

К вопросу о грибковых заболеваниях волосистой части головы¹⁾.

Зав. кабинетом д-ра С. С. Аксельруда.

Грибковые заболевания волосистой части головы за последние годы дали значительный рост во всем нашем Союзе, причем в особенности пораженной оказалась Украина: за последнее время здесь наблюдается настоящая эпидемия трихофитии и favus'a. Наш город и округ не отстали от других в этом отношении: за сравнительно небольшой период времени,—с 1 мая 1924 г. по 1 сентября 1925 г.,—через заведомый мною кабинет прошло 870 больных этими заболеваниями.

По возрасту громадное большинство наших больных составляли дети. Если разделить весь наш материал на 5 возрастных групп,—от 3 до 6 лет, от 7 до 12, от 13 до 16, от 17 до 20 и старше 20 лет,—то из общего числа больных на возраст от 7 до 12 лет придется 568, т. е. несколько больше 65%, на возраст от 3 до 6 лет—145 (приблизительно 17%), на возраст от 13 до 16 лет—138 (приблизительно 16%), на возраст от 17 до 20 лет—11 больных и на возраст старше 20 лет—всего 8 больных, т. е. обе последние группы составят всего 2% больных, причем больные эти были главным образом фавотики, страдавшие с детства.

Что касается, далее, распределения наших больных по национальностям, то до последнего времени принято было думать, что стригущим лишаем и favus'ом заболевают преимущественно еврейские дети. В нашем же материале евреев было 386, т. е. менее половины, русских—401, украинцев—70, поляков—7, немцев—5 и 1 румын. Такое большое количество заболеваний среди нееврейских детей объясняется тем, что годы империалистической и гражданской войны, общей разрухи и голодовки одинаково коснулись всех, независимо от национальности. Дети еврейской бедноты всегда страдали от хронического недоедания и жили скудно в антисанитарных условиях, что постоянно подрывало их слабый детский организм. Когда же годы общей разрухи и голодовки и антисанитарные условия коснулись также детей нееврейского населения, что в значительной степени ослабило их детский организм, то оказалось, что и они также легко поражаются грибковыми заболеваниями. Отсюда видно, что одними из главных факторов в заражении детского организма трихофитией и favus'ом являются плохое питание и антисанитарные условия.

По отношению к полу оказывается, что мальчики всегда заболе-

¹⁾ Доложено в Зиновьевском Медицинском Обществе 6/III 1926 г. и в Секции Рентгенологов Одесской Научной Ассоциации Врачей 13/IV 1926 г.

вают грибковыми болезнями несколько чаще, чем девочки. Объясняется это тем, что для проникновения инфекции необходимы, так сказать, входные ворота. Так как мальчики более шаловливы и более бойки, чем девочки, то они легче подвергают кожу головы различным травмам и ранениям. Кроме того, мальчики ниже и чаще стригут волосы, чем девочки, что опять-таки способствует у них поранениям кожи. В нашем материале больных мальчиков было 506, т. е. 58%, а девочек—364, т. е. около 42%.

Три четверти всех наших больных составляли дети из детдомов и лишь около четверти—дети, жившие с родителями.

Громадное большинство заболеваний падало в нашем материале на трихофитию—726 случаев (83 $\frac{1}{2}$ %); больных favus'ом было у нас 136 (15 $\frac{1}{2}$ %), микроспорией—6, и двое больных страдали псориазисом волосяной части головы: один из них, 44 лет, был прислан с диагнозом трихофитии, и ему дана была эпиляциянная доза; в другом случае, хотя здесь и был правильно диагностирован псориазис, тем не менее я применил лечение, подобное рентгенотерапии трихофитии, причем результат получился довольно хороший,—хотя явления псориазиса по всему телу не прошли, но на коже головы сыпь исчезла и не наблюдалась в течение 9—10 месяцев.

Итак наибольшее количество заболеваний дала у нас трихофития, причем главный контингент страдавших ею составляли дети до 13—14 лет. Стригущий лишай встречался главным образом в детских домах, favus же, наоборот, у детей, живших в семьях. Это и понятно: дело в том, что трихофития—гораздо более заразительное заболевание, чем favus. Для распространения последнего часто бывают необходимы целые годы совместного пребывания. Мне удалось выявить две семьи, дети которых лечились по поводу парши; в одной семье было четверо больных детей, в другой—трое; после того, как дети закончили лечение, матери их также подверглись рентгенизации, так как оказалось, что они больны паршей с самого раннего детства (одной из них было 40 лет). В противоположность favus'у microsporia встречалась у нас в самом раннем возрасте,—у детей от 3 до 6 лет.

Переходя теперь к технике рентгенизации, применявшейся мною, отмечу, что последняя за указанный короткий период времени несколько раз видоизменялась. Вначале я освещал по пятипольной системе, т. е. голова делилась на пять участков, причем одной трубкой освещался только один больной, и для каждого больного, таким образом, необходимо было пять сеансов облучения. По этой системе нами было подвергнуто рентгенизации 297 больных (несколько больше 34%). Результаты, в смысле эпиляции и последующего нарастания волос, всегда получались прекрасные.

