

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI

TOIMETISED

УЧЕННЫЕ ЗАПИСКИ

ТАРТУСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

ACTA ET COMMENTATIONES UNIVERSITATIS TARTUENSIS

503

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ

ТРУДЫ ПО МЕДИЦИНЕ XLII

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI TOIMETISED
УЧЕННЫЕ ЗАПИСКИ
ТАРТУСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА
ACTA ET COMMENTATIONES UNIVERSITATIS TARTUENSIS
ALUSTATUD. 1893.a. VIHK 503 ВЫПУСК ОСНОВАНЫ В 1893.g.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ**

(Материалы XIII республиканской
конференции дермато-венерологов
Эстонии)

ТРУДЫ ПО МЕДИЦИНЕ XLII

ТАРТУ 1979

Редакционная коллегия:

Э.Васар (председатель), Ю.Аренд, К.Гросс, А.Ленцнер,
К.Кырге, К.Пыдер, Я.Рийв, Э.Лепп, А.Тийк, Л.Тяхепьльд,
Й.Таммеорг.

О НОВЫХ МЕТОДАХ И ФОРМАХ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ДЕРМАТО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО БОРЬБЕ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ В ЭСТОНИИ

Х.Т. Вахтер, М.П. Маяс /Тарту, Таллин/

В связи с эпидемиологическим положением мы проанализировали совместно с вен.учреждениями факторы, которые способствуют распространению венерических болезней в Эстонии.

При рассмотрении этих факторов особое внимание обращает на себя следующее:

1. Необходимо усилить воспитательную работу среди населения, особенно среди молодежи.
2. Среди вен.больных отмечаются больные без места работы и места жительства.
3. Олигофреники могут быть источником вен.болезней.
4. Запоздалый по различным причинам диагноз также способствует распространению заболеваний.

Кафедра дермато-венерологии ТТУ совместно с Республиканским кож.вен.диспансером выработала рекомендации и тематический план санитарной пропаганды по телевидению, радио и в печати. В 1976 году мы провели четыре телевизионных передачи, в которых рассматривали профилактику венерических и заразных кожных болезней. Много внимания уделяли санитарной пропаганде среди учеников средних школ и техникумов и среди студентов /проводили беседы, лекции/. В общешитиях выступали студенты лечебного отделения IV курса и студенты студенческого научного кружка по дермато-венерологии. Для школьных врачей нами разработана программа лекций на тему "Предупреждение венерических болезней". Написан сценарий телефильма на тему "Как уберечься от вен. болезней" и выработаны проекты для трех санитарно-просветительных плакатов о заразных кожных и вен. болезнях. Распространяются вышедшие из печати памфлеты по вен. болезням, в районных газетах опубликованы статьи по этим же вопросам.

Большое значение в борьбе против вен.болезней имеет подготовка кадров. Для повышения квалификации при кафедре дерматологии и венерологии ТТУ с 1970 года работают стационарные и заочные курсы усовершенствования. С 1970 г. по

1977 г. на курсах усовершенствования прошли подготовку 22 дермато-венеролога республики.

Регулярно, 2 раза в год проводятся республиканские семинары для дермато-венерологов и семинары для врачей других специальностей. Большую помощь при повышении квалификации наших врачей оказывали Центральный кожно-венерологический институт и кафедры дермато-венерологии при Центральном институте усовершенствования врачей в Москве и Ленинграде.

В 1976 году вышло из печати руководство по дермато-венерологии на эстонском языке и методические указания "Исследование вен.больного", где особое внимание обращается на методику выявления источников заражения и контактов. В 1976 году вышел специальный номер "Здравоохранение Советской Эстонии", посвященный заразным кожным и венерическим болезням. Сданы в печать "Методические указания по венерологии".

Основным направлением научно-исследовательской работы кафедры являются вопросы эпидемиологии вен.болезней. С 1971 по 1978 годы при кафедре работали 1 стационарный и 3 нестационарных аспиранта и 3 клинических ординатора. С 1976 года в республике работает интернатура по дермато-венерологии /2-четыре врача/. Практические врачи также принимают участие в научно-исследовательской работе. В связи с этим в последние годы повысилась квалификация врачей и уменьшились диагностические ошибки.

В последние годы правительство республики большое внимание обращает на борьбу с венерическими заболеваниями.

В связи с этим:

1. Организована и работает межведомственная комиссия при Совете Министров ЭССР.

2. В 1976 году открыли стационар-обсерваторию.

3. Работает оперативная группа при республиканском диспансере.

4. Успешно работает иммуно-биологическая лаборатория для проведения реакций РИТ и РИФ.

5. Централизовано бактериоскопическое и культуральное исследование гонококков.

6. Внедряется в практику экспресс-диагностика кардиолипновым антигеном.

7. Увеличено число стационарных коек /на 100/ для вен.больных.

8. Создана единая система относительно взаимной информа-

ции для поиска венерических больных и их контактов.

НЕКОТОРЫЕ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ БОРЬБЫ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ

О.Т. Тесалова, Г.К. Грачева /Москва/

Государственная система организации борьбы с венерическими болезнями, осуществляемая в нашей стране с первых дней советской власти, привела к значительным успехам в борьбе с этими инфекциями. В стране исчезли случаи бытового заражения сифилисом, до единичных случаев снизилась заболеваемость ранним активным врожденным сифилисом, полностью ликвидирована заболеваемость мягким шанкром и четвертой венерической болезнью.

Являвшееся проблемой в недалеком прошлом лечение сифилиса и гонореи сейчас успешно осуществляется. Издание унифицированных, единых для всей страны схем и методов лечения этих заболеваний обеспечило высокую эффективность специфической терапии их не только в крупных центрах, но и в самых отдаленных уголках нашей страны. Утвержденные в 1976 г. схемы лечения сифилиса и гонореи включают в себя новые препараты, дополнения по вопросам специфической и неспецифической терапии указанных болезней, критерии излеченности. Схемы предусматривают необходимость строгой индивидуализации лечения с учетом особенностей организма больного и характера болезненного процесса.

Важной медицинской проблемой в борьбе с венерическими болезнями в прошлые годы была проблема точной, быстрой лабораторной диагностики венерических болезней. Теперь уже можно сказать, что и этот вопрос перестал быть проблемой.

Сейчас учреждения здравоохранения располагают надежными специфическими методами диагностики сифилиса и гонореи. Широко развита в нашей стране сеть серологических лабораторий для диагностики сифилиса, ставящих стандартный, классический комплекс серологических реакций - Вассермана, Кана и Закса-Витебского. Все чаще используются методы специфической диагностики - реакции иммунофлуоресценции и иммобилизации бледных трепонем /РИФ и РИТ/. Задача состоит в том, чтобы в

каждой области, крае, крупном городе были развернуты постановки РИТ и РИФ.

Для быстрой диагностики сифилиса были разработаны и апробированы микрореакции на сифилис с кардиолипновым антигеном, внедрение которых в практику как отборочных реакций происходит в настоящее время.

Результаты проведенных в последние годы научных исследований позволили настоятельно рекомендовать широкое использование бактериологического метода диагностики гонореи, который увеличивает выявляемость этого заболевания в 8-10 раз. Поиски путей облегчения постановки культурального исследования привели к разработке транспортных и безацитных сред для транспортировки и выращивания гонококков; успешно проводятся исследования по разработке сухих питательных сред для этой цели.

Таким образом, проблема специфической диагностики венерических заболеваний по своему существу решена.

Разумеется, совершенствование и поиски новых методов лабораторной диагностики этих заболеваний будут продолжаться, нерешенных вопросов здесь еще много. Среди них такие, как разработка методов серодиагностики гонореи, экспресс-методов диагностики сифилиса и гонореи для применения их в автоматизированных системах, предназначенных для профилактических осмотров и др.

Анализ заболеваемости в сопоставлении с организационными мероприятиями в различных территориях страны за последние 15-20 лет показал, что при наличии современных методов терапии и диагностики венерических заболеваний наибольший успех в деле борьбы с этими инфекциями отмечается там, где должное значение придается вопросам организации борьбы с ними, где адекватно обстановке планируются и твердо осуществляются организационные аспекты рассматриваемой проблемы.

Продуманная организация централизованных лабораторий по зонам в Латвийской ССР, постоянное изучение потребности в лабораторных исследованиях и ингредиентов для них в разрезе каждой зоны, своевременная заявка на последние в необходимых количествах, централизованное снабжение зон проверенными в диспансере антигенами высокого качества, организация контроля за качеством и объемом лабораторных исследований по зонам и централизованно республиканским диспансером - все это сыграло не последнюю роль в достижении резкого снижения вене-

рической заболеваемости в республике в последние годы.

Основой борьбы с распространением венерических заболеваний в настоящее время является организация активного выявления больных сифилисом и гонореей среди различных контингентов населения.

Правильной организации этого раздела работы должны предшествовать изучение, анализ заболеваемости, состояния материально-технической базы кожно-венерологических учреждений, сравнительный анализ показателей качества и уровня диспансерной работы в каждом отдельном лечебно-профилактическом учреждении, социального состава больных, ряда демографических показателей населения данной территории, кадровых ресурсов дермато-венерологической службы и других вопросов.

Необходимо изучать потребность лабораторных исследований на каждой территории, учитывая при этом запросы всех лечебно-профилактических учреждений.

Такой анализ позволяет наметить основные направления, по которым необходимо организовать противовенерические мероприятия на данной территории с учетом конкретных условий именно этого края, области, города или в целом республики, т.е. разработать детальный конкретный план борьбы с распространением венерических болезней.

Но даже самые идеальные планы не принесут пользы, если за их выполнением не установлено строгого систематического контроля. Контроль может быть организован в виде запросов справочных материалов с мест, путем выезда на места для проверки состояния дермато-венерологической помощи населению, а также путем обсуждения актуальных вопросов на коллегиях, штабах, в органах здравоохранения и комиссиях советских и партийных органов.

Проблема борьбы с венерическими болезнями наиболее близка специалистам-медикам, однако это не означает, что данная проблема носит только медицинский характер. Специальные, правовые и другие аспекты проблемы требуют активного участия общественности, советских и партийных органов, сопричастных к ней других ведомств и организаций. Но инициаторами в постановке соответствующих вопросов перед указанными органами и ведомствами должны быть работники здравоохранения.

Все сказанное диктует необходимость обратить особое внимание руководителей органов и учреждений здравоохранения на организационные вопросы борьбы с венерическими болезнями, их

совершенствование, поиск новых форм деятельности в этом направлении.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛИЦ С АНТИОБЩЕСТВЕННЫМ
ПОВЕДЕНИЕМ В РАСПРОСТРАНЕНИИ ВЕНЕРИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ

И.С. Анчупане /Рига/

Многие ученые капиталистических и социалистических стран обращают внимание на значение в росте заболеваемости венерическими болезнями аморального поведения какой-то части населения /Милич М.В., 1971; Туранов Н.М. и др., 1969, 1973; Neuwood С.Р., Vason Р.М., 1975; Bruns Н., 1976)

В настоящей работе представлена социально-эпидемиологическая характеристика лиц, склонных к антиобщественному поведению, частым случайным половым связям. Представлена динамика уровня заболеваемости венерическими болезнями среди этой группы населения, значимость этих лиц в распространении венерических заболеваний. Проведен анализ эффективности проводимых мероприятий в республике /работа милиции, стационара со специальным режимом/ по снижению вензаболеваемости в работе с этими контингентами.

Заболеваемость венерическими болезнями среди лиц, склонных к антиобщественному поведению, в несколько десятков и даже в сотни раз выше, чем среди других групп населения, что является результатом частых случайных половых связей.

Поскольку эти больные во время обследования на венерические заболевания нарушают общественные нормы поведения, обследование, а также и лечение их необходимо проводить в медицинских учреждениях со специальным режимом.

Излечение от венерических заболеваний лиц, склонных к антиобщественному поведению, улучшают на определенной территории эпидобстановку по вензаболеваемости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милич М.В. Эволюция сифилиса. М., 1972, с. 71.
2. Туранов Н.М., Мордовцев В.Н., Заводская Ю.Н. Состояние заболеваемости венерическими болезнями за рубежом. - "Вестник дерматологии и венерологии", 1973, № 7, с. 60-65.
3. Туранов Н.М. и др. Об изучении контингентов больных венерическими заболеваниями. /Тезисы докладов пленума правлений Всесоюзного и Узбекского общества дерматологов-венерологов/. Ташкент, 1969, с. 23-24.
4. Bruns, H. Sociologische Befragungen von Patienten in Beratungsstellen für Geschlechtskranken. Derm. Mtschr. 162, 1976, 221 - 224.
5. Heywood, C.P., Bacon, P.M. Social background and Diagnosis Survey of Male Clinic Registrations. Brit. J. ven. Dis., 1975, 51, N 6, 405 - 409.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО СИФИЛИСА

П.П. Гайлявичус /Каунас/

Под наблюдением в течение 10 лет находилось 25 больных со злокачественным течением сифилиса: 20 мужчин и 5 женщин, в возрасте от 18 до 50 лет. Распределение больных по диагнозам было следующим: первичный сифилис был у 5, вторичный свежий - у 12 и вторичный рецидивный у 8 больных.

У 8 больных были выявлены первичные сифиломы с явлениями некроза. Пустулезные сифилиды оказались у 19 больных вторичным сифилисом: угревидный - у 1, импетигиозный - у 4, оспенновидный - у 6, эктима - у 6, рупия - у 5 больных. Первые 3 формы пустулезных сифилидов чаще выявлялись у больных со вторичным свежим, а эктима и рупия - со вторичным рецидивным сифилисом.

Кроме пустулезных сифилидов, у больных наблюдались: папулы у 20 больных /поражена область гениталий у 15, волосистая часть головы - у 11, ладони - у 5, подошвы - у 4, слизистая оболочка рта у 8 больных/, розеола - у 7, облысение -

- у 4 и лейкодерма - у I больного. Сифилитический менингит выявлен у 3 больных, из них у I больного с острым злокачественным течением заболевания.

Импетигозный сифилид был в области волосистой части головы и на лице. Оспенновидный сифилид чаще встречался на коже тела и головы, а не конечностей, как указывается в литературе.

У больных мы не выявили тяжелых и хронических истощающих болезней. Серологические реакции у всех больных до лечения были резко положительные /титр реакции Вассермана 1:30, 1:40, 1:60, 1:80 и даже 1:320/. Лечение дало хороший терапевтический эффект - серорезистентных и серорецидивных форм сифилиса не наблюдалось. Клиническое наблюдение показывает, что злокачественное течение сифилиса может зависеть от гиперэргической реакции организма на бледную трепонему, а не от снижения реактивности организма.

ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МАНИФЕСТНЫМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА И СЕРОРЕЗИСТЕНТНЫМ СИФИЛИСОМ

В.В. Рожкалнс, Т.Ф. Пирогова, А.П. Милтинш,
Р.А. Гутмане, Н.Я. Кацена /Рига/

Одним из наиболее дискуссионных вопросов в современной венерологии является вопрос о серорезистентном сифилисе. На сегодняшний день еще остается открытым вопрос о том, являются ли положительные серологические реакции у больных сифилисом после хорошо проведенного лечения "следовой реакцией" или результатом оставшейся скрытой сифилитической инфекции в организме /Н.М. Овчинников и В.В. Делекторский, Л.Д. Бутовичский, Ч.И. Бурштейн и Р.З. Давыдова/. Особенности течения инфекционных болезней, в том числе и сифилиса, в значительной степени зависят от иммунологических свойств организма, о чем свидетельствуют изменения в белковых фракциях крови.

Исследование белков сыворотки методом диск-электрофореза в полиакриламидном геле /ДЭФ в ПААГ/ дает возможность выявить более точные отклонения от нормы, поскольку с помощью этого метода можно выделить 29 фракций белкового спектра.

Мы поставили перед собой задачу изучить белковый состав сыворотки крови методом ДЭФ в ПААГ у больных манифестными формами сифилиса, а именно сифилисом во второй стадии, при котором КСР дает наиболее выраженные положительные результаты с высоким титром, и у больных серорезистентным сифилисом, у которых результаты КСР характеризуются низкими титрами.

Исследована сыворотка крови у 96 больных сифилисом в возрасте от 18 до 45 лет, из них - 42 женщины и 54 мужчины. У обследованных был вторичный рецидивный сифилис, у 61 человека - серорезистентный сифилис. Контролем служили данные обследования сыворотки крови у практически здоровых лиц.

Сравнивая частоту выявления белковых фракций, нами выявлено существенное различие в 3-ей фракции преальбуминовой области, которая встречается значительно реже у больных серорезистентным сифилисом, в 9-ой и XI-ой фракциях, которые встречаются значительно реже в группе здоровых, чем у больных вторичным и серорезистентным сифилисом.

Количественные изменения белкового спектра сыворотки крови во 2-ой фракции преальбуминовой области были достоверно увеличены у больных серорезистентным сифилисом и вторичным сифилисом. У больных серорезистентным сифилисом количество белка в 28-ой зоне, занятой в основном IgA и быстрыми IgG, оказалось достоверно пониженным, а количество белка в 29-ой зоне, занятой в основном медленными IgG и той частью IgM, которая входит в 7,5% разделенный геле, оказалось увеличенным.

В то же время количество белка в этих зонах у больных вторичным сифилисом не отличалось от здоровых, несмотря на положительные КСР.

У больных серорезистентным сифилисом оказалось достоверно пониженным содержание белка в области трансферрина C /IO-ая фракция/. У больных вторичным сифилисом это понижение не было достоверным. Количество белка в 26-ой фракции посттрансферриновой области оказалось пониженным как у больных манифестными формами вторичного сифилиса, так и у больных серорезистентным сифилисом, а количество белка в 5-ой фракции постальбуминовой области у обеих групп больных было увеличено.

В то же время у больных вторичным и серорезистентным сифилисом было достоверно увеличено количество белка в I6-ой и I8-ой фракциях.

Наши исследования белков сыворотки крови у больных манифестными формами вторичного и серорезистентного сифилиса показали существенное изменение в белковом спектре как в частоте встречающейся фракции, так и в количественном изменении белков в разных фракциях по сравнению с белками сывороток здоровых людей.

Найденные изменения в белковом спектре сыворотки крови у больных серорезистентным сифилисом с помощью ДЭФ в ПААГ свидетельствуют больше в пользу теории о скрытой инфекции в организме у больных, чем теории о "следовой реакции КСР".

ОПЫТ РАБОТЫ ПО КОНТРОЛЮ ЗА КАЧЕСТВОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА В ЛАТВИЙСКОЙ ССР

А.П. Милтинш, А.К. Берзупе /Рига/

В настоящее время большое внимание уделяется разработке системы контроля за качеством работы лабораторной службы /Э.Г. Ларский, В.В. Меньшиков, 1971; Л.Н. Делекторская, В.В. Меньшиков, 1976 и др./.

Вопрос о качестве диагностики сифилиса может успешно решиться только при использовании лабораторных методов исследования. Поэтому в практической работе все большую роль играет контроль за качеством лабораторной диагностики сифилиса /Н.М. Овчинников, Н.М. Туранов, Л.С. Резникова, 1974/.

В Латвийской ССР с 1973 года серологической лабораторией Республиканского кожно-венерологического диспансера /КВД/ осуществляется контроль за качеством серологической диагностики сифилиса во всех лабораториях республики.

Система контроля за работой лабораторий проводится:

1/ с помощью консультативно-методических выездов врачей /лаборантов/ - кураторов;

2/ путем исследования контрольных сывороток в лабораториях на местах.

Консультативно-методические выезды в лаборатории осуществляются не менее одного раза в год. Каждый выезд оформляется справкой, в которой отражаются выявленные недостатки и осуществляется контроль по их устранению.

С врачами /лаборантами/-кураторами периодически прово-

дится инструктаж. При выездах в лаборатории врачи-кураторы пользуются разработанными вопросниками, включающими все разделы работы лабораторий.

Начиная с января 1975 года в каждую серологическую лабораторию республики высылаются контрольные сыворотки /от 3 до 6 образцов/. Для контроля используются инактивированные свежие сыворотки заведомо известных больных сифилисом и доноров. Полученные результаты в серологической лаборатории Республиканского КВД и контролируемой лаборатории сравниваются и вычисляется процент совпадения результатов. Определяя процент совпадения результатов, пользуемся принципом: результаты считаются идентичными, если разница в крестах /от I+ до 4+ / не превышает I+ или одного разведения в количественной реакции Вассермана.

