

уровнем иммунитета, одним из проявлений чего является установленное нами снижение активности пропердиновой системы? Это предположение полностью соответствует многочисленным высказываниям целого ряда специалистов: Л. И. Бубличенко (1946), А. В. Бартельса (1962) и др.

Если верны соображения Дресслера (1958) и Казини (1959) о сравнительной стабильности уровня пропердина у одного и того же лица в течение длительного времени, то предположения о повышенной склонности к общим септическим заболеваниям лиц с низкой исходной активностью пропердиновой системы заслуживают дальнейшего изучения. Вместе с тем вызывает интерес констатированный нами низкий пропердиновый тест у женщин спустя длительное время после полной ликвидации перенесенного септического заболевания. Каков механизм установленной закономерности? Идет ли речь о прижизненной физиологической стабильности у ряда лиц пропердиновой системы организма, или о некотором истощении факторов воспроизводства пропердина после перенесенного заболевания — сказать пока что невозможно. Конечно, не исключено и третье предположение: не являются ли соображения об уровне естественного иммунитета, определяемого по степени активности пропердина, ошибочными? Для решения этих вопросов необходимы дальнейшие исследования. Остается неясным, почему у огромного большинства акушерских и гинекологических больных (при воспалительных поражениях внутренних гениталий, эктопической беременности, предлежании плаценты и мн. др.) сниженный уровень пропердина быстро достигает нормальных пределов ко времени завершения патологического процесса или перехода его в хроническую стадию, а исходный низкий уровень пропердина при общих септических процессах остается стабильным на многие годы. Этот вопрос, как нам представляется, имеет немаловажное теоретическое и клиническое значение. Желательно привлечение к нему внимания и теоретиков, и клиницистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бартельс А. В. БМЭ, 1962, том 26, стр. 113—117.— 2. Бубличенко Л. И. Послеродовая инфекция. Медгиз, М., 1946, том 1.— 3. Бубличенко Л. И., Хаскин С. Г. Многоотомное руководство по акушерству и гинекологии. Медицина, М., 1964, том III.— 4. Кирсанова В. Н., Ткачукова В. И. В кн.: Труды Саратовского мед. ин-та, 1968, том 58/75.— 5. Малков Я. Ю. Там же.— 6. Малков Я. Ю. и Фой А. М. Клиническое значение пропердиновой системы организма в акушерстве и гинекологии. Изд. Саратовского ун-та, 1971.— 7. Розенталь К. М., Савельвольф Г. Б. Бюлл. eksper. биол. и мед., 1959, 48, 11.— 8. Фой А. М., Малков Я. Ю., Ткачукова В. И. Акуш. и гинек., 1968, 6.— 9. Dressler O. Klin. Wschr., 1958, 36, 16, 779—780.— 10. Casini E. Aigiorn. pediatri., 1959, 10, 7, 473—476.

УДК 616.5—615.361—615.777/779

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ С ПРЕПАРАТАМИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО И РАССАСЫВАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

Канд. мед. наук Г. В. Лебедева

*Кафедра кожных и венерических болезней (зав.— докт. мед. наук Г. Э. Шинский)
Ижевского медицинского института и Республиканский кожно-венерологический диспансер (главрач— В. П. Коненкова)*

В связи с рядом побочных действий стероидных гормонов и вызываемых ими осложнений наружное их применение нередко становится единственно возможным методом воздействия на кожный процесс у больных, отягощенных внутренней патологией (туберкулезом, язвой желудка, сахарным диабетом, выраженной гипертонией и т. д.), так как при использовании гормонов на ограниченных участках кожи отсутствуют симптомы резорбтивного действия. Не все стероиды при этом действуют одинаково, так кортизон и преднизон не активны при наружном применении. Если активность гидрокортизона принять за единицу, то для преднизолона она будет равна 2, для триамсинолона — 4, для дексаметазона — 10, для ацетонидтриамсинолона — 100.

