

Материалы X Республиканской  
конференции дерматовенерологов  
Донецкой ССР

Тарту 1965



V  
A-13800,,  
Eesti NSV Tervishoiuministeerium

Vabariiklik Naha- ja suguhaiguste dispanser  
Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskond

Tallinna ja Tartu dermatoloogia teaduslikud seltsid

**EESTI NSV I DERMATO-VENEROLOOGIDE VABARIIKLIKU TEADUSLIK-  
PRAKTILISE KONVERENTSI MATERJALE**

Tartus, 17.-18. septembrini 1965

Konverents on pühendatud Eesti NSV 25.aastapäevale

---

Министерство здравоохранения Эстонской ССР  
Республиканский кожно-венерологический диспансер  
Медицинский факультет Тартуского государственного уни-  
верситета  
Научные общества дермато-венерологов Таллина и Тарту

**МАТЕРИАЛЫ  
X РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ  
ЭСТОНСКОЙ ССР**

Тарту, 17 - 18 сентября 1965

Конференция посвящена 25-летию Эстонской ССР

Tartu Riikliku Ülikooli  
Raamatukogu

193458

О РЕЗУЛЬТАТАХ БОРЬБЫ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ И ЗАРАЗНЫМИ  
КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЭСТОНСКОЙ ССР ЗА 1963-  
1964 г.г. И О ДАЛЬНЕЙШИХ ЗАДАЧАХ

Р.Уэтоа и Б.Рубинштейн

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА  
г.ТАРТУ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ

В.М.Богданова

История кожно-венерологического диспансера г.Тарту тесно переплетается с историческим развитием Эстонской Советской Социалистической Республики. 25 лет назад стали проводиться в жизнь профилактические принципы здравоохранения и бесплатная медицинская помощь и в дерматологии. Уже с 1940 года обслуживание больных строилось по диспансерному методу.

В 1941 году, в период нападения на Советский Союз фашистско-немецких захватчиков и оккупации территории Эстонии, все усилия медицинских работников были сведены на нет, и только 17 октября 1944 года вновь был организован кожно-венерологический диспансер. Задачей диспансера было: выявить, взять на учет и лечение всех больных заразными формами венерических заболеваний, заразными кожными и грибковыми болезнями; проводить широкую санитарно-просветительную работу среди населения, ввести в жизнь профилактические осмотры населения. Ежегодно объем работы и радиус обслуживания диспансера возрастал.

В 1950 году диспансер и стационар объединились, а в 1960 году нашему учреждению была присвоена 2-ая категория.

Кожно-венерологический диспансер г.Тарту, являясь учебной базой кафедры дермато-венерологии медицинского факультета ТГУ и медшколы, стал консультативным центром для дерматологов всего юга Эстонии. Диспансер за эти 20 лет подготовил для практической деятельности более 30 врачей-венерологов, одного научного работника.

Коллектив диспансера неплохо справился с поставленными перед ним задачами: заболеваемость сифилисом снизилась в 27 раз против 1945 года, свежие формы сифилиса, начиная с 1958 года, являются исключительной редкостью; заболеваемость гонореей к 1963 г. снизилась в 7,4 раза против 1945 года, но 1964 год дал рост гонорее до уровня 1949-1950 г.; в 3,8 раз снизилась заболеваемость дерматомикозами, фавус стал спорадической редкостью, профилактические осмотры детских коллективов дают выявление дерматомикозов от 0,16 до 0,05%. К 1951 году была ликвидирована чесотка, врачи стали забывать о ней, но начиная с 1961 года, снова стали появляться единичные случаи чесотки среди детей и взрослых, так что к 1964 году заболеваемость составляет 2% против 1945 года.

Современные условия жизни, развитие большой химии ставят перед коллективом диспансера задачи всемерного повышения культуры обслуживания трудящихся, улучшения качества работы по диспансеризации больных с хроническими дерматозами, активной борьбы за снижение заболеваемости гонореей, сифилисом, дерматомикозами и другими заразными кожными заболеваниями.

#### АНАЛИЗ СВЕЖИХ ФОРМ ЗАБОЛЕВАНИЯ СИФИЛИСОМ ПО МАТЕРИАЛАМ ТАРТУСКОГО ВЕНДИСПАНСЕРА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

Л.А.Кальяс

За последние 10 лет в гор.Тарту было зарегистрировано несколько случаев свежего сифилиса, что заставляет нас усилить бдительность и более внимательно относиться к диагностике сифилиса.

Появление случаев рецидивного сифилиса указывает на необходимость улучшить диагностику, детально обследовать больных, применяя все методы исследования. Свежие формы сифилиса были обнаружены при профилактическом осмотре доноров, что указывает на необходимость участия в профилактических осмотрах доноров, наряду с терапевтом и гинекологом, обязательно и венеролога.

Необходимо проводить 100% вассерманизацию всех первичных больных. Анализ свежих случаев показал, что больные имели слабое представление о клинических признаках сифилиса. Некоторые из них сами лечили первичный шанкр и специфическую ангину, не обращаясь к врачу, поэтому необходимо усилить санпросветработу по этому вопросу.

Необходимо усилить борьбу с алкоголизмом, так как большинство наших больных заразились в нетрезвом виде.

В противовенерической борьбе нельзя забывать роль педерастии при заражении сифилисом.

Необходимо повышать моральный уровень населения, знакомя его с идеалами дружбы, любви и верности и предостерегая от случайных связей.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ГОНОРЕЕЙ в гор.КАУНАСЕ

В.Ю.Мартусевичене, М.И.Аране, Д.Ю.Пашене

Начиная с 1946 года заболеваемость гонореей в г.Каунасе постепенно снижалась, в 1959 г. достигла своего минимума. В течение последних лет заболеваемость гонореей не проявляет тенденции к дальнейшему снижению.

За последние годы достигнуто равное соотношение мужчин и женщин, больных гонореей - 1:1. У мужчин свежая гонорея диагностируется в 3 раза чаще, чем хроническая, а у женщин наоборот - хроническая в 3 раза чаще, чем свежая.

50% больных гонореей в 1964 г. были в возрасте 21-30 лет, до 20 лет было 11,4% (в 1963 г. - 14,2%).

Среди мужчин холостых и разведенных было 56,8%, среди женщин - 68,2%.

Источников заражения больных свежей гонореей выявлено в 1964 г. 89,1%; в том числе у 64,7% были обнаружены гонококки в выделениях, а в 24,4% случаев факт заражения был подтвержден данными анамнеза, клиники и конфронтации. (В 1963 г. выявлено 91,5% источников заражения). Только у

33 из 85 больных свежей гонореей, у которых удалось точно определить длительность инкубационного периода, он не превышал 3 дней, у 31 он длился 4-7, а у 21 больного - 8-15 дней.

