

616.5(061)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР - 3

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

Выпуск 10

*Республиканский
межведомственный
сборник*

2

8

7

218785
МІНІСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕННЯ
УРСР

ЗАПОРІЗЬКИЙ
МЕДИЦИНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
БІБЛІОТЕКА

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗДОРОВ'Я», КИЕВ — 1975

В сборнике научных работ отражены вопросы организации борьбы с венерическими и заразными кожными болезнями, а также диагностики, терапии и профилактики сифилиса и гонореи, освещены этиология, патогенез, клиника, терапия и профилактика таких наиболее распространенных и тяжелых болезней кожи, как экзема, нейродермит, псориаз, пиодермия, профессиональные дерматозы, дерматомикозы, пемфигус, красная волчанка и другие коллагенозы.

Рассчитан на широкий круг научных работников и практических врачей: дермато-венерологов, акушеров-гинекологов, профпатологов, гигиенистов, хирургов, терапевтов, инфекционистов и участковых врачей, организаторов здравоохранения.

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, А. К. Щербакова.

© Издательство «Здоров'я», 1975

Д 51800—029
М209(04)—75 139—75

ЛИКВОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАРАЗНЫМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА

А. П. Базыка. Запорожье

Для определения индивидуальной курсовой дозы пенициллина с учетом возможности поражения нервной системы у всех больных с заразными формами сифилиса, поступавших в течение последних 5 лет в клинику кожных и венерических болезней Запорожского медицинского института, производили поясничный прокол. В спинномозговой жидкости определяли количество клеток, содержание белка, глобулиновые реакции, реакцию Вассермана с кардиолипиновым, двумя липоидными и в части наблюдений — трепонемальным озвученным антигенами (КСР), реакции иммобилизации бледных трепонем (РИТ) и иммунофлюоресценции (РИФ). При обнаружении патологических изменений в ликворе курсовую дозу пенициллина в соответствии с дополнениями (1968 г.) к схемам лечения сифилиса, принятым в 1962 г., увеличивали на 20%.

Обследовано 395 больных до начала лечения и 47 человек — через 5 лет после непрерывной пенициллинотерапии по схемам ХНИИДВ в связи со снятием с учета по окончании срока контрольного наблюдения.

Среди больных, обследованных до начала лечения, у 27 был первичный серонегативный сифилис, у 119 — первичный серопозитивный, у 100 — вторичный свежий и у 149 — вторичный рецидивный. Патологические изменения в спинномозговой жидкости были обнаружены у 181 больного, т. е. в 45,8% к общему числу обследованных. Наиболее часто они отмечены при вторичном рецидивном сифилисе (в 67,8% наблюдений), значительно реже при вторичном свежем (42%) и первичном серопозитивном (31,1%) и, особенно, при первичном серонегативном сифилисе (у 5 из 27 больных).

Общее состояние больных как при наличии патологических изменений в ликворе, так и при отсутствии их существенно не отличалось. Перенесенные заболевания и травмы нервной системы, изученные у 90 больных с нормальным и у 118 с патологическим ликвором, наблюдались одинаково часто в обеих группах: у 12% больных первой и у 11,9% второй. Парадоксально, что тяжелый алкоголизм был зарегистрирован у 20% больных первой группы и лишь у 14,4% — второй. Однако инфекционные заболевания, в частности малярия, брюшной и сыпной тифы, туберкулез, ангины, фигурировали в анамнезе больных с патологическим ликвором значительно чаще (в 32,2%), чем с нормальным (в 23,3%).

Содержание общего белка в спинномозговой жидкости у 323 из 395 больных было нормальным, у 66 человек — увеличенным от

0,5 до 0,9‰ и у 6 — от 1‰ и выше. Наиболее часто повышение общего белка отмечено при вторичном рецидивном сифилисе (20,7%), реже — при вторичном свежем (16%), первичном серопозитивном (18,5%) и первичном серонегативном сифилисе (у 3 из 27 больных).

Количество форменных элементов у 222 из 385 обследованных больных не превышало 1—3 в 1 мл жидкости, у 82 — было в пределах верхней границы нормы (4—7), а у 81 — повышенным. В 44 наблюдениях количество клеток колебалось в пределах 8—20 и у 37 превышало 20, причем у 12 из них оно колебалось от 50 до 200 и у 3 — от 200 до 400 клеток. Плеоцитоз наблюдался у больных вторичным рецидивным сифилисом в 39,3%, вторичным свежим — в 16,7%, первичным серопозитивным — в 5,8%, первичным серонегативным — лишь у 1 из 25 больных.