Контроль за качеством работы серологической лаборатории Республиканского КВД осуществляет контрольная лаборатория Центрального кожно-венерологического института Министерства здравоохранения СССР, которая присылает лиофильно высушенные контрольные сыворотки для определения качества постановки комплекса серологических реакций /КСР/ и специфических методов серодиагностики сифилиса - реакции иммобилизации бледных трепонем /РИБТ/ и реакции иммунофлюоресценции /РИФ/.

За период времени с января 1975 года по июнь 1978 года в серологических лабораториях республики проведены 304 контрольных исследования, среди которых совпадение результатов отмечено в 251 случае, т.е. в 83%. Отмечается положительная динамика этих результатов: в 1975 г. - 75%, в 1976 г. - 84%, в 1977 г. - 88%, а в первой половине 1978 г. - 89%.

На наш взгляд, особенную ценность представляет сопоставление результатов исследования в двух самых крупных серологических лабораториях республики - Республиканского КВД и Рижского городского КВД. Большую пользу такое сравнение результатов дает в стадии апробации новых методик.

В одни и те же сроки обследуются сыворотки определенных больных в обеих лабораториях, сверяются полученные результаты и определяется процент совпадения. Этот вид контроля дал полное /100%/ совпадение результатов КСР и РИФ. В период улаживания РИБТ совпадение результатов колебалось от 87 до 91%, что было вызвано применением разных сред выживания трепонем. После установления единых методов исследования процент совпадения результатов РИБТ возрос до 97-98%.

Внедренная система контроля за качеством лабораторной диагностики сифилиса позволила выявить причины, порождающие лабораторные диагностические ошибки, и принять меры по их устранению, среди которых основными являлись меры по централизации лабораторной службы за счет ликвидации маломощных лабораторий, внедрение унифицированных методов и современной техники в работе лабораторий, решение вопросов оптимизации сохранения условий при транспортировке лабораторного материала.

О ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО ТЕСТА СПИРОХЕТ /РИТ/ И РЕАКЦИИ ИММУНОФЛОУОРЕСЦЕНЦИИ /РИФ/

Г.С. Виндиревских /Тарту/

Реакция РИТ была открыта в 1949 г. Р. Нельсоном и М.М. Мауэром. Эта реакция основана на том, что при смешивании сыворотки больного с взвесью трепонем, полученных из раннего орхита зараженного сифилисом кролика, в присутствии комплемента прекращается подвижность трепонем, в то время как при смешивании трепонем с сывороткой лиц, не болевших сифилисом, подвижность их сохраняется длительное время. Это явление было отмечено еще в 1906 г. Ф. Видалем, но оно не получило практического применения, так как не была разработана хорошая методика постановки реакции. Реакция иммобилизации бледных трепонем нашла большое число сторонников. Так, H.Zellman сделал вывод об "абсолютной" специфичности реакции иммобилизации при отсутствии сифилиса. J.Miller, A.Boden указывает на 100% чувствительность при наличии сифилиса и на то, что тест Нельсона решил вопрос о ложноположительных реакциях.

Существовало мнение, что стандартные серологические реакции отжили свой век, но со временем накапливался практический материал и начал выявляться ряд недостатков реакции иммобилизации.

В данной работе мы позволим себе привести лишь некоторые литературные данные, которые имеют существенное значение или резко расходятся с распространенным мнением, и постараемся обобщить их. По сводным данным H. Nielsen и A. Reyn тест

Нельсона положителен в 96,2% случаев. При третичном сифилисе РИТ, по сводным данным J. Kolmer, положительна в 91%, по данным Н. Nielsen, К. Meinike - в 100% случаев. W. Garson и A. Gannefax получили у 4 из 18 больных третичным сифилисом отрицательные результаты РИТ. При сифилисе центральной нервной системы реакция иммобилизации положительна почти в 100% случаев.

Одновременно было установлено, что реакция иммобилизации, помогая в большинстве процентов случаев распознавать ложноположительные реакции стандартных тестов, сама может давать некоторое количество неспецифических реакций. Положительные результаты РИТ были получены у больных лепрой, туберкулезом, раком.

Общепринятым считается, что иммобилизины появляются в сыворотке крови позднее комплементсвязывающих антител и реагинов, поэтому для ранней диагностики первичного сифилиса реакция иммобилизации не совсем пригодна. W. Vaisman и F. Tomson в 80% случаев получили отрицательные результаты. В этом случае отличные результаты дает реакция иммунофлюоресценции.

Реакция иммобилизации - очень ценный метод при распознавании ложноположительных результатов классических реакций, особенно у беременных женщин и соматических больных; результаты этой реакции важны также и при ретроспективном установлении диагноза сифилиса. Реакция трудоемка, требует большой аккуратности и стерильности.

Как указывалось выше, для ранней диагностики первичного сифилиса и некоторых форм позднего сифилиса, более лучшие результаты дает реакция иммунофлюоресценции и ее модификация РИФ-200 и РИФ-с абсорбцией /РИФ-abc/.

По мнению многих авторов, реакция хороша как для диагностики, так и контроля за лечением и должна применяться систематически. Этот метод основан на исследованиях J. Magrask /1934/, показавшего, что можно получить химические соединения краски с сохранением иммунологических свойств, и работах А. Goons /1950/, который, продолжая эти исследования, нашел способ сделать видимым соединение антигена и антитела, применив для этого флюоресцирующую краску изоцианат флюоресцина, который легко соединяется с глобулином.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧНОСТИ И
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ТЕСТОВ
/РИТ И РИФ/ ПРИ СИФИЛИСЕ

Л.В. Сазонова, Э.А. Орлина /Москва/

Реакция иммобилизации бледных трепонем и реакция иммунофлюоресценции нашли широкое применение в серодиагностике сифилиса. Так как с помощью этих реакций определяют разные антигены в сифилитической сыворотке крови, что обусловлено сложной антигенной структурой возбудителя сифилиса - патогенной бледной трепонемой, диагностическая ценность РИТ и РИФ при различных формах сифилиса различна.

Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение РИТ, 2 модификаций РИФ /РИФ-абс и РИФ-200/ и комплекса стандартных серологических реакций на сифилис /КСР/ при обследовании больных сифилисом и группы лиц с подозрением на наличие сифилитической инфекции.

Было исследовано в РИТ, двух указанных модификациях РИФ и КСР 989 сывороток крови больных сифилисом /в основном скрытыми и поздними его формами/ до и в процессе первого курса лечения, группы больных сифилисом после окончания специфической терапии, лиц с клинико-анамнестическим подозрением на сифилис и группы лиц с ложноположительными серологическими реакциями на сифилис.

Результаты сравнительного изучения в РИТ, РИФ-абс, РИФ-200 и КСР 689 сывороток крови больных сифилисом показали, что наиболее чувствительной реакцией является РИФ-абс - 642 /93,1%/ положительных результатов. В РИТ было получено 600 /87%/ положительных результатов, в РИФ-200 - 599 /86,9%/, а в КСР - 541 /78,5%/.

Особый интерес представляют данные, полученные при исследовании сывороток крови больных скрытыми и поздними формами сифилиса. При обследовании данной группы больных констатирована высокая чувствительность специфических тестов: положительные результаты РИТ были зарегистрированы у 435 /100%/, РИФ-абс - у 434 /99,7%/, РИФ-200 - у 428 /98,4%/, а КСР - у 412 /94,7%/ больных сифилисом.

При исследовании сыворотки крови 232 больных разными формами сифилиса через 1-7 лет после окончания специфической

терапии положительные результаты в РИТ были получены в 148 /63,8%/, в РИФ-абс - в 186 /80,1%/, в РИФ-200 - в 150/64,6%/ и в КСР - в 108 /46,5%/ случаев. Во всех серологических реакциях при исследовании сывороток крови лиц, леченных по поводу ранних форм сифилиса, было получено меньше положительных результатов, чем при обследовании лиц, леченных по поводу поздних форм данного заболевания.

При обследовании группы лиц по клинико-анамнестическому подозрению на сифилис у всех 212 пациентов были получены отрицательные результаты как в специфических тестах /РИТ и РИФ/, так и в комплексе стандартных серологических реакций на сифилис. При дальнейшем клинико-серологическом наблюдении диагноз сифилиса у этих лиц не был подтвержден.

Наибольший интерес представляет изучение группы лиц, обследованных по поводу положительных стандартных серологических реакций на сифилис. Было обследовано 88 человек /64 женщины и 14 мужчин/ в возрасте от 17 до 78 лет. У 51 человека положительные результаты комплекса стандартных серологических реакций были зарегистрированы однократно. Титр антител в реакции связывания комплемента с кардиолипновым антигеном колебался от 1:55 до 1:60. У 32 человек /9 беременных женщин и 23 человека, страдающих хроническими соматическими заболеваниями/ результаты стандартных серологических реакций оставались положительными на протяжении от 2 месяцев до 3 лет /наблюдение в динамике/. При исследовании сыворотки крови указанных 88 пациентов в специфических серологических реакциях отрицательные результаты в специфических тестах были получены в 84 случаях. В РИФ-абс и РИФ-200 слабоположительный результат /2+/ был получен в 3 случаях, в РИТ - в 2. Так как ни анамнестических, ни клинических признаков, указывающих на наличие в прошлом или настоящем сифилиса у данной группы лиц не было установлено, а при длительном клиническом наблюдении диагноз сифилиса не был подтвержден, положительные результаты КСР, а также РИФ и РИТ были расценены как ложноположительные.

Таким образом, полученные данные позволяют считать, что: степень чувствительности и специфичности РИФ в значительной степени зависит от методики постановки реакции - РИФ-абс превышает чувствительность РИФ-200, а также РИТ и КСР; РИФ-абс и РИТ являются высоко специфичными и чувствительными серологическими реакциями при скрытых и поздних

формах сифилиса; РИФ-абс может применяться /также как и РИТ/ для дифференциальной диагностики биологически ложноположительных результатов комплекса стандартных серологических реакций на сифилис.

НАСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ РАННИМ И ПОЗДНИМ СКРЫТЫМ СЕРОПОЗИТИВНЫМ СИФИЛИСОМ

Л.В. Сазонова, Н.П. Буданова /Москва/

Большинство советских ученых придерживается мнения об отсутствии истинного иммунитета при сифилисе /А.А. Студиничн с соавт., 1971; Н.М. Овчинников, 1955, 1973, 1978 и др./, в отличие от некоторых исследователей зарубежных стран Н. Grossman, 1970; D. Musher, 1977; и др./. Но отсутствие естественного или приобретенного иммунитета при сифилисе еще не исключает факторов иммунобиологических защитных механизмов, имеющих и в здоровом организме, таких как фагоцитоз, комплемент, агглютинины, лизины, преципитины и другие. /Н.М. Овчинников, 1973, 1975; Z. Hrnčir e.a., 1972; и др./, и в основном определяющих патогенез отдельных форм сифилитической инфекции. Особый интерес вызывают исследования неспецифической реактивности при бактерионосительстве и латентных инфекциях /В.Д. Тимаков с соавт., 1977; К.В. Бунин, 1978; и др./. Возросшее число регистрации скрытого сифилиса определяет важность и необходимость поиска общих закономерностей, обуславливающих особенности патогенеза и клиники этих форм сифилитической инфекции. Актуальность изучения неспецифических факторов защитных сил организма при позднем и раннем скрытом сифилисе основана на данных о роли неспецифической реактивности в волнообразной смене активных проявлений сифилиса периодом скрытого течения инфекции /И.И. Долгушин, 1973; Л.Д. Бутовецкий, О.В. Бухарин, 1977; и др./.

В представленной работе проведено сравнение специфической реактивности /титры реагинов и процент иммобилизации/ и показателей неспецифических защитных сил /фагоцитарная функция нейтрофилов и бактерицидность сыворотки крови/ с применением математического метода корреляции рангов; выявлены сложные, разнообразные взаимоотношения между титрами реагинов и процентом специфической иммобилизации и, с другой сто-

роны, показателями клеточного и гуморального звеньев неспецифических защитных сил организма.

Постановка стандартных серологических реакций - реакции Вассермана с трепонемным, кардиолипидным и неспецифическим антигенами и двух осадочных - реакции Кана и цитохолоевой показала, что титры реагинов у 85 /83,4%/ больных сифилисом скрытым поздним были от 1:5 до 1:40, т.е. низкие. Титры реагинов у 147 /82,1%/ больных ранним скрытым сифилисом были от 1:60 до 1:320, т.е. более высокие. Вероятно, при позднем скрытом сифилисе в тканях организма находятся единичные бледные трепонемы, то есть антигенный раздражитель, в ответ на который формируются реагины слабее, чем при раннем скрытом сифилисе.

Процент иммобилизации в реакции иммобилизации бледных трепонем /РИТ/ от 91 до 100% определен у 88 /86,4%/ больных поздним скрытым сифилисом, т.е. у большинства больных. Процент иммобилизации у больных ранним скрытым сифилисом составил: у 61 /31,9%/ больного - до 75%, у 84 /46,9%/ - от 91 до 100%, т.е. распределение более плавное, четкой закономерности нами не выявлено. Выявленные соотношения у больных сифилисом скрытым ранним /высокие титры реагинов и более низкие проценты иммобилизации/ и у больных сифилисом скрытым поздним /низкие титры реагинов и высокий процент иммобилизации/ подтверждены математически: определение коэффициента корреляции рангов по Спирмену выявило, что данная связь статистически достоверна, между этими величинами зависимость обратно пропорциональная, коэффициент корреляции, соответственно, равен минус - 0,31 и минус - 0,23.

Мы пришли к заключению, что при позднем скрытом сифилисе наблюдается обратная корреляция между показателями титра реагинов и процентом фагоцитоза /коэффициент корреляции ρ равен минус - 0,4/, фагоцитарным числом $I\rho = -$ минус 0,12/, бактерицидной активностью сыворотки крови $I\rho = -$ минус 0,28/ и в такой же обратно-пропорциональной зависимости находятся показатели специфической реактивности при раннем скрытом сифилисе: коэффициенты корреляции между титрами реагинов и процентом фагоцитоза, фагоцитарным числом, бактерицидностью сыворотки крови равны, соответственно, минус - 0,18; минус - 0,39; минус - 0,26.

Сравнивая проценты иммобилизации в РИТ и показатели естественной реактивности, защитных сил организма, такой од-

нозначной зависимости мы не выявили.

При сравнении специфической и неспецифической реактивности у больных ранним и поздним скрытым сифилисом присущие данным группам больных скрытым сифилисом сочетания свидетельствуют о сложностях иммунологической характеристики разных форм скрытого сифилиса, об "иммунологически неустойчивом равновесии", учитывая, что снижение специфической чувствительности на фоне повышения уровня неспецифических защитных сил организма считается благоприятным клиническим признаком.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ МЕТОД РЕАКЦИИ ИММУНОФЛОУОРЕСЦЕНЦИИ
АБСОРБЦИИ /РИФ Абс/ СО СПИНОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТЬЮ
У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

П.П. Гайлявичюс, Н.А. Гринявичене /Каунас/

За последние годы у 135 больных сифилисом исследовались РИФ Абс со спинномозговой жидкостью с целью выявления изменений нервной системы и полученные данные сравнивались со стандартной реакцией Вассермана и другими показателями патологии ликвора. Первичный сифилис был выявлен у 1 больного, вторичный свежий у 24, вторичный рецидивный у 48, ранний скрытый у 28, поздний скрытый у 7 и прогрессивный паралич у 2 больных. 15 больных сифилисом были обследованы после окончания лечения.

По показателям исследования ликвора /по Г.Н. Робустову/ у больных выделили 4 степени патологии: I^o была у 8 больных, II^o - у 8 больных, III^o - у 37 больных и IV^o - у 2 больных. Диагноз нейросифилиса, опираясь на стандартные показатели, поставлен у 54 больных /40%/: сифилитический асимптомный менингит у 26 больных, асимптомный нейросифилис у 18, сифилитический арахноидит у 4, сифилитический менингоэнцефалит у 4 и прогрессивный паралич у 2 больных.

На основании всех показателей патологии ликвора мы выявили высокую чувствительность и специфичность РИФ Абс со спинномозговой жидкостью. Повышение белка /0,4% и выше/ выявлено у 22,2% больных, плеоцитоз /8 клеток и выше/ у 20%, патологическая реакция Ланге у 4,4% и положительная реакция

Вассермана у 27,4% больных. РИФ Абс в ликворе была положительной у 66,6% больных. После лечения у части больных РИФ Абс осталась слабоположительной. РИФ Абс в ликворе у больных нейросифилисом была положительной, как в низких разведениях /1:5, 1:10/, так и более высоких /1:20, 1:80, 1:160 и др./. Положительные РИФ Абс с более высоким разведением показывают на большую распространенность и более высокую активность патологического процесса. Положительные результаты РИФ Абс, а также количественный метод исследования спинномозговой жидкости являются более специфическими и чувствительными при диагностике нейросифилиса, но при этом должны учитываться и другие показатели патологии ликвора, а также клинические, серологические и лабораторные данные.

Дальнейшее изучение РИФ Абс со спинномозговой жидкостью поможет выявить не только диагностическую, но и прогностическую ценность этой реакции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА УПЛОТНЕННЫМ МЕТОДОМ

Х.Т. Вахтер, В.М. Богданова

Под наблюдением клинического кожно-венерологического диспансера г. Тарту находилось 90 больных жителей г. Тарту, Тартуского района и других городов и районов Юга Эстонии, получивших лечение в стационаре диспансера.

Больные разделены на две группы:

I группа - 28 человек - это лица, получившие превентивное лечение по типу сифилиса I серонегативного, т.к. после близкого полового контакта прошло более 15 дней. Мужчин было 16, женщин - 12. Возраст больных: дети /бытовой контакт/ - 4 и от 17 до 59 лет было 24 человека.

Лечение больные получали по непрерывной методике сначала водорастворимым пенициллином, затем экмоновоциллином или бициллином - 3 из расчета 300.000 ЕД антибиотика на 1 кг веса больного.

Осложнений при лечении не наблюдалось. Реакция Вассермана и осадочные были отрицательными до лечения в первые 5 дней лечения и через каждые 5 дней в период лечения пеницил-

лином и в период дальнейшего серологического контроля в течение года. II группа - 62 человека с активными проявлениями сифилиса, впервые установленного в жизни больных. Мужчин 37, женщин - 25.

Больные получали первый курс лечения сначала водорастворимым пенициллином и бийохинолом. Учитывая, что многие больные жители села и дальнейшее лечение должны получать по месту жительства, мы не были уверены в их аккуратности, поэтому сделали сочетание непрерывного метода лечения антибиотиками на фоне бийохинола. Расчет антибиотика был сделан так, что больные при сифилисе I серонегативном получали на I кг веса по 200.000 ЕД, при сифилисе I серопозитивном и 2 свежем - по 240.000 ЕД, а при сифилисе 2 рецидивном и сифилисе 3 активном - по 280.000 ЕД, прибавляя по 20-30% антибиотика на курс лечения, учитывая индивидуальные особенности организма и динамику серореакций. В результате такого лечения больные на фоне висмутового препарата получали 2 курса антибиотика.

Все больные одновременно получали поливитамины, антигистаминные препараты и, в зависимости от серореакций, неспецифическую иммунотерапию /пирогенал, алоэ, витамины группы B/. Осложнений при лечении мы не наблюдали.

Высыпания резербировали при сифилисе I серонегативном в течение 6-7 дней, начиная с 3 дня, при сифилисе I серопозитивном - в течение 8-9 дней, начиная с 3-6 дня, при вторичном сифилисе - в течение 13-14 дней, начиная с 4-7 дня.

Из этой группы больных мы наблюдали I серорецидив и 2 клинических рецидива и у I больного позитивизировалась реакция Вассермана в ликворе, причем 3 человека из этих больных злоупотребляли алкаголем в период лечения, не выполняли режим венбольного.

После начала лечения II, I% больных в первые 10 дней дали положительную реакцию Вассермана, а у I4,5% больных вторичным сифилисом после начала лечения повысился титр реакции Вассермана.

Негативизация реакции Вассермана после I курса лечения пенициллином и бийохинолом наступила у I7,7% больных с диагнозом сифилис I серопозитивный и у 38,7% больных вторичным сифилисом.

После второго курса антибиотика на фоне бийохинола реакция Вассермана негативизировалась у всех больных.

