

Из клиники кожных и венерических болезней Казанского гос. мед. института
(директор проф. И. Н. Олесов).

Опыт лечения чешуйчатого лишая внутривенными вливаниями гипосульфита.

Х. А. Мустафина.

Этиология и патогенез чешуйчатого лишая остаются до последнего времени невыясненными. Существует ряд теорий относительно природы этого распространенного дерматоза, но единого мнения по этому вопросу пока еще нет. Шамберг полагает, что кожа псориазика от рождения обладает специфической реактивной особенностью. В ответ на различные неспецифические раздражения внешнего или внутреннего происхождения, она реагирует образованием псориазических элементов (паракератозный диатез). По нашим наблюдениям эта своеобразная реакция кожи может быть паратипической, возникающей, напр., под влиянием изменения корреляции со стороны органов внутренней секреции. Исходя из этого взгляда на патогенез псориаза, наша клиника при псориазе применяет десенсибилизирующую терапию, избрав в качестве десенсибилизирующего средства *Natrium hyposulfurosum*. Благоприятный терапевтический эффект этого средства при псориазе и других дерматозах отмечен впервые французским дерматологом Ravaut и его учениками. Они широко применяли гипосульфит натра при различных кожных заболеваниях. В дальнейшем ряд авторов, как иностранных, так и русских, испытывал это средство при разнообразных дерматозах и подтвердил эффективность его терапевтического действия в ряде случаев.

Гипосульфит применяется *per os* в виде порошка или 10% раствора, наружно—в виде мазей или ванн и внутривенно—в виде 5—10—20% водного раствора.

При псориазе мы применяем гипосульфит внутривенно через день по 5—7—10 куб. см 10—20% водного раствора. Общее число вливаний за курс 15—20. Одновременно с вливаниями гипосульфита мы проводим и наружную терапию: в острых прогрессирующих случаях—1—3% водный раствор марганца, после того, как появление свежих элементов прекращается—симптом Кёбнера становится отрицательным, мы переходим к более энергичной наружной терапии—освещением лампой Баха, применению отшелушивающих мазей, причем постепенно усиливаем дозы освещения и концентрации кератолических средств в мазях. В 1932—1936 гг. подвергнуто терапии 70 псориазиков, из них 38 мужчин и 32 женщины, в возрасте от 12 до 65 лет. 26 из них заболели впервые, остальные с рецидивами от 2 до 5 раз, с промежутком от 6 мес. до 18 лет, с давностью заболевания от 2 месяцев до 48 лет. Большая часть больных имела распространенную форму псориаза, причем 28 из них в прогрессивной, остальные в стационарной стадии за-

болевания. До поступления в клинику больные применяли разнообразное лечение: мази, мышьяк, свет и др. В 19 случаях сыпь упорно держалась, не поддаваясь никаким средствам.

Лечение гипосульфитом начато в 40 случаях сразу, по поступлении больного в стационар, в остальных 30 после того, как применение обычных методов лечения оказалось безуспешным. Продолжительность лечения гипосульфитом от 18 до 45 дней, причем эффект начинает сказываться в большинстве случаев не сразу, а лишь после 4—5 вливаний.

По результатам лечения больные распределяются на три группы. В первой группе 40 случаев, где мы получили полное клиническое выздоровление: на месте бывших псориазических бляшек оставалась лишь незначительная пигментация, исчезающая впоследствии совершенно бесследно. Из этих 40 больных 27 поступили в клинику в прогрессивной стадии высыпания. Под влиянием десенсибилизирующего действия гипосульфита появление новых псориазических элементов прекращалось, и прогрессивная стадия псориаза сравнительно быстро переходила в стационарную. У второй группы больных (25 случаев) результат лечения оказался менее успешным: чешуйки отпадали, но незначительный инфильтрат и краснота оставались, так что достигалось только некоторое улучшение состояния. При этом надо отметить, что у большинства из них курс лечения не был доведен до конца, так как больные по тем или иным причинам выписывались преждевременно. У третьей группы больных (5 случаев) клиническая картина болезни оставалась без заметного изменения; форма псориаза у них было чрезвычайно упорная, не поддающаяся терапии. Рецидивы после лечения гипосульфитом наблюдались у нас в двух случаях; в одном по истечении одного года после лечения, в другом — через 6 месяцев. Почти все больные, независимо от их возраста и пола, переносили влияние гипосульфита без побочных явлений и осложнений, за исключением 5 случаев, при которых наблюдалось некоторое повышение температуры (38,3), сопровождавшееся головной болью, в 2-х случаях было отмечено непродолжительное расстройство деятельности желудочно-кишечного тракта.