Глобулиновая реакция Панди оказалась положительной у 17,6% обследованных больных, слабо положительной — у 14,1% и отрицательной — у 68,3%. Почти одинаково часто реакция была положительной при вторичном рецидивном и первичном серопозитивном сифилисе, тогда как при вторичном свежем — несколько чаще, а при первичном серонегативном — лишь у 1 из 15 больных. Реакция Нонне-Апельта у 13,6% была слабо положительной и положительной у 14,9%. Частота положительных ответов возрастала с увеличением длительности инфекции, была минимальной при первичном серонегативном сифилисе (в 1 из 15 наблюдений) и максимальной при вторичном рецидивном (29,1%).

КСР оказались положительными у 30 и слабо положительными — у 7 из 319 больных, т. е. суммарно у 11,6% обследованных, главным образом при вторичном рецидивном сифилисе. Особо следует отметить положительные КСР у 1 из 29 больных серонегативным сифилисом.

РИТ была положительной у 7,8% из 243 обследованных, слабо положительной — у 4,1% и сомнительной — у 4,5%. РИФ дала положительные результаты у 11% из 253 больных, слабо положительные — у 8,9%. Эти реакции, подобно КСР, давали положительные результаты главным образом при вторичном рецидивном сифилисе (РИТ в 34,1%, РИФ в 42,3%), гораздо реже при вторичном свежем и в единичных случаях при первичном серопозитивном сифилисе. У больных первичным серонегативным сифилисом РИТ и РИФ были отрицательные. Следовательно, РИФ в ликворе при всех формах заразного сифилиса более чувствительна по сравнению с КСР. Интенсивность этой реакции, равно как и РИТ, в большинстве случаев не уступает КСР. Только у 3 больных КСР дали положительный результат при слабо положительных РИТ и РИФ и у 1 при отрицательных обеих реакциях. В то же время

КСР были отрицательными у 4 больных при положительных или слабо положительных РИТ и РИФ и у 7 — при слабо положительной РИФ и отрицательной РИТ.

Из 181 больного с заразными формами сифилиса с патологическими изменениями в ликворе у 13,6% имелись положительные в разной степени РИТ, РИФ, КСР, а также одна или две глобулиновые реакции или плеоцитоз, повышенное количество общего белка, у 5,5% — только положительные или слабо положительные серологические реакции и, наконец, у 26,7% — изменения глобулиновых реакций и количества общего белка или форменных элементов. У 4,3% больных последней группы наблюдались слабо положительные одна или две глобулиновые реакции, которые, как известно, могут быть следствием ранее перенесенных заболеваний нервной системы. Если исключить последних больных, то у остальных 41,5% обнаруженные изменения в спинномозговой жидкости можно рассматривать как вероятный признак скрытого сифилитического менингита.

Из 47 человек, обследованных (Ф. Ф. Братусь) в связи со снятием с учета, 19 лечились по поводу первичного серопозитивного сифилиса. У 1 больного была обнаружена слабо положительная реакция Нонне-Апельта, у 2 — реакция Панди при отрицательных КСР в ликворе и в крови и у 1 больного — положительные КСР в ликворе и в крови. Последний больной в свое время получил полный непрерывный курс инъекций пенициллина и интенсивную неспецифическую терапию, но как во время лечения, так и в период контрольного наблюдения злоупотреблял алкоголем, систематически уклонялся от обследования. У 1 из 14 больных, лечившихся по поводу вторичного свежего сифилиса, была положительной реакция Нонне-Апельта и у 1 — реакция Панди, причем у последнего были положительными также РИФ и РИТ в крови. Из 14 человек, лечившихся по поводу вторичного рецидивного сифилиса, после 5-летнего наблюдения минимальные изолированные изменения ликвора в основном глобулиновых реакций были выявлены у 6, причем у 1 — положительная РИФ, у 1 — слабо положительная реакция Нонне-Апельта, у 2 — слабо положительная реакция Панди, у 2 — положительные обе глобулиновые реакции, которые в одном наблюдении сочетались с положительными РИФ в крови при отрицательных КСР.