Исследование ликвора до лечения проведено у 5-ти боль-

ных, патологии не отмечено. После лечения исследование ликвора проведено у 4-х больных, у одного из них РВ в ликворе оказалось положительной.

В период наблюдения этой группы больных мы у некоторых из них провели исследование реакции иммобилизации бледных трепонем, РИТБ более 50% наблюдалось у 12 больных.

Выводы:

1. Превентивное лечение по непрерывной методике, проведенное лицам, больным сифилисом, дало хороший результат.

2. Лечение, проведенное одновременным применением антибиотиков и висмутовых препаратов переносится больными хорошо и сокращает сроки лечения.

3. В период лечения больных сифилисом необходимо проводить воспитательную работу о необходимости выполнения режима венбольных для предупреждения рецидивов заболевания и проведения высококачественного лечения.

4. В период лечения сифилиса необходима ранняя иммунотерапия и витаминизация больных.

ИССЛЕДОВАНИЕ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

В.В. Рожкалнс, Т.Ф. Пирогова, А.М. Милтиньш,
Р.А. Гутмане, Н.Я. Кацена /Рига/

Сифилитическая инфекция извращает белковые соотношения в сыворотке крови больного. Изменения белков сыворотки крови у больных с серорезистентным сифилисом по сравнению с больными манифестными формами сифилиса /Л.Н. Лубошевская/. Ряд исследователей отмечает благоприятное влияние противосифилитической терапии на изменение белка крови /Ч.И. Бурштейн, Р.З. Давидова/. По мнению некоторых авторов, нормальное содержание белковых фракций у больных серорезистентным сифилисом, получивших хорошее противосифилитическое лечение, может быть одним из критериев излеченности. Изучая иммуноглобулины у больных серорезистентным сифилисом, ряд авторов отмечает тенденцию к нормализации гаммаглобулинов после лечения /Е.П. Никольская с соавт./. По мнению ряда авторов, серорезистентность является следствием симбиоза макроорганизма с

авирулентным микробом, а не результатом автоаллергии, "следовой реакции" /Л.Д. Бутовицкий/.

Учитывая вышеизложенное, мы поставили перед собой задачу изучить белки сыворотки крови у 76 человек, лечившихся по поводу сифилиса. Из них у 61 больного был серорезистентный сифилис. КСР у них были стойко положительные, несмотря на длительно проводимое противосифилитическое лечение. Большинство из них /56/ противосифилитическое лечение получили без неспецифической терапии, и у 38 были удлиненные перерывы между курсами. Все обследованные начали лечение по поводу вторичного или позднего скрытого сифилиса.

Мы исследовали также сыворотку крови у 15 человек, у которых после лечения вторичного рецидивного сифилиса все КСР дали отрицательный результат, а также сыворотку крови у 60 практически здоровых лиц.

Для изучения белков сыворотки крови мы пользовались диск-электрофорезом в полиакриламидном геле ДЭФ в ПААГ по методике Давис с модификациями, описанными Т.Ф. Пироговой.

В обследованных группах вычислялась частота определения каждой фракции и сравнивались средние количества белка во фракциях, встречающиеся приблизительно с равноценной частотой. Существенные различия в частоте выявлены нами в 3-ей фракции преальбуминовой области. Эта фракция встречается значительно реже в подгруппе больных серорезистентным сифилисом, в то время, как 9-я и XI-я фракция встречаются значительно реже в группе здоровых.

Количественные изменения белкового спектра сыворотки крови изменены во 2-ой фракции преальбуминовой области в группе больных серорезистентным сифилисом.

В группе лиц, у которых после лечения результаты КСР стали отрицательными, количество белков во 2-ой фракции соответствовало контрольным цифрам, в то же время количество белка в 28-ой зоне или фракции, занятой в основном IgA и быстрыми IgA, оказалось достоверно пониженным, а количество белка в 29-ой зоне, занятой в основном медленными IgG и той же частью IgM, которая входит в 7,5% разделенный геле, оказалось достоверно увеличенным. В этой группе было также достоверное понижение содержания белка в области трансферрина С - (10-я фракция). Количество белка в 26-ой фракции посттрансферриновой области оказалось пониженным, а в 5-ой фракции постальбуминовой области - увеличенным.

Результаты нашей работы показали, что гуморальное биоло-

гическое состояние организма в известной степени зависит от стадии и формы сифилиса. В свою очередь иммунобиологическая система организма определяет течение заболевания.

Количественные изменения белков сыворотки крови у больных сифилисом во второй фракции коррелируют с КСР. У лиц, после лечения манифестных форм сифилиса, когда КСР стали отрицательными, снижено также количество IgA и быстрых IgG, увеличено количество медленных IgG и та часть IgM которые входят в 7,5% разделенный геле.

Изучение белкового спектра сыворотки крови методом ДЭФ в ПААГ можно использовать как дополнительный метод критерия эффективности проведенного лечения у больных сифилисом.

ВОПРОСЫ КЛИНИКИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЖЕНСКОЙ ГОНОРЕИ

А.А. Кангур /Тарту/

Несмотря на широкую санитарно-просветительную работу и наличие эффективных лечебных средств, число заболеваний гонореей не уменьшилось. Распространению заболевания способствуют разные причины социального порядка. Большое значение имеют также организаторные и чисто медицинские факторы.

В настоящей работе рассматриваются случаи заболеваний женской гонореей в районе, обслуживаемом Тартуским кожно-венерологическим диспансером за период с 1976 по 1978 год. При анализе материала выяснилось, что выявляемость женской гонореи участилась.

Среди больных гонореей возросло число девушек младше 18-летнего возраста. Для этой возрастной группы характерно раннее начало половой жизни, наличие многих случайных партнеров и вступление в половой контакт в состоянии алкогольного опьянения.

Довольно значительную часть гонорейных больных составляют студентки.

Многие из женщин, болеющих гонореей, являются замужними. В случаях семейной гонореи выявление половых контактов затруднено, источник заражения часто остается нераскрытым.

Широкое применение антибактериальных препаратов вызвало

изменение морфологических и биологических свойств гонококка. Болезнь, обусловленная измененным гонококком, может протекать с незначительными клиническими симптомами. Такие больные считают себя здоровыми и продолжают вести половую жизнь.

Во многих случаях болезнь диагностируется уже будучи хронической. Увеличение числа больных торпидной и хронической гонореей способствует распространению заболевания.

Большой трудностью для врача является различие гонорейного рецидива и реинфекции. Анамнестические данные являются здесь недостоверными. Объективные критерии отсутствуют. Выявление же реинфекций имеет прямое значение для предотвращения распространения болезни.

Более чем у половины больных гонореей встречается трихомоноз. Последний затрудняет диагностику и лечение гонореи. Резко участились гонорейные осложнения. При восходящей гонорее диагностирован в большинстве случаев и сопутствующий трихомоноз. Меньше диагностирован гонорейный проктит. Взятие материала для исследования из прямой кишки необходимо проводить у всех женщин, больных гонореей, и при амбулаторном обслуживании.

У женщин гонорея выявляется в большинстве случаев активно. Чем быстрее подвергаются исследованию партнеры больных гонореей, тем чаще у них диагностируется гонорея. Многие контактные лица, по данным анамнеза, проводили самолечение, не соответствующее требованиям.

Выявление партнеров половой жизни имеет большое значение в борьбе с гонореей. В условиях больницы у врача имеется больше возможностей для изучения психики больного и для нахождения правильной тактики расспроса.

Значительно увеличилась роль гинекологов в установлении гонореи. Многие женщины, болевшие восходящей гонореей, были вылечены в гинекологическом отделении. Партнеры гонорейных больных, лечившихся у гинекологов, были выявлены со стороны венерологов в большей части случаев только после выписки больных из гинекологического отделения.

Из проведенного анализа следует, что врач должен правильно расшифровать значение клинических особенностей гонореи и роль женщин в распространении этого заболевания. Правильная тактика врача при собирании анамнеза половой жизни и оперативность работников патронажа - необходимые предпосылки для ограничения распространения гонореи.

Необходимо сделать оперативнее совместную работу венерологов и гинекологов. Необходимо гораздо больше внимания уделять нравственному воспитанию девушек.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОНОРЕИ

В.Н. Беднова, Т.Н. Данилова, Т.Г. Коликова /Москва/

Наиболее распространенным и доступным методом выявления гонококков в патологическом материале от больных гонореей является бактериоскопический. Однако максимальное выявление хронической и торпидно протекающей гонореей обеспечивает культуральный метод исследования, эффективность которого в значительной степени зависит от качества питательных сред. В ЦКВИ разработаны рецепты высококачественных безасцитных питательных сред, обогащенных ингредиентами, выпускаемыми отечественными производственными учреждениями. В настоящее время широкое применение получила среда, состоящая из МПА из кроличьего мяса или свежих бычьих сердец /рН = 7,4 - 7,5/, обогащенная гидролизатом казеина для парентерального белкового питания, дрожжевым аутолизатом и сывороткой крови крупного рогатого скота. Вместо гидролизата казеина могут быть использованы 5% раствор гемогидролизата или среда 199 для культур тканей без антибиотиков.

Установлено, что безасцитная питательная среда не теряет своего качества после лиофильного высушивания. В настоящее время разработана методика изготовления лиофильно высушенной среды, дающая возможность готовить централизованно качественные среды и снабжать ими лаборатории, занимающиеся культуральной диагностикой гонореей. Результаты апробации лиофильно высушенных сред показали возможность использования их в течение года, высокие их ростковые качества и отсутствие отрицательного влияния на морфологию гонококка.

В связи с расширением культуральной диагностики гонореей, наличием экстрагенитальной гонореей и необходимостью идентифицировать гонококк при его выделении от детей, встает вопрос внедрения в практику методики выделения чистых культур гонококка с целью его дифференциации от других нейссерий.

В ЦКВИ разработана методика приготовления простой и дос-

тупной для практических лабораторий среды для определения сахаролитических свойств гонококка. В качестве основы среды использован МПА из кроличьего мяса или свежих бычьих сердец, среда обогащается желтком свежего куриного яйца, индикатором служит фенолрот. Изучение на данной среде 156 штаммов гонококка, 44 штаммов менингококка и 9 штаммов других нейссерий показало высокое ее качество.

Большое значение для повышения качества лабораторной диагностики гонореи приобретает организация систематического контроля за правильным проведением бактериоскопической культуральной диагностики гонореи в лабораториях лечебно-профилактических учреждений. Контроль качества должен быть организован как внутри каждой лаборатории, осуществляясь ее заведующим, так и носить межлабораторный характер. В союзных республиках лабораториям республиканских кожно-венерологических диспансеров надлежит осуществлять контроль за качеством проводимых исследований в городских кожно-венерологических диспансерах, лабораториям последних - в лабораториях различных лечебно-профилактических учреждений города и ЦРБ. Контроль может быть осуществлен путем выезда сотрудников контролирующей лаборатории в контролируемую лабораторию или путем исследования мазков из патологического материала и из культур, по которым в контролируемой лаборатории был поставлен лабораторный диагноз гонореи. Большое значение приобретает также контроль за качеством питательной среды, используемой для проведения культуральной диагностики гонореи.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ГОНОРЕИ

Г.С. Капцева /Москва/

За последние годы возросло число сообщений о выявлении экстрагенитальной гонореи, которая, по мнению ряда авторов, играет определенную роль в эпидемиологии гонорейной инфекции. В современной зарубежной литературе приводятся сведения о частоте, очагах поражения, методах диагностики, клинической симптоматике и эффективности лечения при ее внеполовой локализации.

С целью выяснения частоты гонореи ротоглотки, определения условий выращивания гонококков при этой локализации процесса

и их идентификации было подвергнуто обследованию 120 женщин и 14 мужчин, больных гонореей. Контрольную группу составляли 64 клинически здоровых лица.

Жалоб на субъективные ощущения со стороны полости рта и глотки обследованные больные гонореей не предъявляли. Посевы производили с помощью импрегнированных активированным углем ватных тампонов на питательные среды: простой мясо-пептонный агар, безасцитную среду без и с двумя антибиотиками /полимиксин М - 2I ед/мл ристомидин сульфат 12,4 ед/мм/, безасцитную среду с антибиотиками и оротовой кислотой /I гамма/мл/, безпептонную среду. Состав безасцитной питательной среды: мясо-пептонный агар из кроличьего мяса или свежих бычьих сердец /рН +7,4-7,5/ - 100 - 2 мл, 1,5%, раствор сухого экстракта белковых кормовых дрожжей - 2 мл, сыворотки крови крупного рогатого скота - 20 мл.

Для определения сахаролитических свойств выделенных нейссерий использовали среду ферментации ЦКЕИ с желтком свежего куриного яйца. С помощью данной среды были подвергнуты идентификации выделенные из ротоглотки больных гонореей грамтрицательные кокки, дававшие рост на вышеуказанных средах, сходный с ростом гонококков. Полученные результаты позволили установить принадлежность 2 штаммов к гонококку /1,5%, 42 штаммов к менингококку /31,3%, 4 штаммов к нейссерии перфлава /2,9%. От лиц контрольной группы было выделено 7 штаммов менингококка. Штаммы гонококка были изучены в реакции агглютинации с антигонококковой гипериммунной сывороткой. Постановка реакции агглютинации и преципитации со специфическими стандартными антименингококковыми сыворотками показала принадлежность выделенных от больных гонореей менингококков к серогруппам А, В, С, Х, Ж, 29 Е, от здоровых лиц к серогруппе В. От больных гонореей и здоровых лиц были получены также как неагглютинабельные, так и полиагглютинабельные штаммы. Выделенные штаммы гонококка и менингококка не росли на простом мясо-пептонном агаре и при комнатной температуре.

Установлено, что лучшей средой для выявления гонококков со слизистой оболочки ротоглотки является безасцитная среда с двумя антибиотиками и оротовой кислотой, которая должна быть свежеприготовленной и влажной. Выдерживать посевы необходимо в эксикаторе с повышенным содержанием CO_2 при темпе-

ратуре 36°.

Определена возможность получения из ротоглотки больных гонореей смешанных культур гонококка и менингококка, что указывает на необходимость тщательного макро- и микроскопического изучения подозрительных колоний в первичном посеве от больных, получения чистой культуры из одной колонии, быстрой и полноценной идентификации выделенных нейссерий.

СЛУЧАЙ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ГОНОРЕИ

М.И. Вальков /Таллин/

С введением в практику лечения гонореи пенициллина в специальной литературе появились высказывания целого ряда отечественных и зарубежных авторов о том, что проблема лечения гонореи окончательно решена. Однако спустя несколько лет стали появляться сообщения о безуспешном лечении гонореи пенициллином. С годами количество неудач заметно увеличилось. В таких случаях стали говорить о пенициллинорезистентных расах гонококков. Для лечения гонореи был предложен целый ряд других антибиотиков, но все же и по сей день бензилпенициллин отводится основное место в лечении гонорейной инфекции.

Нам довелось лечить больного свежей гонореей, у которого отмечалась резистентность гонококков к нескольким антибиотикам и поэтому достичь излечения удалось с большим трудом.

Больной Б., 27 лет поступил в больницу 25.1.77 г. с жалобами на гнойные выделения из уретры и резь при мочеиспускании. Болен был три дня, к врачу поликлиники обратился 24.1.1977 г. В мазке выделений из уретры были найдены гонококки, после чего направлен для лечения в нашу больницу.

Холост, общее состояние здоровья хорошее. В июне 1975 г. у него был диагностирован вторичный свежий сифилис, по поводу которого получил пять курсов пенициллино-бисмутового лечения. Серологические реакции стали негативными после первого курса. С мая 1976 г. находился на диспансерном наблюдении по этому поводу. 17 января 1977 года имел половую связь со случайной знакомой.

Больной имел правильное телосложение, удовлетворительную

упитанность. Кожа бледно-розовой окраски, эластичная; на лице, груди и спине немногочисленные угри в различных стадиях эволюции; видимые слизистые - розовые. Пальпировались паховые лимфатические узлы величиной до фасоли, подвижные, безболезненные, плотной консистенции. Остальные группы лимфатических узлов не увеличены. Пульс 62 уд. в мин., ритмичный, хорошего наполнения. Тоны сердца ясные, АД-140/80. Со стороны органов дыхания и пищеварения заметной патологии не обнаружено. Зрачки одинаковой величины, круглой формы, хорошо реагируют на свет и аккомодацию. Заметных расстройств черепно-мозговой и периферической иннервации не отмечено. Были выявлены гиперемия и отечность губок уретры, не мочился три часа, из мочеиспускательного канала капля густой консистенции гноя. Моча, при двухстаканной пробе, мутная в первой порции, прозрачная во второй. В мазке выделений обнаружены гонококки внутри и внеклеточно.

Диагноз: свежая гонорея, острый уретрит.

Клинический диагноз крови от 26.I.1977 г.: гем. 16,0 гр%, РОЭ-7 мм/час, Л-4800, п-1, с-53, э-6, л-32, м-8.

Общий анализ мочи от 26.I.1977 г. : мутная, уд.вес 1019, белок - 0,099 о/оо, сахар - нет, лейкоциты сплошь в п/зр.

Кал на я/глист: от 28.I.1977 г. - яйца глист не найдены.

Кровь на реакцию Вассермана от 26.I.77 г. - все реакции негативные.

25.I.77 г. назначены инъекции пенициллина по 300 тыс. х х 6 раз в сутки /первая инъекция 600000 млн/, поливитамины внутрь. Получил на курс лечения 3 млн.600 тыс. ме пенициллина.

1.02.77 г. самочувствие удовлетворительное, не мочился 8 час., из уретры небольшая слизистая капля. Моча в первой порции ополосцирует, во второй прозрачная.

3.02.77 г. самочувствие больного удовлетворительное, не мочился 6 часов, небольшая отечность губок уретры, гиперемия их, из уретры гнойная капля. Моча в первой порции мутная. В мазке выделений обнаружены гонококки внутри и внеклеточно. Больному назначены инъекции гоновакцины через день: 1,0, 1,5, 2,0 миллиарда мик. тел. Температурной реакции не отмечалось, в месте инъекции вакцины - болезненность.

7.02.77 г. назначен внутрь олеандомицин по 250 тыс. х х 4 раза в день в сочетании с сульфодиметоксином, в первый день 2,0, в дальнейшем по 1,0 в сутки. На курс лечения полу-

чил 7.000.000 ме олеандомицина, 9,0 сульфодиметоксина.

14.02.77 г. самочувствие больного удовлетворительное. Жалоб нет. Не мочился 7 часов, небольшая гнойная капля из уретры. Моча прозрачная в обеих порциях. В первой порции мочи слизистогнойные нити. В мазке выделений лейкоциты в большом количестве, гонококки не обнаружены, микробной флоры нет.

16.02.77 г. общее самочувствие больного удовлетворительное. Вновь появились выделения из уретры, резь при мочеиспускании. Не мочился 3 часа, капля гноя из уретры. Моча мутная в первой порции, прозрачная во второй. Предстательная железа обычной величины, хорошо контурируется, плотно-эластичной консистенции. В мазке из уретры обнаружены многочисленные гонококки как внутри, так и внеклеточно. Взят гной из уретры для исследования на чувствительность к антибиотикам.

АНТИБИОТИКОГРАММА

Чувствительность к пенициллину	-	/+ /
- " - к стрептомицину	-	/- /
- " - к левомицитину	-	/- /
- " - к эритромицину	-	/+ /
- " - к биомицину	-	/+ /
- " - к тетрациклину	-	/++ /
- " - к олеандомицину	-	/- /

Назначены внутримышечные инъекции пирогенала в возрастающих дозах через день: 100 мпд, 150, 200, 250, 300 мпд, аутогемотерапия через день 5,0 мл, 7,0, 10,0 мл, экстракт алоэ по 1,0 мл под кожу ежедневно.

21.02.77 г. назначен внутримышечно сульфат гентомицина по 40 мг x 4 р. в день /160 мг в сутки/ в сочетании с тетрациклином по 300 тыс. ме x 4 р. в день. Получил 800 мг гентомицина, 8.000.000 ме тетрациклина.

25.02.77 г. самочувствие больного удовлетворительное. Не мочился 6 часов, скудные слизистые выделения из уретры. Моча прозрачная в обеих порциях. В первой порции единичные слизистые нити. Сделана инстиляция передней уретры 1/4% раствором ляписа.

28.02.77 г. самочувствие больного хорошее. Жалоб не предъявляет. Не мочился 8 часов, выделений из уретры нет. Моча прозрачная в обеих порциях.

