

АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ РУБРОМИКОЗОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ТЕРАПИИ

В. П. Федотов, Ю. Ф. Никифоров

Кафедра кожных и венерических болезней (зав.— канд. мед. наук В. П. Федотов) Запорожского медицинского института и отдел глубоких микозов (научный руководитель — проф. П. Н. Кашкин) Ленинградского ГИДУВа

Реферат. У 120 больных рубромикозом до лечения и у 81 после окончания его исследованы кожно-аллергические реакции на специфические грибные антигены. При лечении вакциной интенсивность кожных реакций усиливалась, при применении белковых иммунопрепаратов в гипосенсибилизирующих дозах, наоборот, — снижалась. Дифференцированная иммунотерапия способствовала регрессированию клинических проявлений микоза и не вызывала общих и очаговых реакций у больных.

Под наблюдением находились 120 больных рубромикозом. У 47 из них была экссудативно-везикулезная форма и у 73 — сквамозная с поражением ногтей. Для определения специфической аллергической реактивности больным вводили внутрикожно 0,1 мл полисахаридных экстрактов из грибов *T. rubrum* и *T. mentagrophytes var. interdigitale* в разведении 1 : 1000 и 1 : 10000, приготовленных в лаборатории глубоких микозов Ленинградского ГИДУВа. Учитывали немедленные реакции через 20 мин. и замедленные через 24 и 48 часов. При диаметре волдыря менее 10 мм реакцию считали отрицательной, при диаметре 10—15 мм — положительной, при 16 мм и более, особенно с псевдоподиями, — резко положительной. Замедленную реакцию расценивали как положительную, если диаметр папулы составлял 3—8 мм, а эритемы и отека — 10—25 мм, как резко положительную — при диаметрах более 9 мм и 30 мм соответственно.

Выбор метода иммунотерапии зависел от особенностей клиники, а также интенсивности специфических аллергических реакций. Больным экссудативно-везикулезным микозом при выраженных ответных реакциях вводили внутрикожно белковые препараты из культур грибов по 0,1 мл с интервалом в 1—2 сут. Для первых 4—5 инъекций использовали антиген в разведении 1 : 100000, для последующих 3—4 — в разведении 1 : 10000 и, наконец, 1 : 1000. Число введений не превышало 10—12. Больным сквамозным микозом при отрицательных кожных реакциях назначали 8—10 инъекций вакцины из культур красного трихофитона, содержащей 250 тысяч клеток в 1 мл. Биопрепарат вводили внутрикожно через 2—5 дней начиная с 0,1 мл и увеличивая дозу в каждой последующей инъекции на 0,1 мл. Из 81 больного 53 получали белковые препараты, а 28 — вакцину и гризеофульвин.

Как видно из таблицы, положительные кожные реакции немедленного и замедленного типов отмечены у большинства обследованных больных трихофитией. Положительные ответы на антиген как красного, так и интердигитального трихофитонов объясняются, по-видимому, общими антигенными детерминантами у этих грибов [2, 4].

Полисахаридный препарат красного трихофитона чаще вызывал немедленные реакции, а интердигитального — замедленные. Это может быть связано либо с различной реактогенностью этих антигенов в выявлении аллергии к грибам, либо большей специфичностью немедленных реакций при этом, поскольку у исследованных больных микоз был обусловлен красным трихофитоном. На антиген в разведении 1 : 10000 реакции были менее интенсивными и регистрировались лишь у отдельных больных.

После лечения немедленные реакции на антиген красного трихофитона оказались положительными у 81,2% обследованных больных, на антиген интердигитального трихофитона — у 72%, а замедленные —

Кожно-аллергические реакции у больных трихофитией

Тип реакции	Антигены в разведении 1:1000 из трихофитонов	Результат		
		отрицательный	положительный	резко положительный
Немедленный	красного	31	53	36
	интердигитального	46	44	30
Замедленный	красного	40	59	21
	интердигитального	29	65	26

соответственно у 81% и 82,8%. После гипосенсибилизирующего лечения белковыми иммунопрепаратами волдырные реакции снизили свою интенсивность у 25 больных, незначительно увеличили у 11 и остались прежними у 17, а замедленные претерпели подобные изменения соответственно у 25, 15 и 13. Наиболее выраженное снижение интенсивности кожных реакций, особенно немедленного типа, наблюдалось у больных, получавших наряду с белковыми иммунопрепаратами обычную гипосенсибилизирующую и стимулирующую терапию. Параллельно изменению кожной аллергической реактивности происходило регрессирование трихофитидов, уменьшение воспалительных явлений в очагах, рассасывание содержимого пузырьков, эпителизация эрозий.

При сквамозной трихофитии и онихомикозе в результате лечения вакциной интенсивность немедленных реакций уменьшилась лишь у 5 больных из 28, увеличилась у 13 и не изменилась у 10, а замедленных — соответственно у 9, 13 и 6. Клинически наблюдалось уменьшение эритемы, отторжение гиперкератотических масс, рассасывание узелков, усиление отшелушивания и намечался рост нормальной ногтевой пластинки. К концу иммунотерапии у 68 из 81 больного достигнута элиминация грибов, у остальных элементы их обнаруживались в чешуйках из межпальцевых промежутков. Переносимость грибных иммунопрепаратов была вполне удовлетворительной, общих и очаговых реакций на введение антигенов не отмечено.

Таким образом, дифференцированное в соответствии с клиническими проявлениями и интенсивностью кожных реакций назначение грибных иммунопрепаратов способствовало регрессированию клинических проявлений микоза и восстановлению нормальной структуры кожи и ее придатков. Специфическая гипосенсибилизация вызывала снижение выраженности кожно-аллергических реакций, иммунизация грибной вакциной, наоборот, — увеличение ее. Кожные реакции не изменялись после лечения, как правило, у больных, у которых терапевтический эффект был недостаточным. Это свидетельствует о прямой зависимости регрессирования клинических проявлений микоза и изменения интенсивности кожной иммунологической реактивности. Полученные нами данные соответствуют результатам лечения больных микозами стоп, которое проводили аналогичными иммунопрепаратами А. П. Базыка и соавт. (1966), А. М. Чистяков (1970). Поэтому мы, как и указанные авторы, считаем целесообразным включать в комплексную терапию больных рубромикозом специфические иммунопрепараты. Однако методика их введения должна основываться на данных предварительного кожного тестирования больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базыка А. П., Кашкин П. Н., Силуянова Н. А. Вестн. дерматол. и венерол., 1966, 5. — 2. Брусилловская Д. А. Там же, 1970, 3. — 3. Чистяков А. М. Клинико-экспериментальные исследования по сочетанной терапии гризео-