Для иллюстрации мы приводим истории болезни некоторых больных первой группы:

1 случ. Больная А. (ист. бол 195/99), 19 лет, заболела псориазом 5 мес. назад. До поступления в клинику лечилась мазями, ваннами и приемом мышьяка внутрь. Больше 2 месяцев находилась на стационарном лечении в больнице в г. Уржуме, откуда выписалась без улучшения. При поступлении в клинику псориазическая сыпь была распространена почти по всему телу больной. Применение гипосульфита начато в день поступления больной в стационар. Сделано всего 18 вливаний 10% водного раствора гипосульфита, по 10 куб. см. через день. Местно применялось смазывание очагов 5% раствором марганцовокислого калия. После восьмого вливания стало отмечаться побледнение сыпи и некоторое уменьшение инфильтрата, тогда присоединили общее облучение лампой Баха. После 18 вливаний псориазическая сыпь исчезла; лишь местами осталась незначительная пигментация. Продолжительность пребывания в клинике 36 дней.

II случ. Больная Х. (ист. бол. 120/443), 17 лет, страдает псориазом с 1932 года. В прошлом лечилась мазями и инъекциями мышьяка. Имела 2 рецидива — через

2 месяца и через 2 года. Месяца четыре назад процесс возобновился, и больная обратилась в клинику с сыпью, распространенной по всему телу, в прогрессивной стадии заболевания. Первое вливание гипосульфита сделано через 4—5 дней после поступления больной в клинику, т. к. в первые дни было отмечено у ней некоторое повышение температуры, в связи с гриппозным состоянием. Сделано всего 15 вливаний 10% водного раствора гипосульфита по 10 куб. см через день. Местно применялось смазывание 10% водным раствором марганцово-кислого калия. После того как симптом Кёбнера стал отрицательным, начато общее облучение лампой Баха. После 15 вливаний объективные явления псориаза исчезли. Продолжительность пребывания в стационаре 32 дня.

III случ. Больная Ф. (ист. бол. 125/303), 28 лет, страдает чешуйчатым лишаем с 12-летнего возраста. В прошлом отмечает 3 рецидива с промежутками в 1 год, 4 года и 3 месяца. Лечилась мазями и приемом мышьяка внутрь. При поступлении в клинику сыпь занимала обе конечности. Одновременно с вливаниями гипосульфита проводилась и местная терапия, заключающаяся в смазывании очагов 5% раствором марганца. После 6-го вливания процесс начал улучшаться, папулы стали развиваться обратно. Сделано всего 22 вливания, после чего псориазная сыпь исчезла, оставив незначительную пигментацию. Продолжительность лечения 45 дней.

IV сл. Больная С., (ист. бол. 254/1425), 14 лет, страдает псориазом третий год. Поступила в клинику с сыпью по всему телу, в прогрессивной стадии заболевания. Первое вливание гипосульфита сделано в день поступления больной в стационар. Местная терапия (смазывание 5% раствором марганца) начата только после 7-го вливания гипосульфита, когда симптом Кёбнера стал отрицательным. Сделано всего 20 вливаний 10% водного раствора гипосульфита по 10 куб. см через день. Больная выписалась через 40 дней с незначительной пигментацией на месте псориазической сыпи.

V. случ. Амбулаторн. больная С., 48 лет. Страдает чешуйчатым лишаем с 20-летнего возраста. Последняя вспышка сыпи началась 8 месяцев назад, за это время она приняла 70 инъекций мышьяка и получила различную наружную терапию, но никакого улучшения не последовало и за последний месяц сыпь стала довольно быстро распространяться по всему телу, занимая новые участки. При обращении больной в клинику сыпь занимала верхние и нижние конечности и область спины и живота. Лечение при клинике начато вливанием гипосульфита (10%—5 куб. см). После 5-го вливания появление новых псориазических бляшек прекратилось; симптом Кёбнера стал ослабевать и после 9-го вливания исчез. После этого начата местная терапия, заключающаяся в смазывании очагов 75% нафталановой мазью. После 17 вливаний гипосульфита назначено общее облучение лампой Баха. Всего сделано 25 вливаний 10% водного раствора гипосульфита по 10 куб. см через день, в результате чего сыпь исчезла бесследно.

На основании нашего, сравнительно еще небольшого материала (70 случаев), мы приходим к нижеследующим выводам:

1. Внутривенное вливание 10% раствора гипосульфита, особенно при прогрессивных формах чешуйчатого лишая, дает весьма хороший и довольно быстрый терапевтический эффект.

2. Действие гипосульфита сводится, в основном, к десенсибилизации кожи псориалика.

3. Лечение внутривенными вливаниями гипосульфита должно сопровождаться наружной терапией; в прогрессивной стадии болезни—смазыванием раствором марганца; в стадии, когда заболевание приняло характер стационарный, необходимо присоединять освещение лампой Баха и мазевую терапию.

4. Такое лечение, как показывает опыт клиники, предохраняет больного от тяжелого осложнения—псориазической эритродермии.