

416.51(061)  
4-36

ISSN 0130-3058

# ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

ВЫПУСК  
16  
1981

процесс стоп, который был подтвержден данными микроскопического, культурального исследования и результатами ТЛТ. Наиболее часто грибковая аллергия наблюдалась у больных хронической рецидивирующей экземой и лекарственными дерматозами. Можно предположить, что микозы стоп являются одним из предрасполагающих факторов в развитии аллергических дерматозов. Поэтому выявление и своевременное лечение микозов стоп — важная мера профилактики аллергических дерматозов и их рецидивов.

1. Адо А. Д. Общая аллергология. — М.: Медицина, 1978. — 464 с.
2. Копелян И. И., Григорьева М. П. Разработка микромодификаций культивирования клеток крови человека. — Бюлл. экспер. биол., 1972, т. 74, № 8, с. 119—122.
3. Фрадкин В. А. Аллергены. — М.: Медицина, 1978, с. 73—84.
4. Шецирули Л. Т., Швейцзе К. Д., Мачавариани Б. В. и др. Некоторые показатели специфической и неспецифической реактивности у больных микозами стоп. — В кн.: Тез. докл. научно-практ. конф. Всесоюз. науч. о-ва дерматовенерол. АМН СССР. Владимир, 1977, с. 50—51.
5. Buchwald J. Priskum kontaminacie vonkajsieho prottredia dermatofytne a jej vyznam v procese sirenia epidermofycie. — Gs. Derm., 1979, v. 54, № 2, p. 57—60.
6. Torok J., Fejer E. Micotic allergy. — In: Immunol. Asp. Allergy and Allerg. Diseases. V. 8. New York—London, 1976, p. 127—177.

Поступила в редакцию 14.10.80.

УДК 616.992.28—08+612.017.3+612.017.1

### О ЗНАЧЕНИИ РЕАГИНОВ В ФОРМИРОВАНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ПРИ ИНФЕКЦИИ T. RUBRUM

В. П. Федотов, А. А. Польнер. Запорожский медицинский институт, ЦИУВ

Мы исследовали уровень реагинов и их роль в развитии аллергических реакций немедленного типа при различных клинических формах микоза, обусловленного красным трихофитоном. Для достижения поставленной цели мы изучали реакцию пассивного переноса аллергии по Прауснитцу — Кюстнеру, непрямой базофильный тест по Шелли, немедленные кожные реакции.

Пробу пассивного переноса аллергических реакций изучали по классической методике Прауснитца — Кюстнера. Реакцию проводили как с цельной сывороткой, так и в разведении ее в 10, 100, 1000 раз, что способствовало количественному определению реагинов. В качестве контроля использовали белково-полисахаридный антиген интердигитального трихофитона и тест-контрольную жидкость с твином-80. Положительными считали реакции, характеризовавшиеся волдырем 5—10 мм в диаметре в месте инъекции

0,05 см<sup>3</sup> грибкового антигена. Реакции с более крупными волдырями и особенно с псевдоподиями рассматривали как резко положительные. Положительные реакции учитывали только при отрицательных результатах исследования в контроле.

Непрямой базофильный тест ставили по методике W. B. Shelley, L. Juhl. В качестве антигена использовали полисахаридный препарат из культур красного трихофитона в концентрации 1:64 000. Эта доза не вызывала морфологических изменений базофилов кролика в присутствии сыворотки здоровых людей и давала наиболее показательные результаты с сывороткой больных. Условно мы выделили четыре степени реакций: слабую (морфологически измененных базофилов в опыте больше, чем в контроле, на 10%), умеренную (больше на 15%), положительную (больше на 20%) и резко положительную (больше на 25%). Количество измененных базофилов в контроле обычно не превышало 5%.

Кожные аллергические реакции оценивали после внутрикожного введения 0,1 см<sup>3</sup> белково-полисахаридного антигена *T. interdigitale*. Немедленные реакции учитывали через 15—20 мин. Если диаметр волдыря не превышал 10 мм, то реакция расценивалась как отрицательная, если составлял 10—15 мм — как положительная, 16 мм и более, особенно с псевдоподиями, — как резко положительная.

Под наблюдением было 197 больных микозом, обусловленным *T. gypseum* (мужчин — 128, женщин — 69). Возраст больных — от 14 до 67 лет. Дисгидротический и интэртригинозный микоз диагностирован у 32 больных, экссудативный с мицидами или экзематизацией — у 37, сквамозный кожи стоп — у 50, генерализованный сквамозный кожи — у 78. Онихомикоз установлен у 87 больных. Длительность кожного процесса до 6 мес отмечена у 22 больных, от 6 мес до 1 года — у 33, 1,5—2 года — у 30, 2,5—4 года — у 32, 5—9 лет — у 33, 10—14 — у 27, 15—20 лет и более — у 20.

