

Т. М. ЮРИНОВ

## Лечение псориаза акрихином

(Предварительное сообщение)

Из клиники кожных и венерических болезней (директор засл. деятель науки ТАССР проф. И. Н. Олесов) Казанского государственного медицинского института

Искания в области рациональной терапии псориаза наталкивались до сих пор на большие затруднения в виду неясности вопроса об этиологии этого заболевания. Однако в последние годы в связи с учением о фильтрующихся вирусах оживился интерес к теории паразитарного происхождения псориаза.

Вследствие этого по новому ставится и вопрос о лечении этого заболевания. Так, Higimipakis, наиболее убежденный сторонник теории вирусного происхождения псориаза, выставляет требование лечить его по тем же самым принципам, какие применяются по отношению ко всякой другой хронической инфекции.

Нам казалось целесообразным применение акрихина для лечения псориаза в дозах, рекомендованных проф. Прокопчуком для лечения красной волчанки. Лечение рассчитано в общей сложности на 55-70 дней и проводится в виде 4-5 десятидневных циклов приема *per os* акрихина по 0,1—3 раза в день с пятидневными интервалами между циклами. Таким образом, для взрослого на весь курс лечения требуется от 120 до 150 таблеток акрихина по 0,1 каждая.

У нас накопилось 22 случая псориаза, леченного таким образом; хотя наблюдения еще продолжаются, мы уже сейчас имеем возможность подвести некоторые предварительные итоги. Среди наших больных было 14 мужчин и 8 женщин, причем из них было 3 мальчика и 1 девочка в возрасте 10-14 лет. 14 больных полностью или частично провели лечение стационарно, остальные 8 амбулаторно. Всем больным в начале и в конце курса были проделаны: анализ мочи, общий анализ крови, РОЭ и исследование крови на малярию. Больные теми или иными заболеваниями внутренних органов, нервной системы и беременностью исключались из наблюдения. Для лечения акрихином мы отбирали больных с распространенными формами псориаза, рассеянного по всему кожному покрову, то в виде изолированных элементов разной величины, то в виде сливных очагов, занимающих обширные поверхности. В двух случаях имела место универсальная псориатическая эритродермия, а в одном — артропатический псориаз.

Случаев совершенно не поддающихся лечению мы ни разу не наблюдали; но срок исчезновения псориатических элементов у больных колебался в довольно широких пределах. Мы наблюдали больных, у которых уже после третьего цикла акрихинотерапии сыпь исчезала почти полностью; в таких случаях имелись поверхностные неинфильтрованные формы псориаза. Больные с застарелыми или инфильт-

рированными формами псориаза поддавались акрихинотерапии гораздо труднее, и лечебный эффект мы могли здесь наблюдать только после пятого цикла.

Наблюдая изо дня в день за обратным развитием псориазных элементов под влиянием акрихинотерапии, мы могли отметить следующее. Раньше всего исчезает периферический розовый ободок, затем уплощаются элементы, особенно в своей центральной части, вследствие чего нередко они принимают кольцевидный характер. Если в этом периоде, путем методического поскабливания удалить наслоения псориазных чешуек, то под ними обнаруживается не ярко розовая, а блёклая, с желтоватым оттенком, поверхность. Кольцевидные элементы сохраняются дольше всего и исчезают в последнюю очередь. В других случаях ту же самую эволюцию бляшки прорабатывают, не превращаясь в кольцевидные формы. Если псориазная сыпь занимает всю поверхность кожного покрова, то под влиянием акрихина труднее всего исчезают элементы на голенях и легче всего на груди и спине. В одном случае *psoriasis inveterata* крупные, с ладонь величиной, бляшки в области больших трохантеров после пяти циклов лечения оставили после себя бурую пигментацию, кроме того еще остались 2-3 очажка с горошину величиной, с псориазными наслоениями. То же самое мы наблюдали у двух больных на нижних конечностях, где после пятого цикла лечения на месте обширных очагов, занимавших  $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$  поверхности голеней, остались на общем буроватом фоне по 2-3 шелушащихся пятна величиной от горошины до гривенника. Значительная часть больных полностью освободилась от сыпи.