Лечение закончено. После истечения срока диспансерного наблюдения больной был снят с учета.

Таким образом, для излечения свежей гонореи потребовалось 34 дня.

15 января 1979 года, т.е. почти два года спустя, этот же больной поступил в нашу больницу вновь с жалобами на гнойные выделения из уретры и резь при мочеиспускании. Выделения из уретры заметил неделю тому назад, не лечился. В течение последнего месяца сожительствовал с постоянной партнершей. Обратился в поликлинику 14.1.1979 года. В мазке выделений из уретры были найдены гонококки. С диагнозом: свежая гонорея /острый уретрит/ опять был направлен в нашу больницу. В больнице диагноз поликлиники подтвердился. У партнерши позднее установлена хроническая гонорея.

Больному назначены инъекции пенициллина по 300 тыс. ме х х 6 р. в сутки /первая инъекция 600000 ме/. На курс лечения получил 3.000.000 ме пенициллина. Выделения из уретры прекратились. Через семь дней он был выписан с явлениями излечения уретрита под наблюдение поликлиники.

Особенность данного случая заключается, по нашему мнению, в том, что больной до первого заболевания гонореей получил большое количество пенициллина по поводу заболевания сифилисом. При повторном заболевании гонореей через два года, для излечения ее потребовалась обычная доза пенициллина.

О КЛИНИЧЕСКИХ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ТРИХОМОНОЗА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН

Х.Р. Раянгу /Тарту/

Из негонорейных воспалительных процессов урогенитального тракта часто встречается трихомоноз. По данным Lupasçu и Panateiseu каждый год в мире трихомонозом болеет 180 миллионов человек.

Трихомонады, попавшие в урогенитальный тракт, вызывают манифестно или латентно протекающую инфекцию. Имеется возможность гибели трихомонад сразу или через некоторое время после попадания в урогенитальный тракт. Клинические особенности трихомоноза зависят как от вирулентности возбудителя,

так и от реактивности человеческого организма. Подчеркивая решающую роль микроорганизма в формировании клинической картины трихомоноза, Теохаров говорил: "Не существует авирулентных штаммов *Trichomonas vaginalis* и при изменении условий носительства *Trichomonas vaginalis* может перейти в острую форму трихомоноза".

В последнее время клиника трихомоноза мало отличается от клинической картины воспалительного процесса другой этиологии. Острые процессы бывают редко. В 1978 году в венерологическом диспансере города Тарту из женщин, болевших трихомонозом, острый трихомоноз урогенитального тракта диагностировался в 28,5% случаев. В основных случаях имели место хронические или торпидные формы. Учащаются так называемые "запущенные" случаи, которые обусловлены получением неполноценного лечения и неизлеченностью партнера.

Реинфекции возникли в Тарту у 9,93% женщин. Рецидивы возникли у 8,6% женщин, болевших трихомонозом.

Рецидивов не удалось избежать, применяя разные схемы лечения. Более всего рецидивов возникло при схеме *Trichopoli* 0,5 x 3 pro die /на курсе 5-7,5 г/, также по схемам: *Trichopoli* 0,25 x 3, 1,0 x 3 /6 г/ и после употребления фазимина.

Анализируя жалобы, предъявляемые больными, выясняется, что 43% не предъявляет вообще никаких жалоб, 47% жалуется на возникновение болей, 10,6% - жалобы на зуд в области гениталий, у 7,9% - возникали дизурические жалобы, 9,2% жаловались на боли в нижней части живота, у 3,3% были нарушения менструального цикла.

Несмотря на изменения в клиническом течении трихомоноза, прежней остается многоочаговость трихомоноза в урогенитальном тракте. В 1978 году в Тартуском венерологическом диспансере женский трихомоноз в виде одноочагового /очаг или во влагалище, в шейке матки или в уретре/ диагностировался у 35,76% женщин. Во всех остальных случаях трихомоноз был или двуочаговым - 34,4%, трехочаговым - 13,24%, четырехочаговым - 9,93% или пятиочаговым - 2% из всех случаев трихомоноза. Осложнения трихомоноза в виде аднексита или эндометрита встречались в 4,6% случаев. Чаще всего в процессе оказывалось вовлеченным влагалище - 78% случаев, шейка матки в 94,2%, уретра 26,5%, далее-преддверие 14,6%, вульва 8%, бартолиевы железы 2% из всех случаев.

В повседневной практике трихомоноз часто встречается в виде смешанной инфекции, особенно при хронических случаях. В развитии смешанной инфекции могут играть роль микробы, которые в норме существуют в урогенитальном тракте и при определенных условиях приобретают патогенные свойства, или микробы, которые попадают в урогенитальный тракт извне вместе с *Trichomonas vaginalis* /чаще всего - гонококки, реже пиогенные стафилококки и другие/.

По данным Тартуского венерологического диспансера в 1978 году у 13,9% женщин, больных трихомонозом, обнаружена одновременно и свежая гонорея, у 7,94% больных - одновременно хроническая гонорея.

Подтверждением тому, что часто имеем дело со смешанной инфекцией, является возникновение посттрихомональных воспалений в 11,25% случаев.

В 51,5% случаев трихомоноз и гонорея были обнаружены одновременно. В 9% случаев трихомоноз был обнаружен до лечения гонореи, в 39,4% случаев - после лечения гонореи или в период проведения контроля на излеченность. Следовательно, необходимо повторно проводить исследования в отношении трихомоноза, особенно у больных с постгонорейным воспалительным процессом. У 2% женщин трихомонозу сопутствовали остроконечные кондиломы.

С эпидемиологической точки зрения представляет интерес, каким образом больные оказались в поле зрения врача. По данным города Тарту, 19,8% женщин, больных трихомонозом, сами обратились в венерологический диспансер, 14,56% были обнаружены при профилактических осмотрах, 7,28% были вызваны в диспансер как источник трихомоноза или как контактные трихомонозных больных, 29,8% - как источники гонореи или контактные лица, 18,5% были направлены из женской консультации, 8,6% были направлены из других лечебных учреждений, из вытрезвителя или доставлены милицией.

Ясно, что лечение трихомоноза может быть результативным лишь в том случае, если все партнеры 100% исследованы со стороны венеролога и подвержены лечению. При заражении не имеет значения, был ли coitus однократным случайным или в течение более длительного периода, повторяющимся. В распространении заболевания имеют большое значение люди, болеющие скрытым трихомонозом, которые не прекращают половой жизни. Заболеванию способствуют внебрачные половые связи и случай-

ные половые связи, 69,5% женщин, больных трихомонозом, называют партнером лишь одного мужчину, 17,2% - двух партнеров, 5,3% - от трех до пяти партнеров, у 6,6% - отсутствуют данные о партнере. Из названных партнеров-мужчин удалось подвергнуть контролю в 67,55% случаев. Из числа проверенных мужчин у 13,8% *Trichomonas vaginalis* оказался положительным. В группе непроверенных мужчин - часть мужчин не удалось найти, часть лично к врачу не явилась и им было назначено профилактическое лечение через женщину-партнера.

Санация была назначена также всем тем мужчинам-партнерам, у которых *Trichomonas vaginalis* оказался отрицательным. Недостатком следует считать то обстоятельство, что большинство мужчин, получивших санацию, не явились на последующий контроль.

В ы в о д ы

1. В настоящее время острый трихомоноз уrogenитального тракта у женщин встречается редко, чаще имеем дело с хронически и латентно протекающими формами.

2. У 43% женщин, больных трихомонозом, отсутствуют жалобы.

3. Большинство женщин попадают к венерологу благодаря профилактическим осмотрам или активному вызову со стороны венерологического диспансера.

4. Имеет место многоочаговость трихомоноза.

5. Часто трихомонозу сопутствует гонорейная инфекция.

6. Лечение трихомоноза может быть успешным только при диспансеризации больных и при одновременном обязательном лечении половых партнеров.

ИЗУЧЕНИЕ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИИ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Х.Т. Вахтер, Э.К. Эльберг, Х.А. Сильм, М.П. Рейнтам,
Т.А. Лайск, А.К. Тяхепылд /Тарту/

Коллектив кафедры дерматологии и венерологии Тартуского государственного университета совместно с коллективом Центральной медицинской лаборатории ТГУ /сектором морфологии и

биохимии/ в течение нескольких лет комплексно изучал при помощи цитологической, гистохимической и биохимической методики пролиферативную и ферментативную активность кожи больных псориазом.

Исследование проводилось у 136 больных псориазом в разных стадиях заболевания в очаге псориаза, в видимо здоровой коже, в электрофорезном препарате кожи и в сыворотке крови. Контрольную группу составляли 32 лица. Результаты исследования были обработаны в Вычислительном центре ТГУ.

При изучении пролиферативной активности /митотической активности и карิโอметрии/ отмечены резко выраженная митотическая активность и увеличение ядра клеток шиповатого и базального слоев эпидермиса, особенно при прогрессирующей и стационарной стадии заболевания. Размеры ядер клеток шиповатого и базального слоев видимо здоровой кожи статистически достоверно от данных контрольной группы не отличались.

Гистохимические исследования показали нарушение белково-синтетической функции клеток эпидермиса, а также нарушение углеводного и липоидного обмена. Характер гистохимических изменений и их объем зависят от стадии псориаза, причем резкие границы перехода из одной стадии в другую отсутствуют. Такая же закономерность выявилась при исследовании ферментативной активности кожи /щелочные и кислые фосфатазы и сунцидиндегидрогеназа/ и электролитов в электрофорезном препарате кожи.

Усиленная активность щелочных фосфатаз выражена в большей степени в стенках капилляров и сосудов сосочкового слоя в очаге псориаза в прогрессирующей и стационарной стадии. Активность щелочных фосфатаз также ярче выражена в периваскулярных клетках в прогрессирующей и стационарной стадии заболевания в псориазных бляшках, активность щелочных фосфатаз оказалась повышенной и в клетках базального и шиповатого слоя псориаза в стационарной и прогрессирующей стадии.

Гистохимическое исследование активности щелочных фосфатаз показывает, что повышенная активность щелочных фосфатаз отмечается в очаге псориаза в прогрессирующей и стационарной стадии заболевания. На видимо здоровой коже гистотопография щелочных фосфатаз не отличается от данных контрольной группы.

Исследование белкового профиля сыворотки крови показало

ло, что метод диск-электрофореза в полиакриламидном геле позволяет точнее обследовать белковый обмен веществ и частично обмен веществ углеводов и жиров у больных псориазом.

У больных псориазом обнаруживается диспротеинемия. Статистически вероятным оказалось увеличение содержания белка во II фракции преальбуминов.

Гипер- α , муко- и β -липопротеинемия в сыворотке крови указывает на нарушение обмена углеводов и жиров у больных псориазом.

Изучение изменений в протеинограмме может быть использовано при решении неясных вопросов патогенеза псориаза и дает возможность правильно выбрать метод комплексного и индивидуального лечения и диету.

Полученные нами результаты комплексного исследования свидетельствуют о значении нарушения пролиферативной и ферментативной активности кожи в патогенезе псориаза и дают возможность проводить рациональное лечение и диспансеризацию больных.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НОВЫМ МЕТОДОМ ФОТОХИМИОТЕРАПИИ

А.А. Каламкьян, Г.И. Марзеева, М.М. Кирсанова
/Москва/

Проведен анализ результатов применения метода фотохимиотерапии 165 больным псориазом /112 мужчин, 53 женщины/ в возрасте от 18 до 62 лет. Давность заболевания у преобладающего большинства больных от 5 до 37 лет. Лечение методом фотохимиотерапии назначали больным тяжелыми распространенными формами псориаза, резистентными к другим современным методам терапии, 29 из них находилось в состоянии псориатической эритродермии. Лечение проводилось с помощью установки длинноволнового ультрафиолетового излучения, изготовленной Всесоюзным научно-исследовательским институтом медицинского приборостроения МЗ СССР и финского аппарата ПУВА-22. Облучения длинноволновым ультрафиолетовым излучением назначались через 2 часа после приема таблеток фотосенсибилизирующего препарата. Применялись фурукумариновые препараты бероксан

/5 МОП/8 МОП/, пувален /8 МОП/, псорален. Ритм облучений в первый период терапии /период "очистения"/ составлял 4 сеанса в неделю до разрешения высыпаний, затем проводилась поддерживающая терапия 1-2 сеанса в неделю /3-4 недели/, затем 1 раз в 2-4 недели. Эффект от лечения наблюдался уже после 3-5 сеансов в виде побледнения высыпаний, уменьшения инфильтраций, одновременно развивалась пигментация кожных покровов в виде загара. В результате лечения ближайшие положительные результаты /клиническая ремиссия или значительное улучшение/ достигнуты у 144 больных /87%. Лечение оказалось неэффективным у 10 больных /6%/ псориатической эритродермией с явлениями псориатического артрита, при сочетании псориаза с частыми ангинами и астено-невротическим состоянием. Побочные явления в виде тошноты, зуда, эритемы кожи отмечены у 36 больных. Поддерживающая терапия в течение 10-14 месяцев проводилась 105 больным. Достигнутый эффект сохранялся у больных, регулярно получавших процедуры, в 87% случаев. В группе больных, прекративших лечение /по условиям работы, семейным обстоятельствам/ у преобладающего большинства наступило обострение заболевания в сроки от 2 до 8 месяцев после окончания лечения, но клинические проявления рецидива были менее выраженными. Повторное назначение ПУВА-терапии по поводу рецидивов также оказывало выраженный терапевтический эффект и в более короткие сроки, чем при первом курсе ПУВА-терапии.

Клинико-лабораторными исследованиями не выявлено отрицательного действия длительного применения фотохимиотерапии на состояние внутренних органов.

Таким образом, наблюдения свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности и хорошей переносимости метода фотохимиотерапии у больных тяжелыми формами псориаза.

К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ОТБОРУ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ И
НЕЙРОДЕРМИТОМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ НА ТАЛАССОТЕРАПИЮ
НА ЭТАПЕ ДОЛЕЧИВАНИЯ

Г.И. Марзеева, О.М. Мгебришвили, М.М. Кирсанова,
В.А. Самсонов, В.С. Ангелова, Ю.А. Красников,
А.П. Лалманова, Л.С. Резникова, О.А. Стоянова,
К.В. Мкурнали, А.А. Мусоян /Москва/

Разработка оптимальных методов курортного лечения больных хроническими дерматозами остается до настоящего времени одной из сложных задач современной медицины. Развивающаяся сеть специализированных санаториев, глубокое изучение и внедрение в практическое здравоохранение местных бальнеологических факторов, а также все более широкое использование домов отдыха, пансионатов и туристических баз для организованного отдыха трудящихся выдвигают новые требования к отбору лиц, направляемых на санаторно-курортное и климатическое лечение с использованием естественных и преформированных физических факторов.

С целью разработки оптимальных методов отбора для климатико-курортного лечения больных псориазом и нейродермитом в комплексе клинической и параклинической оценки эффективности лечения нами изучались в динамике показатели иммунологической реактивности /реакция агломерации лейкоцитов - РАЛ, аутоиммунного локального гемолиза - РАЛГ, лейкоцитоллиза - РЛ, уровень иммуноглобулинов γ , А, М/, а также электрофизиологические тесты /электроэнцефалограмма - ЭЭГ, реовазограмма - РВГ, электромиограмма - ЭМГ, электрокардиограмма - ЭКГ/. Направлению больных на Черноморское побережье Кавказа предшествовало обследование и медикаментозная терапия в условиях стационара ЦКВИ /Москва/. На долечивание больных направляли в летнее время на Черноморское Побережье Кавказа, где в условиях Сухумского КВД и пансионата "Уреки" им проводилась талассотерапия.

При проведении гелио-талассотерапии, как правило, не менялось медикаментозное лечение, лишь при необходимости /отсутствие эффекта или обострение/ назначались антигистаминные средства и индифферентные мази. Под нашим наблюдением находилось 188 больных /88 мужчин и 100 женщин/ в возрасте

от 18 до 50 лет. Среди них было 105 больных псориазом и 83 - нейродермитом. Псориаз у преобладающего большинства больных носил распространенный характер, гелио-талассотерапия назначалась, как правило, при стационарной и регрессивной стадии заболевания. Нейродермит был диффузным, носил хронический характер, проявлений обострения при направлении больных на курорт не имелось. Все больные нейродермитом отмечали сильный зуд, плохой сон, повышенную раздражительность. При обследовании больных каких-либо сопутствующих заболеваний, являющихся противопоказанием к гелио-талассотерапии, не было выявлено. Ближайшие результаты определялись после возвращения больных в Москву. Положительные результаты отмечены у преобладающего числа больных: клиническое выздоровление - у 106 больных, значительное улучшение - у 45, улучшение - у 20, незначительное улучшение - у 10, без эффекта оказалось лечение 4 больных и обострение кожного процесса наблюдалось у 3 больных псориазом. Лучшие результаты имелись у больных, которые за курс лечения получали 15-20 солнечных ванн и морских купаний. Менее эффективным оказывалось лечение в период дождливой и пасмурной погоды. Терапевтическая эффективность среди больных псориазом и нейродермитом была одинаковой.

Отдаленные результаты изучались в сроки от 8 месяцев до 2 $\frac{1}{2}$ лет. Было установлено, что у преобладающего большинства больных достигнутый на курорте эффект, клиническое выздоровление или значительное улучшение сохранялись в течение 3-4 месяцев, а у отдельных больных - 6-8 месяцев. Отмечено также, что у ряда больных наступивший ближайший положительный результат постепенно нарастал в течение 1-1 $\frac{1}{2}$ месяцев после талассотерапии. Положительный эффект выражался удлинением сроков ремиссии, а наступившие рецидивы были менее выраженными, сохранялась трудоспособность больных, не было необходимости в стационарном лечении. Все это свидетельствовало о положительном влиянии талассотерапии в условиях Черноморского Побережья Кавказа на лечение больных псориазом и нейродермитом, примененной нами в период долечивания после медикаментозной терапии.

Таким образом, проведенные нами в динамике клинические и параклинические исследования по изучению терапевтической эффективности гелио-талассотерапии больных псориазом и нейродермитом в условиях Черноморского Побережья Кавказа позволяют высказать суждение о целесообразности комплексного приме-

нения иммунологических реакций и электрофизиологических методов с целью оценки ближайших и отдаленных результатов лечения.

Нами отмечено, что лучшие результаты лечения, клиническое выздоровление или значительное улучшение наблюдались у больных, у которых при обследовании до лечения не выявлялось значительных сдвигов показателей, изучаемых нами тестов иммунной и электрофизиологической реактивности, а выявленные до лечения небольшие изменения после курортного лечения становились нормальными или близкими к норме. У этой группы больных положительные результаты лечения сохранились в отдаленные сроки наблюдения.

Вместе с тем отмечено отсутствие терапевтического эффекта или обострение кожного процесса у больных псориазом и нейродермитом, у которых иммунологические показатели до лечения были высокими и электрофизиологическими исследованиями выявились значительные изменения дистрофического или органического характера на ЭКГ, РВГ, ЭМГ, а на ЭЭГ преобладали явления тормозного процесса или имелась низкая активность и снижение функциональной подвижности со стороны нервной системы.

Проведенное исследование позволяет внести дополнения к дифференцированному отбору больных псориазом и нейродермитом для направления на климато-лечение в условиях Черноморского Побережья Кавказа. При выявлении высоких иммунологических показателей и значительных электрофизиологических изменений у этой группы лиц проведение гелио-талассотерапии не целесообразно.

ПОЭТАПНАЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВТОРИЧНЫХ ЭРИТРОДЕРМИЙ

Е.А. Досычев, В.Б. Аронсон /Ленинград/

Под нашим наблюдением в клинике находилось 72 больных, страдавших вторичными эритродермиями различного происхождения остроты и распространенности.

Исходные диагнозы устанавливались анамнестически, клинически, а также гистопатологически и с применением в необхо-

димых случаях микробиологических, микологических и аллергологических методик.

Терапия больных эритродермиями вне зависимости от генеза имела некоторые общие особенности.

Наряду с применением общих десенсибилизирующих препаратов и антигистаминных препаратов и в ряде случаев глюкокортикоидных гормонов и цитостатиков, больные острыми эритродермиями с выраженными экссудативными проявлениями получали мочегонные средства /гипотиазид либо фуросемид/ в обычных терапевтических дозировках, а затем витамины группы В /тиамин, пиридоксин, цианкобаламин/ парентерально длительными курсами, при условиях хорошей переносимости эти же больные получали аскорутин /по I т. 3 раза в сутки в течение 10 дней/.

