

К УЧЕНИЮ О ПАТОГЕНЕЗЕ ЭКЗЕМЫ

Проф. Н. Н. ЯСНИТСКИЙ

Из кафедры кожных и венерических болезней Казанского медицинского института (зав. кафедрой — проф. Н. Н. Яснитский)

Учение об этиологии и патогенезе экземы, несмотря на колоссальную литературу, относящуюся к этому большому и практически важному вопросу, продолжает оставаться сравнительно мало разработанным, спорным и противоречивым.

Если в оценке и определении причинных факторов экземы между дерматологами нет принципиальных разногласий, то, как известно, еще не достигнуто единство в понимании воздействия этих факторов на организм, а также понимания роли и значения в патогенезе заболевания свойств самого организма, состояния его реактивности.

Занимаясь в течение последних лет изучением в клинике большого и сложного вопроса о роли и значении реактивности организма в патогенезе дерматозов и, в частности, экземы, мы пришли к выводу, что изменения высшей нервной деятельности могут влиять на состояние реактивности организма, создавая тем самым благоприятные условия для проявления различных по характеру причинных факторов.

Мы ставили перед собой задачу изучить роль изменений высшей нервной деятельности в патогенезе разных форм острой и хронической экземы. Материалом послужили наши клинические наблюдения, фиксированные в историях болезни 204 больных стационара нашей клиники.

Мы исходили из того, что возникновение различного рода кортикальных нарушений должно находить в той или иной мере свое выражение в нарушениях форм взаимосвязи организма с внешней средой, в расстройствах регуляции всех физиологических процессов в организме и координации его жизнедеятельности. Эти расстройства во всем многообразии их проявлений мы, дерматологи, имеем возможность наблюдать у больных кожными болезнями и, в частности, различными формами экземы, однако обычно не уделяем им достаточного внимания и не даем им должной оценки.

Автор данной статьи поставил целью своих исследований ряд проблем, имеющих теоретическую и практическую ценность, а именно: 1) насколько часты у больных экземой нарушения высшей нервной деятельности? 2) следует ли считать эти изменения проявлениями типологических особенностей данного субъекта или же они возникают в результате действия каких-либо причин в настоящем или в прошлом? 3) находятся ли они в какой-либо зависимости с существующими или существовавшими ранее у больного кожными болезнями? 4) оказывают ли влияние, и какое именно, на течение и исходы дерматоза происходящие изменения высшей нервной деятельности? 5) проявляется ли, и в чем именно, влияние дерматоза на состояние высшей нервной деятельности?

Эти и ряд других, не менее важных вопросов, остаются и до настоящего времени мало освещенными в специальной литературе, лишь в самые последние годы появляются работы (П. В. Кожевников, А. Г. Архангельский, Р. Я. Малыгин, М. М. Желтаков и др.), в которых делаются первые шаги в этом направлении.

Для понимания и решения этих вопросов, казалось бы, существует одна возможность, а именно: определять и изучать у больных путем применения соответствующей Павловской методики типы высшей нервной деятельности.

В этом отношении, однако, мы встречаемся с весьма существенным и пока еще непреодолимым затруднением: до сих пор еще не разработана клиническая методика определения у человека в клинических условиях типа высшей нервной деятельности. Необходимо помнить, какую осторожность и вдумчивость требует приложение учения о типах нервной системы к вопросам клинической медицины. По этому поводу И. П. Павлов писал: «Если сведения, полученные на высших животных относительно функций сердца, желудка и других органов, так сходных с человеческими, можно применять к человеку только с осторожностью... то какую же величайшую сдержанность надо проявить при переносе только что впервые полученных... сведений о высшей нервной деятельности животных на высокую нервную деятельность человека?»

Если определение типа нервной системы у здорового человека сопряжено с большими трудностями, то в отношении больного человека в патологических условиях эти трудности возрастают во много раз.

Учитывая мнение по этому вопросу И. П. Павлова и его учеников, мы отказались от мысли определять в клинике типы нервной системы. Свои исследования мы проводили в ином направлении и пользовались иной методикой. Мы стремились выявить наличие таких изменений нервной деятельности у наших больных, которые считались не проявлением особенностей и черт человеческого характера, а могли быть вызваны воздействием различных влияний внешней и внутренней среды. Мы стремились изучать эти метаморфозы, их роль для жизни больного, отражение их на впечатлительности к окружающей обстановке и лицам.

