

616.5(061)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР - 3

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

Выпуск 10

*Республиканский
межведомственный
сборник*

2

8

7

218785
КНИЖНИЙ
ЦЕНТР

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

чувствительности к ультрафиолетовым лучам у пациентов, резистентных к лечению гризеофульвином, чем у лиц, излеченных быстрее. Следовательно, при недостаточной эффективности лечения гризеофульвином целесообразно назначать дополнительно неспецифическую иммунотерапию.

РЕАКЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА АЛЛЕРГИИ ПРИ ТРИХОФИТИИ СТОП

В. П. Федотов, А. Д. Юцковский, А. С. Баграш. Запорожье

Наблюдение за состоянием нейтрофилов лежит в основе теста лейкоцитолиза, используемого для изучения реакций замедленного типа. Его использовали Э. Я. Ходюков (1973) при микозах стоп, Т. П. Белова (1968) — при кандидозах, Н. А. Чайка (1969) — при плесневых микозах. Мы определяли у больных трихофитией стоп показатель повреждения нейтрофилов (ППН) по В. А. Фрадкину, основанный на изменении сенсibilизированных нейтрофилов крови при воздействии на них антигеном *in vitro*. Этот тест применяют для изучения аллергии при туберкулезе легких, бактериальных инфекциях, бруцеллезе.

В качестве антигенов использовали полисахаридные фракции грибов *T. rubrum* и *T. interdigitale*, полученные по Н. П. Елинову. В одну из трех пробирок, содержащих по 0,08 мл крови исследуемого лица и 0,02 мл 5% раствора цитрата натрия, вносили 0,1 мл антигена из культур *T. rubrum*, во вторую — такое же количество антигена из культур *T. interdigitale*. В третью пробирку, которая являлась контрольной, добавляли 0,1 мл физиологического раствора. Штатив с пробирками помещали на 2 часа в термостат при 38°, а затем готовили мазки. Их обрабатывали фиксатором Шабаша и окрашивали ШИК-реактивом на гликоген с последующей докраской ядра гематоксилином. Такая окраска, в отличие от метода Паппенгейма-Крюкова, позволяет четко дифференцировать нейтрофилы от остальных лейкоцитов, определять характерное перераспределение гликогена в цитоплазме, возникающее при ответной реакции клеток на специфический антиген (А. Д. Адо, 1970). ППН вычисляли по формуле:

$$\text{ППН} = \frac{N - N_k}{100}$$

где N — число поврежденных нейтрофилов в опыте, N_k — в контроле.

Оценивали три степени повреждения нейтрофилов. Первая характеризовалась большим количеством неизмененных нейтрофилов, лейкоцитов с незначительным фрагментированием или пикнолизом ядра, поврежденной оболочкой, достигающей половины клетки, с частичным выпадением гранул цитоплазмы (реакция отрицательная). При второй степени — полный распад клеточной оболочки с выпадением гранул цитоплазмы, пикнолиз ядра, гипохроматоз и кариолиз (реакция положительная). При третьей — полный лизис как цитоплазмы, так и ядра (реакция резко положительная).

ППН у больных трихофитией стоп

Антиген	Степень реакции	Здоровые	Форма трихофитии стоп			
			экссудативная	сквамозная подошв	сквамозная множественная, онихомикоз	итого
Из культур <i>T. rubrum</i>	Резко положительная	—	2	2	1	5
	Положительная	—	8	10	18	36
	Отрицательная	15	12	6	1	19
Всего		15	22	18	20	60
Из культур <i>T. interdigitale</i>	Резко положительная	—	3	2	1	6
	Положительная	—	6	9	7	22
	Отрицательная	15	13	7	12	32
Всего		15	22	18	20	60

