

В целях эффективной профилактики рака наружных половых органов необходимо выделять больных крауузом вульвы в диспансерные группы повышенного риска возникновения рака вульвы.

1. *Бохман Я. В., Койро М. А., Таджибаева Ю. Т.* Злокачественные опухоли вульвы. — Ташкент: Медицина, 1986. — 158 с.
2. *Гинекология / Л. Н. Василевская, В. И. Грищенко, В. Н. Кобзева, В. П. Юрковская.* — М.: Медицина, 1985. — 432 с.
3. *Кащенко В. Б., Комжухар Г. С.* Сочетание склеротрофического лихена с крауузом вульвы и раком шейки матки // Вестн. дерматологии. — 1986. — № 3. — С. 70—71.
4. *Кирющенков А. П.* Краууз и лейкоплакия наружных половых органов // Фельцер и акушерка. — 1982. — № 1. — С. 24—27.
5. Чарквиани Л. И. Состояние и перспективы изучения эпидемиологии, профилактики и лечения рака вульвы // Эпидемиология, профилактика и лечение рака вульвы. — Тбилиси: Б. и., 1986. — С. 3—7.
6. Штамберг М. И. Краууз и лейкоплакия вульвы. — Кишинев: Штиинца, 1980. — 199 с.
7. Busceme I., Stern I., Woodruff D. Earby invasive carcinoma of t. the vulva // Amer. J. Obstet. Gynecol. — 1981. — Vol. 140, N 5. — P. 563—569.
8. Egloff H., Benayes I., Gonjon N. Classification et morphologie des dystrophies vulvaires // Gynecologie. — 1985. — Vol. 36, N 1. — P. 43—47.
9. Frances C., Weshler L., Meimon G. Investigation of intercellular matrix macromolecules involved in lichen scleroses // Acta Derm. Venerol. — 1983. — Vol. 63, N 6. — P. 483—490.
10. Friedrich E. G., Maclarens N. K. Genetic aspects of vulvar lichen sclerosus // Amer. J. Obstet. Gynecol. — 1984. — Vol. 150, N 2. — P. 161—165.
11. Lavery H. A., Rinkerton I. H. M., Middleton D. HLA tissue typing and chronic vulval dystrophy // Zrit. J. Obstet. Gynecol. — 1984. — Vol. 91, N 7. — P. 694—696.
12. Lavery H. A. Vulval dystrophies new approaches // Clin. Obstet. Gynecol. — 1984. — Vol. 11, N 1. — P. 155—169.
13. Meldrum D. R. Rerimenopausal menstrual problems // Clin. Obstet. Gynecol. — 1983. — Vol. 26, N 3. — P. 762—768.
14. Nayth H. F. Vulva-Diagnostik. Teil. 2. // Frauenarzt. — 1983. — Zd. 24, N 5. — S. 256—262.

Поступила в редакцию 26.12.89.

УДК 616.5—036.12—085.357 : 577.175.53

МЕТОД ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г. И. Лобановский. Одесский медицинский институт

Метод тканевой терапии был предложен академиком В. П. Филатовым в 1933 г. Он быстро получил признание у врачей различных специальностей и был широко внедрен в практику. Первое сообщение об успешной пересадке трупной кожи при туберкулезе сделал В. П. Филатов в 1937 г. на заседании Одесского медицинского общества. В дальнейшем этот метод был с успехом применен при склеродермии, длительно незаживающих трофических яз-

© Г. И. Лобановский, 1991

вах, келоидных и гипертрофических рубцах, гуммозном сифилисе, при лечении больных экземой, тяжелым и распространенным нейродермитом, склеродермии, вульгарными угреми, со стойкой хронической пиодермией.

Тканевая терапия оказывает тонизирующее влияние на общее состояние больного, нормализует нарушенный обмен.

Впервые лечение больных псориазом тканевыми препаратами по методу В. П. Филатова привело к полному исчезновению признаков этого заболевания у трех больных с многолетней тяжелой распространенной его формой, значительном улучшении — у двух других.