Больные подострыми и хроническими эритродермиями получали ретинол /0,01 г. в сутки/ в виде раствора ретинола ацетата в масле, ацетат токоферола /по 50 мг в сутки/ и бифунгин /по столовой ложке 3 раза в день раствора экстракта/.

38 больным проводились дозированные гемоэкстракции - по 0,5% крови от веса больного, через четыре дня на пятый, всего от 6 до 12 экстракций на курс /Ф.Я. Галинкин с соавт., 1967/.

На фоне проводимой терапии применение гемоэкстракций быстро снимало воспаление при острых эритродермиях, способствовало нормализации кожи в случаях подострых и хронических эритродермий.

Гемоэкстракции позволяли значительно снизить дозу глюкокортикоидных гормонов, когда они применялись, а у ряда больных вовсе отказаться от их назначения.

Улучшения в течение эритродермий подтверждались проводившимися электрофизиологическими и гистопатологическими исследованиями.

Сказанное позволяет рекомендовать гемоэкстракции, наряду с другими методами неспецифической терапии, при лечении практически всех форм эритродермий.

НЕКОТОРЫЕ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
БОЛЬНЫХ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

С.Л. Рагайшис, П.С. Грибаускас, А.П. Гаулене /Каунас/

С 1958 по 1978 гг. в Каунасском КВД наблюдали 308 больных /243 женщины и 65 мужчин/ с дискоидной красной волчанкой /ДКВ/. Возраст больных колебался от 17 до 72 лет, длительность заболевания составляла от 0,25 до 22 лет; профессиональная принадлежность: рабочие - 30,4%, служащие - 28,0%, колхозники - 18,4%, домохозяйки - 13,3%. Наиболее частой локализацией /80,2%/ была область лица /нос и щеки/, реже волосистая часть головы /9,5%/, туловище и конечности /4,8%/. Диагностические трудности возникали при дифференцировании от изолированных форм псориаза, себорроидов, одонтогенных гранулем, туберкулеза кожи. Провоцирующими факторами были ультрафиолетовые лучи /32%/, отморожение /27%/, разные инфекционные заболевания /12%. Очаги фокальной инфекции чаще отмечали в полости рта /14,6%/, после санации которой улучшение кожных очагов наблюдали у 46% больных. Группы крови 194 больных были: 0/1/ - 35,8%, А/1/ - 34,1%, В/1/ - 21,5%, АВ/1/ - 8,6%. Лейкопению /ниже 4000/ отметили у 7,6%, лимфоцитоз /выше 35/ - у 16,2%, увеличенную РОЭ/выше 10 мм/час/ - у 19,5% больных. У 92 больных была повышена активность церулоплазмينا до $18,32 \pm 0,97$ ед, понижена активность моноаминоксидазы до $0,019 \pm 0,003$ ед и гистаминазы до $0,114 \pm 0,017$ ед. По сравнению со здоровыми людьми имелось резкое укорочение начала /норма $138 \pm 32,6$ с, ДКВ - $95 \pm 29,9$ с; $p < 0,001$ / и конца свертывания крови /норма $369 \pm 78,9$ с, ДКВ - $315 \pm 80,4$ с; $p < 0,001$ /, удлинение начала /норма $15 \pm 4,3$ мин, ДКВ - $19 \pm 6,9$ мин; $p < 0,01$, конца ретракции /норма $64 \pm 14,0$ мин, ДКВ - $71 \pm 11,0$ мин; $p < 0,001$ / и латентного ее периода /норма $532 \pm 264,0$ с, ДКВ - $819 \pm 410,9$ с; $p < 0,01$ /. Из показателей ТЭГ достоверно укоротилось лишь время реакции /норма $671 \pm 156,4$ с, ДКВ - $574 \pm 128,1$ с; $p < 0,01$ /. Существенно изменились все параметры агрегограммы, указывающие на резкое изменение функциональной активности тромбоцитов. Так, по сравнению со здоровыми у больных ДКВ усилилась агрегация тромбоцитов с $35 \pm 15,2\%$ до $59 \pm 17,3\%$ и ретрактивная энергия одного тромбоцита с $2,80 \pm 0,541$ до $3,19 \pm 0,340$ эрга, но зато удлинились все време-

ные параметры, характеризующие скорость процесса, как время агрегации с $427 \pm 234,0$ с до $763 \pm 172,6$ с / $P < 0,001$ /, скорость агрегации с $134 \pm 61,2$ с до $270 \pm 124,8$ с / $p < 0,001$ /, что повлияло на параметры ретракции, поэтому интенсивность ретракции за 15 мин снизилась с $5,04 \pm 297$ м/с до $2,581 \pm 2,55$ м/с / $p < 0,05$ / и за 30 мин с $7,63 \pm 4,669$ м/с до $5,21 \pm 3,844$ м/с / $p < 0,05$ /, но не изменилась за 45 мин / $3,97 \pm 3,511$ м/с и $3,66 \pm 2,664$ м/с; $p < 0,05$ /, измеренной методом УЗК. Последнее, видимо, указывает на связь характера расстройств с замедлением реакции выделения. Лечение противомалярийными препаратами, витаминами и местными средствами привело к клинически стойкому выздоровлению /срок наблюдения 10 лет/ 22% больных. У 34% больных наблюдали кратковременные сезонные рецидивы. За период 20-летней диспансеризации умерло 1,9% больных ДКВ.

НЕКОТОРЫЕ ИММУНО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

А.А. Кондротас, П.В. Цибас, В.И. Шабринскас /Каунас/

С целью определения иммуно-биохимического состояния организма при аллергических дерматозах большой интерес представляет изучение содержания гистамина и серотонина в крови, ферментов гистаминазы и моноаминооксидазы /MAO/, иммуноглобулинов (IgG, IgA, IgM), белковых фракций крови, билирубина и аланиновой трансаминазы. Исследования серотонина в крови проводились по методике C.Dalglish и др., гистамина - по методике C.Code, гистаминазы - по методике R.Gale и др., активность MAO - по реакции с бензиламином, иммуноглобулинов (IgG, IgA, IgM) - по методике Манчини с соавт., белковые фракции крови - по методике микроэлектрофореза, а определение билирубина и аланиновой трансаминазы по общепринятой методике.

Было обследовано 64 больных: 34 - страдали хронической рецидивирующей экземой, 30 - микозами стоп с аллергическими высыпаниями, а также 44 лица с жалобами на зуд кожи, которые на работе постоянно сталкивались с метиленовым хлоридом и ацетоном. Контрольная группа состояла из 98 здоровых лиц.

Анализ полученных данных показал, что у здоровых лиц содержание серотонина $0,057 \pm 0,008$ мкг/мл, гистамина $0,066 \pm 0,005$ мкг/мл, активность MAO - $0,334 \pm 0,025$ и гистаминазы - $0,256 \pm 0,018$. Содержание иммуноглобулинов IgG $101,2 \pm 87,3$ мг%, IgA $158,9 \pm 14,9$ мг%, IgM $106,3 \pm 8,8$ мг%.

У больных хронической экземой оказалось резко повышенным содержание гистамина до $0,103 \pm 0,013$ мкг/мл, серотонина - $0,122 \pm 0,019$ мкг/мл, всех классов иммуноглобулинов: IgG - $1616,6 \pm 66,3$ мг%, IgA - $339,1 \pm 20,8$ мг%, IgM - $160 \pm 14,8$ мг% и снижение активности фермента MAO - $0,287 \pm 0,021$ и гистаминазы - $0,211 \pm 0,018$.

У больных микозами стоп с аллергическими высыпаниями содержание гистамина достигло $0,142 \pm 0,023$ мкг/мл, серотонина - $0,128 \pm 0,019$ мкг/мл, иммуноглобулинов IgG - $1446,4 \pm 87,4$ мг%, IgA - $221,2 \pm 25,3$ мг%, IgM - $169 \pm 17,5$ мг%. Активность ферментов MAO $/0,149 \pm 0,02/$ и гистаминазы $/0,233 \pm 0,027/$ оказалась сниженной.

У лиц, имеющих постоянный контакт на производстве с метиленовым хлоридом, отмечалось повышенное содержание гистамина $0,098 \pm 0,009$ мкг/мл, серотонина - $0,157 \pm 0,013$ мкг/мл, иммуноглобулинов IgG - $1119,8 \pm 57,5$ мг%, IgA - $179,9 \pm 17,8$ мг%, снижение количества IgM - $98,5 \pm 21,4$ мг%. Активность ферментов MAO $/0,217 \pm 0,019/$ и гистаминазы $/0,205 \pm 0,011/$ оказалась сниженной.

У всех исследованных лиц наблюдалось резкое снижение альбуминов, увеличение альфа и гамма глобулинов. Содержание билирубина и аланиновой трансаминазы оказалось в пределах нормы.

Таким образом, не только у больных с явными проявлениями аллергии, но и у лиц с латентной сенсибилизацией к метиленовому хлориду наблюдается нарушение обмена гистамина, серотонина и процессы их инактивирования, а также дисгаммаглобулинемия.

АУТОФЛОРА КАК МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА

В.И. Шабринскас, Н.И. Леонене /Каунас/

В последнее время многими исследователями показано, что микробная аутофлора тонко отражает состояние реактивности организма. Поэтому изучение характера поверхностной и глубокой микрофлоры кожи у здоровых и больных различными инфекционными и неинфекционными заболеваниями кожи представляет значительный интерес для выяснения реактивности организма.

Целью настоящей работы явилось изучение особенности аутофлоры страдающих микробной экземой, микозами стоп и сифилисом.

Нами обследовано 129 больных, из них 33 больных, страдающих микробной экземой, 35 - микозами стоп, 61 - сифилисом, а также 30 здоровых лиц.

Исследования поверхностной аутофлоры проводились по методике, предложенной Н.Н. Клемпарской и ее сотрудниками /1966 г./, а определение глубокой аутофлоры - по методике О.Г. Алексеевой /1959 г./.

Полученные данные исследования аутофлоры кожи для нахождения средних значений общего числа колоний в обследованных группах обрабатывались с помощью общепринятых методов вариационной статистики.

При изучении глубокой и поверхностной аутофлоры у лиц контрольной группы был зарегистрирован нормальный рост микробов/до 50 колоний на агаровых посевах-отпечатках/ соответственно у 96,5% и 98,8% и лишь незначительно повышенный рост - у 3,5% и 1,2%.

Данные проведенного исследования показали, что у всех больных наблюдается увеличение количества поверхностной и глубокой аутофлоры на агаровых посевах-отпечатках. Наиболее резкие изменения поверхностной аутофлоры выражены в группе больных с микробной экземой /у 91,3%, вторичным /у 80,8% и третичным /у 88,3%/ сифилисом, а также у больных микозами стоп /72,6%/. При исследовании больных первичным сифилисом выраженные изменения в составе поверхностной аутофлоры отмечены только у 42,7%. У 9% больных микробной экземой, у 9,5% - вторичным и у 11,5% больных третичным сифилисом отмечен сплошной рост колоний микробов.

При изучении глубокой аутофлоры кожи: повышенный рост отмечен у 94,2% больных микозами стоп, у 78,6% больных микробной экземой. Несколько меньшим был рост микробов у больных первичным сифилисом /у 42,7%/, вторичным /у 47,5%/ и третичным сифилисом /у 34,5%/. Сплошной рост микробов зарегистрирован у 12,1% больных микробной экземой, у 11,5% больных третичным сифилисом.

Таким образом, изучение состояния аутофлоры кожи у больных микозами стоп, микробной экземой и сифилисом подтверждает факт снижения иммунологической реактивности этих больных.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Н.А. Лоогна, Ю.Н. Веррев /Таллин/

В литературе имеется довольно много сообщений об увеличении аллергизации населения и росте аллергических заболеваний. В центре внимания при изучении этих проблем остаются вопросы, касающиеся этиологии и патогенеза профессиональных аллергических дерматозов и совершенствования методов их диагностики.

Нами обследовано 88 больных, из них 54 с аллергическими профессиональными дерматозами и 34 больных с комбинированными формами профессиональных аллергозов /сочетанные поражения кожных покровов и дыхательных путей/.

Методика работы: наряду с общими клиническими исследованиями применялись следующие специальные тесты: кожные пробы с химическими веществами капельным, аппликационным и камерным методами, скарификационные тесты с бытовыми и эпидермальными аллергенами, внутрикожные тесты с бактериальными аллергенами, тест "кожного окна", назальные и ингаляционные провокационные тесты с предполагаемыми профессиональными аллергенами, реакция дегрануляции базофилов кролика и реакция агломерации лейкоцитов крови; эозинофилия крови, носового отделяемого и мокроты, тесты экспозиции и элиминации. Среди обследованных было 67 /76,1%/ женщин.

Стаж работы колебался в широких пределах: от нескольких недель до двадцати лет и более. В процессе работы больные

имели контакт со скипидаром, метаналем /формальдегидом/, лекарственными препаратами, соединениями хрома, сланцевыми и синтетическими смолами и другими химическими веществами.

Наши результаты показали, что профессиональная моноаллергия имела в 51 /57,9%/ случае, поливалентная - в 37 случаях. Однако более чем в половине случаев были положительными и тесты с бактериальными или бытовыми аллергенами. Положительные результаты кожных тестов с профессиональными аллергенами, в зависимости от применяемого метода, в группе больных дерматозами колебались в пределах от 88 до 97%, а в группе больных с комбинированными аллергиями и аллергиями дыхательных путей соответственно от 14,3 до 74,0%. Таким образом, кожные тесты больше отражают реактивность кожных покровов, чем органов дыхания.

В клинической практике часто при комбинированных аллергиях кожи и дыхательных путей применяются ошибочно только кожные специфические тесты. Однако результаты проведенных нами исследований показали, что в 40% случаев аллергены, вызывающие поражения кожи и дыхательных путей, оказались разными. При заболевании комбинированными формами более часто наблюдалось первичное поражение дыхательных путей, чем кожных покровов.

Больных с комбинированными формами профессиональных аллергозов необходимо обследовать комплексно - консультировать у терапевтов, ЛОР-специалиста и дерматолога. В первую очередь следует определять чувствительность организма кожными специфическими тестами. При сомнительном или отрицательном ответе желательно проведение теста "кожного окна" и тестов *in vitro*.

При поражении дыхательных путей следует проводить назальный или ингаляционный провокационные тесты. Большое значение в диагностике аллергозов имеет обнаружение эозинофилии в крови, секрете носа и мокроте.

Для диагностики профессиональных дерматозов необходимо проведение кожных проб капельным и аппликационным методами, которые следует дополнять камерным методом. Камерный метод кожных тестов позволяет более точно и в стандартных условиях дозировать аллергены, что значительно ускоряет и облегчает работу. При выявлении сенсибилизации организма к формальдегиду камерным методом наиболее целесообразным, как показали наши исследования, является применение его водных

растворов. Растворы, приготовленные на вазелиновой основе, часто вызывали токсические реакции.

В некоторых случаях кожные тесты не могут играть решающую роль при оценке состояния реактивности организма и возникает необходимость в дополнительных тестах *in vitro*. Но если больной контактирует с большим количеством аллергенов, клеточные реакции *in vitro* из-за сложности их проведения не могут заменить кожные тесты.

При аллергических профессиональных дерматозах нередко наблюдается бактериальная и бытовая аллергия, поэтому всем больным рекомендуется проведение кожных тестов с бактериальными аллергенами.

АНАЛИЗ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОЧИХ
ПРЯДИЛЬНЫХ ФАБРИК ХЛОПЧАТОБУМАЖНОГО КОМБИНАТА
"КРЕНГОЛЬМСКАЯ МАНУФАКТУРА"

Э.А. Риис /Нарва/

По нозологическим группам самая высокая обращаемость по разным пиогенным болезням была на Старопрядильной фабрике - 58,8%, на Исоальской фабрике - 56,8% и на Георгиевской прядильной фабрике - 53%. По отдельным пиогенным болезням чаще всего обращались с подкожными формами инфекции: с панарициями от 33,5% /Исоальская/ до 43,8% /Старопрядильная/, с фурункулами от 31,2% /Исоальская/ до 42,6% /Старопрядильная/. Подкожными абсцессами и флегмонами болели от 6,7% /Исоальская/ до 7,8% /Старопрядильная/. Гидрадениты составляли 4,7% /Старопрядильная/ до 5,4% /Георгиевская прядильная/. Накожные стафило- и стрептодермии составляли от 3,2% /Исоальская/ до 4,3% /Георгиевская прядильная/. Хордеолам был диагностирован от 10,3% /Исоальская/ до 12,2% /Георгиевская прядильная/.

Следующими по частоте являются грибковые инфекции /эпидермофития, руброфития/: на Старопрядильной фабрике 36,4%, на Георгиевской прядильной 41,5% и на Исоальской фабрике 58,5%. Ногтевые пластинки были поражены от 44,2% /Старопрядильная/ до 49,6% /Георгиевская прядильная/ случаев грибковых заболеваний.

Хронические дерматозы /экзема, псориаз/ встречаются от

6,8% /Георгиевская прядильная фабрика/ до 8,6% /Старопрядильная/.

Прочие дерматологические болезни составляют от 38,3% /Иоальская/ до 52,3% /Георгиевская прядильная/.

В особую группу следует выделить дерматиты, составляющие довольно значительное количество среди дерматологических заболеваний: от 22,6% на Иоальской фабрике до 25% на Георгиевской прядильной фабрике.

Причина возникновения воспалительных явлений кожи на разных участках тела и конечностей не была связана с бытовыми химическими веществами, растениями. Вне производства /во время отпуска, при освобождении от работы/ явления дерматита относительно быстро исчезали.

В состав этих дерматитов включены и так называемые профессиональные стигмы на пальцах рук текстильщиц, доводящие до потери трудоспособности. На стигматических поверхностях пальцев рук и на кончиках пальцев, главным образом, на I, II, III пальцах и между большим и указательным пальцами появляется шелушение, образуются болезненные трещины.

Чаще всего такими дерматитами страдают крутильщицы, ровничницы, ленточницы, мотальщицы, т.е. работницы из приготовительных цехов, где запыленность воздуха хлопковой пылью превышает допускаемую норму.

К ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ И АЛЛЕРГИЧЕСКОМУ СОСТОЯНИЮ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ РАБОЧИХ ВИТАМИННОГО ЗАВОДА

А.А. Курмаева, Т.П. Тихонова /Уфа/

В последние годы во многих странах с развитой промышленностью отмечается увеличение заболеваемости профессиональными дерматозами. Это объясняется интенсивным ростом промышленности вообще и химической в особенности, широкой химизацией многих отраслей народного хозяйства, постоянным внедрением в практику все новых химических соединений. В увеличении числа регистрируемых больных, несомненно, сыграло известную роль улучшение диагностики стертых форм заболеваний кожи, аллергических и преморбидных состояний.

В этом плане изучение состояния здоровья рабочих вита-

минного завода, где не исключена возможность аллергенного действия продуктов производства /витаминов В₁; В₆; В₁₅; U; С/, представляется актуальным. В литературе достаточных сведений о влиянии на кожу витаминов в производственных условиях не найдено.

Нами обследовано 352 человека цехов синтеза витамина С, витаминных препаратов, витамина В₁₅ и опытных установок.

Рабочих основных профессий было 248, в том числе дражировщиц - 32, таблетировщиц - 18, фасовщиц - 57, упаковщиц - 36, аппаратчиц - 102. Рабочих других профессий /лаборанты, мойщицы, слесари и другие/ было 104 человека. Основной контингент рабочих составляли женщины. По производственному стажу рабочие распределились следующим образом: до одного года - 6,8%, до пяти лет - 23,5%, до десяти лет - 25,3%, свыше десяти лет - 45,4%.

Обследование рабочих включало тщательный аллергологический анамнез, осмотр кожных покровов. С целью выявления возможности сенсибилизации рабочих продуктами производства всем обследуемым проводилась постановка капельных и компрессных кожных проб с растворами витаминов. Число кожных проб определялось частотой и степенью производственного контакта с витаминами и продуктами их производства. Результаты кожных проб оценивались спустя 24 и 48 часов после их постановки.