Городским и районным исполкомами гор.Каунаса приняты соответствующие решения, обязывающие различные ведомства включиться в борьбу с гонореей.

Общественный Совет при кожвендиспансере в 1964-1965 гг. разработал и внедряет некоторые новые формы работы по вопросам морального воспитания молодежи в городе:

9.XI.1964 г. обсуждена работа органов милиции и дружинников в борьбе с аморальным поведением на улицах, в общественных местах.

12.IV.1965 г. обсуждена работа руководителей средних и специальных школ по вопросу морального воспитания учащихся.

10.VI.1965 г. обсуждена работа директоров домов культуры города в отношении правильного проведения досуга молодого поколения.

## О ТРУДНОСТЯХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ

В.В.Шлепина

## ВОПРОС ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОМОНИАЗА ФЛАГИЛОМ И РЕАКЦИЯ ПАРАЗИТА НА МЕДИКАМЕНТ

С.Барткевичуте

РЕАКЦИЯ АГГЛУТИНАЦИИ, РЕАКЦИЯ СВЯЗЫВАНИЯ КОМПЛЕМЕНТА И ВНУТРИКОЖНАЯ ПРОБА ПРИ ТРИХОМОНИАЗЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Ю.Х.Терас, Х.П.Яакмаэс, У.К.Нигесен, Э.М.Рыйгас, Х.Я.Томпель

Несмотря на то, что метод посева значительно помогает улучшить диагностику трихомоназа урогенитального тракта, он все же не обеспечивает раннего выявления всех боль-

ных трихомоназом. Это в особенности относится к мужчинам, диагностика трихомоназа у которых, согласно наблюдениям многих авторов, представляет очень трудную и требующую много времени задачу.

Это и было одной из основных причин, почему мы уже в течение нескольких лет пытались выяснить возможность использования реакции агглютинации, реакции связывания компонента и внутрикожной пробы при трихомоназе урогенитального тракта.

При использовании вначале в качестве антигена совершенно случайно взятых штаммов *T. vaginalis*, было установлено, что результаты как реакции агглютинации, так и РСК зависят от штамма, взятого в качестве антигена (Ю.Х. Терас, 1959). Это позволило высказать предположение о возможном существовании различных серотипов *T. vaginalis* (Ю.Х.Терас, 1959). Выяснение возможностей использования реакций агглютинации и РСК в диагностических целях мы продолжили после того, как удалось доказать, что существуют различные серотипы этого вида простейшего (Ю.Х.Терас, 1962).

После открытия серотипов *Tn*, *Tlr*, *Trt* и *Tr* были поставлены реакции агглютинации и РСК с антигенами всех четырех серотипов с сыворотками крови как больных трихомоназом, так и людей, в урогенитальном тракте которых трихомонады не были обнаружены.

Из проведенных опытов выяснилось, что реакции агглютинации и РСК дают с антигеном *T. vaginalis* положительные результаты только с сыворотками крови больных трихомоназом или их сексуальных партнеров. Но и у них можно найти специфические антитела лишь тогда, когда в качестве антигена используется одновременно несколько серотипов *T. vaginalis*.

Так как сыворотка крови тех людей, в урогенитальном тракте которых мы трихомонады не нашли, ни в одном случае и ни с одним антигеном не превышала предельного значения нормагглютининов (1:160) и не вызывала задержки гемолиза,

можно сказать, что специфические антитела возникают только в крови тех людей, которые инфицированы *T. vaginalis*.

Однако этих данных было недостаточно для оценки диагностического значения реакции агглютинации и РСК, так как не было известно, с какой скоростью изменяется титр агглютининов и когда исчезают связывающие комплемент антитела из сыворотки крови после выздоровления от трихомоназа. Для получения ответа на эти вопросы были динамически исследованы сыворотки крови больных, леченных метронидазолом (*Flagyl*) спустя 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12 и 16 месяцев после излечения от трихомоназа.

Используя и в этих опытах при постановке реакции агглютинации и РСК одновременно антигены четырех серотипов *T. vaginalis*, мы установили, что титр агглютининов снизился почти во всех случаях по меньшей мере до пределов норм агглютининов не позднее одного года. Связывающие комплемент антитела исчезали из сыворотки крови мужчин не позднее чем через год, а у женщин — не позднее чем через год и четыре месяца после выздоровления. Таким образом, можно обе исследованные нами серологические реакции рекомендовать как для диагностирования, так и для изучения иммунитета при трихомоназе уrogenитального тракта.

Ценным методом диагностики трихомоназа оказалась и внутрикожная проба, но также только в том случае, если ее ставят одновременно с антигенами нескольких серотипов *T. vaginalis*. При постановке внутрикожной пробы следует предпочитать корпускулярные антигены, которые при выявлении специфической аллергии организма обеспечивают гораздо лучшие результаты, чем лизатные антигены.

Следует отметить, что специфическая аллергия при трихомоназе уrogenитального тракта не зависит от содержания в сыворотке крови специфических агглютининов и связывающих комплемент антител, причем в диагностике этой инфекции реакция агглютинации и РСК не могут заменить внутрикожные пробы и наоборот.

## О ЛЕЧЕНИИ ТРИХОМОНИАЗА ПРЕПАРАТОМ "Flagyl"

А. Аамер и Г. Силлард

В течение последних 2 лет в стационаре Тартуского вендиспансера применяется Flagyl, Metronidazol для лечения больных трихомониозом, не поддающихся лечению другими методами.

Лечились 73 больных, из них 37 женщин и 36 мужчин. По возрасту распределение было: от 15 до 20 л. - 8; от 21 до 30 л. - 28; от 31 до 40 л. - 21; от 41 до 50 л. - 8; от 51 до 60 л. - 3 и старше 60 л. - 1 больной.

Амбулаторно лечились 17 женщин и 22 мужчины, в стационаре - 20 женщин и 14 мужчин. У 12 женщин и 7 мужчин одновременно с трихомониозом была выявлена гонорея, поэтому после лечения Flagyl 'ом были применены антибиотики и сульфонамиды.

56 больным давали Flagyl по 5,0 на курсе по следующей схеме: четыре дня по 0,25 три раза в день и четыре дня по 0,25 два раза в день в течение 10 дней.

Бактериологические исследования, проводившиеся во время лечения Flagyl 'ом, показали, что трихомонады исчезли в большинстве случаев на третий день лечения. Лишь в одном случае, в виде исключения, трихомонады исчезли на девятый день лечения.

Обратное развитие клинических симптомов наблюдалось у большинства больных начиная с пятого дня лечения. У мужчин исчезновение клинических признаков происходило значительно медленнее, чем у женщин.

