

Из кожного отдела (зав. проф. А. М. Кричевский) и рентген-отделения (зав. д-р Ф. Ц. Эпштейн) Центрального института венерологии и дерматологии (директор проф. А. Н. Федоровский).

Практическая ценность метода косвенной рентгенотерапии при некоторых заболеваниях кожи.

Ф. Ц. Эпштейн и В. О. Лушицкий.

Механизм действия рентгенооблучений на течение тех или иных кожных заболеваний, в особенности тех, этиология которых неизвестна, еще не совсем ясен. Несомненно, что вегетативная нервная система, функционально и анатомически связанная как с центральной нервной системой, так и со всеми органами и тканями и в частности с кожей (ее сосудами, потовыми и сальными железами), оказывает действие на все функции кожи, трофику ее и течение воспалительных процессов. Хотя детали этого влияния на воспалительный процесс и не уточнены и еще весьма противоречивы, тем не менее ряд экспериментальных работ старых и новейшего времени указывает на интимную зависимость воспалительного процесса, разыгрывающегося в коже, от нервной системы (Spiess, Thomas, Luvís, Сперанский, Гринштейн, Альперин и др.).

Наличие при многих кожных заболеваниях нарушения тонуса вегетативной нервной системы и ободряющие результаты, полученные авторами, предложившими метод косвенной рентгенотерапии при некоторых кожных заболеваниях, побудили нас испытать этот метод. При выборе заболеваний для терапии мы и остановились главным образом на тех группах дерматозов, в патогенезе которых нервная система играет, повидимому, немаловажную роль. В основном мы подвергли рентгенотерапии две больших группы—псориаз (180 случаев) и красный плоский лишай (71 случай).

Начав рентгенооблучение по методу, предложенному Гуэном, мы в дальнейшем несколько видоизменили его. Так как известно, что иннервация кожи симпатической нервной системой носит регионарный характер, мы в дальнейшем не придерживались строго сегментной тоники рентген-облучения. Так, при локальных процессах на верхней части туловища, руках, шее и голове мы облучали область нижних шейных и верхних грудных позвонков; на нижней половине туловища и ногах—область поясничных позвонков. При распространенных процессах подвергались облучению оба вышеуказанных поля с промежутками в 1—2 дня. Условия облучения—80 KW, фильтр—0,5 Al, доза 6—10 на каждое поле. Повторный сеанс на каждое поле не во всех случаях, не раньше, чем через 2—3 и больше месяцев после первого облучения на те же участки такие же дозы, как и в первый раз. Повторно мы облучали больных в случаях, когда после 1-го сеанса наступило заметное улучшение, но через 2—3 месяца процесс еще окончательно не ликвидировался. Надо отметить, что особенных успехов после повторных облучений мы не видели, почему в последнее время стали отказываться от повторных сеансов. Все больные, получавшие рентгенотерапию по избранному методу, не подвергались во время наблюдения никакому другому лечению; в исключительных случаях им разрешалось смазывание индифферентным жиром.

По результатам лечения все случаи псориаза и плоского лишая можно распределить на несколько групп:

- 1) случаи, где после лечения не получено терапевтического эффекта;
- 2) случаи, где через определенное время после облучения наступало умеренное улучшение;
- 3) случаи, где наступало значительное улучшение, и
- 4) случаи, где все явления заболевания после облучения проходили.

Во 2-ю группу отнесены случаи, где после 1-го облучения исчезали одиночные бляшки и изменялся характер шелушения—чешуйки становились менее обильными. При этом часть оставшихся бляшек носила, как правило, следы обратного развития, выражавшегося в рассасывании элементов и буровой пигментации в центре бляшек; бордюр по периферии бляшек обычно сохранялся надолго.