Как упомянуто выше, после исчезновения псориазных элементов чаще всего, особенно на туловище и руках, остаются слегка депигментированные, а на нижних конечностях, наоборот, чаще пигментированные пятна. 16 больных из 22 получали акрихин только внутрь, 6 человек одновременно 20% акрихиновый вазелин снаружи. Однако, какой-либо пользы от наружного применения акрихина мы не отметили. Наоборот, в одном случае на 4-й день наружного применения акрихина появилась пиодермия; в двух других случаях стационарной формы псориаза на 3-й день появился сильный зуд, что заставило отказаться от акрихиновой мази. В трех случаях акрихиновая мазь применялась на протяжении всего лечения, однако без заметной пользы. Не взирая на эту неудачу, мы все же считаем, что акрихинотерапия псориаза отнюдь не исключает местного лечения.

Своей ближайшей задачей мы ставим отыскание наиболее удачных комбинаций местного и общего лечения, направленных к быстрейшей ликвидации кожных проявлений и к предупреждению возвратов болезни.

В одном случае (ист. бол. № 346) мы применили акрихинотерапию по поводу тяжелого артропатического псориаза. После третьего цикла лечения больной оставил свои костыли, без которых он на протяжении месяца не мог сделать ни одного шагу, а после 5 циклов болезненные явления со стороны суставов полностью ликвидировались одновременно с исчезновением сыпи.

Из побочных явлений мы отметили только желтое, нарастающее во время лечения, окрашивание кожных покровов, которое исчезает через 3-4 недели после прекращения приема акрихина. У двух больных мы отметили однократную рвоту после приема таблетки акри-

хина в 5-м цикле. В одном случае больная к концу лечения стала жаловаться на сердцебиение, но без объективных изменений со стороны сердца. Явления, которые нередко наблюдаются при лечении красной волчанки акрихином — потливость, общая слабость и изредка кратковременные подъемы температуры, при лечении псориаза не отмечены.

Что касается показаний для акрихинотерапии псориаза, то в настоящее время мы можем сказать, что наиболее подходящими являются случаи распространенного псориаза без резко выраженной инфильтрации элементов, и менее показанными являются случаи с единичными застарелыми, инфильтрированными бляшками.

Среди наших больных не было ни одного с клиническими явлениями малярии или с плазмодиями в крови; те больные псориастики, у которых отмечена малярия в анамнезе, реагировали на акрихинотерапию также, как и больные без каких-либо указаний на малярию. Отсюда мы заключаем, что антипсориатический эффект акрихина не стоит в какой-либо связи с противомаларийными свойствами препарата.

Во время лечения мы ни разу не отметили появления новых элементов точно также, как ни разу не видели рецидива болезни после проделанной терапии. Однако едва-ли можно надеяться, что одним курсом акрихинотерапии можно излечить навсегда такое хроническое заболевание.

Срок наших наблюдений слишком мал, и поэтому для нас еще остаются открытыми многие вопросы, например: надолго ли больные бывают избавлены от наружных проявлений, удастся ли окончательно излечивать псориаз одним акрихином и если удастся, то понадобится ли для этого один, два или больше курсов. Мы воздерживаемся также от суждения о механизме действия акрихина при псориазе; для этого необходимы дополнительные наблюдения и эксперименты. Сейчас мы можем только сказать, что этот метод безопасен, прост для применения, эффективен и не требует отрыва больного от его обычной работы.

Казань, ул. Куйбышева, д. № 30, кв. 2.

---

**М. Д. ШМАГИНА**

## **О лечении карбункулов**

Из госпитальной хирургической клиники (зав. засл. деятель науки проф. В. Н. Соколов) Казанск. гос. мед. института

Выбор метода при лечении карбункулов зависит от стадии заболевания и течения процесса. Первое требование в лечении карбункулов — предупредить развитие тромбоза вен, который может повести к септическому тромбофлебиту. Это особенно важно при карбункулах лица, где тромбоз *v. facialis* является особенно грозным. Профилактика заключается в полном покое пораженного участка.

При мирном течении консервативное лечение является преимущественным методом. При затрудненном отхождении некротических