С целью более раннего диагностирования кожных поражений для своевременного применения профилактических мер большое значение имеет изучение неспецифической реактивности кожи, ее барьерно-защитной функции /В.И. Рогойлин, 1970; Б.А. Сомов и соавт., 1973/. Это тем более важно, что в производстве витаминов рабочие контактируют не только с сенсибилизирующими, но и раздражающими кожу веществами, способными изменять ее кислотно-щелочное равновесие, увеличивать проницаемость рогового слоя, а также вызывать другие функциональные сдвиги.

Для изучения проницаемости рогового слоя кожи, играющей важную роль в ее защитной функции, применялся метод С.К. Розенталя со спирто-хлороформной смесью. Определение нейтрализующей способности кожи рабочих проводилось капельно-калориметрическим методом /Бурхардт, 1947/. Нейтрализующая способность кожи исследована у 190 рабочих, проницаемость рогового слоя - у 137 рабочих.

Полученные материалы показали, что витамины и продукты их производства могут вызывать определенные изменения кожных

покровов. У большинства работниц отмечались профессиональные стигмы в виде ограниченной сухости кожи рук, легкого шелушения. Поражения локализовались на открытых участках тела - кистях, предплечьях, реже лице - и проявлялись в виде диффузной гиперемии, отечности, шелушения, папулезных элементов. Дерматиты в основном имели нестойкий характер и вне работы быстро проходили.

Наименьшее количество жалоб на состояние кожи предъявлялось рабочими в цехе синтеза витамина С. Дерматологическая заболеваемость также установлена наименьшая, что, видимо, связано с механизацией производственного процесса. При осмотре рабочих обнаружен у девяти человек /6,8%/ контактный дерматит.

Аппликационные кожные пробы были поставлены 113 обследуемым.

Для проб использовались 25-ти - 50-процентные водные растворы аскорбиновой кислоты. Положительных реакций выявлено не было.

В цехе витаминных препаратов у работниц происходит непосредственный контакт со многими витаминами в порошкообразном виде. У дражировщиц в большой степени, а также у таблетировщиц и упаковщиц наблюдалось значительное количество жалоб на выраженную сухость кожи рук, ее шелушение, покраснение, отечность, зуд во время работы. При осмотре у 16 работниц /10%/ выявлены контактные дерматиты рук, реже лица.

Всем рабочим проводилась постановка кожных аппликационных проб с 20-процентными водными растворами витаминов В₁, В₂, В₅, В₆, Р, С, В₁₅, фолиевой кислоты, метионина и 25-процентными растворами витаминов А и Е в растительном масле. При анализе результатов кожных проб выраженных аллергических реакций обнаружено не было. Реакция проявлялась ограниченной гиперемией на месте постановки пробы и оценивалась как слабopоложительная у 18 /11,3%/ обследуемых с витамином РР, у /3,5%/ с витамином В₁ и у двух /1,8%/ с витамином В₆.

Слабopоложительные кожные тесты среди больных дерматитами выявлены у пяти с витаминами РР, у трех с В₁ и у одного с витамином В₆.

В цехе производства витамина В₁₅ и опытных установок обследовано 76 человек, в том числе в производстве витамина В₁₅ - 36, витамина Ц - 20, в производстве сиропа и масла шиповника - 20 человек. 19% работниц жаловались на периоди-

ческий зуд кожи во время работы, у пяти рабочих /7,8%/ установлены дерматиты рук - у одной аппаратчицы и двух фасовщиц производства витамина В₁₅ и двух фасовщиц витамина Ц. При постановке кожных аппликационных проб с 25-процентными водными растворами витаминов Ц и В₁₅ резко положительных реакций не выявлено. Слабоположительные результаты проб обнаружены у двух работниц с витамином В₁₅ и у двух работниц с витамином Ц.

Анализ результатов кожных проб свидетельствует о необходимости дальнейшего более углубленного аллергологического обследования рабочих. Вместе с тем, полученные результаты показали, что комплекс продуктов производства витаминных препаратов может быть причиной определенных функциональных сдвигов в состоянии кожных покровов рабочих данного производства. Так, у 26% обследованных по сравнению с контрольной группой выявлено снижение нейтрализующей способности кожи на тыле кистей, у 37,9% - укорочение времени появления "боли" на предплечьях, что может свидетельствовать об ослаблении барьерной функции кожи.

Указанные функциональные изменения имели место не только у больных дерматитами, но и у лиц без видимых клинических проявлений. Это свидетельствует о том, что изменения неспецифической реактивности кожи рабочих предшествуют появлению патоморфологических изменений.

Из полученных данных следует необходимость дальнейшего наблюдения и углубленного изучения состояния здоровья рабочих, занятых в производстве витаминов, с целью разработки и внедрения профилактических мер по защите кожи.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Н.А. Лоогна, М.М. Лейси /Таллин/

Профилактика профессиональных аллергических дерматозов включает в основном проведение технологических, санитарно-технических, санитарно-гигиенических мероприятий и применение индивидуальных средств защиты кожи. Данные меры, безусловно, важны, однако это только одна сторона профилактики.

Многое зависит также и от самого организма работающего: его сопротивляемости /резистентности/, имеющихся заболеваний или преморбидного состояния.

Одной из мер профилактики является профотбор рабочих, поступающих на работу. К сожалению, промышленные предприятия часто принимают на работу без предварительного медицинского осмотра.

Нередко имеют место случаи, когда врачи проводят предварительные медицинские осмотры слишком поверхностно.

Крайне необходимо выявлять не только заболевания, но и преморбидные состояния у лиц, поступающих на производство, где им придется иметь дело с химическими аллергенами.

Нами обследовано 188 лиц, поступающих на работу, связанную с химическими аллергенами - метаналем /формальдегидом/ и синтетическими смолами. У 28,2% рабочих наблюдались аллергические заболевания и различные поражения, способствующие развитию профессиональной аллергии: аллергическая ринопатия, хронический гайморит, хроническая экзема, хронический блефароконъюнктивит, плоский красный лишай. Все эти заболевания являются противопоказаниями для работы в контакте с химическими аллергенами. Этим лицам не рекомендуется брать на данную работу /приказ Министра здравоохранения СССР № 400/.

Лица, болеющие грибковыми заболеваниями кожи, были допущены на работу при условии проведения соответствующего лечения.

Скрытая сенсibilизация найдена у 21,3% из числа обследованных с последующим назначением антиаллергического лечения.

На аналогичных химических предприятиях для сравнения обследовали 120 рабочих, которые не подвергались специальному профотбору.

Повторные обследования в течение 3 лет показали, что в группе рабочих, которая не подвергалась специальному профотбору, в 8 раз чаще появлялись аллергические профессиональные и непрофессиональные заболевания, чем в группе, в которой профотбор проводился /соответственно 16,7 и 1,8%/.

Таким образом, у обследованного нами контингента лиц в значительном количестве выявлены аллергические заболевания, скрытая аллергия или заболевания, способствующие развитию профессиональной аллергии. До сих пор предварительные медицинские осмотры проводятся зачастую довольно поверхностно и к работе с аллергенами допускаются лица, которым это проти-

вопоказано. Состояние здоровья рабочих следует изучать более детально.

Мы считаем, что кроме анализов, предусмотренных приказом № 400, необходимо проводить также кожные тесты с химическими веществами, с которыми обследуемые соприкасались в течение продолжительного времени на прежней работе. Тесты следует ставить также с основными бактериальными и бытовыми аллергенами. В случаях выявления длительного контакта с домашними животными или птицей рекомендуется проводить тесты с аллергенами из шерсти животных или пера птиц.

Выявление латентной аллергии даст возможность правильнее решать вопросы профотбора, трудоустройства и проведения раннего лечения. Необходимо больше внимания уделять вопросам профотбора.

ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ МИКРОСПОРИИ

Х.А. Сильм, М.А. Аарне /Тарту/

За последние годы в ряде стран, в том числе и в СССР на фоне резкого снижения заболеваемости антропофильными дерматомикозами /поверхностной трихофитией, фавусом/ отмечается рост числа случаев микроспории, обусловленной пушистым микроспорумом (*Microsporum canis*) /И.В. Милич, 1970, И.В. Шеклаков, 1975, 1978, К. Фомин, 1975 и др./.

Возбудитель *Microsporum canis* является эктопаразитом, который может паразитировать на коже животных /особенно на коже кошек/ и людей. *M. canis* сохраняет свою жизнеспособность и патогенные свойства долго вне организма, в окружающей среде.

Несмотря на энергичные противоэпидемиологические мероприятия, микроспория является часто встречающимся заболеванием в ряде областей и республик, составляя от 61,4% до 96% среди всех больных с грибковыми заболеваниями. Все сказанное обуславливает необходимость изучения современных эпидемиологических и клинических особенностей микроспории, вызванной *M. canis* и разработки мер, направленных на ее снижение и ликвидацию.

Среди многих причин медленного снижения заболеваемости микроспорией можно отметить и недостаточное значение ряда ее эпидемиологических закономерностей, в том числе недооценку роли больных людей в ее эпидемиологии. Определенное эпидемиологическое значение имеет в развитии рецидивов и реинфекции резистентность возбудителя к противогрибковым препаратам. О роли человека как источника и распространителя микроспории говорит факт, что рост заболеваемости микроспорией отмечается всюду в Советском Союзе в городах, особенно среди членов коллектива /Б.А. Медведева, 1978/.

В связи с актуальностью изучения эпидемиологических особенностей зооантропоной микроспории мы проводили исследования у 135 больных микроспорией, которые находились на лечении и учете в Тартуском городском клиническом кож. вен. диспансере с 1973 до 1977 г. Результаты исследования обработаны статистически при помощи χ^2 метода.

Среди больных 82,1% составляли дети в возрасте от 5 до 10 лет. Чаще микроспорией болели девочки. Среди исследуемых 88,2% посещали детские коллективы, особенно детские сады. Выяснилось, что преобладали жители города /76,3%. Из сельских мест было только 23,7% больных.

Из приведенных данных можно сделать вывод, что микроспорией болеют больше городские дети, которые посещают детские коллективы.

Из результатов исследования выяснилось, что в нашей республике доминирует зоофильное заражение /83,6%, особенно в детском возрасте.

Заражение микроспорией происходило от больных животных, чаще всего от бродячих кошек.

Диагноз микроспории поставлен на основе клинической картины, бактериоскопического и бактериологического анализов. Надо иметь в виду, что анализы проводят повторно, однократный негативный препарат не отрицает возможности заболевания.

Очень важное значение для диагностики имеет исследование в лучах люминесцентной лампы. Пораженные волосы светятся ярким зеленым светом. Типичное ярко-зеленое свечение временно исчезает, если очаги были смазаны антибактериальными препаратами или только что вымыты. При таких случаях необходимо повторить исследование.

К особенностям клинической картины микроспории следует отнести различную локализацию очагов поражения. По нашим

данным доминирует поражение гладкой кожи /87,5%/, по данным литературы - поражение волосистой части головы /47,7%/ и смешанные формы /30%/ /К.В. Фомин, 1975/.

На волосистой части головы наблюдались резко отграниченные от здоровой кожи единичные, крупные /как бы штампованные/, правильной округлой или овальной формы, покрытые белыми мелкими чешуйками очаги в затылочно-теменной области, реже в височной и лобной области. Пораженные волосы обламывались равномерно. Дальше от основного крупного очага обнаруживали одиночные мелкие очаги. Чем дальше от основного очага локализовались эти очажки, тем меньшие размеры они имели.

Пораженные волосы в лучах люминесцентной лампы светились ярко-зеленым светом.

На гладкой коже воспалительный процесс локализовался чаще всего на открытых участках - на лице, шее, на руках, на груди и на ногах /на местах соприкосновения с больными животными/.

На гладкой коже очаги тоже были резко отграничены от здоровой кожи маловыраженными воспалительными явлениями.

В большинстве случаев в очагах поражения отсутствовало характерное ярко-зеленое свечение.

Наряду с типичной клинической картиной /84,5% случаев/ микроспории наблюдались некоторые признаки атипичности. Довольно часто встречались диссеминированные так называемые трихофитоидные формы /14,1%/. Клиническая картина напоминала трихофитию. Разница состояла в том, что в очагах поражения волосы были обломаны равномерно, обычно имелось и типичное зеленое свечение в лучах лампы Вуда. На месте таких мелких рассеянных очажков нередко наблюдалось обламывание лишь части волос.

Сравнительно реже отмечались экссудативные воспалительные формы микроспории /1,4% с явлениями импетигнизации и образования корок. Волосы обламывались частично. Встречались и случаи, когда вместо микроспории диагностировали экзему и лечили кортикостероидными мазями, после чего процесс распространялся.

В зависимости от проводимого лечения мы разделили больных на три группы. Больных I группы лечили гризеофульвином и местно антимикотическими средствами /всего 62 больных/. В этой группе рецидивы были зарегистрированы у 11,1%. В II группе больных лечили пирогенамом, гризеофильвином и местны-

ми антимикотическими препаратами /всего II больных/. Рецидивы отмечались лишь у I больного. 40 больным проводили только местное лечение /III группа/, рецидивы зарегистрированы у 5%.

Причинами появления рецидивов были следующие факторы: 1/ проведенное амбулаторное лечение оказалось недостаточным, так как родители прекращали лечение самовольно; 2/ после стационарного лечения не проводили дома назначенного врачом дополнительного лечения или делали это частично.

В единичных случаях родители отказались от стационарного лечения.

Имея в виду высокую заболеваемость микроспорией, мы должны больше обращать внимания на профилактическую работу. Из бесед с родителями выясняется, что многие ничего не знают о микроспории, не знают, что детям опасно играть с бродячими кошками и собаками, так как они являются источниками заражения /поэтому так трудно контролировать контакты/. Иногда родители отказываются от стационарного лечения, и с большим трудом удается ребенка положить в стационар.

Наши дерматологи проводят профилактические осмотры в детских коллективах и школах два раза в год. При профилактических осмотрах больше надо прибегать к помощи лампы Вуда. Это дает возможность обнаружить больных в ранних стадиях заболевания. Больше внимания необходимо уделять санитарно-просветительной работе среди населения.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП

В.И. Шабринскас /Каунас/

В последние годы изменениям реактивности организма придается важная роль в развитии многих заболеваний. Для изучения этиологии и патогенеза различных заболеваний, в том числе и микозов стоп, применяются иммунологические тесты. Однако роль клеточного и гуморального иммунитета в патогенезе микозов стоп изучена недостаточно, а в литературе имеются единичные сообщения по этому вопросу.

Оценку состояния клеточного и гуморального иммунитета проводили с помощью реакций розеткообразования, пользуясь

методом Iondal с соавт. /1974 г./ и определения уровня сывороточных иммуноглобулинов (IgG, IgA, IgM) методом реакций иммунодиффузии по методу Манчини с соавт. /1965 г./.

Обследовано 80 больных микозами стоп: из них 38 больных микозом стоп, обусловленным красным трихофитомом, и 42 больных микозом стоп, обусловленным трихофитомом интердигитале. Контрольную группу составили 120 здоровых лиц.

Средний процент розеткообразующих Т-клеток в контрольной группе равнялся $62 \pm 4,2\%$, а среднее число В-лимфоцитов - $9,2 \pm 2,7\%$. У лиц контрольной группы уровень иммуноглобулинов был следующий: IgG - $1012 \pm 87,3$ мг%, IgA - $158,9 \pm 14,9$ мг%, IgM - $106,3 \pm 9,8$ мг%.

Анализ полученных результатов показал выраженное снижение розеткообразующей способности Т-лимфоцитов, особенно у больных аллергизированными формами микозов стоп. Процент Т-рокеткообразования у больных микозом стоп, обусловленным красным трихофитомом, равнялся $46,4 \pm 1,7\%$, а у больных микозом стоп, обусловленным трихофитомом интердигитале, - $50,7 \pm 2,9\%$. Процент В-лимфоцитов у тех же больных был резко повышен, соответственно $24,1 \pm 1,5\%$ и $19,1 \pm 1,4\%$.

Средний уровень иммуноглобулинов: (IgG, IgA, IgM) оказался повышенным в обеих группах. У больных микозом стоп, вызванных красным трихофитомом, - $1109 \pm 74,5$ мг%, $229,2 \pm 25,4$ мг%, $169,8 \pm 17,5$ мг%, а у больных микозом стоп, вызванным трихофитомом интердигитале, соответственно $1207 \pm 52,7$ мг%, $221,2 \pm 19,6$ мг%, $129,9 \pm 7,6$ мг%.

Таким образом, проведенные исследования указывают на изменение состояния иммунной реактивности у больных микозами стоп.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПИОКОККОВОЙ АУТОВАКЦИНОЙ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗАМИ

Дз. К. Бранта /Рига/

Лечение аутовакциной как метод специфической десенсибилизации или активной иммунотерапии известно давно, рекомендовано многими авторами /А.И. Картамышев, 1953, В.Я. Арутюнов, 1968, Н. Storck, 1957, S. Korossy et al., 1972 и др./ и применяется для лечения больных инфекционными и инфек-

ционно-аллергическими болезнями. Советские дерматологи предпочитают лечение гетеровакциной и применение методов пассивной иммунотерапии - введение сывороток и иммуноглобулинов /Р.Ф. Федоровская и др., 1973, Т.А. Главинская и др., 1973, А.Н. Родионов, 1973, М.Н. Бухарович, 1973 и др./.

Полученные нами хорошие результаты лечения аутовакциной больных пиодермией и со связанными с пиогенной инфекцией дерматозами /Дз. К. Бранта, 1970, 1972, 1973/ позволили нам выработать конкретные рекомендации к применению аутовакцины для лечения больных дерматозами.

Лечение аутовакциной следует проводить больным с хроническими рецидивирующими дерматозами, в этиологии и патогенезе которых значительную роль играет пиогенная инфекция. К таким дерматозам относятся: хронический рецидивирующий фолликулит /сикоз/, фурункулез и гидрадениты, глубокая язвенная и вегетирующая пиодермия, поверхностная диффузная стрептодермия /пиодермия/, вульгарная акне и розовые угри, ограниченные формы микробной экземы и нуммулярная экзема, хронические рецидивирующие токсикодермии, в особенности токсические и инфекционные эритемы.

Перед началом лечения аутовакциной больному следует провести тщательное клиническое и лабораторное обследование для выявления патогенетических факторов, обуславливающих длительность процесса: патологию гастро-интестинального тракта, дающую впоследствии ферментативные расстройства, недостаточность резорбтивной способности, гиповитаминоз, дисбактериоз и интоксикацию, обменные и эндокринные болезни, в первую очередь - сахарный диабет, хронические интоксикации, главным образом - алкогольную, болезни внутренних органов и центральной нервной системы. Особенно большое внимание необходимо уделять выявлению фокальной инфекции, сенсibiliзирующей организм и длительно перегружающей иммунные защитные механизмы. При обнаружении патологии проводится соответствующее лечение и профилактические мероприятия.

Активное иммунологическое лечение аутовакциной показано преимущественно больным с наличием фокальной инфекции, которую нельзя элиминировать. Иммунотерапия назначается в период ремиссии или затихания кожного процесса. Начинать лечение в период обострения дерматоза нежелательно из-за возможности диссеминации высыпаний.

Степень сенсibiliзации организма больного к пиогенной

инфекции выявляется внутрикожными аллергическими тестами со стрептококковым и стафилококковым аллергенам. Одновременно ставится контроль для оценки специфичности реакции. У больных с атипическими пиодермиями и микробной экземой с гиперергической аллергической реакцией до начала иммунотерапии применяются противовоспалительные и антиаллергические средства.

Материал для приготовления аутовакцины берется из пораженной кожи или из очагов хронической инфекции в полости рта /дентальная инфекция, хронический тонзиллит, парадонтоз/. Готовится пиококковая термовакцина, содержащая в 1 мл 2 миллиарда микробных тел. Готовая вакцина разводится десяти-, сто- и тысячекратно, и все разведения тестируются внутрикожно для определения оптимального титра вакцины для лечения. Больным с гиперергической аллергической реакцией вводятся только высокие разведения /1:1000, 1:10.000/. Лечение проводится тем разведением аутовакцины, на которое больной не реагировал. Курс лечения длится 2,5 месяца, инъекции вакцины делаются два раза в неделю в постепенно возрастающих дозах и концентрациях. При необходимости курс лечения повторяется через два месяца.