В последние десятилетия тканевая терапия успешно применяется в венерологии — при лечении сифилиса, хронической гонореи и трихомониаза.

Отмечаются хорошие результаты тканевой терапии и применения антибиотиков при осложненной гонорее, эпидидимитах, простатитах, рубцовых структурах мочеиспускательного канала у мужчин и при хронической осложненной гонорее у женщин.

В клинике кожных и венерических болезней Одесского медицинского института с 1951 по 1986 г. тканевую терапию использовали в комплексном лечении 932 больных дерматозами и 575 — венерическими заболеваниями. Среди них было 206 больных нейродермитом, 132 — красным плоским лишаем, 126 — псориазом, 267 — аллергическим дерматитом, 201 — экземой, 216 — сифилисом, 143 — гонореей, 216 — трихомониазом.

Диффузной формой дерматоза страдало 55,5% больных, ограниченной — 44,5%. Во всех случаях предыдущее лечение было неэффективно. У больных отмечали частые и длительные рецидивы заболевания при редких и коротких ремиссиях.

Взвесь плаценты вводили под кожу по 2 мл 1 раз в 5 дней (всего 3 инъекции). Одновременно однократно вводили тем же способом жидкий экстракт алоэ или ФиБС по 1 мл 1 раз в день в течение 15 дней.

Наибольшее число больных было в возрасте от 16 до 15 лет (71,3%) с длительностью заболевания от 3 до 7 лет; мужчин — 70,9%, женщин — 29,1%. Основную массу составили служащие (61,3%). Локализация процесса была разнообразной. Наиболее часто процесс носил распространенный характер (59,1%) или локализовался на верхних и нижних конечностях (36,1%). Возникновению или рецидиву заболевания, по данным анамнеза, чаще предшествовали нервные перенапряжения и потрясения, зафиксированные у 51,9%, нарушения диеты у 19,3%, контакт с аллергенами у 13,6% больных. Заболевание начиналось с экзематозного процесса у 16,8% пациентов.

Улучшение наступало летом у 68,3% больных и лишь у 6,5% — зимой. При подробном опросе и детальном обследовании у 46,7%

лиц обнаружены нарушения со стороны отдельных внутренних органов и систем, причем у 36,2% из них констатированы заболевания пищеварительной системы, а у 10,3% — нервной.

У значительного числа больных (49,7%), страдающих в основном диффузной формой заболевания, отмечали эозинофилию. Среди них у 37,1% выявлена гиперхолестеринемия, у 21% — положительная йодная пробы.

У больных псориазом, красным плоским лишаем, экземой, аллергическим дерматитом наблюдали стойкий красный дермографизм, а у лиц, страдающих нейродермитом, — белый. У всех больных зафиксировано повышение порога тепловой ($41,2 \pm 0,2$) и болевой ($47,6 \pm 0,7$) чувствительности, пониженное сопротивление кожи к постоянному току ($98,3 \pm 9,7$) кОм.

У 71,3% пациентов с длительностью заболевания более 10 лет, страдающих нейродермитом с выраженной лихенификацией, веррукоизной формой красного плоского лишая, у больных псориазом, имеющих инфильтративные бляшки, покрытые чешуйками, у лиц, страдающих блефарической формой экземы, порог тепловой чувствительности исчезал, и они реагировали только на боль. У этих пациентов отмечали резкое повышение сопротивления кожи и постоянному электрическому току не только в области очагов поражения, но и в перифокальных зонах на симметричных участках кожного покрова. Наряду с этим фиксировали повышение уровня экскреции адреналина, норадреналина в моче, содержания гликогена, РНК, щелочной фосфатазы, пероксидазы и оксидазы в нейтрофилах периферической крови.

