

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

616.5(061)

Д-36

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

Республиканский межведомственный сборник

ВЫПУСК II

3
ЗАПОРІЙСЬКИЙ
МЕДИНСТИТУТ
ВІБЛІОТЕКА

«Здоров'я», Киев — 1976

2245802
БІОБІОТЕКА
ЕКЗЕМПЛЯР

2
8

9

В сборнике рассматриваются актуальные вопросы организации борьбы с венерическими и кожными болезнями, в частности диагностики, терапии и профилактики сифилиса и гонореи; обращается внимание на этиологию, патогенез, лечение таких распространенных заболеваний, как экзема, нейродерматозы, профессиональные дерматозы, дерматомикозы, пидермиты, псориаз, ретикулезы, коллагенозы, пузырчатка.

Рассчитан на научных работников и практических врачей: дермато-венерологов, акушеров-гинекологов, инфекционистов, эпидемиологов, хирургов, профпатологов, участковых врачей, а также организаторов здравоохранения.

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

М. В. Борзов, А. Я. Бранловский (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.

функции кожного анализатора (повышен порог тепло- и болеощущения), снижена исходная температура кожи, что свидетельствует об извращенной вегетативной функции.

ПСИХОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЗУДЯЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

В. П. Логунов, А. П. Базыка, В. П. Федотов, А. И. Лесницкий.
Запорожский медицинский институт

В патогенезе большинства аллергических зудящих дерматозов определенное значение имеют нарушения функционального состояния нервной системы. Это побудило нас для лечения больных экземой, нейродермитом и крапивницей применить такие психофармакологические препараты, как тизерцин, галоперидол-форте, мелипрамин и амитриптиллин, обладающие ярко выраженным нейролептическим, седативным, противозудным и снотворным действием. Показаниями для их назначения служили интенсивный зуд, нарушение сна, повышенная возбудимость больных, двигательное беспокойство, а также отсутствие терапевтического эффекта от других транквилизаторов и антигистаминных препаратов.

Препараты назначали с учетом исходного функционального состояния нервной системы, субъективных расстройств и остроты воспалительных изменений в очагах высыпаний. Больным с преобладанием тормозных реакций, плаксивостью и выраженными экссудативными явлениями в очагах поражения психотропные средства назначали по половине таблетки 1 раз в день (на ночь) первые 2 суток, а затем 2 раза в день. При четко выраженном превалировании процессов возбуждения, белом дермографизме, повышенном артериальном давлении давали по 1 таблетке 2—3 раза в сутки. После приема каждой таблетки больные находились в постели в течение часа во избежание возникновения побочных явлений, связанных с возможным падением артериального давления. Курс лечения длился 2—3 недели на фоне продолжавшегося приема витаминов, гипосенсибилизирующих и местных симптоматических средств. Больные становились более спокойными, бодрыми, уверенными, улучшалось настроение, уменьшался или исчезал зуд, нормализовался сон, а также регрессировали клинические проявления дерматоза.

Под наблюдением было 285 больных; из них 225 — хронической диссеминированной экземой, 28 диффузным нейродермитом, 12 — атопическим нейродермитом и 20 — крапивницей.

Тизерцин в таблетках по 25 мг был назначен 162 больным экземой, 21 — нейродермитом, 10 — атопическим нейродермитом и 20 — крапивницей. На 2—3-и сутки после приема препарата у всех больных улучшился сон (они быстрее засыпали, сон становился спокойным и более продолжительным), ослабел зуд, а

потом и совсем исчез к концу курса лечения. В первые 2—3 дня лечения большинство больных жаловались на тяжесть в голове, неполное пробуждение, сонливость, что отмечали Ю. Я. Ашмарин (1970), В. Н. Горохова (1973) и др. К 7—10-му дню лечения, когда полностью проявлялось нейролептическое, антигистаминное и адренолитическое действие тизерцина, исчезали сонливость, общая слабость и тревога, появлялась уверенность в излечении.