Для контроля эффективности иммунотерапии до и после лечения аутовакциной берется анализ крови /количество лейкоцитов и лимфоцитов, эозинофильных и базофильных лейкоцитов/, определяется уровень специфических и неспецифических антител в сыворотке крови больного /серологические исследования титра специфических антител, определение иммуноглобулинов и фракций белков сыворотки/. Учитывая наш опыт о параллельном нарастании специфических антител и абсолютного количества базофильных лейкоцитов крови, серологические исследования можно заменить более простым методом определения абсолютного количества базофильных лейкоцитов.

Побочные явления наблюдаются редко и связаны с выбором адекватного титра аутовакцины или неадекватного времени проведения лечения. Наблюдается локальная и фокальная реакция и диссеминация высыпаний. Общих явлений и осложнений при данном методе лечения не наблюдается.

БОНАФТОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

В.Н. Гребенюк /ЦКВИ/

При лечении различных проявлений герпетической инфекции, нередко отличающейся упорным рецидивирующим течением, дерматологи испытывают большие затруднения. В последние годы все более широкое применение при простом герпесе /ПГ/ находят химиопрепараты. Продолжающиеся исследования по химиотерапии и химиопрофилактике этой инфекции указывают на важность дальнейшего развития этого направления лечения герпеса /Галегов Г.А.; Бикбулатов Р.М.; Першин Г.Н. и Богданова Н.С./.

Однако немногие противовирусные химиотерапевтические препараты, пройдя долгий путь изучения на молекулярном уровне, в эксперименте на животных, испытания в клинике, находят применение в практике здравоохранения. Это связано с основной трудностью разработки рациональной химиотерапии вирусных инфекций: вирусы в процессе онтогенеза используют системы клетки, и любое воздействие на синтез вируса неизбежно вызывает нарушение метаболизма клетки /Жданов В.М.; Ершов Ф.И. и соавт./.

Определенный интерес для дерматологов представляет новый противовирусный препарат, предложенный ВНИХФИ им. С. Орджоникидзе и рекомендованный для лечения ряда вирусных заболеваний кожи, в том числе простого герпеса. Переносимость препарата удовлетворительная, он безвреден. Длительный его прием не оказывал отрицательного действия на функцию сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, мочевыделительной и пищеварительной систем человеческого организма /Злыдников Д.М. и соавт./.

Ранее бонафтон в виде 0,5%, 1% мази и таблетированный /по 0,15 сутки в течение 10 дней/ применялся при некоторых вирусных дерматозах /Скрипкин Ю.К. и соавт./.

При лечении 14 больных ПГ, в том числе 9 чел. рецидивирующим ПГ получен определенный терапевтический эффект, рецидивы лечение не предупреждало.

Бонафтон /6-бромнафтохинон-1,2/ как ингибитор репродукции вируса ПГ мы применили 65 больным рецидивирующим ПГ в виде 0,5% мази и в таблетках по 0,1 в поликлинике ЦКВИ. 32 из наблюдаемых больных получали препарат только внутрь, 17 - наружно и 16 - комбинированно /внутри и наружно/. Возраст

больных был от 28 до 52 лет; мужчин было 59, женщин 6. Заболевание у них носило хронический рецидивирующий характер. У 4 больных высыпания располагались на лице, у 5 - на ягодицах, у остальных 56 на наружных половых органах.

У 37 больных ремиссии составляли 2-3 недели, у 5 - несколько дней, у 23 человек - продолжались 1,5-3 месяца. Везикулезно-эрозивные высыпания разрешались от 6-8 дней до 2-3 недель, у 3 человек - в 1-1,5 месяцев.

Разовая доза бонафтона при приеме внутрь равнялась 100-200 мг, суточная - 300-500 мг в зависимости от веса больного. Препарат применялся при первых признаках рецидива тремя 5-дневными циклами с 1-2-дневным перерывом или двумя 10-дневными циклами с 3-5-дневными интервалами в зависимости от характера течения патологического процесса и наличия побочного действия. При ремиссиях продолжительностью не менее 2-3 недель и хорошей переносимости бонафтон назначался 10-дневными, в других случаях 5-дневными циклами.

0,5% бонафтоновая мазь, начиная с продромального периода, наносилась на очаги поражения 2-3 раза в день в течение 5-10 дней.

Выраженный терапевтический эффект отмечен у 20 из 48 больных, получавших бонафтон внутрь, в том числе у 9 одновременно пользовавшихся 0,5% бонафтоновой мазью. Он выражался в заметном увеличении ремиссий на 1-2 месяце и в сокращении сроков разрешения высыпаний. Улучшение отмечено у 7 человек, при этом в двух случаях одновременно применялась бонафтоновая мазь. Частота рецидивов у этих больных заметно не изменилась, но уменьшилась интенсивность рецидивов, разрешавшихся в 2-3 дня. В части случаев рецидивы проявлялись эритемой и зудом без появления пузырьков. У 11 человек применение бонафтона внутрь, в том числе у 5, пользовавшихся мазью, терапевтический эффект отсутствовал.

При лечении одной 0,5% мазью улучшение наступило у 12 из 17 больных. Оно выражалось в уменьшении интенсивности клинических проявлений и в ускорении разрешения высыпаний; в 5 случаях - улучшения не было.

Побочное действие перорального лечения наблюдалось в 8 случаях: у 5 была небольшая головная боль, недомогание, у 3 больных - жидкий стул, у 4 больных применение мази вызвало дерматит. Наблюдаемые явления исчезали после 2-3-дневных перерывов в лечении.

Полученные результаты клинического испытания бонафтона указывают на его довольно выраженный терапевтический эффект при ПГ. Этот препарат в виде 0,5% мази и таблеток может быть применен при рецидивирующем герпесе, особенно при тяжелом его течении.

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ДЕРМАТО-ВЕНЕРОЛОГОВ ЭСТОНСКОЙ ССР ЗА 1974-1979 Г.

Х.Т. Вахтер /Тарту/

Республиканское научное общество дермато-венерологов Эстонии организовано в 1966 году.

Число членов общества - 54, заслуженных врачей - 2, докторов наук - 2, кандидатов наук - 6.

Число членов общества, защитивших диссертации, в том числе практических врачей и работающих над диссертациями - 3, из них практических врачей - 1.

Над диссертациями работают 4, из них практических врачей - 2.

Число и название монографий, руководств, справочников, сборников научных трудов, методических рекомендаций - "Методические руководства по кожно-венерическим болезням". Авторы: Х.Т. Вахтер, Э.К. Эльберг, Х.А. Сильм.

Число монографий - 2 /Х.Т. Вахтер. Дерматология и венерология. Таллин, "Валгус", 1976. 118 с.

Н.А. Лоогна. Аллергология. Таллин, "Валгус", 1976. 212 с./

Сборник научных трудов - I, "Материалы XII республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР", Таллин, 1974, Ротапринт ТГУ. Методические рекомендации - II. Число конференций - I, число участников - 90, число семинаров - 10, число участников - 585.

Тематика - актуальные вопросы по дермато-венерологии. Подготовка кадров, число врачей, прошедших специализацию, усовершенствование: на усовершенствовании - 48, число врачей, прошедших специализацию - 12.

Количество опубликованных работ в т.ч. и практическими врачами: 82 статьи в т.ч. практическими врачами 10, за рубежом 1.

Работа общества по внедрению научных достижений в практику,

по связи с зарубежными странами, по идеологической работе /доклады, лекции/: в республике составлены и внедрены II методических указаний, в том числе "Исследование венерических больных" /автор Х.Т. Вахтер/. В указаниях даются методы выявления источника и контактов вен.болезней, а также схема исследования вен.больных.

"Методические руководства по кожно-венерическим болезням" /авторы Х.Т. Вахтер, Х.А. Сильм, Э.К. Эльберг/.

Д.м.н. проф. Х.Т. Вахтер был в командировке в Швеции в 1974 г.

Д.м.н. Н. Лоогна был повторно в научной командировке в Финляндии. В журнале "Dermatologische Monatschrift". Band 163, Heft 4,5. 813-824 напечатана научная статья "Об изменении активности холинэстеразы и содержания катехоламинов в плазме крови у больных дерматомикозами" /авторы Х.Т. Вахтер, Х.А. Сильм/.

Д.м.н. проф. Х.Т. Вахтер выступал с докладом на симпозиуме фирмы "Польфа" в Таллине в 1975 году.

Деятельность общества по совместной работе с другими ведомствами и службами /санэпидслужба, акушерско-гинекологическая, урологическая и др./: регулярно проводили семинары совместно с акушер-гинекологами, санэпидслужбой, педиатрами. Мероприятия общества по работе с советскими, партийными и общественными организациями /обсуждение вопросов, предложения, результаты/:

Проф. Х.Т. Вахтер и глав. врач респуб. кож. вен. диспансера к.м.н. М. Маяс постоянно принимал участие в работе межведомственной комиссии при Совете Министров ЭССР и в работе штаба борьбы с венерическими болезнями при Мин.здраве. Выступления по радио - 10, по телевидению - 9, в печати - 66.

Санитарно-просветительная работа:

количество лекций и бесед - 624, памяток - 3, телевизионных интервью с больными, юристами и венерологом, брошюр - 3.

Помощь общества органам здравоохранения по борьбе с венерическими и заразными кожными болезнями.

Подготовка проектов решений директивных органов по борьбе с вен. болезнями в республике.

Новые формы борьбы с венерическими болезнями, роль общества в их внедрении. Члены общества принимали участие в организации закрытого стационара-обсерватории, внедрении экспресс-диаг-

ностики сифилиса в республике, реакций РИТ и РИФ, а также в составлении комплексных планов борьбы с заразными кожными и венерическими болезнями в республике.

Роль общества по распространению передового опыта: на заседаниях общества врачей знакомили с новыми методами диагностики и лечения в дермато-венерологии.

Выездные пленумы, конференции, семинары /тематика, количество участников, консультации больных/:

Выездных пленумов и семинаров всего 15.

Тематика:

- 1/ о борьбе с вен. болезнями в Эстонской ССР,
- 2/ о некоторых актуальных вопросах дермато-венерологии,
- 3/ об эпидемиологии вен. болезней в республике за 1976 г,
- 4/ о пленуме всесоюзного общества дермато-венерологов в Рязани и в Суздале и дальнейшие задачи дермато-венерологов республики,
- 5/ об эпидемиологии, клинике и профилактике трихоминозов в республике,
- 6/ о совместной работе дермато-венерологов с органами МВД,
- 7/ о научной, педагогической и общественной деятельности доц. Людмилы Нурманд,
- 8/ грибковые и паразитарные заболевания кожи.

/количество участников - всего 1225/.

Консультация больных - всего 210.

Связь с другими научными обществами /формы, периодичность/:

Проведены совместные заседания с акушер-гинекологами, эпидемиологами, педиатрами, психиатрами и участковыми врачами.

Число заседаний правления /основные вопросы, решения, контроль за исполнением/:

число заседаний правления - 4 в год, основные вопросы - борьба с венерическими и заразными кожными заболеваниями.

Решения: 1/ улучшить госпитализацию больных в закрытом стационаре, 2/ улучшить совместную работу с акушер-гинекологами и санэпидслужбой, 3/ внедрить экспресс-диагностику сифилиса в поликлиниках республики, 4/ улучшить сан. просвет. работу о вен. болезнях среди молодежи, 5/ дополнительные задания для членов общества /регулярно проводить семинары по актуальным вопросам венерологии для врачей других специальностей/.

Демонстрация больных на заседаниях обществ: 350 больных.

В результате проведенных мероприятий в первом полугодии

1977 г. уменьшилась заболеваемость сифилисом на 29,3% и стабилизировалась заболеваемость гонореей.

К 60-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ
ТАРТУСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

Х.Т. Вахтер, Л.П. Нурманд /Тарту/

Еще в начале нашего столетия дермато-венерология в Тарту не была самостоятельной дисциплиной и только в 1904 году работавший в гор. Тарту доктор медицины Александр Карлович Пальдрок обратился к медицинскому факультету Тартуского университета с просьбой предоставить ему *venia legendi* по кожным и венерическим болезням.

Осенью того же года А.К. Пальдрок прочел свою вступительную лекцию в качестве приват-доцента на тему "О возникновении сифилиса в Европе". За отсутствием собственного помещения лекции читались факультативно в аудитории терапевтической поликлиники по улице Юликооли, 40.

В 1911 году открылась кожно-венерологическая амбулатория в помещении прежней детской клиники на Комсомольской /бывшей Ботанической/ улице 31, где проводилась учебная и лечебная работа с участием волонтеров.

4 ноября 1911 года А. Пальдрок устроил выставку изготовленных собственноручно 40 кожных муляжей. В 1912 году была основана научная библиотека кожной поликлиники.

15 мая 1915 года А.К. Пальдрок был избран доцентом по дермато-венерологии.

23 августа 1917 года доцент А.К. Пальдрок был избран экстраординарным, а 29 января 1918 г. ординарным профессором по дермато-венерологии. 7 сентября 1919 г. была учреждена самостоятельная кафедра дермато-венерологии, заведующим которой был назначен профессор А.К. Пальдрок.

В деятельности А.К. Пальдрок следует отметить ряд прогрессивных черт. Он первым организовал преподавание дермато-венерологии при Тартуском университете, им же основана кожная поликлиника, в течение целого ряда лет занимался подготовкой кадров дермато-венерологов. Активно занимался научно-исследовательской работой, организовывал научные исследова-

ния на своей кафедре, выступал с научно-популярными лекциями и статьями среди широких масс населения.

Профессор А.К. Пальдрок неоднократно принимал участие в международных съездах по вопросам борьбы с лепрой /в Москве, Женеве, Будапеште, Стокгольме, Упсала, в Каире/, на которых выступал с докладами и пропагандировал свой оригинальный метод лечения проказы. В связи с этим он неоднократно избирался почетным членом научных обществ: в 1927 году в Париже и Академии наук в Галле, в 1928 г. - обществом врачей в Стокгольме и в 1935 г. дерматологическим обществом Венгрии.

В 1932 г. проф. А. Пальдрок был избран почетным доктором университета Упсала и в 1938 году - почетным членом Академии наук Эстонии.

Проф. А.К. Пальдрок поддерживал также тесные связи с советскими дерматологами. В 1926 году он посетил Москву, а в Тарту на нашу кафедру приезжал из Ленинграда профессор Владимиров.

1 февраля 1941 г. проф. Пальдрок вышел на пенсию.

Во время немецкой оккупации чтение лекций по дерматологии было поручено доценту П. Ханзену, а по венерологии - доценту Г. Корнелю. В конце оккупационного времени эти преподаватели переселились в Швецию.

В переходное время была разорена библиотека, растасканы учебные пособия. После восстановления Советской власти в Эстонии кафедру пришлось заново восстанавливать и реорганизовывать. Это было поручено доктору медицины /доценту/ П. Пармаксону, возглавлявшему кафедру с 23 ноября 1944 г. до декабря 1946 г.

Будучи крупным ученым и хорошим педагогом, П. Пармаксон построил научно-педагогическую работу кафедры на советской основе. Эту работу продолжила ученица проф. Пальдрок доцент Л.П. Нурманд, которая заведовала кафедрой с февраля 1947 г. до сентября 1966 г., когда на эту должность по конкурсу был избран доктор медицинских наук Х.Т. Вахтер.

Профессорско-преподавательский состав кафедры на сегодняшний день насчитывает: профессоров - 1, ассистентов - 3, докторов мед. наук - 1, кандидатов - 2.

Вахтер Херман Тимофеевич, зав. кафедрой, доктор мед. наук, профессор, высшее образование /Мед. фак-т Тартуского государственного университета, 1946 г./, курсы усовершенствования - Ленинград, 1963; Москва, 1969; Москва, 1972 и 1977.

Стаж научно-педагогической работы и по специальности 34 года.

Сильм Хельги Артуровна, ассистент, кандидат мед. наук, высшее образование /Мед. фак-т Тартуского государственного университета, 1966 г./ . Курсы усовершенствования - Ленинград, 1973. Стаж научно-педагогической работы - 9 лет и по специальности 13 лет.

Эльберг Элле Карловна, ассистент, кандидат мед. наук, высшее образование /Мед. фак-т Тартуского государственного университета, 1967/. Курсы усовершенствования - Москва, 1972. Стаж научно-педагогической работы и по специальности 12 лет.

Обслуживающий персонал кафедры: - 2,5 места

/ст. лаборант - I место, лаборант - I место, препаратор - 0,5 места/.

Должности штатного расписания кафедры соответствуют объему учебной работы.

Количество студентов, занимающихся на кафедре по семестрам, - 300.

Материальная база кафедры:

Имеется достаточная площадь для проведения нормального учебного процесса и научной работы сотрудников. Практические занятия проводятся в I-2 смены.

Оснащенность кафедры приборами, реактивами и др. удовлетворительная и соответствует учебной программе, объему учебной работы и современному уровню.

Обеспеченность кафедры препаратами, реактивами и т.д. для проведения научной работы также удовлетворительная.

Учебно-методическая работа кафедры:

I. Объем учебной работы 3000 часов.

Основной курс по дермато-венерологии читают по плану проф. Х.Т. Вахтер, кандидаты мед. наук Э.К. Эльберг и Х.А. Сильм.

Состояние аудитории удовлетворительное, оснащение аудиторий техническими средствами: имеется эпидиаскоп и диапроектор "ЛЕТИ", диафильмы, диапозитивы, таблицы и муляжи по тематике лекций. Обстановка аудитории соответствует типу учебного кабинета.

Качество лекционных курсов и отдельных лекций:

Лекции соответствуют учебной программе и современному научному уровню, объем информации соответствует требованиям. Лекционные курсы иллюстрируются таблицами, муляжами, диапо-

зитивами и диафильмами. На лекциях демонстрируются тематические больные. Лекции обсуждаются на кафедральных заседаниях /после проверки лекций профессором/.

Из клинического и экспериментального института Минздрава ЭССР приглашена для чтения лекций на тему "Профессиональные заболевания кожи" доктор мед. наук Н. Лоогна.

Имеются печатные издания лекций /автор Х.Т. Вахтер/. В ходе лекции проверяется, как студенты усвоили предыдущий материал /опрос некоторых студентов во время показания диапозитивов/.

На каждой лекции демонстрируется тематический диапозитивный фильм. Политико-воспитательная работа отражена в лекционном курсе /приоритет советских авторов, преимущественно системы советской дерматологии и венерологии и т.д./. Практические занятия проводятся циклами.

Имеется I специально оснащенная учебная комната, которая соответствует учебному плану и программе, количество рабочих мест обычно достаточно.

Курсы практических занятий соответствуют учебному плану, учебной программе и современному научному уровню. Для студентов имеется руководство "Практические занятия по кожным и венерическим болезням". Во время практического занятия демонстрируются тематические больные и иллюстрационный материал /диапозитивы, фотокартины, таблицы и т.д./. Формы контроля подготовки студентов - контрольные тесты и опрашивание. Используют элементы программированного обучения и контроля в виде контрольных тестов.

Посещаемость занятий хорошая.

Методы преподавания обсуждаются регулярно раз в месяц на кафедральных совещаниях. Результаты обсуждения повышают дальнейшее качество практических занятий.

Преподаватели кафедры фармакологии /проф. Л. Нурманд/ просмотрели в аспекте фармакологии рукопись "Методические указания для практических занятий по дермато-венерологии".

Теоретические знания и практическая подготовленность студентов по дермато-венерологии оцениваются как хорошие.

Студенты обеспечены учебниками и учебно-методическими пособиями. Зав.кафедрой написан учебник по дермато-венерологии /Х.Т. Вахтер "Дерматология и венерология", 1976/, преподавателями кафедры выданы студентам учебные пособия для практических занятий по дермато-венерологии /Х.Т. Вахтер,

Л.П. Нурманд, Э.К. Эльберг, Х.А. Сильм "Практические занятия по кожным и венерическим болезням" / и методические указания /Х.Т. Вахтер "Исследование венерического больного" и др./.

При кафедре работает студенческий кружок по дермато-венерологии. Преподаватели кафедры участвуют в работе кружка как руководители научных работ студентов. В кружке 8 студентов. Студенты занимаются следующими темами: "Эпидемиология венерических болезней" /конкурсная работа, получила I премию в 1975 и 1976 гг./, "О клинической и эпидемиологической особенности микроспории", "Об изменениях белковых фракций в сыворотке крови у больных псориазом" и др.

Научно-исследовательская работа кафедры ведется по проблемам "Научные основы дерматологии и венерологии". Разрабатываются 2 темы:

1. Эпидемиология венерических болезней в ЭССР.
2. Об активности ферментативных изменений у больных хроническими дерматозами /псориаз, экзема/.