В силу сказанного, критерием нервной деятельности была реактивность больного по отношению к внешней среде и лицам, окружающим его в различных условиях бытовой обстановки, профессиональной и общественной деятельности. Нам казалось, что в изменениях реактивности в широком понимании этого слова скажутся сила раздражительных и тормозных процессов, степень их уравновешенности и подвижность, то есть комплекс основных свойств нервной деятельности.

Больные подвергались всестороннему обследованию по общепринятой в клинических учреждениях методике, причем особое внимание обращалось на состояние нервной системы и эмоциональной сферы при поступлении больного в клинику и в последующее время стационарного лечения. Особое значение мы придавали анамнестическим данным, которые собирались по специальной «опросной» схеме относительно состояния реактивности больного к влиянию факторов внешней среды, его взаимоотношений с членами семьи и окружающими его на работе лицами в различных условиях. Большое внимание уделяется в этой схеме определению характера возникающих реакций в разной обстановке и по отношению к различным факторам, причем учитываются изменения реакций не только количественно, но и качественно, а также способность больного подавлять возникающие патологические реакции.

Совокупность всех этих данных, обследования и результатов последовательного наблюдения за больным позволяет вычертить, хотя бы в общих чертах, состояние его высшей нервной деятельности.

Мы отдаем себе отчет в том, что применяемый нами метод, равно как и «опросные схемы» других авторов, страдает известным субъективизмом и затрудняет исследователя. И. П. Павлов уделял большое внимание прошлому жизненному опыту больного, особенностям его семейных и общественных отношений, трудовой и общественной деятельности, перенесенным соматическим заболеваниям, психическим травмам, то есть анамнезу больного.

Изучение наших данных обследования больных при поступлении их в клинику и в процессе последовательного за ними наблюдения позволило нам из 204 больных различными формами острой и хронической экземы выделить группу из 42 человек, у которых мы не могли ни в анамнезе, ни в процессе обследования обнаружить какие-либо проявления измененной реактивности и патологических изменений высшей нервной деятельности. В эту группу вошли лица различного возраста и разнообразных профессий, большинство из них не могло указать даже предположительно на причину своего кожного заболевания и последующих рецидивов.

У 162 больных изменения в состоянии реактивности и нервно-психической сферы варьировали по характеру и интенсивности. Из этого числа больных мы выделяем небольшую группу в 30 человек, различных по возрасту, профессии, семейному положению, материальной обеспеченности и культурному уровню, у которых отчетливо выражено нарушение равновесия между процессами возбуждения и торможения с преобладанием первых. В анамнезе этих больных мы не находим никаких указаний на зависимость такого рода нервно-психической сферы от какого-либо определенного причинного фактора, напротив, в показаниях больных нередко достаточно убедительные доказательства того, что изменения в нервной деятельности являются только проявлением особенностей их характера. По мнению небольшой части больных, возникновение экземы и последующих рецидивов находится в зависимости от различных причин, в том числе и от тяжелых нервных переживаний.

У остальных (132) больных изменения нервной деятельности уже значительно отличались от описанных выше и представляли собою проявление не столько типологических особенностей, сколько патологических сдвигов в нервно-психическом статусе. Их чрезвычайно трудно классифицировать, настолько они многообразны по своему характеру, силе и сочетаниям.

У 45 больных этой группы изменения нервно-психической сферы характерны. Это — неуравновешенные, вспыльчивые, легко возбудимые и так же легко успокаивающиеся люди с неадекватными реакциями, нередко с трудом сдерживающиеся в рамках обычного поведения, но спокойные, ровные в обращении с окружающими в домашней обстановке. Большинство этих больных указывает, что повышенная реактивность возникла у них в течение последних 5—10 лет в связи с перенесенными ранее соматическими заболеваниями, тяжелыми нервными переживаниями или после фронта. Почти у всех этих больных при их клиническом обследовании были обнаружены разного рода вегетативные расстройства: патологические сосудистые реакции, пиломоторный рефлекс, рефлекс Ашнера и Чермака, секреторные аномалии. Многие больные связывают экзему с нервно-психическими травмами, вместе с тем они указывают, что самый факт возникновения экземы, в особенности ее рецидивы, сопровождалась резким усилением нервозности и раздражительности. В анамнезе содержатся указания на повышенную реактивность кожи к влияниям внешней среды (актинические, температурные, климатические, химические и другие факторы).