Осложнений во время лечения Flagyl 'ом не наблюдалось. Реинфекции отмечены у двух женщин и у трех мужчин.

Из вышесказанного видно, что Flagyl является эффективным средством для лечения трихомониоза, т.е. препараты сравнительно быстро становятся негативными, быстро проходят клинические симптомы болезни, не наблюдаются осложнения и рецидивы, а также нет резистентных случаев.

## ВПЕЧАТЛЕНИЯ ОТ СИМПОЗИУМА ПО ПРОФЗАБОЛЕВАНИЯМ

Х.Т.Вахтер

### О СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ КОЖИ К НЕКОТОРЫМ ХИМИЧЕСКИМ ВЕЩЕСТВАМ

Б.Ю.Сидаравичус, А.В.Кукштайте, А.Б.Савицкене

Кожа считалась условно устойчивой к химическим веществам, если нейтрализовала 0,2%  $\text{NaOH}$  до истечения 5-минутного срока (Георгиу), если ощущала боль на раздражение смесью хлороформа и спирта (9:1) до истечения 67 секунд и появлялось покраснение кожи (воспалительная реакция I степени по С.К.Розенталю).

Время нейтрализации щелочи у 26 из 30 контрольных произошло в среднем через 3,5 мин., у 23 больных экземой — через 8,8 и у 10 больных псориазом через 9,6 минут.

Болевое время и неспецифическая реакция показывали отклонение от нормы у 19 из 23 больных экземой и у 6 из 10 больных псориазом.

Заболеваемость рабочих экземой и псориазом связана с повышенной чувствительностью к химическим веществам и сниженной способностью нейтрализации щелочей.

Установление времени нейтрализации щелочи, "болевого времени", неспецифической воспалительной реакции являются простыми методами выявления повышенной чувствительности кожи к химическим веществам.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОСТНО-СУСТАВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Г.Х.Когон

К коллагенозам относят прежде всего системную красную волчанку, системную склеродермию, дерматомиозит и узелковый периартериит. По данным Е.М.Тареева явное учащение их за последние 25 лет дало толчок к более длительному их

изучению. В настоящее время нет единого мнения о причине и сущности коллагенозов и костно-суставных изменений. Среди своего рода пусковых механизмов в происхождении коллагенозов на первое место выступает фактор гипериммунизации.

Е.М.Тареев и В.А.Надсонова отмечают, что в происхождении коллагенозов не утратили значение и ряд других патогенетических механизмов, в частности диэнцефальные и нейротрофические нарушения.

Известно, что красная волчанка имеет полиморфную клиническую картину (Б.А.Броэр, Ю.М.Ляхович, Л.С.Резникова и Л.Я.Трофимова, О.М.Пирогова и Н.Н.Мадиевская, Е.В.Шулаева и другие).

Одним из наиболее постоянных, а у части больных и наиболее ранним признаком при красной волчанке являются изменения со стороны костно-суставного аппарата.

В настоящее время в литературе появились многочисленные сообщения, что различные формы красной волчанки представляют по существу одно заболевание.

Изучение изменений костно-суставного аппарата проводилось нами у 55 больных, страдавших красной волчанкой. Исследования проводились у 25 больных системной красной волчанкой, у 15 - хронической дискоидной красной волчанкой (при отсутствии каких-либо клинических изменений со стороны костно-суставного аппарата) и у 10 хронической дискоидной красной волчанкой с клиническими изменениями со стороны костно-суставного аппарата. Больным были произведены рентгенографические исследования кистей, стоп локтевых и коленных суставов. У больных трех групп была обнаружена разнообразная рентгенологическая картина изменений со стороны костей и суставов. Значительно чаще у больных системной красной волчанкой на рентгенограммах обнаруживаются более отчетливые изменения. Однако обнаруженные изменения у больных хронической дискоидной красной

волчанкой дают нам право полагать о доброкачественном варианте системного заболевания.

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕМОДЕРМИЙ

М. П. Коломойцев

К гемодермиям относят: грибовидный микоз, псевдосаркому Капоза, лимфогрануломатоз, мастоцитоз, лимфоцитому, лейкоэмические эритродермии и др.

Современное понятие этиопатогенеза гемодермий обосновано патологическими изменениями кожи, вызванными функциональными или органическими нарушениями гематопоетического аппарата, нарушениями системы крови.

Субстратом патологических процессов при заболеваниях системы крови является наиболее активная часть физиологической системы соединительной ткани — ретикулоэпителиальная система.

Пролиферативные процессы при гемодермиях могут возникать первоначально в основных органах гемопоэза — в костном мозге, селезенке и в лимфатических узлах; в других же случаях, наоборот, первые признаки гемодермии появляются в коже; наконец, возможно и одновременное проявление процесса и в гемопоэтических органах и в коже.

Вследствие гистогенетической близости между собой разных форм гемодермий бывают случаи трансформации одной разновидности гемодермии в другую

Наблюдаются случаи, когда хронические воспалительные процессы заболеваний кожи трансформируются в одну из разновидностей гемодермий.

Подразделение гемодермий на доброкачественные и злокачественные формы носит относительный характер; большинство их следует рассматривать как потенциально злокачественные процессы.

Эволюция гемодермий зависит не только от их принадлежности к той или иной клинической форме, но и от лечеб-

ных мероприятий.

#### В ы в о д н ы.

Гемодермии, представляя собой проявления пограничной патологии, сближают дерматологические проблемы с многими, еще нерешенными гематологическими и общетерапевтическими вопросами. Их дальнейшее изучение представляет собой весьма актуальную проблему, значение которой особенно возрастает, если иметь в виду явное учащение этих заболеваний на протяжении ряда последних лет.

Лучшие успехи профилактики и терапии этих тяжелых заболеваний зависят от комплексной работы дерматологов, патогистологов, гематологов, онкологов и терапевтов.

### О ЗНАЧЕНИИ ПАТОЛОГО-ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ И ГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Х. Вахтер

В диагностике хронических дерматозов придается большое значение применению гистологических и гистохимических методов.

Проведенное нами совместно с патологоанатомическим отделением Тартуской городской больницы гистологическое исследование биопсированного материала за последние 15 лет показало, что гистологическое исследование является обязательным методом диагностики при кожном туберкулезе, лепре, склеродермии, эритематозе, васкулите, дерматомиозите, третичном сифилисе, липоидном некробиозе, ретикулезе и бластоматозных изменениях.

В отдельных случаях приходилось применять гистологическое исследование для диагностики многих других дерматозов. Гистологическое исследование однако не всегда дает возможность выяснить сущность болезненного процесса, почему возникает необходимость дополнительно прибегать к гистохимическим исследованиям (определение нуклеиновых кислот для отличия саркоидных изменений от воспалительных

процессов при помощи акридин-оранжа; определение мукополисахаридов при эритематозе, склеродермии и других заболеваниях; определение липоидов при диагностике лепры и липоидного некробиоза и др. гистохимические исследования).

