

616.5/04  
836

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

# ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

*Республиканский  
междуведомственный  
сборник*

238/68 ✓

80 2

Выпуск 12



Київський  
медіцинський  
ІНСТИТУТ  
БІБЛІОТЕКА

УДК 616.5/04  
616.5/04  
616.5/04

617.8  
Д.36

В сборнике научных работ освещены вопросы организации, клиники и лечения венерических и заразных кожных болезней, а также распространенных тяжелых дерматозов.

В исследованиях использованы современные физиологические, биохимические, иммунологические, серологические, гистохимические методы и электронная микроскопия.

Сборник рассчитан на дермато-венерологов и организаторов здравоохранения.

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

*Б. Т. Глухенький, Б. А. Задорожный (зам. отв. редактора), К. А. Калантаевская (зам. отв. редактора), Ю. С. Касько, С. Л. Козин, Г. Б. Нестеренко, А. И. Пятикоп (отв. редактор), Н. А. Торсуев, М. П. Фришман, Г. С. Цераидис (отв. секретарь).*

Рецензент докт. мед. наук *О. П. Комов.*

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

*Республиканский междуведомственный сборник*

Выпуск 12

*Издается с 1965 года*

Редактор В. К. Кулева. Оформление художника Г. И. Головченко. Художественный редактор Н. А. Сердюкова. Технический редактор Л. А. Запольская. Корректоры Т. Я. Рогачевская, Т. И. Борисова.

Информ. бланк № 649

БФ08829. Заказ 7192. Сдано в набор 28/XII 1976 г. Подписано к печати 6/VII 1977 г. Формат 60X84<sup>1/8</sup>. Уч.-изд. л. 8,57. Физ. печ. л. 7,5. Усл. печ. л. 6,98. Бумага тип. № 2. Тираж 1000. Цена 1 руб. 30 коп.

Издательство «Здоров'я», г. Киев, ул. Кирова, 7, тел. 93-55-34.

4-я военная типография.

51800—113  
М209(04)—77 122—77

© Издательство «Здоров'я», 1977

## АЛЛЕРГИЯ К ПЕНИЦИЛЛИНУ И СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К ГРИБАМ

А. Д. Юцковский. Запорожский медицинский институт

Поставив перед собой задачу выяснить, есть ли взаимосвязь между аллергией к пенициллину и микотической сенсibiliзацией, мы решили проследить влияние длительного приема массивных доз пенициллина на чувствительность кожи к этому препарату и параллельно к антигенам дерматофитов. В условиях клиники мы обследовали больных сифилисом в процессе пенициллинотерапии.

Наблюдали 51 больного, в том числе сифилисом первичным — 20, вторичным свежим или рецидивным — 26 и латентным — 5. Им вводили пенициллин по 50—100 тыс. ЕД через каждые 3 ч до суммарной дозы от 6 до 57 млн. ЕД. До начала и по окончании лечения у этих больных производили кожное тестирование пенициллином и полисахаридным антигеном красного трихофитона. Раствор натриевой соли пенициллина (0,02 мл) вводили внутрикожно в области сгибательной поверхности предплечья. Полисахаридный антиген (0,1 мл) вводили интрадермально. Учитывали реакции кожи немедленного и замедленного типов. Всех больных тщательно обследовали клинико-лабораторными методами с целью выявления сопутствующих микозов кожи. Собирая анамнез, спрашивали, не лечились ли раньше пенициллином и как переносят этот препарат. Оказалось, что 14 больных ранее лечились пенициллином, а 20 болеют микозом стоп, обусловленным *T. rubrum* (эригемато-сквамозным — 19 и интертригинозным — 1).

Из 31 больного сифилисом без сопутствующего микоза стоп положительные кожно-аллергические реакции на пенициллин зарегистрированы у 7, на грибной антиген — у 4. Возможно, эти реакции возникли потому, что больные в последние 2 года лечились пенициллином. Не исключено, что больные перенесли микоз, о котором могли не знать или забыть. Следует учесть и то, что сифилитическая инфекция сама по себе обуславливает иммунологические сдвиги, выявляемые неспецифическими раздражителями [57, 64].

Из 20 больных сифилисом с сопутствующим микозом стоп у 16 наблюдались реакции замедленного типа и у 18 немедленного на грибной антиген и параллельно на пенициллин (соответственно у 1 и 15). Различные частоты реакций с первой группой статистически достоверно ( $\chi^2=25,0$  и  $26,7$ ;  $P<0,05$ ). Замедленные папулезные реакции у этих больных, получавших пенициллин, удерживались значительно дольше чем, у лиц, не принимавших его.

У больных обеих групп, лечившихся пенициллином в последние 2 года, волдырные реакции кожи на этот антибиотик встреча-

лись значительно чаще, чем у больных, не принимавших его. Так, волдырные реакции на внутривенную инъекцию 200 ЕД пенициллина отмечены у 5 из 9 больных сифилисом, ранее принимавших пенициллин, и ни разу не наблюдались у остальных больных, не получавших этого препарата.