Пассивный перенос аллергических реакций немедленного типа удалось осуществить у 149 из 197 обследованных больных микозом, обусловленным красным трихофитоном. Следует подчеркнуть, что у 68 из 144 человек волдырь превышал 1,0 см в диаметре, нередко образовывал псевдоподии. У большинства больных при этом отмечен высокий титр реагинов. Так, из 134 больных, у которых в пробе Прауснитца — Кюстнера производилась титрация сыворотки крови, перенос оказался возможным с неразведенной сывороткой у 102, с разведённой в 10 раз — у 101, в 100 раз — у 95 и в 1000 раз — у 91 больного.

Непрямой базофильный тест по Шелли оказался положительным у 197 обследованных больных. Из 140 больных с ответными реакциями базофилов у 87 тест был положительным и резко положительным.

**Интенсивность индивидуальных реакций кожи  
и другие иммунологические тестов**

Клиническое выражение	Число больных	Проба Прауснитца-Кюстнера		Тест Шелли	
		положительных	отрицательная	положительный	отрицательный
Полиомикозы	162	129	33	133	32
Острый микоз	35	20	15	10	25
Всего	197	149	48	143	57

Помимо кожные реакции с грибковым антигеном были положительными у 162 из 197 человек, из них у 69 резко положительными (таблица).

Таким образом, у большинства обследованных больных микозом, обусловленным красным трихофитоном, оказался возможным пассивный перенос аллергических антител здоровому реципиенту, наблюдались интенсивные волдырные реакции кожи на грибковый антиген, а также вторичные изменения базофилов в результате специфической реакции антиген — антитело.

Мы отметили выраженный параллелизм интенсивности изученных аллергических реакций. Так, у 125 из 197 больных ответные реакции оказались равнозначными (либо положительными, либо отрицательными) в 3 указанных тестах, а у 45 — в 2 из них. Лишь у 27 из 197 больных зарегистрирована положительная только одна из этих реакций при отрицательных других пробах. Обнаруженный параллелизм интенсивности аллергических тестов объясняется, по нашему мнению, участием в этих реакциях реагинов. Следует отметить, что частота положительных ответов в изученных реакциях была почти одинаковой. Несколько чаще наблюдались положительные реакции на внутркожное введение специфического аллергена.

Необходимо подчеркнуть, что интенсивность ответных реакций организма зависела от клинических особенностей заболевания. Специфические реагины наиболее часто определяли у больных сквамозным генерализованным микозом. Так, реакция Прауснитца — Кюстнера оказалась положительной при этой форме у 64 из 78 человек, а при сквамозных формах микоза — у 34 из 50 ( $S^2 = 4,1$ ;  $P < 0,05$ ). Тест Шелли был положительным соответственно у 63 и 31 больных ( $S^2 = 5,76$ ;  $P < 0,05$ ), а кожные реакции — у 66 и 35 ( $S^2 = 4,12$ ;  $P < 0,05$ ). Высокие титры реагинов у больных микозами с удаленными друг от друга множественными очагами поражения кожи, по-видимому, можно объяснить более массивным антигенным раздражением большого количества иммунологически компетентных органов и клеток.

Мы не смогли отметить статистически значимых отличий интенсивности тестов, выявляющих реагины у больных сквамозными и экссудативно-везикулезными формами трихофитии. По-видимому, экссудативные явления при микозе, обусловленном красным трихофитоном, не всегда развиваются параллельно со специфическими аллергическими реакциями на грибковые антигены, как считали многие микологи на основании изучения кожных тестов реакций пассивной гемагглютинации и связывания комплемента.

Определенная роль в патогенезе микоза, обусловленного красным трихофитоном, подтверждалась зависимостью их титра от длительности кожного процесса. Так, наименее часто положительные результаты аллергических реакций наблюдались у пациентов с длительностью заболевания до 6 мес. В противоположность этому при более продолжительных сроках грибковой инфекции частота положительных результатов возрастала, достигая максимальной выраженности к 10-му году болезни и более. Следует особо подчеркнуть, что у 14 больных с отрицательными тремя реакциями продолжительность микоза составила 2 нед — 8 мес.

Таким образом, зависимость интенсивности аллергических тестов от длительности грибковой инфекции подтверждает предположение о более позднем вовлечении В-системы лимфоцитов, ответственных за продукцию циркулирующих в крови антител, в том числе и реагинов класса IgE.

Мы попытались сопоставить немедленные кожные реакции у больных дерматозами с результатами пробы Прауснитца — Кюстнера, которая, как известно, считается абсолютно достоверным тестом при определении реагинов, а также теста Шелли, широко используемого для диагностики аллергии немедленного типа.

Как видно из таблицы, у 74% обследованных больных интенсивность кожных реакций соответствовала результатам пробы Прауснитца — Кюстнера, а у 80% — теста Шелли. У остальных больных микозом результаты иммунологических реакций были разнонаправленными. Поэтому мы оценили результаты трех реакций одновременно. Так, кожные реакции оказались отрицательными у 19 больных, у которых тест Шелли (или пробы Прауснитца — Кюстнера) был положительным. В то же время у 16 больных трихофитией кожные реакции были положительными при отсутствии специфических реагинов в сыворотке крови.