Проведенные исследования показали, что надо уделять больше внимания взятию материала и его фиксации. Важно брать материал из самых типичных очагов, причем важно захватить и прилегающую здоровую кожу. При некоторых заболеваниях, как склеродермия, дерматомиозит, васкулиты и др. для диагностики необходимо, чтобы биопсированный материал содержал и подкожную клетчатку. Осторожно надо относиться к гистологическому исследованию новообразований, содержащих пигменты.

Считаясь с возможностью, что наряду с гистологическим придется применить и гистохимическое исследование, необходимо биопсированный материал фиксировать в растворах Carnoy и Bakera.

При микроскопировании гистологических препаратов оказался необходимым тесный контакт в работе дерматолога и патологоанатома. Причиной этого является то, что из-за полиморфизма патогистологической картины у дерматолога не хватает знаний для оценке сущности патологического процесса. В то же время клинические наблюдения врача-дерматолога помогают патологоанатому правильно оценить гистологические изменения.

Патологическую картину оценивали комплексно с другими методами исследования, избегая гипер- и гиподиагностики. При туберкулоидной структуре считались с возможностью, что она встречается не только при туберкулезе кожи, но и при других хронических дерматозах.

Сравнительные гистологические и гистохимические исследования, проведенные с научной целью для выяснения действия на кожу сланцевых продуктов, дали возможность определить размер кожных повреждений и динамику патологических

изменений в очагах заболевания.

Одновременное применение гистологических и гистохимических методов исследования не только имеет диагностическое значение, но и помогает выяснить этиологию, патогенез и лечение многих дерматозов.

## ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Е.В.Фроленко

Изучение внутриклеточного обмена в коже 50 больных псориазом в разных стадиях заболевания и 10 здоровых нами проводилось при помощи гистохимических методов. Изучались: гликоген, нейтральные и кислые мукополисахариды (МПС) и рибонуклеиновая кислота (РНК).

Гликоген и нейтральные МПС определялись ШИК-реакцией, кислые МПС - реакцией Хейла. Для изучения РНК был применен метод А.Л.Шабадаша - окрашивание срезов метиленовым синим при разных значениях рН.

При исследовании получены следующие результаты: гликоген в незначительных количествах выявляется в шиповидном слое эпидермиса здоровой кожи. При псориазе происходит накопление гликогена в эпидермисе, причем в наибольшем количестве он обнаруживается при прогрессирующей стадии заболевания. В стационарной стадии количество гликогена в эпидермисе уменьшается, а в регрессивной - остатки его определяются в виде островков.

После клинического выздоровления гликоген исчезает из эпидермиса.

Одновременно наблюдается накопление гликогена и МПС в зоне паракератоза; накопление кислых МПС имеет место также в эпидермисе и волокнистых структурах дермы.

При сравнении препаратов, окрашенных в растворах метиленовой сини с различными рН (от 1,99 до 5,1), выявлено следующее: у больных в прогрессирующей и стационарной ста-

дии псориаза количество свободных фосфатных групп в нуклеопротеидах цитоплазмы клеток эпидермиса увеличено по сравнению с нормальной кожей.

При регрессирующей стадии, наоборот, количество свободных фосфатных групп значительно меньше, чем в нормальной коже.

При pH 2,5; 3,05 обнаружена метохромазия акантотического эпидермиса, указывающая на качественные изменения рибонуклеопротеидов при прогрессирующей и стационарной стадиях псориаза.

Еще более выраженная метохромазия, сохраняющаяся и при pH 4,39, отмечается в зоне паракератоза.

#### ГИСТАМИНОПЕКСИЧЕСКИЙ ИНДЕКС У БОЛЬНЫХ ПРОФДЕРМАТОЗАМИ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Канд. мед. наук Н.А.Шамардина, Л.Х.Херинг

Сыворотка здорового человека связывает добавленный к ней гистамин. Процентное выражение связывания гистамина Парро ( J. Parrot ) определил как "гистаминопексический индекс". Установили, что у здорового человека он равняется 30-40%. Сыворотка крови больных аллергическими заболеваниями меньше связывала или совсем не связывала добавленный гистамин (в сыворотке крови нет гистаминопексического гаммаглобулина).

Данных о гистаминопексии при профессиональных заболеваниях кожи в доступной нам литературе не оказалось.

Гистаминопексию сыворотки крови определяли спектрофотометрическим методом (модификации Розенталя) ( S. Rosenthal ) и Табора ( H. Tabor ).

Всего нами было обследовано 172 человека, из них 106 больных с профдерматозами (у 24 была диагностирована хроническая экзема, у 48 аллергический дерматит, у 33 контактный дерматит, а у одного фолликулит).

Контрольная группа состояла из 66 человек, у которых на основании данных анамнеза и объективного исследования не обнаружено аллергических заболеваний.

Гистаминопексический индекс у больных, страдающих аллергическими профдерматозами (химической этиологии), в большинстве случаев (у 86%) равен 0 или резко снижен (среднее арифметическое 7,1%, в контрольной группе 33,8%).

У больных профдерматитами, у которых явные аллергические элементы отсутствуют (специфические накожные пробы отрицательные) также часто (78,8%) гистаминопексический индекс был резко снижен. Это позволяло предполагать, что в патогенезе профессиональных контактных дерматитов как и при аллергических дерматозах, часто имеет место аллергический компонент, иногда конституциональный. В последнем случае мы имеем в виду рабочих с первичным, хорошо поддающимся лечению контактным дерматитом, которые раньше не болели аллергическими заболеваниями и у которых гистаминопексический индекс был 0. Выяснилось, что у них один из родителей страдал аллергическим заболеванием.

При диагностике профдерматозов следует применять гистаминопексический индекс для выявления повышенной чувствительности организма, в сочетании с специфическими методами. Если имеется возможность выработать упрощенную методику, метод гистаминопексии может быть использован и при выборе годных (неаллергических) людей на работу с химическими веществами.

15 больных обследовали до и после лечения гистаглобином (препарат из гистамина и гаммаглобулина). У них гистаминопексический индекс не изменился, только у одного индекс повысился от 0 до 12%. Требуется дальнейшая разработка методики лечения гистаглобином.

## О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО АНАЛИЗА В ДЕРМАТОЛОГИИ

Х.Вахтер, М.Кюннис и У.Салк

Несмотря на все более широкое применение люминесцентного анализа при обследовании дерматологических больных, приходится отметить, что дерматологи-практики еще мало пользуются для диагностики указанным методом. Причиной этому служит недостаточное оснащение дерматологических учреждений аппаратурой для люминесцентного анализа, а также до сих пор недостаточная разработанность и обоснование показаний для более широкого применения этого метода.