После окончания пенициллинотерапии по поводу сифилиса увеличилось количество положительных реакций на оба тестируемых препарата в группе больных, не инфицированных грибами. При этом число больных, реагирующих на пенициллин, возросло с 7 до 29, а на грибные антигены — с 4 до 25. У больных же сифилисом с сопутствующим микозом стоп после пенициллинотерапии частота реакций на грибные антигены не увеличилась, но зато значительно усилилась интенсивность их — количество резко положительных замедленных и немедленных реакций возросло вдвое. Число же больных, реагирующих на пенициллин, увеличилось при этом с 15 до 20, а интенсивность местных реакций мало изменилась. Только у 1 больной слабоположительные реакции на пенициллин стали резко положительными.

Продолжительное лечение пенициллином существенно влияет на течение микоза. У половины больных сифилисом, инфицированных грибами, обострилось течение микоза стоп во время пенициллинотерапии: усилилась гиперемия и мацерация кожи в межпальцевых складках стоп, а у некоторых больных она в этом месте стала рыхлой, в глубине складок появились трещины, на боковых поверхностях пальцев и в области сводов стоп возникли пузырьки с прозрачным содержимым. Некоторые авторы связывают обострение микоза с сенсibilизацией к пенициллину, продуцируемому в небольшом количестве грибами. Мы не отрицаем такой возможности, но полагаем, что следует учитывать также родство антигенных структур у паразитарных грибов и пенициллина, общность антигенных детерминант. Благодаря этому сенсibilизированный к грибам организм реагирует повышением чувствительности кожи на воздействие пенициллином, а длительное введение пенициллина с лечебной целью у таких людей обуславливает обострение кожного микотического процесса, повышение реактивности на грибные антигены и пенициллин. Кожная аллергия на пенициллин и грибные антигены возникает при длительной пенициллинотерапии и при отсутствии микозов кожи.

Проскурина В. С., Шахова Ф. Б. Некоторые данные об иммунном статусе больных ретикулобластоматозами кожи	46
Задорожный Б. А., Кутасевич Я. Ф. О патогенезе криогенного повреждения	48
Базыка А. П., Каптых Р. Ф., Козленко В. В. Содержание витамина С в крови при профессиональной ангиодермопатии	51
Шахова Ф. Б., Проскурина В. С., Стефановская Л. П., Картавина Н. В. Некоторые особенности эпителиом, возникающих на фоне хронического рентгендерматита	53
Базыка А. П., Федотов В. П. Некоторые клеточные и гуморальные реакции при рубромикозе	55
Логунов В. П. Функциональная активность нервной и сосудистой систем на антигенное раздражение у больных микробной экземой	58
Касько Ю. С., Трутяк Л. Н. Иммунологическая реактивность больных дерматомикозами и пиодермией в процессе лечения декаметоксикном	60
Юцковский А. Д. Аллергия к пенициллину и сенсбилизация к грибам	63
Федотов В. П., Никифоров Ю. Ф. Пассивный перенос специфических аллергических реакций немедленного типа при трихофитии стоп	65
Мануйлова Л. А., Юцковский А. Д. Оптимальные дозы гризеофульвина при терапии больных микроспорией	67
Захарова Т. И., Богданова Н. Т., Юхновская Г. Н., Бондаренко О. Н., Любецкая Р. Я. Нибитон в лечении рубромикоза и микроспории	71
Литература	73

#### Венерические болезни

Когон Г. Х., Родь О. И., Давыдов Е. А., Прохоренко М. И., Башмаков Г. В. Клиническая характеристика и причины поздней диагностики рецидивных форм сифилиса	79
Михайлик А. А. Некоторые особенности течения венерических болезней у алкоголиков и туземцев	81
Лесницкий А. И., Логунов В. П. Ампициллин в терапии больных заразными формами сифилиса	84
Фришман М. П., Наконечная З. С., Никольская Е. П., Тацкая Л. С. Динамика серологических реакций крови у больных заразными формами сифилиса, леченных пенициллином по непрерывной методике	86
Сметанин Ю. В., Дунаевская В. О. Сравнительное изучение иммунофлуоресцентной и обычной темнопольной методик обнаружения бледных трепонем в крови	88
Дубовый М. И. Выявление бледных трепонем в спинномозговой жидкости при сифилисе	90
Звягинцева Л. Е. Реакция лейкоцитоллиза у больных сифилисом	92
Сметанин Ю. В., Дунаевская В. О., Тацкая Л. С. Продолжительность сохранения вирулентности бледных трепонем в донорской крови, консервированной гемоконсервантом ЦОЛИПК 7 <sup>6</sup>	94
Дунаева Г. А. Вибрационная чувствительность у больных заразными формами сифилиса по данным пороговых величин	97
Козин С. Л., Коротеев В. А. Лечение канамицином мужчин, больных свежими формами гонорей	100
Братусь Ф. Ф., Мельниченко А. И., Кунина Е. М. Лечение трихомониазом женщин, больных трихомониазом	101
Соболевский А. И., Турбаевский В. И. Лечение остроконечных кондилом 2,5% 5-фторурациловой мазью	103
Литература	105