Обследованию подвергнуто 60 больных трихофитией стоп (37 мужчин, 23 женщины) в возрасте от 20 до 55 лет. Дисгидротическая трихофития стоп диагностирована у 13, интертригинозная — у 9, сквамозная — у 18. У 20 больных было сквамозное поражение стоп, ладоней, пахово-бедренных складок, голеней, ногтевых пластинок кистей и стоп. У 31 отмечен онихомикоз с повреждением от 1—2 до 18—20 ногтевых пластинок. Диагноз трихофитии кожи и ногтей подтвержден микроскопически и культурально у всех больных (у 56 изолирован *T. rubrum*, у 4 — *T. interdigitale*). Длительность заболевания до 1 года была у 12 больных, 1—2 года — у 18, 3—5 лет — у 10, 6—10 лет — у 11, 11—20 лет — у 9.

Титрацию антигенов для ППН провели на 5 больных трихофитией стоп с выраженной замедленной аллергией к грибам. Оптимальной дозировкой оказалось разведение антигена 1:2000 с неразведенной сывороткой крови. В целях контроля реакция изучена у 15 здоровых лиц. ППН у них не превышал 0,1; и такие результаты мы считали отрицательными.

В отличие от здоровых у больных микозами положительный ППН наблюдался у 41 из 60 на полисахаридный антиген из культур красного трихофитона и у 28 — на антиген из культур интердигитального трихофитона (таблица). Обращают на себя внимание более интенсивные и частые реакции у больных генерализованным микозом и онихомикозом.

Мы сопоставили результаты ППН у каждого больного с бактериологическими данными. Реакция оказалась положительной только на антиген из культур красного трихофитона у 20, только

интердигитального — у 7, одновременно на оба — у 21, отрицательной — у 12 больных. У 41 больного трихофитией стоп, обусловленной красным трихофитом, был положительный ППН на антиген из культур этого гриба, а у 4 больных микозом, вызванным интердигитальным трихофитом, — на антиген из культур *T. interdigitale*. Таким образом, у 45 из 48 больных с положительным ППН наблюдался параллелизм интенсивности реакции и результатов бактериологических исследований. Перекрестные положительные реакции на оба антигена объясняются общими антигенными детерминантами у этих трихофитонов (А. П. Базыка, 1966; А. М. Чистяков, 1970; П. Н. Кашкин, 1971).

Итак, полученные данные свидетельствуют об определенном параллелизме результатов ППН и бактериологических находок в очагах микоза, что может служить показателем участия нейтрофильных лейкоцитов в развитии замедленных реакций при микотической сенсibilизации. Интенсивные ППН у больных генерализованным микозом могут объясняться многоочаговостью поражения, что способствует вовлечению большого количества иммунологически компетентных органов и клеток. В этих случаях наблюдается быстрый и довольно выраженный клеточный ответ на антигенное раздражение.

РОЛЬ ГРИБОВ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Т. И. Захарова, В. Ф. Чистякова, Е. В. Миленина, И. Н. Шаповал,
Н. Т. Богданова, Е. А. Мещанинова, В. П. Волкова, Е. А. Маркова. Харьков

Мы обследовали 196 больных, направленных для подтверждения или исключения диагноза микоза. Из них 83 ранее наблюдались дерматологом, 40 — стоматологом, 23 — хирургом, в том числе 2 проктологом, 19 — оториноларингологом, 17 — терапевтом, 5 — онкологом, 4 — фтизиатром, 3 — аллергологом, 1 — педиатром и 1 — психиатром. У 153 было поражение кожи и слизистых оболочек, а у 43 — патология внутренних органов.

Из 37 больных, направленных с пиодермитами, у 11 установлен актиномикоз, у 1 — хромомикоз, у 1 — кокцидиоз, у 9 — смешанная инфекция грибами рода *Candida* и бактериальной флорой. Чаще всего грибы были обнаружены у больных (18 из 24), направленных с диагнозом хронической язвенно-вегетирующей пиодермии.