На кафедре дерматологии Тартуского государственного университета и на базе стационара Тартуского кожно-диспансера проводятся в течение 5 лет исследования по использованию люминесцентного макро- и микроанализа при помощи аппарата ЛЮМ-1 и микромон МУР-3м в дерматологии, в том числе для раннего обнаружения профессиональных поражений кожи. Проведенные до сих пор исследования у 485 человек показывают, что люминесцентный макроанализ оказывается ценным диагностическим методом исследования, и это подтверждается также данными обширной литературы.

Люминесцентный анализ в профессиональной дерматологии позволяет: 1) установить флуоресцирующие химические вещества, 2) показать профессиональную микросимптоматику, 3) расширить возможности диагностики и дифференциальной диагностики профессиональных изменений.

Исследования в сланцеперерабатывающем комбинате имени В.И.Ленина показали, что профессиональный дерматит в легкой форме обнаруживается сине-белесоватой флуоресценцией, при рагадиформном дерматите выделялся на фоне сине-белесоватой флуоресценции желто-коричневый цвет (от скопления сланцевого масла). У больных с масляным

Фолликулитом на более-менее нормальном фоне обнаруживались темные очаги с белесовато-флуоресцирующим центром.

Точкообразная желто-белесоватая флуоресценция наблюдалась в очагах токсического меланодерматита, причем пигментированные участки выделялись при люминесцентном анализе более контрастно. Диагностическое значение имел люминесцентный макроанализ при обнаружении профессионального кератоза.

Люминесцентный анализ у больных, леченных в стационаре Тартуского кожнодиспансера, показал, что кроме дерматомикозов люминесцентный макроанализ имеет диагностическое и прогностическое значение у больных с псориазом, эритематозом, розацеа, вегетирующим пемфигусом, красным плоским лишаем, фотодерматозом и новообразованиями кожи. Изменения, обнаруженные при повторном люминесцентном анализе, дают возможность оценить динамику кожного процесса, различать отдельные стадии болезни и индивидуализировать лечение больных.

Люминесцентный микроанализ имеет значение при изучении нормальных и патологических структур (гистохимические исследования на липоиды и нуклеиновые кислоты), идентификация грибов и микробов, а также по данным литературы для определения локализации и строения антигенов.

#### ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (ЭЛЕКТРОПРОВОДИМОСТИ КОЖИ И БОЛЕВОГО ВРЕМЕНИ) В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ

Р.С.Маркович

Электропроводимость кожи является объективным показателем реактивности нервной системы (Тарханов, Регельсбергер, Розенталь и др.). Исследовали электропроводимость кожи (ЭПК) на видимо здоровой коже по методике Розенталя в нашей модификации у 484 больных с дерматозами и у 152 практически здоровых лиц. Выявлены определенные отклоне-

ния ЭПК у больных с дерматозами до лечения: при экзематозных процессах у 91 из 119 больных повышенные показатели, зависящие также от давности, стадии и распространенности поряжения кожи. У больных с ограниченным нейродермитом преобладают (у 36 из 52 больных) низкие показатели ЭПК. У 23 пациентов с диффузным нейродермитом, особенно в стадии обострения, наблюдали повышенное ЭПК. При трофических нарушениях нижней конечности, а именно при варикозном симптомокомплексе язвы голени показатели ЭПК были крайне низкими.

Очень низкие показатели были также у 25 из 26 повторно обследованных больных лепрой.

При дерматитах различного происхождения ЭПК часто повышено (у 39 из 52 обследованных). Из 74 больных с эпидермофитией стоп у 39 были показатели ЭПК повышены, а у 2 нормальные, у 33 значительно понижены. Повышение ЭПК наблюдали у больных с обостренной эпидермофитией.

В связи с успешным лечением наблюдались закономерные сдвиги ЭПК к нормализации у большинства больных. При стойко патологических показателях ЭПК и несмотря на клиническое улучшение часто отмечались рецидивы. Измерение ЭПК в динамике позволяет выявить функциональные рецидивы и при соответствующем лечении таких больных оказалось возможным удлинять периоды клинических ремиссий, а также уменьшать количество клинических рецидивов.

Определение болевого времени по С.К.Розенталу проводилось у 154 больных с дерматозами. В норме у наших контрольных лиц болевое время колеблется от 30-85 секунд (по С.К.Розенталу 40-70 сек.). Укорочение болевого времени указывает на гиперергию - часто это выявлялось у больных с острыми дерматитами и обостренными экзематозными процессами.

Удлинение болевого времени указывает на пониженную реактивность нервной системы - это наблюдали у больных с

псориазом и другими хроническими дерматозами.

Вышеуказанные методы функционального исследования можно с успехом использовать в амбулаторной практике для выявления клинически, на глаз не определяемых сдвигов реактивности у кожных больных.

## О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ПАНКРЕАСА ПРИ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ

Л. П. Нурманд

С целью выяснения функционального состояния поджелудочной железы у больных хроническими дерматозами автором было обследовано 113 больных в стационаре Тартуского вендиспансера.

Для определения экскреторной функции панкреаса у 25 больных исследовали панкреатический сок на содержание ферментов (трипсина, липазы и амилазы). Отклонения от нормы не наблюдалось. Далее, у 58 больных определяли диастазу в моче. Оказалось, что количество диастазы у большинства исследованных кожных больных было в норме.

Для определения инкреторной функции панкреаса определяли сахар в крови до и после нагрузки глюкозой (кривые Staube-Traugott ) у 30 кожных больных.

Патологические кривые были получены более чем у половины больных. Большинство из них показывали при однократном исследовании нормальное содержание сахара в крови и только после нагрузки давали сильное увеличение % сахара. (Латентный диабет).

Результаты этих предварительных наблюдений заставляют нас в дальнейшем больше обращать внимание на обследование углеводного обмена у больных хроническими дерматозами, применяя при этом обязательно нагрузку глюкозой, так как однократное исследование крови может дать ошибочный результат.

## КУРОРТ КЕМЕРИ — БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКАЯ ЗДРАВНИЦА ДЛЯ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ И ПСОРИАЗОМ

П. Я. Якобсон

Нормализация состояния нервной системы и реактивности кожи больных экземой и псориазом после курортного лечения является одним из механизмов лечебного воздействия на них.

Перестройку в состоянии нервной системы и реактивности кожи следует объяснить, прежде всего, повторным слабораздражающим действием сероводородных ванн курорта Кемери на рецепторы кожи.