Параллельно с этим постепенно регрессировали высыпания. У больных экземой уменьшились эритема, экссудативные явления, везикуляция и мокнутие, а затем — инфильтрация пораженных участков. У больных нейродермитами значительно уменьшился или прекратился зуд, рассосались папулы, разрешилась лихенификация. Хорошие результаты отмечены у некоторых больных крапивницей: почти полностью исчезли волдыри, уменьшился красный дермографизм и зуд. Однако в дальнейшем (через 2 недели) на фоне продолжающегося приема тизерцина вновь появлялись высыпания и зуд. Тизерцин оказал благоприятный, но не всегда стойкий эффект у 186 из 213 больных. Даже на фоне дальнейшего его приема у некоторых больных возобновлялся зуд, а у 21 больного терапевтический результат отсутствовал. У 6 больных тизерцин был отменен из-за плохой переносимости (головные боли, цианоз слизистых оболочек, непрекращающаяся сонливость).

Галоперидол-форте (в таблетках по 5 мг) получал 21 больной экземой и 4 — нейродермитом. Он оказал выраженный нейролептический и седативный эффект у всех 25 больных, способствовал значительному снижению тревожной ажитации уже в первые дни приема. В отличие от тизерцина, препарат, нормализуя ночной сон, не вызывал вялости, заторможенности, сонливости в дневное время. Сравнительно быстро уменьшался, а затем исчезал зуд, что совпадало с регрессом клинических проявлений дерматоза. Никаких осложнений не наблюдали.

Антидепрессивные препараты мелипрамин (0,25 мг в таблетке) и амитриптиллин (0,25 мг в таблетке), обладающие антиаллергическим действием, принимали 42 больных экземой, 3 — нейродермитом и 2 — атопическим нейродермитом. У 39 получен благоприятный терапевтический результат. На 2—3-й день лечения чувство тоски, подавленности сменялось спокойным, ровным настроением, улучшением сна и уменьшением зуда, который иногда полностью исчезал к 7—10-му дню. У 6 больных экземой мелипрамин не дал положительного эффекта, а у 2 — вызвал сильную сонливость и головные боли, вследствие чего его отменили. Амитриптиллин был более эффективен и лучше переносился, что, возможно, объясняется его седативным действием.

Наш опыт позволяет рекомендовать указанные выше средства для этапного лечения больных дерматозами, сопровождающимися интенсивным зудом, нарушением сна, лабильной нервной системой, повышенной раздражительностью. Их целесообразно назначать в комплексе с гипосенсибилизирующими и стимулирующими препаратами.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ И НЕЙРОДЕРМИТОМ ЖИТОМИРСКИМИ РАДОНОВЫМИ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ

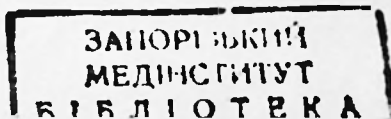
В. И. Скларов. Житомирский областной кожно-венерологический диспансер

Для лечения больных экземой и нейродермитом мы применили воды минерального радоно-углекисло-кальциево-магниевого источника, расположенного в Житомире в пойме реки Тетерев.

Мы лечили 36 больных истинной экземой, 18 — микробной и 7 — нейродермитом (39 мужчин, 22 женщины). В возрасте до 20 лет было 9 больных, от 21 года до 50 лет — 48 и старше 50 лет — 4. Больные получали комплексное лечение. Перед и после приема радоновой ванны осуществлялся терренкур по 700 метров. Температура воды — 35° — 36° . Количество ванн — от 8 до 18. Первые 3 дня — экспозиция по 10 мин, последующие 3 дня — 12 мин, с 7-го по 16-й день — 15 мин, 17-й день — 12 мин, 18-й — 10 мин. После ванны больные лежа отдыхали 15—25 мин. Помимо бальнеотерапии, больные получали десенсибилизирующие средства, витамины группы В, С, Р, А, D и мазевое лечение (ограниченно).