К 3-й группе мы причисляли те случаи, где рассеянные по туловищу одиночные бляшки исчезали после 1-го облучения полностью, оставляя большей частью на своем месте пигментированные или депигментированные пятна, где сохранялись только бляшки на локтях и коленях, причем характер шелушения последних также изменялся—чешуйки становились не такими массивными и обильными, как до облучения. В эту же группу вошли и те случаи, где псориазные элементы исчезали после облучения полностью, но за период наблюдения ($1\frac{1}{2}$ —1 год) заболевание рецидивировало; рецидивная сыпь обычно бывала менее интенсивной, чем до облучения.

Четвертую группу составляют 11 случаев, где все явления псориаза прошли бесследно, больные эти наблюдались нами от $1\frac{1}{2}$ до 2-х лет без рецидивов. Это были относительно свежие случаи заболевания, давностью в среднем от $\frac{1}{2}$ года до 3—4 лет, преимущественно рассеянные по всему туловищу и конечностям универсальные формы псориаза. Бросалось в глаза, что среди этой группы были лица более молодого возраста—дети от 7 до 15 лет и взрослые не старше 25—26 лет.

Из 36 случаев псориаза, при которых не было эффекта от косвенной рентгенотерапии, большинство—старые формы псориаза (свыше 10 лет); по форме это были случаи либо с инвeterированными бляшками на локтях и коленях, либо с упорными процессами на волосистых частях головы и на половых органах. В одном случае был артропатический псориаз, в двух псориаз сочетался с тяжелой истеро-неврастенией, один случай сопровождался сильным зудом.

Больные 2-й и 3-й групп были самого различного возраста с различной длительностью псориаза—от нескольких месяцев до 30—35 лет.

Цифровые данные о результатах лечения псориаза следующие:

Всего облучено—189. После облучения не наблюдалось—64. Без эффекта—36. Улучшение—50. Значительное улучшение—28. Полное исчезновение сыпи и длительное отсутствие рецидивов—11.

По распространенности поражения у нас были 34 случая локальных процессов и 91 распространенных по туловищу и конечностям.

Из форм локальных мы имели в основном поражение локтей и коленей, реже волосистой части головы, голеней и genitaliae и 6 случаев—psoriasis inveterata.

Из случаев рассеянных мы чаще всего видели нумулярное поражение — *guttata* и только в нескольких случаях — гирляндовидную форму. Четыре случая были резко эксудативной формы псориаза. Случаев псориазической эритродермии мы имели очень мало.

Быстрые сдвиги в сторону улучшения после рентгенотерапии были заметны при псориазе меньшей давности; наибольший успех мы отмечали при рассеянных формах, особенно приближающихся к экзематидам. В случаях локализованных поражений, особенно на локтях и коленях, мы обычно имели незначительный эффект, и почти совсем безуспешной была терапия инвентерированных бляшек, эксудативного и артропатического псориаза.

Улучшение после облучения становится заметным приблизительно через 3—4 недели; полное исчезновение бляшек наступает через $1\frac{1}{2}$ —2 месяца после 1-го сеанса. Новые бляшки перестают обычно появляться уже через несколько дней после облучения. Временные непродолжительные, в течение 2—3 дней, обострения мы отмечали всего в нескольких случаях. Оно проявлялось в усиленном высыпании свежих мелких бляшек, длилось несколько дней; вслед за ним наступало обычно особенно активное обратное развитие всех элементов псориаза.

Обратное развитие псориазических бляшек начинается обычно с центра, который очищается и принимает бурую или желтовато-бурю окраску; иногда центр депигментируется и имеет вид белого пятна. Ободки по периферии бляшки, состоящие из псориазических элементов, могут сохраняться на более длительное время.

Нас интересовал вопрос, не является ли отмечаемое нами улучшение в течении чешуйчатого лишая просто спонтанными колебаниями, не связанными с применением рентгенотерапии, все же мы пришли к убеждению, что определенные сдвиги в сторону улучшения вызваны несомненно нашим вмешательством. К таким объективным признакам, заметным не только врачу, но и самому больному, можно отнести изменение характера шелушения — последнее становится менее обильным, чешуйки из серебристых (слюдяных), массивных делаются менее выраженными, шелушение приобретает скорее отрубевидный, чем пластинчатый характер. Шелушение чешуек на некоторое время усиливается; в дальнейшем образование их заметно уменьшается.