У больных истинной хронической экземой лечебный эффект на курорте Кемери был лучше, чем у больных дисгидротической, микробной и себорейной экземой. У больных псориазом лучший результат при лечении на курорте мы получали в случаях псориаза в стационарной стадии "зимней формы", чем у больных "летней формы" этого дерматоза.

Результаты лечения больных экземой и псориазом на курорте Кемери совпадают с результатами лечения больных теми же дерматозами на других бальнеологических курортах Советского Союза. В связи с этим больных экземой и псориазом из Прибалтийских республик, Белоруссии и Ленинграда и из северных областей Советского Союза целесообразно направлять для бальнеологического лечения не на южные курорты нашего Союза, а на курорт Кемери.

На курорт Кемери следует направлять: 1) больных истинной хронической экземой без очагов обострения, больных себорейной, дисгидротической и микробной экземой; 2) больных псориазом в стационарной и регрессивной стадиях — в положенный для их формы заболевания сезон года.

## ЗНАЧЕНИЕ РЕЗОРБЦИИ СЕРОВОДОРОДА ЧЕРЕЗ КОЖУ ПРИ СУЛЬФИДНОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗАМИ

С.И. Довжанский

Широкое использование сульфидных вод при различных заболеваниях, в частности при хронических дерматозах, диктует необходимость тщательного изучения влияния этих вод на организм человека.

В настоящее время наиболее обоснованными теориями, объясняющими терапевтическое действие сульфидных вод, являются нервно-рефлекторная и резорбтивная.

Возможность проникновения молекулярного сероводорода через неповрежденный кожный покров доказана с достаточной убедительностью. Нерешенным является вопрос о дальнейшей судьбе проникшего в организм сероводорода. Спорным считается вопрос о резорбции других компонентов (сульфатов и сульфидов). С помощью радиоактивных изотопов нами установлена повышенная проницаемость кожи у больных хронической экземой и псориазом, что способствует усиленной резорбции сероводорода во время бальнеопроцедуры. Показана также возможность циркуляции сероводорода в крови при приеме высококонцентрированных сероводородных ванн (от 200 до 400 мг на литр). По сравнению со здоровыми лицами у больных хроническими дерматозами отмечено повышенное содержание сероводорода в крови. Сульфидные ванны способствуют накоплению в коже сульфгидрильных соединений и увеличению глутатиона в крови. Влияние на содержание ферментов — каталазы крови и холинэстеразы — ванны средней концентрации (до 150 мг на литр сероводорода) не оказывают. Высококонцентрированные ванны способны несколько усилить активность каталазы.

Благоприятные сдвиги в течении кожного процесса у больных дерматозами под влиянием сульфидной терапии сопровождаются восстановлением нарушенной функции кожи, в частности ее проницаемости.

## ОПЫТ ГИПНОТЕРАПИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

М.И.Вальков

Использование гипнотического сна для лечения кожных болезней в России следует отнести к концу XIX столетия.

А.М.Картамышев много занимался вопросами лечения кожных болезней в состоянии гипноза. М.М.Желтаков, Н.Г.Безюк, В.И.Олехнович и другие сообщили о хороших результатах гипнотерапии ряда болезней кожи.

Мы занимаемся гипнотерапией более 10 лет. За это время курировано 67 человек.

Возраст больных колебался от 16 до 63 лет.

Мужчин было 23, женщин - 44.

Длительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 14 лет.

По заболеваниям больные распределялись следующим образом:

1. Универсальный зуд кожи	- 21 человек
2. Зуд гениталий	- 6 "
3. Невродермит, распространенные формы	- 9 "
4. Красный плоский лишай (генерализованные формы)	- 7 "
5. Экзема, распространенные и универсальные формы	- 17 "
6. Чешуйчатый лишай	- 5 "
7. Бородавки	- 2 "

Больные получили от 4 до 11 сеансов; в среднем 7 сеансов. Сеансы проводились в некоторых случаях ежедневно, в остальных через 1-2 дня.

Длительность сеанса колебалась от 20 до 40 минут.

Словесное внушение было строго индивидуальным.

Наш личный опыт говорит о том, что гипнотерапия наиболее эффективна там, где возникновение кожного заболевания

ния можно связать с психической травмой, сильными отрицательными эмоциями, функциональными расстройствами нервной системы и т.д.

#### Результаты гипнотерапии

№ пп	Диагноз	Всего	Излеченные	Улучшенные	Без изменений
1.	Универсальный зуд кожи	21	17	4	-
2.	Зуд гениталий	6	2	3	1
3.	Невродермит, распространенные формы	9	4	3	2
4.	Красный плоский лишай (генерализован. формы)	7	6	1	-
5.	Экзема, распространенные и генерализованные формы	17	2	13	2
6.	Чешуйчатый лишай	5	-	3	2
7.	Бородавki	2	1	-	1
		67	32	27	8

В тех случаях, когда возникновение кожного заболевания связано с другими факторами, эффективность гипнотерапии гораздо меньшая, а иногда и вовсе незначительная.

#### ЛУЧИ БУККИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ

Я.Г. Поэль

Лучевая терапия заболеваний кожи проводится уже сравнительно давно. Однако до сего времени ряд важных сторон этой большой проблемы остаются невыясненными. Эти вопросы приобретают особенное значение в связи с пересмотром в настоящее время показаний к лучевой терапии вообще. Придерживаясь осторожного отношения к применению рентгеновых лучей при лечении кожных заболеваний, тем не менее мы считаем, что полное исключение и отказ от применения их

при соблюдении условий, обеспечивающих безопасность и безвредность применения, является другой крайностью.

Это прежде всего касается применения сверхмягких рентгеновых лучей Букки, которые в соответствующих дозах, по данным многих авторов, с успехом применяются при лечении ряда кожных заболеваний, не давая ближайших осложнений и отдаленных последствий. Многие отечественные, а также зарубежные авторы отмечают в общем большую эффективность лучей Букки при лечении больных экземой. Вместе с тем не существует пока единого мнения в отношении разовых и курсовых доз облучения, интервалов между облучениями и др. В особенности невыясненной остается терапевтическая эффективность сравнительно малых доз лучей Букки.

Среди различных клинических форм экзем микробная экзема или так называемый микробный экзематозид встречается чаще всего. В связи с этим нами было взято на лечение 60 больных микробным экзематозом. За время лечения лучами Букки больные другими методами не лечились.

Лечение проводилось на шведском аппарате "Дермамобиль" специально предназначенном для лечения кожных больных пограничными лучами. Технические условия, при которых проводилось облучение: напряжение тока 10 кв, сила тока 10 ма, без фильтра, фокусно-кожное расстояние 10 см. Размер облучаемого поля 10-15 см в диаметре. Доза облучения исчислялась в рентгенах (Р).