Следовательно, у 35 из 197 обследованных больных (18%), по-видимому, результаты кожных реакций не отражали состояния специфической аллергии немедленного типа. Это позволяет сделать вывод, что прямые кожные тесты не могут быть единственным критерием в оценке иммунологической реактивности у больных дерматомикозами. Однако следует отметить, что волдырные реакции позволяют ориентировочно судить о характере аллергии.

немедленного типа при микозе, обусловленном красным трихофитоном. Значение их значительно возрастает при использовании кожных тестов в комплексе с другими реакциями, позволяющими определить реагины.

Итак, проведенные нами исследования показали наличие аллергических реакций немедленного типа при грибковой инфекции, уровень которых можно определить с помощью изучения комплекса адекватных методов, а не только лишь кожных тестов. Полученные нами результаты свидетельствуют об определенной роли реагинов в патогенезе микотической инфекции, обусловленной красным трихофитоном, что подтверждается прямой зависимостью их титра от клинических особенностей заболевания. Результаты исследования расширяют наши представления о механизме взаимоотношения микро- и макроорганизмов при грибковой инфекции, особенностях иммунного ответа при различных клинических формах заболевания. Это позволяет правильно оценить роль аллергических реакций, их влияние на особенности клиники и течение болезни, раскрывает перспективы для разработки более эффективных методов лечения этой инфекции.

Поступила в редакцию 15.10.89.

УДК 616.972

## О НЕКОТОРЫХ ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

Н. Е. Луганский. Харьковский НИИ дерматологии и венерологии

При лечении больных сифилисом мы обратили внимание на некоторые особенности их психосексуального поведения. В связи с этим поставили перед собой задачу изучить ряд особенностей сексологического статуса, психогигиены брачных отношений в половой жизни у больных с заразными формами сифилиса, лечившихся в условиях обычного венерологического стационара. Среди них было 44,6% мужчин и 55,4% женщин. Первичный сифилис диагностирован у 34,6% больных, вторичный свежий — у 40,4% и вторичный рецидивный — у 25%. До 19 лет было 23,9% больных, от 20 до 29 лет — 46,4%, от 30 до 39 лет — 20,7%, от 40 до 49 лет — 4,3%, 50 лет и старше — 4,7%.

Для получения необходимой информации на всех больных была заведена индивидуальная «Карта социально-эпидемиологического и психосексологического обследования больного венерическим заболеванием». Кроме того, использовались анкетирование, историю болезни, статистические отчеты, а также данные, полученные от родственников больных и органов милиции.

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Винниченко В. В., Бухарович А. М., Лагутин А. А., Литвиненко Е. С.</i> Преморбидные изменения функционального состояния кожи у рабочих стекольного завода	3
<i>Задорожный Б. А., Петров Б. Р., Олефиренко В. Ф., Кирилко В. А.</i> К вопросу о профилактике профессиональных дерматозов в условиях производства пестицидов	7
<i>Шахова Ф. Б., Цераидис Г. С., Проскурнина В. С.</i> Старческие бородавки и ранние признаки их злокачественного перерождения	9
<i>Полищук С. И.</i> К клинике и гистопатологии липоидного некробиоза	15
<i>Гончаров Н. А.</i> О роли поражений почек в патогенезе аллергических заболеваний кожи	17
<i>Логунов В. П.</i> Метод электрофармакологического изучения роли глубинных структур головного мозга и автономной нервной системы в механизме развития бактериальной сенсибилизации	21
<i>Липшиц Р. У., Звягинцева Т. В.</i> Содержание свободного гистамина и серотонина в очаге повреждения при экспериментальной кожной ране	25
<i>Гончаренко М. С., Бахова Л. К.</i> Изучение некоторых сторон обмена биогенных аминов (кэтехоламинов, гистамина, серотонина) у больных истинной и микробной экземой	28
<i>Каруна Б. И.</i> Изменения микроциркуляции при экземе	33
<i>Коссия А. М., Чайковская З. А.</i> Антибактериальные катионные белки лейкоцитов крови больных инфекционно-аллергическими дерматозами и сифилисом	37
<i>Топчуев Н. А., Бухарович М. Н., Романенко В. Н., Захаров И. Я., Ковалев В. М.</i> Изменения неспецифической сопротивляемости организма при некоторых хронических дерматозах	39
<i>Макотина О. А.</i> Рефлексотерапия в дерматологии	43
<i>Пантелейев Ю. Б.</i> Применение барокамеры В. А. Кравченко в комбинации с оксигенотерапией у больных аллергическими дерматозами	46
<i>Беляев Г. М.</i> К вопросу о комплексном лечении больных псориазом	50
<i>Досычев Е. А., Елецкая Л. В.</i> Пластодерм в терапии хронических язвенных поражений кожи	55
<i>Солошенко Э. Н.</i> Микотическая сенсибилизация у больных аллергическими дерматозами	58
<i>Федотов В. П., Польнер А. А.</i> О значении реагинов в формировании аллергических реакций немедленного типа при инфекции Т. гифигит	60
<i>Луганский Н. Е.</i> О некоторых психосексуальных особенностях больных сифилисом	64