У части больных (37) в нервно-психической сфере обнаруживаются несколько иные сдвиги и особенности. Здесь повышенная возбудимость и

реактивность проявляется лишь в условиях семейной жизни и обстановки, в то время как на работе больные неизменно, хотя подчас и с некоторым усилием воли, сохраняют необходимое и обязательное в общении с людьми спокойствие. Что касается семейной обстановки, то часть больных свою раздражительность и повышенную реактивность связывает с различного рода неполадками быта, некоторые больные указывают, что причина кроется в ненормальных отношениях с близкими людьми. Большинство больных считает, что такая повышенная реактивность развилась у них постепенно, еще до появления экземы, под влиянием неблагоприятно сложившейся семейной обстановки. Свое заболевание они ставят в причинную связь с состоянием своей нервной системы. У подавляющего большинства больных при клиническом обследовании обнаруживаются в различной степени выраженные вегетативные расстройства.

Наконец, в последнюю группу мы включили 50 больных с нерезко выраженной возбудимостью, сентиментальных по характеру, чувствительных к чужому горю и несчастьям, болезненно воспринимающих и переживающих даже мелкие происшествия с ними или их близкими. Они мнительны и склонны к преувеличению, отличаются плаксивостью без достаточных к тому оснований, часто страдают бессонницей, неглубоким, беспокойным или прерывистым сном со сновидениями неприятного, иногда кошмарного характера. Их настроение крайне изменчиво, непостоянно, с резкими переходами от радостного к грустному в зависимости от самых различных и подчас ничтожных причин. Это люди с длительным нервозным состоянием от самых разнообразных причин. Все больные объясняют появление у них экземы своими нервными переживаниями, они указывают на определенный синхронизм в течении кожного заболевания и состоянии нервной системы, в чем мы неоднократно убеждались, наблюдая этих больных в клинике. Почти все больные тягостно переживали свое заболевание, особенно его рецидивы. Некоторые больные утверждали, что до возникновения у них экземы их нервная система, психическое состояние, настроение были вполне нормальными, изменения возникли лишь под влиянием кожного заболевания, которое внесло в их жизнь различного рода осложнения. У этой группы больных вегетативные расстройства были особенно постоянны и резко выражены.

Таким образом, анализ наших анамнестических материалов и клинических данных характеризует контингент наших больных, как людей с исключительно разнообразной эмоциональной сферой и различным состоянием реактивности.

Совершенно естественно возникает вопрос, что же послужило причиной указанных изменений нервно-психического состояния больных. Этот чрезвычайно важный вопрос разрешается больными по-разному. Более интеллигентные люди, способные разбираться в характере своих отношений к окружающей среде, анализировать свои ощущения и оценивать воздействие различных факторов, отвечают более полно и обоснованно. Вот каковы показания больных: 1) в некоторой части историй болезни (27) имеются ссылки на тяжелые нервные потрясения в недавнем или отдаленном прошлом, отразившиеся на судьбе больных (смерть мужа, жены, детей, тяжелые семейные драмы, крупные служебные неприятности и конфликты); 2) в части историй болезни (22) есть указания на перенесенные в прошлом инфекционные или тяжелые соматические заболевания, постепенно изменявшие нервно-психическое состояние, причем у некоторых больных, страдавших хроническими болезнями внутренних органов, постепенно развилось чувство обреченности, потеря надежды на выздоровление, безнадежность, а у отдельных лиц — болезненно обост-

ренная мнительность; 3) у отдельных больных в прошлом имелись полученные в боях во время Великой Отечественной войны ранения и различной тяжести контузии, явившиеся позднее причиной изменений реактивности по отношению к самым разнообразным по характеру и способу действия внешним факторам; 4) часть больных (32) считает причиной изменений в нервно-психическом статусе неудовлетворенность своей работой, другие — неудачи и конфликты в семейной жизни; 5) незначительная часть больных связывает сдвиги нервно-психического склада с перенесенными или возникшими кожными заболеваниями.