Методика лечения больных: разовые дозы применялись в 25 и 50 р., причем дозы больше чем 50 р., как правило, не применялись. Интервалы между сеансами составляли 5-7 дней. В одну серию облучений проводилось 4-6 сеансов, в зависимости от быстроты разрешения процесса. Курсовая (суммарная) доза составляла 250-300 р., реже 400 р. Лечение больных по отмеченной методике не сопровождалось побочными явлениями, тем более осложнениями, как в про-

цессе проводимой терапии, так и в отдаленные сроки.

Из 60 больных микробной экземой, подвергавшихся лечению лучами Букки, клиническое излечение наступило у 43 (71,6%), значительное улучшение отмечалось у 12 (20%), улучшение у 3, не наблюдалось эффекта у 2. При наблюдении за больными в течение полутора лет рецидивы наблюдались у 7 больных (11,6%), чаще через 6-8 месяцев и на участках, не подвергавшихся облучению (ложные рецидивы).

Наш опыт применения сверхмягких лучей для лечения экземы убедил нас в отсутствии необходимости и целесообразности применять сравнительно большие разовые дозы в 200 и 300 р., а также и курсовые, рекомендуемые многими авторами (А.М.Брайнин, П.Н.Чесноков, В.А.Цыбульский, А.С.Беззаботнов, Б.К.Белкин, Фуч и Конрад, Блюменталь, Бомер и др.).

Снижая разовые и суммарные дозы с целью выяснения минимальных доз лучей Букки, дающих хороший терапевтический эффект, мы имели возможность убедиться, что разовые дозы в 25 и 50 р. и курсовые в 300-400 р. являются вполне достаточными.

Букки-терапия больных микробной экземой может считаться вполне безопасной и безвредной.

Данный метод лечения целесообразно включать в комплекс средств для лечения больных микробной экземой.

#### ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОД У ДВУХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ, ДЛИТЕЛЬНО ЛЕЧА- ЩИХСЯ КОРТИКОСТЕРОИДНЫМИ ГОРМОНАМИ

Л.И.Басман, С.И.Денисьева

Сообщения о течении беременности и исходе родов у женщин, страдающих тяжелыми дерматозами и длительно лечавшихся стероидными гормонами, редки как в отечественной, так и в зарубежной литературе. Между тем, возможность

встречи с подобными случаями в практической деятельности дерматологов в настоящее время весьма вероятна.

В случае необходимости лечения беременных женщин, страдающих тяжелыми дерматозами и лечавшихся стероидными гормонами, можно рассчитывать на рождение доношенных и нормально развитых детей.

Проводимая во время беременности кортикостероидная терапия, во избежание явлений гипокортиколизма, должна быть продолжена, а возможно усилена во время родов и в первые дни послеродового периода.

## ЛЕЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗОВ ЭЛЕКТРОФОРЕЗОМ РОНИДАЗЫ

Е.А. Жилёвене

Лечение некоторых дерматозов электрофорезом ронидазы было нами предпринято, исходя из свойств ферментного препарата гиаруронидазы - увеличивать проницаемость тканей и способствовать усилению движения межклеточной жидкости.

Полученный эффект при лечении некоторых дерматозов указанным методом можно расценивать как удовлетворительный, особенно при лечении ограниченной склеродермии и дискоидной красной волчанки.

Лечение электрофорезом ронидазой следует рассматривать как подсобный метод в комплексе прочих методов лечения указанных дерматозов.

Привлечение больных с соответствующими заболеваниями на лечение электрофорезом ронидазы и наблюдение за ними продолжается.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ АППАРАТОМ РУМ-7

В.И.Мартусевичене

За 1960-1964 г.г. проведено лечение у 482 детей, больных кавернозными и у 14 - поверхностными гемангиомами.

Лучшие результаты получены у детей до одного года при разовой дозе 300-400 р., а курсовой - 1.500-2.500 р.

При такой дозировке дерматитов отмечено не было, и у 91% больных получен хороший косметический эффект.

При проверке отдаленных результатов за время от 1 до 4 лет после лечения у 243 больных ангиомы совсем исчезли. У 253 получен неполный косметический эффект: остатки ангиомы, незначительные следы I степени лучевого поражения и рубцы в тех случаях, когда проводилось лечение изъязвленных ангиом.

У 17 из 112 больных, которых лечили по инструкции 1960 IY разовыми дозами по 500 р., получались после первого или второго сенса изъязвления ангиомы, которые впоследствии зарубцевались.

Курсовые дозы 3.500 р. и выше оставляли у 36% больных рентгеновский дерматит I-ой степени, а курсовые дозы меньше 1.500 р. - у 40% больных оказывали недостаточный косметический эффект.

Эффект лечения зависит от величины гемангиомы.

## О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ГОЛЕНИ В СТАЦИОНАРЕ ТАРТУСКОГО ВЕНДИСПАНСЕРА

Л.Кукк

В настоящее время придается большое значение вопросу комплексного лечения больных с хроническими язвами голени.

Большинство авторов считает, что причиной образования этих язв являются слабость венозных клапанов, варикозные расширения и другие факторы.

С 1960 по 1965 г. в стационаре Тартуского вендиспансера лечилось 67 больных с хроническими язвами голени, из них 48 женщин и 19 мужчин. По возрасту больные распределялись: от 31-40 лет - 2, от 41-50 лет - 5, от 51-60 лет - 27, от 61-70 лет - 20 и старше 70 лет - 12 больных.

Лечение проводилось комплексно: ангиотрофин, эскузан, витамины В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>12</sub>, А и С и антибиотики. Местно применялись мазь Вишневского, компрессы с 2% раствором борной кислоты и цигероль.

Анализ результатов лечения показал, что лучшие результаты дало комплексное лечение с местным применением 2% борной кислоты. Преимущество этого метода сказалось в более быстрой грануляции и эпителизации язв, а также в значительном сокращении койкодней.

В дальнейшем необходимо обращать больше внимания на точное выяснение этиологических и патогенетических факторов и функционального состояния нейроваскулярного аппарата у больных с хроническими язвами голени, что дает возможность лучше индивидуализировать лечение этих больных.

Во избежание рецидивов язв голени необходимо этих больных диспансеризировать и применять меры профилактики.

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КУЛЬТУРАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ  
ДЕРМАТОМИКОЗОВ В ЛАБОРАТОРИИ ТАРТУСКОГО  
КОЖВЕНДИСПАНСЕРА**

П.Отт и Э.Недзведская

В Тартуском кожвендиспансере за 1964 год проведено 813 культуральных исследований на дерматомикозы. Это значительно больше, чем в предыдущие годы.