Среди 33 больных с другими поражениями кожи и слизистых грибковая инфекция выявлена у 15, причем у 12 из них под-

<i>Базыка А. П., Тоцкий В. А.</i> Талассотерапия больных экземой	47 ✓
<i>Цераидис Г. С., Бавыкина Е. А.</i> Активность окислительно-восстановительных, гидролитических ферментов и вегетативная иннервация кожи у больных диффузным нейродермитом	50
<i>Солошенко Э. Н.</i> Медикаментозная системная красная волчанка, вызванная амидопиридином	53 ✓
<i>Трапицын В. Н.</i> Функциональное состояние центральных адренергических образований при псориазе	55
<i>Торсуев Н. А., Бухарович А. М.</i> Электрофизиологические параллели у больных псориазом в прогрессирующей и стационарной стадиях	57
<i>Мошкалова И. А.</i> Содержание липидов в лейкоцитах больных псориазом	59
<i>Головченко Д. Я.</i> Активность щелочной фосфатазы и альдолазы у больных псориазом	61
<i>Костюшов В. В.</i> Состояние тиол-аскорбатного обмена при псориазе	62
<i>Бухарович М. Н., Тихая С. К., Бухарович А. М., Милютин Ю. Я.</i> Роль бальнеотерапии в профилактике рецидивов псориаза	64
<i>Нестеренко Г. Б., Грищенко Т. В.</i> Лечение псориаза метотрексатом и кортикостероидами	66
<i>Дюжев Г. Ф.</i> Сравнительные результаты лечения больных красным плоским лишаем пенициллином и гризеофульвином	67
<i>Тумашева Н. И., Куценко Н. С., Керницкий А. П.</i> Влияние альбумина на синтез аутогемолизинов клетками периферической крови больных тяжелыми дерматозами	69
<i>Торсуев Н. А., Романенко В. Н.</i> Гистонейроморфология кожи при рубцующем пемфигоне	71
<i>Левковский Н. М., Борононос В. Г.</i> Аутоиммунные реакции у животных в экспериментальной модели, приближенной к хронической красной волчанке	73
<i>Нестеренко Г. Б., Диденко И. Г.</i> Индекс агглютинации тромбоцитов крови <i>in vitro</i> с пенициллином, стрептококком и стафилококком у больных красной волчанкой и склеродермией	75
<i>Диденко И. Г.</i> Клиническая характеристика больных склеродермией по данным диспансеризации	76
<i>Петрусенко Е. А., Цераидис Г. С., Бавыкина Е. А.</i> Ультраструктурные и гистохимические изменения в коже при склеродермии	78
<i>Проскурнина В. С., Шахова Ф. Б., Никольская Е. П., Гетманец И. Я., Лихоносов В. Н.</i> Аутосенсibilизация при грибовидном микозе	81 ✓
<i>Потоцкий И. И., Недобой П. Н.</i> Функциональное состояние кожи при ихтиозе	83 ✓
<i>Пятиков А. И., Волкославская В. Н.</i> Иммунологическая реактивность у больных круговидным облысением	86
<i>Бухарович М. Н., Гридасова В. Д.</i> Некоторые аспекты патогенеза угревой болезни	89
<i>Эдельштейн Я. М., Аббакумов А. Ф., Чувычкин Ю. И.</i> Организация борьбы с микроспорией, вызванной пушистым микроспорием	91
<i>Захарова Т. И., Бабенко Л. И.</i> Геофилы в очаге микроспории, вызванной <i>Microsporum aureum</i>	93
<i>Тарануха Н. Н.</i> Реактивность организма больных микроспорией волосистой части головы при лечении гризеофульвином	96
<i>Федотов В. П., Юцковский А. Д., Баграш А. С.</i> Реакция повреждения нейтрофилов как показатель замедленного типа аллергии при трихофитии стоп	99
<i>Захарова Т. И., Чистякова В. Ф., Миленина Е. В., Шаповал И. Н., Богданова Н. Т., Мецанинова Е. А., Волкова В. П., Маркова Е. А.</i> Роль грибов в развитии хронических воспалительных процессов	101