При ряде дерматозов, в частности, когда микробный фактор имеет этиологическое или патогенетическое значение, с успехом применяются комбинации кортикостероидов с различными антибактериальными препаратами. Такое комбинирование особенно показано в детской практике, когда многие кожные процессы осложняются гнойничковой инфекцией.

При отсутствии в аптеках официальных кортикостероидных мазей возможно применение мазей и кремов собственного приготовления на основе силиконового крема, выпускаемого фабрикой «Свобода», или водно-ланолинового крема (равные части ланолина, подсолнечного масла и воды).

Стероидные гормоны обладают ясно выраженным противовоспалительным и противозудным действием. На 2—3-й день применения гормональных мазей уменьшается или исчезает зуд, на 5—7-й день заметно снижаются островоспалительные явления, однако рассасывание инфильтратов идет значительно медленнее, и в таких случаях рекомендуется лечение закрытым способом под окклюзионной повязкой.

В последние годы за рубежом стали широко вводиться комбинированные препараты, включающие, помимо стероидов, обычные дерматологические средства: деготь, серу, резорцин, витамины и т. д. Подобное комбинирование весьма перспективно. Большинство авторов отмечает наибольшую эффективность стероидных препаратов при различных формах экземы, дерматитах, невродермитах, псориазе, дискоидной красной волчанке.

Под наблюдение была взята группа из 102 больных (55 мужчин и 47 женщин) в возрасте от 1 месяца до 77 лет (до 15 лет — 61 чел., от 16 до 50 лет — 29, старше — 12).

Изучалась терапевтическое действие 0,5% преднизолоновой мази, синалара Н, содержащего 0,05% флюосинолон-ацетонида и 0,5% неомоцина, дермозолоновой мази, содержащей 0,5% преднизолона и 3% йодхлороксихинолина (табл. 1). У 53 больных стероидные мази применялись в сочетании с рассасывающими препаратами (нафталаном, дегтем). Больных экземой было 52, невродермитом — 28, псориазом — 22.

Таблица 1

Применение мазей, содержащих кортикостероиды

Диагноз	Число больных	Число лечившихся мазью, содержащей		
		преднизолон	дермозолон	синалар Н
Экзема	52	25	12	15
Псориаз	22	5	—	17
Невродермит	28	5	13	10
Всего	102	35	25	42

Общее лечение было однотипным у всех больных: 10% раствор CaCl₂ внутривенно по 10 мл и поливитамины внутрь.

У 15 больных псориазом давность заболевания была более 5 лет, у 7 — 2—4 года. С прогрессивной стадией было 18 больных, со стационарной — 4; у всех была диссеминированная форма псориаза. В начале лечения стероидные мази втирались в блышки (2 раза в день), а затем — под окклюзионные повязки, что значительно ускорило сроки рассасывания псориаатических папул. При этом синалар Н оказался эффективнее преднизолона. Исчезновение зуда отмечалось на 2—4-й день лечения, побледнение и уплощение папул — на 4—6-й день при применении синалара Н и на 7—8-й день при лечении преднизолоновой мазью, рассасывание папулезного инфильтрата — соответственно на 12—20-й и 15—25-й день. В среднем мазь применяли в течение 17 дней. Из 22 больных псориазом излечение наступило у 16 (из них 14 лечили синаларом), улучшение — у 5; у 1 эффекта не было (его лечили преднизолоновой мазью).

У больных экземой давность заболевания до года была у 15, до 5 лет — у 24, свыше 5 лет — у 13. Большинство больных (32) имели распространенную форму экземы, у 12 процесс осложнился пиодермией. Стероидные мази наносили на очаги пораженной кожи тонким слоем 2 раза в день. Длительность лечения зависела от выраженности клинических проявлений и равнялась в среднем 15 дням (от 5 до 29 дней). Из 28 больных распространенным невродермитом у 8 давность заболевания была в пределах 1—2 лет, у 5 — 3 года, у 15 — более 4 лет. Стероидные мази применялись в среднем 2 недели (10—24 дня).