Тематика научных работ соответствует профилю кафедры.

Сотрудниками кафедры опубликованы за последние 5 лет 45 научных работ /в том числе I монография и 2 сборника научных трудов/.

Сотрудниками кафедры защищены 3 канд. диссертации по следующим темам:

1. "Динамика функционального состояния кожи, содержания катехоламинов в сыворотке крови и активности холинэстеразы у больных эпидермо- и трихомикозами" - Х.А. Сильм.

2. "О нарушениях обмена веществ кожи больных псориазом" - Э.К. Эльберг.

3. "О функциональном состоянии и аллергической реактивности кожи у рабочих сланцехимической промышленности" - М.П. Маяс.

Зав. кафедрой руководит 3 кандидатскими диссертациями.

На кафедре имеется 2 заочных аспиранта.

Имеется перспективный план подготовки докторов и кандидатов мед. наук.

Совместно с республиканскими кожно-вен. диспансером и другими диспансерами республики проводили "Исследование факторов, способствующих распространению венерологических заболеваний в ЭССР".

Составлен план научно-исследовательской работы врачей Тартуского кож.-вен. диспансера.

Повышение квалификации сотрудников кафедры:

1. Зав. кафедрой был повторно в ЦКВИ, ЦИУ в Москве, ГИДУВ в Ленинграде и в I Московском медицинском институте.

2. Проф. Х.Т. Вахтер и аспирант М.П. Маяс выступали на VI Всесоюзном съезде дермато-венерологов, Х.Т. Вахтер выступал на Всесоюзном пленуме дермато-венерологов в Рязани и Суздали, Х.Т. Вахтер, Х.А. Сильм и Э.Н. Эльберг - с научными докладами на XI и XII республиканских конференциях дермато-венерологов ЭССР /всего 15 докладов/.

На курсах повышения квалификации за последние 5 лет побывали все сотрудники кафедры /100%/.

С 1970 г. при кафедре организован цикл усовершенствования дермато-венерологов республики. Два раза в год организуются республиканские семинары. Проводятся семинары по дермато-венерологии для участковых врачей.

Связь кафедры с выпускниками университета и ее результаты

Кафедра имеет связь со всеми выпускниками по дермато-венерологии и оказывает им помощь в работе: консультации больных, проведение семинаров, повышение квалификации на курсах при кафедре и руководство научными работами.

Кафедра проводит первичную специализацию молодых специалистов. При кафедре работает клинический ординатор.

Зав. кафедрой принимает участие в заседаниях ученого совета Министерства здравоохранения ЭССР, в работе штаба борьбы с венболезнями и в работе специальной комиссии при Совете Министров ЭССР.

Кафедра дермато-венерологии ТГУ работает в тесном контакте со своей учебной базой - Тартуским кожнодиспансером, которому в этом году исполняется 25 лет.

17 октября 1944 года приказом по Министерству здравоохранения Эстонии был создан кожно-венерологический диспансер в городе Тарту.

Организаторами работы диспансера и венбольницы в 1944 году были М. Сагритс и А. Ленснер, а потом заведывали И.Имелик, Ю. Функ, Е. Добрушкес и В. Богданова.

Работа диспансера строилась и проводится теперь в сотрудничестве и взаимопомощи с кафедрой дермато-венерологии ТГУ, с медицинскими учреждениями общей медицинской сети /акушерами-гинекологами, педиатрами, терапевтами, урологами, невропатологами, участковыми врачами и пр./.

НАУЧНЫЕ И НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЕ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОЛОГИИ
И ВЕНЕРОЛОГИИ ТГУ /С 1969 ПО 1979 ГОДЫ/

Э.К. Эльберг /Тарту/

Библиографический список является продолжением напечатанного в 1969 году списка научных и научно-популярных работ сотрудников кафедры дерматологии и венерологии Тартуского государственного университета. Наряду с научными работами в список включены и научно-популярные статьи, брошюры, книги, из рукописей - диссертационные работы.

Работы распределены по алфавиту в хронологическом порядке.

1. Вахтер Х.Т., Нурман Л.П., Богданова В.М. К 50-летию кафедры дерматологии и венерологии ТГУ и 25-летию Тартуского кохвендиспансера. Материалы XI республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР г. Тарту, 1969, 3-10.
2. Вахтер Х.Т. О реакции кожи на сланце-химические продукты. Материалы XI республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР, г. Тарту, 1969, 96-99.
3. Вахтер Х.Т. О гигиене кожи. Таллин, "Валгус", 1969, 3-98. /На эстонском языке/.
4. Вахтер Х.Т. Практические занятия по кожным болезням. ТГУ, 1969, I-95. /На эстонском языке/.
5. Вахтер Х.Т. Реакции кожи на действие продуктов перегонки сланца. - "Вопросы дерматологии". Л., 1970.
6. Вахтер Х.Т. 100 лет со дня рождения профессора А. Пальдрока. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1971, 4. /На эстонском языке/.
7. Вахтер Х.Т. Об эпидемиологических и клинических особенностях сифилиса в Эстонской ССР. - Тезисы докладов XVII конф. республиканского научного общества дермато-венерологов Литовской ССР. 2-3 июля 1971, 122-129.
8. Вахтер Х.Т. Что нужно знать о диагностике свежего сифилиса. /Методическое письмо/. Таллин, 1971, I-8.
9. Вахтер Х.Т., Нурман Л.П., Эльберг Э.К., Сильм Х.А. Практические занятия по кожным и венерическим болезням. Тарту, ротاپринт, 1973, 5-211.

10. Вахтер Х.Т. О VI Всесоюзном конгрессе дермато-венерологов в г. Харькове. - Материалы XII республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР. Таллин, 1974, 33-55.
11. Вахтер Х.Т. Об эволюции сифилиса и ее диагностическом и эпидемиологическом значении. - Материалы XII республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР. Таллин, 1974, 3-5.
12. Вахтер Х.Т., Нурманд Л.П. О деятельности Республиканского научного общества дермато-венерологов Эстонской ССР за 1966-1973 гг. - Материалы XII республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР, г.Таллин, 1974, 30-32.
13. Вахтер Х.Т. VI Всесоюзный съезд дермато-венерологов. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1974, 2, 164. /На эстонском языке/.
14. Вахтер Х.Т., Сильм Х.А., Эльберг Э.К., Кангур А.А. Функциональное состояние кожи и аллергическая реактивность у больных дерматомикозами. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1974, 2, 118-120. /На эстонском языке/.
15. Вахтер Х.Т. XII республиканская научно-практическая конференция дермато-венерологов Эстонии. - "Вестник дерматологии и венерологии", 1975, II, 91-92.
16. Вахтер Х.Т. XII республиканская конференция дермато-венерологов Эстонии. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1975, - /На эстонском языке/.
17. Вахтер Х.Т. Помощь Эстонского республиканского общества дермато-венерологов органам здравоохранения по усилению борьбы с распространением венерических заболеваний. - Материалы докладов к пленуму Правления Всесоюзного общества дермато-венерологов. М., 1975, 23-24.
18. Вахтер Х.Т. Дерматология и венерология. Таллин, "Валгус", 1976, 5-118. /На эстонском языке/.
19. Вахтер Х.Т. Эпидемиологические и клинические особенности венерических болезней. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1976, 3 198-200 /На эст. языке/.
20. Вахтер Х.Т. Республиканское научное общество дермато-венерологов. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1976, 3, 259-261. /На эстонском языке/.
21. Вахтер Х.Т., Эльберг Э.К. О значении кардиографии у больных экземой и псориазом. Вопросы аллергии. - Сборник те-

- зисов докладов IV республиканской конференции аллергологов. Каунас, 1976, 147-148.
22. Вахтер Х.Т. Исследование венерического больного. Методическое руководство для студентов медицинского факультета. Тарту, ротاپринт ТГУ, 1976, 3-13. /На эст. языке/.
 23. Вахтер Х.Т., Маяс М.П. Реакции кожи, вызванные действием продуктов сланцевой химии у рабочих сланцехимической промышленности. - Труды VI всесоюзного съезда дермато-венерологов. М., 1976, 166-169.
 24. Вахтер Х.Т., Эльберг Э.К., Сильм Х.А., Маяс М.П. Опыты применения массовой информации в борьбе с венерическими болезнями среди молодежи в Эстонской ССР. - Тезисы научно-практической конференции Всесоюзного общества дермато-венерологов в Суздале. 1977, 23-24.
 25. Вахтер Х.Т., Сильм Х.А., Эльберг Э.К. Методические руководства по кожно-венерическим болезням. Тарту, ротاپринт ТГУ, 1977, 3-58. /На эстонском языке/.
 26. Вахтер Х.Т. Доцент Людмила Нурманд - 80 лет. Тартуский государственный университет 1977, 22, I. /На эст. языке/.
 27. Вахтер Х.Т. Об активности щелочных и кислых фосфатазов в коже при воздействии сланцевыми продуктами. - Материалы конференции. Профессиональные аллергические заболевания. Таллин, 1978, 91-92.
 28. Вахтер Х.Т. Всесоюзная научно-практическая конференция дермато-венерологов. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1978, 2, 154-156.
 29. Вахтер Х.Т., Маяс М.П., Рубинштейн Б.Л., Уузтоа Р.А. Изучение факторов, способствующих распространению венерических болезней. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1978, 4, 379. /На эст. языке/.
 30. Нурманд Л.П. О состоянии углеводного обмена в крови и коже больных псориазом. - Материалы XI республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР. Тарту, 1969, 81-84.
 31. Нурманд Л.П. Борьба с венерическими болезнями в Эстонской ССР. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1976, 3, 221-223. /На эст. языке/.
 32. Сильм Х.А. Об изменениях активности холинэстеразы и динамике адреналина в сыворотке крови больных дермато-микозами. - Материалы XI республиканской конференции дер-

- мато-венерологов Эстонской ССР, г. Тарту, 1969, 50-54.
33. Сильм Х.А. О функциональных нарушениях кожи у больных дермато-микозами. - Материалы XI республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР. Тарту, 1969, 47-50.
 34. Сильм Х.А. Об изменении функционального состояния кожи у больных дерматомикозами. - "Ученые записки ТГУ", 1969, 19, 510-513.
 35. Сильм Х.А. О динамике функционального состояния кожи, содержания катехоламинов в сыворотке крови и активности холинэстеразы у больных эпидермо- и трихомикозами. - "Ученые записки ТГУ", 1971, 285, 354-358.
 36. Сильм Х.А. Динамика функционального состояния кожи, содержание катехоламинов в сыворотке крови и активности холинэстеразы у больных эпидермо- и трихомикозами. Канд. диссертация. Рукопись. Тарту, 1971, 1-208. /На эст. языке/.
 37. Сильм Х.А. Динамика функционального состояния кожи, содержание катехоламинов в сыворотке крови и активности холинэстеразы у больных эпидермо- и трихомикозами. Автореф. канд. дисс. Тарту, ротапринт ТГУ, 1971, 3-40.
 38. Сильм Х.А., Калдер М.-А.Г. Активность холинэстеразы в электрофорезном препарате кожи больных эпидермомикозами. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1973, 4, 316-318. /На эст. языке/.
 39. Сильм Х.А., Хют А. Кайс Э. Содержание электролитов в электрофорезном препарате кожи и в сыворотке крови больных псориазом. - Материалы XII республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР. Таллин, 1974, 54-56.
 40. Сильм Х.А. Вопросы лечения детей с зудящими дерматозами. - Материалы XII республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР. Таллин, 1974, 73-75.
 41. Сильм Х.А. Клиника и профилактика микроспории. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1976, 3, 204-205. /На эст. языке/.
 42. Эльберг Э.К. /совместно с Куки Л. и Нурманд Х./ об эпидемиологии и клинических особенностях чесотки. - Материалы XI республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР. Тарту, 1969, 38-41.
 43. Эльберг Э.К., Аадер Х., Кюнг Х. О значении цитодиагностики больных псориазом. - Материалы XI республиканской

конференции дермато-венерологов Эстонской ССР. Тарту, 1969, 90-91.

44. Эльберг Э.К. Научные и научно-популярные работы кафедры дерматологии и венерологии ТГУ. - Материалы XI республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР. Тарту, 1969, 112-140.
45. Эльберг Э.К., Лейси М.А. О папайновом тесте у больных псориазом. - "Ученые записки ТГУ", 1969, XIX, 507-509. /На эстонском языке/.
46. Эльберг Э.К., Кукк Л.П., Нурманд Х.А. О некоторых особенностях диагностики и лечения чесотки. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1970, 6, 439-441. /На эстонском языке/.
47. Эльберг Э.К. О динамике гистологических изменений у больных псориазом. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1971, 2, 104-107. /На эстонском языке/.
48. Эльберг Э.К. О нарушениях углеводного обмена в коже больных псориазом. - Материалы XII республиканской конференции дермато-венерологов ЭССР, 1974, 52-53.
49. Эльберг Э.К., Коосел Т., Росин И. О карлометрии эпидермиса больных псориазом. - Материалы XII республиканской конференции дермато-венерологов ЭССР, 1974, 57-59.
50. Эльберг Э.К. Факторы, влияющие на течение псориаза. Исследования по профессиональной медицине в Эстонской ССР. - Материалы республиканской научно-практической конференции, 1975, 87-92.
51. Эльберг Э.К. О нарушениях обмена веществ кожи больных псориазом. Канд. дисс. Рукопись. 1975, I-160. /На эстонском языке/.
52. Эльберг Э.К. О нарушениях обмена веществ кожи больных псориазом. Автореф. канд. дисс., Тарту, ротاپринт ТГУ, 1975, 3-21.
53. Эльберг Э.К. Об изменениях липидного обмена у больных псориазом. - "Здравоохранение Советской Эстонии", 1976, 3, 217-220. /На эстонском языке/.
54. Эльберг Э.К. Методическая инструкция о карлометрических исследованиях у дерматологических больных. - Методическая инструкция. Тарту, ротاپринт ТГУ, 1976, 1-3.
55. Эльберг Э.К. Чешуйчатый лишай. - В кн.: Х.Т. Вахтер. Дерматология и венерология. Таллин "Валгус", 1976, 57-62.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ БОРЬБЫ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ	
<u>Х.Т. Вахтер, М.П. Маяс.</u> О новых методах и формах организационно-методической работы дермато-венерологических учреждений по борьбе с венерическими болезнями в Эстонии	3
<u>О.Т. Тесалова, Г.К. Грачева.</u> Некоторые общие вопросы борьбы с венерическими болезнями	5
<u>И.С. Анчупане.</u> Эпидемиологическое значение лиц с антиобщественным поведением в распространении венерических заболеваний	8
<u>П.П. Гайлявичус.</u> Некоторые клинические особенности злокачественного сифилиса	9
<u>В.В. Рожкалнс, Т.Ф. Пирогова, А.П. Милтиньш, Р.А. Гутмане, Н.Я. Кацена.</u> Изменения белков сыворотки крови у больных манифестными формами сифилиса и серорезистентным сифилисом	10
<u>А.П. Милтиньш, А.К. Берзупе.</u> Опыт работы по контролю за качеством лабораторной диагностики сифилиса в Латвийской ССР	12
<u>Г.С. Виндеревских.</u> О диагностическом значении иммунизационного теста спирохет (РИТ) и реакции иммунофлюоресценции (РИФ)	14
<u>Л.В. Сазонова, Э.А. Орлина.</u> Сравнительное изучение специфичности и чувствительности специфических тестов (РИТ и РИФ) при сифилисе	16
<u>Л.В. Сазонова, Н.П. Буданова.</u> Неспецифические факторы защиты организма больных ранним и поздним скрытым серопозитивным сифилисом	18
<u>П.П. Гайлявичус, Н.А. Гринявичене.</u> Количественный метод реакции иммунофлюоресценции абсорбции (РИФ Абс) со спинномозговой жидкостью у больных сифилисом	20

<u>Х.Т. Вахтер, В.М. Богданова.</u> Результаты лечения больных активными формами сифилиса уплотненным методом	21
<u>В.В. Рожкалнс, Т.Ф. Пирогова, А.М. Милтиньш, Р.А. Гутмане, Н.Я. Кацена.</u> Исследование белков сыворотки крови у больных сифилисом после лечения	23
<u>А.А. Кангур.</u> Вопросы клиники и эпидемиологии женской гонорей	25
<u>В.Н. Беднова, Т.Н. Данилова, Т.Т. Коликова.</u> Современные методы лабораторной диагностики гонорей.....	27
<u>Т.С. Кащева.</u> Лабораторная диагностика экстрагенитальной гонорей	28
<u>М.И. Вальков.</u> Случай антибиотикорезистентной гонорей	30
<u>Х.Р. Раянгу.</u> О клинических и эпидемиологических особенностях трихомоноза урогенитального тракта женщин	33

2. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ

<u>Х.Т. Вахтер, Э.К. Эльберг, Х.А. Сильм, М.А. Рейнтам, Т.А. Лайск, А.К. Тяхепьлд.</u> Изучение ферментативных изменений кожи у больных псориазом	36
<u>А.А. Каламкарян, Г.И. Марзеева, М.М. Кирсанова.</u> Лечение больных псориазом новым методом фотохимиотерапии	38
<u>Г.И. Марзеева, О.М. Мгебришвили, М.М. Кирсанова, В.А. Самсонов, В.С. Ангелова, Ю.А. Красников, А.П. Лашманова, Л.С. Резникова, О.А. Стоянова, К.В. Мкурнали, А.А. Мусоян.</u> К дифференцированному отбору больных псориазом и невродермитом для направления на талассотерапию на этапе долечивания ..	40
<u>Е.А. Досычев, В.Б. Аронсон.</u> Поэтапная неспецифическая терапия вторичных эритродермий	42

<u>С.Л. Рагайшис, П.С. Грибаускас, А.П. Гаулене.</u> Некоторые отдаленные результаты диспансеризации больных дискоидной красной волчанкой	44
<u>А.А. Кондротас, П.Б. Цибас, В.И. Шабринскас.</u> Неко- торые иммуно-биохимические показатели у больных аллергическими дерматозами	45
<u>В.И. Шабринскас, Н.И. Леонене.</u> Аутофлора как метод определения реактивности организма	47
<u>Н.А. Лоогна, Ю.Н. Веррев.</u> Комплексная диагностика профессиональных аллергических дерматозов	48
<u>Э.А. Риис.</u> Анализ дерматологической заболеваемости рабочих прядильных фабрик хлопчатобумажного комбя- ната "Кренгольмская мануфактура"	50
<u>А.А. Курмаева, Т.П. Тихонова.</u> К функциональному и аллергическому состоянию кожных покровов рабочих витаминого завода	51
<u>Н.А. Лоогна, М.М. Лейси.</u> Некоторые вопросы профи- лактики профессиональных аллергических дерматозов..	54
<u>Х.А. Сильм, М.А. Аарне.</u> Об эпидемиологических и клинических особенностях микроспории	56
<u>В.И. Шабринскас.</u> Состояние иммунной реактивности у больных микозами стоп	59
<u>Д.К. Бранта.</u> Принципы лечения пиококковой ауто- вакциной больных дерматозами	60
<u>В.Н. Гребенюк.</u> Бонафтон при лечении простого гер- песа	63
<u>Х.Т. Вахтер.</u> О деятельности республиканского научно- го общества дермато-венерологов Эстонской ССР за 1974-1979 г.	65
<u>Х.Т. Вахтер, Л.П. Нурманд.</u> К 60-летию кафедры дер- матологии и венерологии Тартуского государственного университета	68
<u>Э.К. Эльберг.</u> Научные и научно-популярные работы кафедры дерматологии и венерологии ТТУ (с 1969 по 1979 годы)	74

Ученые записки Тартуского государственного университета.
Выпуск 503. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛО-
ГИИ. (Материалы XIII республиканской конференции дермато-
венерологов Эстонии). На русском языке. Тартуский госу-
дарственный университет, ЭССР, г. Тарту, ул. Кликкооли, 18.
Ответственный редактор Х. Вахтер. Корректор Н. Чикалова.
Сдано в печать 06.07.79. Бумага писчая 30x45 I/4. Печ.
листов 5,25. Учетно-издат. листов 4,86. Тираж 500. MB
06112. Типография ТТУ, ЭССР, г. Тарту, ул. Пялсона, 14.
Зак. № 1032. Цена 75 коп.