

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
616.5/04
836

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^{1/8}. 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

© Издательство «Здоров'я», 1977

Полученные нами данные несколько отличаются от результатов других авторов [16, 38]. По нашим данным, у больных сифилисом алкоголиков и тунеядцев несколько удлинен инкубационный период, чаще диагностируются язвенные шанкры, двусторонние адениты, у 8,9% больных при первичном и у 4,0% при вторичном рецидивном сифилисе вообще отсутствовала реакция со стороны лимфоузлов, относительно часто наблюдался индуративный отек. Это свидетельствует о том, что образ жизни определенным образом сказывается на общей реактивности и состоянии защитных сил организма, а это в свою очередь приводит к некоторому изменению клинического течения заболевания.

АМПИЦИЛЛИН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЗАРАЗНЫМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА

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

Ампициллин относится к полусинтетическим препаратам пенициллина. Он обладает широким спектром антимикробного действия. В отличие от других антибиотиков этой группы, ампициллин является активным препаратом и в отношении ряда грамотрицательных микробов. Отмечена высокая активность ампициллина и по отношению к бледной трепонеме [37]. Трепонема исчезала с поверхности сифилидов через 7,1—8,2 ч после начала лечения больных этим препаратом.

Ампициллин более устойчив к кислоте, чем пенициллин, и поэтому не разрушается в кислой среде желудка. Хорошо всасываясь из желудочно-кишечного тракта, ампициллин создает высокую стабильную концентрацию препарата в крови через 1 ч 30 мин — 2 ч. В течение 6 ч выделяется с мочой в активном виде около 35% принятого препарата. Прием 1 таблетки ампициллина (250 мг) создает среднюю терапевтическую концентрацию препарата (не ниже 0,1 мкг/мл) в течение 4 ч, а иногда — 6—8 ч.

Этот антибиотик нетоксичен, мало связывается белками крови. Как и другие пенициллины, разрушается пенициллиназой.

Мы изучали терапевтическую эффективность ампициллина у больных заразными формами сифилиса. Работу выполняли совместно с отделом сифилидологии ЦКВИ.

Ампициллин, согласно рекомендации ЦКВИ, назначали в таблетках по 0,25 г 6 раз в сутки в течение 20 дней (на курс 30,0 г независимо от периода сифилиса и веса больного). По окончании приема ампициллина больным делали по общепринятой методике инъекции висмутовых препаратов из расчета 1,0 г чистого метал-

лического висмута на курс лечения. Наряду с этим больным назначали стимулирующие препараты (витамины, биологические стимуляторы, пирогенал, инъекции кислорода и др.). Количество курсов зависело от периода сифилиса и соответствовало схемам лечения больных, утвержденным в 1962 г.: при первичном серонегативном назначали 2 курса лечения, первичном серопозитивном — 4, вторичном свежем — 5, вторичном рецидивном — 6. Перерывы между курсами не превышали 1 мес. Лечили больных молодого или среднего возраста без каких-либо сопутствующих заболеваний. Под наблюдением находились 25 больных заразными формами сифилиса, из них первичным серонегативным — 5, первичным серопозитивным — 12, вторичным свежим — 5, вторичным рецидивным — 3. Мужчин было 18, женщин — 7. В возрасте до 20 лет было 6 больных, от 21 года до 30 лет — 13, от 31 года до 40 лет — 5, от 41 года до 50 лет — 1.

У больных первичным сифилисом эрозивные сифиломы эпителизировались под влиянием ампициллина через 2—13 дней (в среднем 7,8), язвенные зарубцевались через 9—17 дней (в среднем 11,1) от начала лечения. У больных вторичным свежим сифилисом рубцевание шанкров отмечено на 5—27-й день лечения (в среднем 9,3). Уплотнение в основании первичной сифиломы рассосалось к концу первого курса лечения у 11 больных первичным и у 4 вторичным свежим сифилисом. У 7 же больных указанными формами сифилиса полное разрешение инфильтрата в основании шанкра произошло на втором курсе лечения. Регионарный склераденит и полиаденит разрешились у большинства больных также на втором курсе. У 6 больных эти проявления сифилиса регрессировали раньше — к концу первого курса лечения.

Розеолезная сыпь исчезла на 3—10-й (в среднем 5,2) день лечения. Папулы на туловище рассасывались на 7—20-й день (в среднем 16), на ладонях и подошвах — на 7—25-й день (в среднем 15), на гениталиях и в анальной области — на 7—18-й день (в среднем 10,9).

Серологические реакции стали отрицательными к концу первого курса лечения и у 9 больных первичным серопозитивным, у 1 вторичным свежим и у 1 вторичным рецидивным сифилисом. У остальных 9 больных (3 — первичным серопозитивным, 4 — вторичным свежим и 2 — вторичным рецидивным) отмечено в эти же сроки значительное снижение титра серологических реакций. Полная негативация их зарегистрирована в середине второго курса лечения.

Переносимость ампициллина у всех больных была хорошей. Каких-либо осложнений, вызванных этим антибиотиком, мы не наблюдали.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 19 больных. От нескольких месяцев до одного года наблюдали 6 больных, от 1 года до 2 лет — 11, от 2 до 3 лет — 2. У всех больных в указанные сроки мы не обнаружили каких-либо проявлений сифилиса. Серологические реакции оставались отрицательными.

Итак, проведенное курсовое лечение больных заразными формами сифилиса ампициллином в комбинации с висмутовыми и стимулирующими препаратами способствовало быстрому исчезновению клинических проявлений болезни и негативации серологических реакций. Результаты лечения больных ампициллином были стойкими, что подтверждается контрольным наблюдением части больных в сроки до 3 лет. Изучение динамики регрессии сифилидов и негативации серологических реакций позволяет высказать предположение о более высокой терапевтической эффективности ампициллина по сравнению с пенициллином. Однако решение этого вопроса требует дальнейших клинических наблюдений.

ДИНАМИКА СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЗАРАЗНЫМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА, ЛЕЧЕННЫХ ПЕНИЦИЛЛИНОМ ПО НЕПРЕРЫВНОЙ МЕТОДИКЕ

М. П. Фришман, Э. С. Наконечная, Е. П. Никольская, Л. С. Тацкая.
Харьковский НИИ дерматологии и венерологии

Скорость негативации серологических реакций крови при сифилисе является одним из показателей эффективности действия противосифилитических средств и самого метода лечения.

Мы изучали динамику негативации классических и трепонемальных серологических реакций у больных заразными формами сифилиса, лечившихся пенициллином по непрерывной методике.

Исследовали кровь до лечения и в процессе его через каждые 15 дней, а также ежемесячно в течение первого года контрольного наблюдения, ежеквартально на втором году и затем 1 раз в полугодие на протяжении всего срока контрольного наблюдения.

Всего закончили лечение 630 больных (410 мужчин и 220 женщин). По поводу первичного серонегативного сифилиса лечились 58 больных, первичного серопозитивного — 235, вторичного свежего — 188, вторичного рецидивного — 149 больных. В возрасте до 20 лет были 72 больных, от 21 года до 30 лет — 277, от 31 года до 40 лет — 168, от 41 года до 79 лет и старше — 34 человека.

К концу лечения отрицательные классические серологические реакции были установлены у 550 больных.

Обычно в процессе лечения раньше других становилась отрицательной реакция Вассермана с липондным антигеном, затем

Проскурнина 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., Проскурнина 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 сенсибилизация 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 ⁶	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 трихомонадом женщин, больных трихомониазом	101
Соболевский А. И., Турбаевский В. И. Лечение остроконечных кондилом 2,5% 5-фторурациловой мазью	103
Литература	105