Однако, в виду большого роста грибковых заболеваний не только у нас в Союзе, но отчасти и на Западе, давно уже назрела мысль ускорить процесс рентгенизации, и в Германии д-р Altmann предложил способ лечения, благодаря которому получается возможность одновременно освещать одной трубкой три головы сразу. Способ этот получил название „triplex“. При нем голова делится, кроме того, не на 5 участков, как при пятипольной системе, а на 4. Таким образом получается двойная экономия во времени: во-первых, в отношении количества голов, освещаемых одновременно одной трубкой, во-вторых, в отношении коли-

чества сеансов, получаемых каждым больным. В виду этого я также стал применять способ Altman'a, и по этому способу мною было проведено 293 случая, что составляет $33\frac{1}{2}\%$ нашего материала. Эпиляция в этих случаях всегда получалась также хорошая.

Не довольствуясь этим, я, чтобы достигнуть еще большей экономии времени, видоизменил данный способ, а именно, стал применять triplex по трехпольной системе, т. е. вместо 4 участков головы стал освещать только 3 участка. По этой модификации мною было лечено до 1/IX 1925 г. 280 больных (свыше 32%). Эпиляция получалась при этом ничуть не хуже, чем при 4-польном триплексе.

Подвергая рентгенизации наших больных, я вначале не пользовался фильтрами. В моем материале 297 больных (34%), леченных мною в одиночку по пятипольной системе, освещались без всяких фильтров. Результаты в отношении дальнейшего течения всегда были прекрасные: почти на 300 случаев у меня не было ни одного случая невыпадения волос, ни одного послерентгеновского дерматита и, наконец, ни одного неостатания волос в дальнейшем. Наоборот, как правило, всегда наблюдался более пышный рост волос, чем это было до применения рентгена.

В последнее время, однако, в рентгенотерапии замечается вообще тенденция всюду применять фильтрованные лучи, в том числе и для лечения грибковых заболеваний волосистой части головы. Особенно рекомендуется фильтрованные лучи при освещении по способу triplex. Начавши для массовой рентгенизации применять последний, я также стал употреблять фильтры в 0,3—0,5 мм. алюминия. Таким образом мною было пользовано 573 больных, т. е. около 66% . Но здесь получился очень интересный казус: оказалось, что после оеищения по триплексу фильтрованными лучами стало иногда наблюдаться стойкое неостатание волос с появлением на облысевших участках отдельных седых волос. Это в высшей степени неприятное явление меня сильно озадачило. Само собою разумеется, причину его я сначала стал искать в передозировке. Однако я тщетно старался подметить другие признаки последней в виде дерматитов,—таковых не было.

Чем же объяснить такого рода явление? Я полагаю, что одною из главных причин его является именно применение фильтров, хотя-бы и очень легких. Нам известно, что фильтрованные лучи в сравнении с нефилтрованными значительно удлиняют время, в течение которого получается необходимая для лечения грибковых заболеваний доза. Объясняется это тем, что, отфильтровывая более мягкие лучи, мы качественно и количественно изменяем состав лучей: эпиляционная доза при этом получается от действия жестких лучей без примеси мягких, соответственно чему сеанс удлиняется. Если, напр., жесткие лучи совместно с нефилтрованными мягкими дают эпиляционный эффект в течение 10 минут, то те же самые жесткие лучи после фильтрования их дают тот же эффект лишь в 15 минут. И я полагаю, что, заставляя рентгеновские лучи воздействовать более длительное время на волосные сосочки, мы, быть может, вызываем в некоторых случаях более длительную и стойкую атрофию последних, а это в свою очередь влечет за собою впоследствии неостатание, а также поседение волос.

Возможно, конечно, что здесь играют роль и другие моменты, напр., колебания тока в первичной цепи, возникновение вторичных лучей

от соприкосновения между собою голов и пр. Во всяком случае, исходя из вышеприведенных соображений, я решил впредь, освещая по способу triplex, применять исключительно нефильтрованные лучи. В смысле эпидемии у нас уже имеются при этом хорошие результаты; а дерматитов мы, умело пользуясь нефильТРованными лучами, можем так же избежать, как и при употреблении фильтрованных лучей.

В заключение хочу еще в нескольких словах коснуться повторных заболеваний. Рецидивы у нас имеются, да и вообще они наблюдаются в известном проценте при самой тщательной рентгенизации и хорошем последующем лечении. Особенно неминуемы они в условиях нашей работы,—если принять во внимание условия жизни в наших детдомах. Здесь уместно будет вспомнить слова профессора С о б о л е в а, что для успешной борьбы с трихофитией, помимо всего прочего, необходимы еще горячая вода и мыло, мыло и вода!