Показатели тургора в области средней трети предплечья и голени были повышенны (соответственно $6,2 \pm 0,1$ и $5,9 \pm 0,14$; $P < 0,01$), стойкость капилляров — понижена ($t = 2,26$; $P < 0,05$; $t = 3,98$, $P < 0,001$). Исследование показателей реакции восстановления тетразолиевого нитросинего доказывает, что количество ВТ — положительных клеток — было достоверно понижено ($t = 7,9$; $P < 0,001$). Наибольшее снижение (3—5%) констатировали у больных с острыми формами дерматоза при продолжительности заболевания от нескольких недель до трех месяцев.

Активность ($16,2 \pm 0,31$) % и интенсивность ($3,2 \pm 0,06$) % фагоцитоза были достоверно снижены ($P < 0,001$). Это в наибольшей мере было отмечено у больных с распространенной формой этих дерматозов при давности заболевания свыше 6 мес. При этом активность фагоцитоза была в пределах от 10 до 15%, а интенсивность — от 2,7 до 3,1%.

Ближайшие и отдаленные (более 10 лет) результаты лечения больных некоторыми хроническими дерматозами с применением тканевых препаратов превосходят результаты контрольной группы.

Учитывая, что у этих больных до применения биогенных стимуляторов лечение было не эффективно, можно констатировать их

таблица 1. Эффективность тканевой терапии при некоторых видах дерматозов

Диагноз	Число случаев	Результаты лечения				
		Клиническое выздоровление	Значительное улучшение	Улучшение	Без эффекта	Ухудшение
Нейродермит	206	43	86	75	2	—
Красный плоский лишай	132	26	48	57	1	—
Псориаз	126	51	88	84	3	—
Аллергический дерматит	267	76	92	96	1	2
Экзема	201	63	92	143	2	1
Итого:						
абс. цифры	932	259	406	455	9	3
%	100,0	22,9	35,9	40,2	0,8	0,2

положительное влияние, что особенно показательно у 58,8% лиц, у которых наступило клиническое выздоровление и значительное улучшение. Рецидив заболевания отмечен только у 18,9% больных по сравнению с 36,1% пациентов контрольной группы, получавших традиционное лечение. Средняя продолжительность лечения больных составляла 24,3 дня против 29,7 дня у больных контрольной группы.

Одновременно с затуханием кожного процесса при комплексном лечении больных с применением биогенных препаратов у них наблюдали нормализацию или улучшение функции кожного анализатора (снижение порога тепловой — $37,9 \pm 0,4$ и болевой чувствительности — $45,1 \pm 0,9$; повышение сопротивления кожи к постоянному электрическому току — $219 \pm 8,3$), количества эозинофилов и содержания холестерина в крови. Отмечали также нормализацию ВТ-теста, незавершенного фагоцитоза, возрастание активности Т-лимфоцитов, улучшение показателей секреции катехоламинов в моче, концентрации липидов, фосолипидов в нейтральных лейкоцитах периферической крови и других изученных нами показателей.

Среди больных венерическими заболеваниями в основном были лица, страдающие вторичными рецидивными, ранними скрытыми и серорезистентными формами сифилиса, хронической гонореей и трихомониазом.

Кроме положительных результатов лечения больных венерическими болезнями следует отметить более быструю эволюцию сифилидов и негативацию специфических серологических реакций. Эрозивный твердый шанкр эпителизировался на 3—4 дня, исчезало уплотнение в его основании за 6—7 дней. Язвенный твердый шанкр эпителизировался за 5—9 дней, уплотнение в его основании исчезало за 9—10 дней. Розеолы подвергались обратному развитию в течение 3—7 дней, лентикулярные папулы — 6,5 дня, эритема

Таблица 2. Эффективность тканевой терапии при некоторых венерических заболеваниях

Диагноз	Число случаев	Результат лечения				
		Клиническое выздоровление	Значительное улучшение	Улучшение	Без эффекта	Ухудшение
Сифилис	216	214	2	—	—	—
Гонорея	143	126	12	5	—	—
Трихомониаз	216	183	21	9	3	—
Итого:						
абс. цифры	575	523	35	14	3	—
%	100,0	90,0	6,5	2,7	0,6	—

матозная ангина — 5—6 дней, папулезная ангина — 8—9, широкие кондиломы — за 17—18 дней, регионарный склераденит — за 18—21 день, полиаденит — на 28—29 дней.