Большая часть материала взята с гладкой кожи. Чаще давал рост руброфитон, на втором месте был эпидермофитон Кауфман-Вольф, реже росли другие виды грибов.

В большинстве случаев клинические данные совпадали с результатами культуральной диагностики.

Использование ускоренной методики с сывороточной средой ускоряло и улучшало диагностику Кандида Альбиканс.

**ГИСТАМИНОПЕКТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СЫВОРОТКИ БОЛЬНЫХ  
ХРОНИЧЕСКОЙ ТРИХОФИТИЕЙ**

П.П.Гайлявичюс

Изучение аллергической реактивности у больных хронической трихофитией при помощи аллергических внутрикожных проб и реакции связывания комплемента (РСК) показывают общую устойчивость организма к грибкам. У больных хронической трихофитией положительные или слабо положительные внутрикожные реакции на трихофитин выявлены у 23,5%, а положительная РСК - у 19,2% больных (В.Я.Некачалов). Определение состояния аллергии без специфических аллергенов очень важно, так как в механизме развития всякой аллергической реакции участвуют как специфические, так и неспецифические факторы.

Д.А.Брусилловская (1964) указывает, что у всех 20,

обследованных ею больных эпидермофитией гистаминопекти-ческие свойства сыворотки крови (ГПС) по методике Parrot и Laborde (1952) либо полностью отсутствовали, либо были резко ослаблены, а у одного больного хронической трихофитией гистаминопектический индекс сыворотки находился в пределах нормы. В доступной нам литературе работ, посвященных изучению ГПС у больных хронической трихофитией, мы не обнаружили. Для определения ГПС сыворотки крови мы пользовались упрощенным методом гистамин-серокожной реакции (ГСКР), предложенной Г.В. Гургенидае (1963).

Мы исследовали гистамин-серо-кожную реакцию (ГСКР) у 23 больных хронической трихофитией и выявили, что у 13 больных ГПС полностью отсутствовали или были ослаблены, что указывает на аллергическое состояние сывороток этих больных. Определение ГПС имеет практическую ценность при исследовании некоторых вопросов патогенеза хронической трихофитии. Результаты ГСКР могут быть использованы для оценки эффективности проводимого лечения. Особенно ценной является ГСКР у больных, имеющих отрицательные специфические внутрикожные и серологические реакции на трихофитин.

#### КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ТРИХОФИТИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ ЗООФИЛЬНЫМИ ГРИБКАМИ, ПО ДАННЫМ КАУНАССКОГО КОЖВЕНДИСПАНСЕРА

А.Ю.Мачикенене, П.П.Гайлевичюс

В грибковом отделении за 1958-1964 г.г. лечилось 609 больных трихофитией, вызванной зоофильными грибами (43,1% женщин и 56,9% мужчин).

В г.Каунасе в 1961 году зоофильная трихофития составила 37,2% всех заболеваний трихофитией, а в 1964 г.-

71,2%. В Литовской ССР зоофильная трихофития составила в 1961 г. - 15,2%, а в 1964 г. - 27,1% всех заболева- ний трихофитией.

Преобладающую часть стационарных больных составили колхозники (42,06%) и учащиеся (36,45%). Служащих было 5,74%, рабочих 7,55% и детей дошкольного возраста, пен- сионеров, домохозяек - 9,5%. Среди колхозников 39 боль- ных (15,11%) были животноводы (доярки, рабочие ферм, зоотехники).

У 59,7% больных отмечен контакт с мышами при мо- лотьбе или в домашних условиях, у 13,6% больных - с бо- леющим рогатым скотом. Остальные 26,7% больных не могли указать возможного источника заражения.

Посевы выявили культуры гипсовидного трихофитона у 93,53%, фавиформного - у 6,47% больных. По республи- ке в 1964 году гипсовидный трихофитон составлял 88,5%, а фавиформный - 11,5%.

Инфильтративная трихофития обнаружена на гладкой коже у 37,25%, на волосистой части головы - у 10,83%, глубокая трихофития - у 27,91% больных, поверхностная у 22,49% больных.

С целью усиления борьбы с трихофитией в 1963 году был издан приказ № 517/597 Министерства здравоохранения и Министерства производства и заготовок сельскохозяйст- венных продуктов Лит.ССР "О борьбе с трихофитией людей и животных". В 1964 году совместно с ветеринарными ра- ботниками в двух районах проверили ход выполнения выше- указанного приказа. Коллегия Министерства здравоохране- ния обсудила результаты обследования в декабре 1964 года и наметила дополнительные мероприятия для ликвидации зоофильной трихофитии.

## О ЛЕЧЕНИИ ТРИХОМИКОЗОВ ГРИЗЕОФУЛЬВИНОМ ПО ДАННЫМ ТАРТУСКОГО КОЖВЕНДИСПАНСЕРА

Х.Нурманд

Наблюдали за результатами лечения гризеофульвином у 156 больных трихомикозами. Больные распределялись по диагнозам: трихофития - 145, фавус - 9 и микроспория - 2 случая. Больные получали гризеофульвин соответственно возрасту: дети до 3 лет - 0,25, с 4-7 лет - 0,5, с 7-15 лет - 0,75 и взрослые по 1,0 в день. На курс, в зависимости от формы болезни, 10,0 - 40,0. Лечение гризеофульвином проводили с одновременным местным применением антимикотических средств. Во время лечения каждый 7-10 день больным снимали волосы, делали общий анализ крови и мочи.

Клинические явления в очагах поражения исчезали на 10-12 день, грибы в микроскопическом препарате обычно на 10-21 день уже не определялись. Больные выписывались из больницы после 2-3-кратного отрицательного микроскопического исследования на грибы и исчезновения клинических явлений на 35-39 день лечения.

В результате лечения гризеофульвином количество койкодней уменьшилось почти вдвое по сравнению с обычными комбинированными эпиляционными методами (60-70 дней). Больные в основном хорошо переносили лечение гризеофульвином. Из побочных явлений наблюдали: головные боли, бессонницу и аллергическую сыпь у 2 больных.

Больных наблюдали в течении 3-6 месяцев; в указанный период рецидивы не наступали.

Тартуский государственный университет  
ЭССР, г. Тарту, ул. Ольгооли, 18

МАТЕРИАЛЫ

X РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
ДЕРМАТО-ВЕНЕРОЛОГОВ ЭСТОНСКОЙ ССР

На русском языке

---

Ответственный редактор Х.Вахтер

Корректор А.Правдин

=====  
Ротапринт ТГУ 1965. Печ. л. 2 /условных 1,8/  
Уч.-изд. л. 1,7. Тираж 500 экз. Сдано в печать  
20/08 1965 г. №В -С7629. Заказ № 297

Бесплатно





Бесплатно