Итак, у подавляющего большинства больных патологические изменения нервно-психического статуса обнаружили в различные сроки до заболевания экземой и были связаны прежде всего с обстоятельствами или условиями внешней среды, игравшими в одних случаях роль острой, внезапной причины, в других — причины длительной, замедленной. Это вполне согласуется с высказыванием А. Г. Иванова-Смоленского, который по этому поводу пишет: «Широкое понятие перенапряжения высшей нервной деятельности, то возникающего внезапно, то развивающегося исподволь, охватывает не только случаи острой и хронической психо-травматизации, но и те случаи, в которых так часто говорят об интеллектуальном или эмоциональном «переутомлении».

Весьма существенен вопрос о том, можно ли установить влияние изменений высшей нервной деятельности на реактивность организма к различным факторам внешней среды? Как известно, реактивность организма зависит, прежде всего, от состояния нервной системы и от всей совокупности ее связей и взаимодействия с внешней средой; она непостоянна в своих проявлениях, изменчива во времени. Из клинического опыта мы знаем, что изменения реактивности выражаются не только в количественной изменчивости реакций в смысле их усиления или ослабления, но, что особенно важно, и в изменениях качественного порядка.

Анализ нашего материала достаточно убедительно доказывает, что возникающие по разным причинам и при различных обстоятельствах изменения высшей нервной деятельности отражаются на реактивности организма к воздействию факторов внешней среды. Важно то обстоятельство, что целый ряд индифферентных факторов внешней среды постепенно и последовательно начинает терять свою «индифферентность». В показаниях больных примеры таких изменений реактивности многочисленны. 98 больных, указавших причиной экземы действие факторов внешней среды, при детальном опросе сообщили следующее: 11 человек ближайшей причиной появления экземы считают посещение бани, 10 — стирку белья, 12 — переохлаждение, 16 — различные профвредности, 50 — нервно-психические травмы. Следует указать, что у подавляющего большинства больных названные раздражители ранее не вызывали патологической реакции. Следовательно, патологическая реактивность организма возростала постепенно; в самом деле, чем иным, как не изменением реактивности организма можно объяснить экзему при действии столь банальных факторов, которым подвержены безнаказанно большинство людей и подвергались наши больные до изменения их нервно-психического состояния?

По мнению А. Г. Иванова-Смоленского, при совпадении тех или иных внешних раздражений со сдвигами в деятельности органов и систем могут образоваться условнорефлекторные связи. Если эти сдвиги имеют необычно резкий характер, то ранее индифферентный внешний фактор может быть причиной патологической реакции организма.

Следует подчеркнуть, что патологические процессы в коже развиваются не всегда сразу после воздействия раздражителя, но в ряде случаев спустя некоторое время, почему не всегда можно установить связь между ними. Так, например, из 50 больных, указавших причиной экземы психи-

ческие травмы, нервные потрясения, у 19 экзема появилась или непосредственно вслед за действием причинного фактора, или в течение ближайших дней, у 33 — спустя более продолжительное время, от нескольких дней до двух-трех недель, а иногда и позже. Приблизительно в те же сроки возникли и последующие рецидивы болезни.

Наконец, применяемая нами в клинике патогенетическая комплексная терапия (вливания раствора бромистого натрия, внутривенные вливания растворов гипосульфита натрия, хлористого кальция, новокаина, аутогемотерапия, витаминотерапия, паравертебральная сегментарная диатермия или рентгенотерапия, телерентгенотерапия и пр.) в различных модификациях применительно к имеющимся показаниям оказывает несомненное нормализующее действие на состояние нервной системы и устраняет патологическую реактивность организма.

ВЫВОДЫ

1. У большинства (80%, по нашим наблюдениям) больных острой и хронической экземой обнаруживаются различные изменения нервной деятельности, выражающиеся в нарушениях силы раздражительных и тормозных процессов, степени их уравновешенности и подвижности.

2. У значительной части больных (67%) изменения нервной деятельности возникали от различных причин и в различные сроки до появления экземы.

3. Изменения высшей нервной деятельности выражаются в нарушении форм взаимосвязи и взаимодействия организма с внешней средой и, в особенности, в значительных изменениях реактивности к воздействию факторов внешней среды, вследствие чего каждый из них может явиться причиной экземы.

4. Нередко наблюдается отчетливо выраженный синхронизм между нервно-психическим состоянием и изменениями клинической картины экземы.

Статья поступила 20 июля 1957 г.
