 6. Кроме того, у 1 больного была положительной РПГА с грибковыми антигенами и у 2 РСК, которые давали неизменно отрицательный результат при постановке с антибиотиками. У 2 из 9 больных с клиническими аллергическими реакциями на антибиотики были обнаружены стертые формы микоза стоп, подтвержденного микроскопически. Положительные аллергические реакции на грибковые антигены наблюдались как у 2 больных с аллергией к антибиотикам с сопутствующим микозом стоп, так и у 4 — без микоза, что еще раз подтверждает взаимосвязь аллергических реакций на грибковые антигены и антибиотики.

В 3-ю группу включены 11 больных сифилисом, получавших в клинике инъекции пенициллина в курсовых дозах от 10—12 до 50—60 млн. ЕД. До начала пенициллинотерапии внутрикожные пробы немедленного типа с грибковыми антигенами зарегистрированы у 4, замедленного — у 6 больных с сопутствующим микозом стоп. В результате пенициллинотерапии интенсивность замедленных реакций на грибковые антигены у последних увеличилась. Кроме того, отмечены реакции замедленного типа еще у 2 больных сифилисом без сопутствующего микоза стоп, у которых до начала пенициллинотерапии отсутствовали реакции на грибковые антигены. Реакции немедленного типа у них также увеличились как по силе, так и по частоте.

Одновременно возросла частота реакций на пенициллин. Если до начала лечения немедленные реакции наблюдались у 4 больных сифилисом с сопутствующим микозом стоп, то после пенициллинотерапии — у 7. По интенсивности реакции и до, и после лече-

ния были лишь слабopоложительными. У 6 больных сифилисом, когда они получили около 20—30 млн. ЕД пенициллина, возникло обострение стертой формы микоза стоп; появился интенсивный зуд в межпальцевых складках, усилилось шелушение, а у 2 — появилась также мацерация кожи в складках, эрозии, трещины, а в дальнейшем пузырьки на подошвенной поверхности.

Таким образом, сенсibilизация к грибам у больных микозами стоп проявляется кожно-аллергическими реакциями замедленного и немедленного типов, которые наиболее отчетливо выражены у больных экссудативным микозом и сквамозным с множественными онихомикозами. У больных с явлениями микотической сенсibilизации наблюдаются кожные реакции на пенициллин и стрептомицин, которые тем ярче, чем более выражена повышенная чувствительность к грибковым антигенам. Следовательно, у больных микозами стоп имеется определенный параллелизм реакций на грибковые антигены и антибиотики.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ МИКОЗОВ СТОП В СОЧЕТАНИИ С ПИОДЕРМИТАМИ, ЭКЗЕМОЙ, ПСОРИАЗОМ

В. Н. Островский. Камчатская область

При обследовании 1690 человек микозы, вызванные *T. interdigitalis*, выявлены у 118, *T. rubrum* — у 166, экзема — у 153; пиодермиты — у 162, псориаз — у 117. Клиническое течение микозов в сочетании с пиодермитами, экземой и псориазом изучали в условиях стационара у мужчин в возрасте 18—54 лет, инфицированных межпальцевым грихофитомом (1-я группа) или красным трихофитомом (2-я группа).

В 1-й группе, по данным анамнеза и предшествовавшей медицинской документации, первичное развитие грибкового процесса выявлено у 33 больных пиодермитами, у 39 — экземой и у 10 — псориазом. У 28 больных пиодермитами был интертригинозный микоз, у 4 — дисгидротический и у 1 — сквамозно-гиперкератотический. У 2 больных наблюдали импетигинизацию и экзематизацию очагов, у 1 — лимфангоит, у 9 — паховый лимфаденит, у 2 — поднаденит. У 4 больных имелись дисгидротические аллергиды кистей, у 2 — распространенные эритематозно-сквамозные, у 1 — уртикарные аллергиды, сопровождавшиеся интенсивным зудом. Онихомикозы зарегистрированы у 16 больных. Средняя длительность заблeвания микозом составила 24,3 месяца.

Пиодермиты характеризовались разнообразием клинических форм и их сочетаниями. У 10 больных наблюдался хронический

Хаютина Б. И. Лечение тиabendазолом больных хронической крапивницей, обусловленной стронгилоидозом	52
Носатенко В. Е., Лаврентьева Н. В. Реоэнцефалографические исследования у больных аллергическими подозрными дермогиподермитами	51
Лесницкий А. И. Патогистологические и гистохимические изменения кожи у больных хронической узловатой эритемой	56
Ковалькова Н. А. Гистоструктура нервов кожи при болезни Gougerot-DiPireggi	59
Пятикоп А. И., Беляев Г. М. Минералокортикоидная активность надпочечников у больных вульгарной пузырчаткой	61
Торсуев Н. А., Романенко В. Н. Электронномикроскопические исследования кожи при герпетиформном дерматозе Дюринга и буллезном пемфигоиде Лёвера	64
Подгулько Э. С. Отдаленные результаты лечения больных хронической пузырчаткой при диспансерном наблюдении	68
Пятикоп А. И., Цераидис Г. С., Петрусенко Е. А., Дубинский А. А., Гуйда П. П. Лекарственные аллергические реакции и уровень иммуноглобулинов у больных склеродермией	71
Цераидис Г. С. Пато- и нейрогистологические изменения в коже больных склеродермией	72
Диденко И. Г. Особенности течения красной волчанки по данным диспансерного наблюдения	75
Герштенкерн В. Я. Опыт лечения больных лимфогранулематозом с преимущественным поражением кожи	76
Досычев Е. А., Пилюгина Н. А., Шабаета Л. Н., Куликова А. В. Метод безмазевоего лечения красного плоского лишая	78
Алексеев А. Ф. Висцеральный статус и метаболические нарушения у больных вторичными эритродермиями	81
Гридасова В. Д. Функциональное состояние кожного анализатора у больных угревой болезнью	84
Волков Е. М. О факторах, способствующих возникновению псориаза	87
Тряпицын В. Н., Деревянко Р. В. Функциональное состояние термореперторной системы кожи у больных псориазом	89
Бухарович М. Н., Бухарович А. М. Практическое значение показателей функционального состояния кожного анализатора	91
Дудеико Л. И. Роль аутоаллергии в патогенезе псориаза	94v
Петров Б. Р. Функциональное состояние почек у больных псориазом	96v
Тряпицын В. Н. Сравнительная эффективность лечения больных псориазом антихолестеринемическими препаратами, гемостимулирующими витаминами и 6-меркаптопуринном	98
Воронцов В. М. Лечение псориаза пирогеналом с учетом функционального состояния печени	101v
Сербин В. И. Гистохимические показатели кожи больных псориазом, леченных пирогеналом	103v
Захарова Т. И., Бабенко Л. И., Рафалович С. М. Морфологические и биологические свойства необычного возбудителя микроспории	107
Островский В. Н. Эпидемиология микозов стоп на Камчатке	109
Бондарь З. С., Олефиренко В. Ф. Фурункулоидная микроспория	113
Юцковский А. Д., Базыка А. П. Взаимосвязь аллергических реакций на грибковые антигены и антибиотики	114
Островский В. Н. Клиническое течение микозов стоп в сочетании с пиодермитами, экземой, псориазом	117
Захарова Т. И., Миленина Е. В., Веремченко И. Н., Маркова Е. А. Иммунологическая реактивность у больных актиномикозом	121