Кроме того, нужно отметить, что из случаев с заметным улучшением после рентгенотерапии только 14% больных указывали на спонтанные улучшения до прихода к нам, но таких сдвигов вплоть до полного исчезновения бляшек почти никто из них не отмечал.

Значительно более заметные успехи мы имели при лечении плоского лишая.

Ниже приводятся цифровые данные о результатах лечения плоского лишая:

Всего облучено—71. После облучения не наблюдалось—31. Без эффекта—2. Значительное улучшение—18. Выздоровление—20.

Два случая неудачи были при локализации элементов *lichen ruber planus* на слизистой рта; в одном из них был выраженный *lichen ruber verrucosus*. В случаях, закончившихся выздоровлением, быстрее всего исчезали более свежие формы, хотя были и одиночные случаи длитель-

ностью до 15 лет, которые очень легко уступали нашей рентгенотерапии. Рецидивов в течение 2-х лет мы не наблюдали.

В группу „улучшение“ вошли случаи с очень медленным обратным развитием элементов, а также и те, где на остатки поражения в форме verrucosus и acuminatus пришлось применить дополнительную местную терапию. Легче всего уступают рентгенотерапии подострые универсальные формы плоского лишая.

Исчезновение зуда наступает обычно задолго до начала обратного развития элементов, через 5—6 дней после облучения. Только в нескольких случаях нам пришлось отметить упорный зуд, не уступавший ни рентгенотерапии, ни местной медикаментозной терапии. В очень немногих случаях мы наблюдали обострение после 1-го сеанса, которое выражалось в свежих, ярко окрашенных, обычно скудных высыпаниях элементов lichen ruber planus и усилением зуда.

Обратное развитие элементов начинается через 3—4 недели после 1-го сеанса рентгенотерапии и заключается в том, что элементы становятся менее яркими, плоскими, сухими и постепенно пигментируются. Полное исчезновение элементов плоского лишая затягивается иногда до 3—4 месяцев, на их месте всегда длительно остается пигментация, не исчезающая и после повторного облучения.

Успех терапии намечается отчетливо после 1-го облучения; повторные сеансы требуются только в исключительных случаях.

Интересно отметить, что хороший эффект был получен нами в 2-х случаях параспориоза с локализацией на коже и на слизистой рта.

Незначительный сдвиг получен нами в одном случае Pityriasis rubra Decvergie, в 2-х случаях симметрической экземы кистей, сопровождавшейся мокнутием и зудом, и в нескольких случаях Prurigo hiemalis.

Попытки воздействовать еще на несколько дерматозов (dermatitis herpetiformis Dühring'a, erythrodermia diffusa, alopecia areata, eczema lichenoides diffusa и др.) оказались безуспешными.

В 3-х случаях alopecia areata мы не получили существенного успеха, вопреки литературным данным.

Выводы: 1. Метод косвенной рентгенотерапии можно рекомендовать как наилучший способ лечения при красном плоском лишае.

2. При псориазе этот метод существенных преимуществ перед другими способами лечения не имеет.

Некоторым преимуществом этого метода терапии является его простота и отсутствие затрудняющих больного мажевых процедур.

Улучшения, которые нами наблюдались, не являются спонтанными колебаниями в течении псориаза.

3. Если бывает улучшение, то оно наступает после одного сеанса, повторные облучения не дают особого эффекта и не могут быть рекомендованы.

4. Хотя ради чистоты оценки достигнутых этим методом лечения результатов, мы не комбинировали его с другими методами лечения, все же мы полагаем, что такие комбинации показаны и могут в значительной части случаев ускорить излечение и способствовать лучшему терапевтическому эффекту.