Итак, у 41,5% обследованных больных с заразными формами сифилиса нами выявлены патологические изменения в ликворе, которые свидетельствуют о сифилитическом менингите. Частота и характер патологических изменений в ликворе зависят от периода сифилиса. С увеличением продолжительности сифилитической инфекции возрастает частота ликворной патологии, на что обращают

внимание также Т. В. Васильев (1954), Х. Н. Хидыров (1962) и др. После проведенного лечения в ликворе у 9 человек имелись минимальные изменения (слабо положительные глобулиновые реакции), могущие быть результатом других заболеваний, поражающих нервную систему. У 3 больных положительные глобулиновые реакции сочетались с положительными КСР или РИФ. Эти больные, по нашему мнению, подлежат дополнительному лечению. Ранее проведенное им лечение не дало желаемого эффекта, что было установлено лишь на основании исследования спинномозговой жидкости перед снятием с учета.

Поэтому мы не можем согласиться с М. В. Миличем и соавт. (1970), не считающими необходимой люмбальную пункцию при снятии с учета больных, лечившихся по поводу заразных форм сифилиса. Пункция необходима не только при снятии с учета, но и значительно раньше. Это позволит в более раннем периоде выявить неизлеченные сифилитические менингиты и своевременно провести дополнительное лечение. Поэтому совершенно обязательным является строгое выполнение требований официальной инструкции об исследовании спинномозговой жидкости уже через 1 год после окончания специфического лечения. Больные с заразными формами сифилиса, у которых до начала лечения выявлены патологические изменения в ликворе, по нашему мнению, должны находиться под особым наблюдением, подвергаться люмбальной пункции сразу же по окончании лечения и при обнаружении патологических изменений в ликворе — лечиться до полной санации его. Это будет служить профилактике поздних форм нейросифилиса.

ВЛИЯНИЕ ЦЕНТРИФУГИРОВАНИЯ НА ВЗВЕСЬ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ

Ю. В. Сметанин. Харьков

В экспериментальной сифилидологии встречаются ситуации, когда необходимо очистить взвесь бледных трепонем от грубых примесей (кусочки тканей яичка кролика, эритроциты и др.) или осадить трепонемы из взвеси (например в жидкостях, содержащих малое количество возбудителей). Н. М. Овчинников и соавт. (1974) с этой целью использовали центрифугирование при 6000 об/мин в течение 40 мин для осаждения культуральных бледных трепонем и при 1500—2000 об/мин в течение 10 мин — для очищения взвеси бледных трепонем от твердых частиц.

Однако при работе с тканевыми трепонемами штамма Никола-са указанные режимы центрифугирования недостаточно приемле-

<i>Миленина Е. В.</i> Лабораторная диагностика актиномикоза	105
<i>Шаповал И. Н.</i> Реакция торможения миграции лейкоцитов у больных актиномикозом	108
<i>Фришман М. П., Дунаева Г. А.</i> Особенности течения раннего нейросифилиса	109
<i>Базыка А. П.</i> Ликворная патология у больных с заразными формами сифилиса	112 ✓
<i>Сметанин Ю. В.</i> Влияние центрифугирования на взвесь бледных трепонем	115
<i>Никольская Е. П., Фришман М. П., Константинова В. М., Штейнберг Н. А.</i> Микрореакция с активной плазмой, взятой из пальца, в серодиагностике сифилиса	117
<i>Тацкая Л. С.</i> Определение чувствительности лиофильного трепонемного антигена с помощью количественной РИФ	120
<i>Звягинцева Л. Е.</i> Реакция агломерации лейкоцитов периферической крови больных сифилисом	122
<i>Кислякова, Л. Н., Козин С. Л., Путевская Т. И.</i> Результаты микроскопического и бактериологического обследования мужчин, больных венерическим уретритом	123
<i>Путевская Т. И.</i> Чувствительность гонококков к антибиотикам	126
<i>Кравченко В. Г.</i> Токсические свойства гонококков и клиническое течение гонорей	128
<i>Козин С. Л., Кислякова Л. Н., Коротеев В. А., Седаш В. А.</i> Лечение мужчин, больных гонореей, пенициллином в комплексе со стимуляторами защитных сил организма	129 ✓
<i>Родин Ю. А., Пасулька Н. Н.</i> Реакция агломерации лейкоцитов у женщин — предполагаемых источников заражения гонореей мужчины	132
<i>Зильман С. Л.</i> Сравнительная оценка лабораторных методов диагностики трихомонады у женщин	134
<i>Мавров И. И.</i> Микробная флора уретры здоровых мужчин	136
<i>Рефераты</i>	138