Больные переносили лечение хорошо. Осложнений не наблюдали.

Наши данные дают основания сделать вывод, что тканевая терапия усиливает реактивность организма, мобилизует его защитные силы, является эффективным дополнительным средством при лечении больных хроническими дерматозами. При венерических болезнях она незаменима как способ дополнительного неспецифического воздействия, особенно при серорезистентных формах сифилиса, хронической гонорее и трихомониазе.

Поступила в редакцию 02.11.89.

УДК 579.882.11

ХАРАКТЕРИСТИКА ШТАММА CHLAMYDIA CH. TRACHOMATIS, ВЫДЕЛЕННОГО ИЗ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В. В. Гончаренко. Харьковский НИИ дерматологии и венерологии

Среди комплекса методов, используемых для установления этиологического фактора заболевания, выделение патогенного агента остается одним из важнейших.

Для выделения новых штаммов возбудителя хламидиоза мы использовали метод серийного культивирования хламидий в развивающихся куриных эмбрионах.

В целях подтверждения хламидийной природы выделенного микроорганизма было проведено изучение некоторых его биологических свойств. Микроорганизмы штамма UG — C Ch. trachomatis, выделенные из канала шейки матки, быстро адаптировались в эпителиальных клетках оболочек желточного мешка 6—7-дневных

куриных эмбрионов. По мазкам-отпечаткам инфицированных оболочек желточных мешков изучали морфологические характеристики микроорганизмов. В препаратах под световым микроскопом находили зернистые частицы, окрашиваемые по Маккиавелло и ПИФ-методом.

В качестве модельной клеточной культуры мы использовали клетки L-929 (мышьиные фибробlastы), в которых успешно развиваются родственные микроорганизмы. При изучении морфологических структур изучаемых объектов использовали одновременно световую, люминесцентную и электронную микроскопию.

Для первичного заражения использовали 10% вззвесь культуры клеток, приготовленную на среде 199 из желточных оболочек инфицированных свежепавших куриных эмбрионов.

При изучении в световом микроскопе инфицированных культур L-929 через 16 ч после заражения морфологические структуры микроорганизма выявить не удалось. Через 20—24 ч в цитоплазме пораженных клеток появились инициальные тельца, через 48 ч — цитоплазматические включения, содержащие как инициальные, так и элементарные тельца. В развитых включениях через 72 ч имелись преимущественно элементарные тельца. Однако присутствовали и тельца, которые определялись через 20—24 ч после заражения, что указывало на второй цикл инфицирования культуры клеток.

Было установлено, что изучаемый штамм микроорганизма, культивируемый в эпителиальных клетках оболочек желточных мешков развивающихся куриных эмбрионов и в клетках L-929, на ранних этапах своего развития содержит гликоген во включениях.

При изучении инфицированных штаммов UG — C Ch. trachomatis клеток L-929 с помощью флюoresцирующих хламидийных антител (ПИФ-метод) выявляли локализованные внутриклеточно антигены микроорганизмов как в первые часы, так и в последующие сроки инфицирования.

Для получения информации об ультраструктурных особенностях изучаемых микроорганизмов были проведены комплексные морфологические исследования методом электронной микроскопии. При этом в пораженных клетках наблюдали цитоплазматические включения, различающиеся в зависимости от сроков развития инфекции.

Частицы микроорганизмов располагались в инфицированных клетках внутри цитоплазматических вакуолей, ограниченных трехслойной мембраной толщиной 60 А. Отмечено, что эти вакуоли с содержащимися в них частицами микроорганизмов, топографически соответствуют включениям, выявляемым при световой микроскопии.

Принципиальных отличий ультраструктурных характеристик изучаемых микроорганизмов не обнаружено.

© В. В. Гончаренко, 1991