До лечения у 17 из 54 больных экземой количество эритроцитов было уменьшено, у 23 — понижено содержание гемоглобина, у 19 — отмечена эозинофилия. У 7 больных нейродермитом изменений со стороны крови не выявлено. После бальнеолечения у 7 больных экземой увеличилось количество эритроцитов, у 5 — повысилось содержание гемоглобина. Количество эозинофилов к концу лечения нормализовалось у 11 больных, что указывает на десенсибилизирующее действие радоновых ванн.

Для уточнения последнего вопроса мы определяли в динамике коэффициент лизиса лейкоцитов (КЛЛ) *in vitro*. В контрольной группе (15 здоровых лиц) КЛЛ равнялся $0,09 \pm 0,002$. До лечения у больных экземой КЛЛ был равен $0,11 \pm 0,02$, а нейродермитом — $0,15 \pm 0,01$, существенно превышая показатель контрольной группы ($P < 0,05$; $< 0,001$). Следовательно, у больных экземой и нейродермитом повышена чувствительность к радоновой воде. После курса терапии с применением минеральных радоновых ванн КЛЛ



СОДЕРЖАНИЕ

Кожные болезни

<i>Торсуев Н. А., Бухарович М. Н., Бухарович А. М.</i> Лечение пиококковых поражений кожи эритромициновой мазью, содержащей аминобензонит	3
<i>Пятикоп А. И., Солощенко Э. Н.</i> Состояние неспецифической иммунологической реактивности у больных аллергодерматозами	5
<i>Глухенький Б. Т.</i> Механизмы глюкокортикоидной недостаточности у больных экземой	8
<i>Гольдштейн Л. М., Ткач В. Е., Медвидь В. С., Томашиевский Д. И.</i> Состояние желудочной секреции, функции печени, кожного анализатора и некоторых видов обмена веществ у больных экземой и нейродермитом	11
<i>Логунов В. П., Базыка А. П., Федотов В. П., Лесницкий А. И.</i> Психотропные препараты в терапии больных зудящими дерматозами	15
<i>Скляров В. И.</i> Лечение больных экземой и нейродермитом житомирскими радоновыми минеральными водами	17
<i>Браиловский А. Я., Гольдштейн Л. М., Поэль Г. Я.</i> Функциональное состояние кожи у больных старческим зудом	18
<i>Триплицын В. Н., Гавриленко И. И.</i> Функциональное состояние центральных холинэргических образований при псориазе	21
<i>Нестеренко Г. Б., Гриценко Т. В.</i> Система ацетилхолин — холинэстераза у больных псориазом	23
<i>Беляев Г. М., Пятикоп А. И.</i> Эстрогенно-андрогенная активность в динамике псориаза	25
<i>Дуденко Л. И.</i> Аллергическая реактивность у больных псориазом	29
<i>Сербин В. И.</i> Гистохимические изменения кожи больных псориазом после наружного применения флуоцинолон-ацетонида	32
<i>Нестеренко Г. Б., Диденко И. Г.</i> Проницаемость кровеносных сосудов у больных красной волчанкой	37
<i>Левковский Н. М., Желнова С. Я., Бордонос В. Г.</i> Морфология кожи морских свинок в экспериментальной модели, приближенной к хронической красной волчанке	39
<i>Проскурнина В. С., Шахова Ф. Б.</i> Цитология пунктатов и патоморфология подкожных лимфатических узлов у больных грибовидным микозом	42
<i>Геритенкерн В. Я.</i> Аллергическое состояние у больных лимфогранулематозом с преимущественным поражением кожи	45
<i>Гридасова В. Д.</i> Кислотно-щелочное равновесие и состояние капилляров кожи у больных угревой болезнью	47
<i>Калантаевская К. А.</i> Гистоморфология болезни Дарье	49
<i>Браиловский А. Я., Проскурнина В. С., Полячок М. Е.</i> К диагностике синдрома Блума	53
<i>Федотов В. П., Коншина Р. П.</i> Плазмоциты периферической крови у больных трихофитией стоп	55