При особо упорных формах экземы (у 33 больных) и невродермита (у 20 больных) с выраженной лихенификацией в очагах поражения через 10—15 мин. после наложения стероидной мази наносили пасту с 5% нафталаном или дегтя. Подобное лечение намного ускорило рассасывание инфильтрации в очагах экземы и невродермита по сравнению с использованием лишь стероидных мазей. Из 19 больных экземой, получавших наружно только стероидные мази, у 5 была острая, у 4 — подострая и у 10 — хроническая стадия экземы. Стероидные мази в сочетании с нафталановой или дегтярной пастами применяли у 30 больных с хронической и у 3 с подострой стадией экземы. При назначениях наружно только одной стероидной мази 5 больным острой экземой излечение наступило на 5—9-й день лечения, у 14 больных подострой и хронической стадиями экземы исчезновение зуда отмечено на 2—3-й день лечения, умень-

шение гиперемии и отека — на 3—5-й день, уменьшение инфильтрации — на 7—13-й (в среднем на 12-й) день, рассасывание высыпных элементов — на 18—29-й (в среднем на 21-й) день лечения. При комбинированном лечении (стероидная мазь + 5% нафталановая или дегтярная паста) исчезновение зуда, уменьшение гиперемии и отека наблюдались на 2—5-й день лечения, уменьшение инфильтрации — на 6—10-й день (в среднем на 8-й), полное рассасывание высыпных элементов — на 12—20-й (в среднем на 14-й) день лечения. У больных невродермитом рассасывание инфильтрации наступало на 13—18-й день комбинированного лечения, в то время как применение наружно одной стероидной мази у большинства больных не приводило к полному разрешению процесса.

Таблица 2

Результаты лечения

Диагноз	Стероидные мази				Стероидные мази + нафталан или деготь			
	число больных	излечение	улучшение	без эффекта	число больных	излечение	улучшение	без эффекта
Экзема	19	8	9	2	33	20	13	—
Невродермит	8	2	5	1	20	12	7	1
Всего	27	10	14	3	53	32	20	1

Из таблицы 2 видно, что при комбинированном применении стероидных мазей и 5% нафталановой или дегтярной паст клиническое излечение наступило в 60%, улучшение — в 38%, при лечении одними стероидными мазями — соответственно в 33 и 52%. Разница в эффективности достоверна ($P < 0,05$).

Нужно отметить, что дермозолон более эффективен при микробной экземе и мало эффективен при невродермите. Никаких побочных действий при местном применении стероидных препаратов не выявлено.

ВЫВОДЫ

1. Местное применение стероидных препаратов значительно расширило арсенал наружных средств для лечения целого ряда дерматозов.

2. Сочетание стероидных мазей с 5% нафталановой или дегтярной пастами ускоряет рассасывание инфильтрата в очагах экземы и невродермита.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.981.25

М. Г. Нефедова, Л. А. Головская (Казань). Обсемененность патогенными стафилококками новорожденных, родильниц и персонала некоторых родильных домов г. Казани

В эпидемиологии стафилококковых заболеваний значительную роль играет носительство патогенных стафилококков, что наиболее опасно в родовспомогательных учреждениях. Стафилококки являются первыми микробами, с которыми встречается новорожденный. Дети могут инфицироваться ими от матери, обслуживающего персонала и из окружающей среды. Опасность заболевания детей и матерей, инфицированных в родильном доме, увеличивается при снижении сопротивляемости организма и возрастании массивности обсеменения стафилококками. Естественным резервуаром носительства их является носоглотка. В связи с широким применением антибиотиков в лечебных учреждениях нередко циркулируют полирезистентные штаммы, которые вызывают большинство стафилококковых заболеваний.

Целью настоящей работы явилось изучение обсемененности стафилококками зева и носа новорожденных, родильниц и персонала 3 родильных домов г. Казани.