

15/V 1959 г. удалена (проф. Н. И. Комаров) большая опухоль в лобно-теменно-височной области справа размерами с кулак (130,0), гистологически — арахноидэндо-теллома, состоящая из 7 инкапсулированных узлов.

К моменту выписки больная свободно ходила и чувствовала себя хорошо, но оставалось значительное снижение зрения.

Приведенные наблюдения подтверждают значение таких факторов, как травмы и инфекции, для развития опухолей головного и спинного мозга. Нам кажется, что они не имеют этиологического значения, но могут играть провоцирующую роль, способствуя выявлению первых симптомов, а иногда и ускорению роста опухолей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович П. М. и Файнгольд И. В. Врач. дело, 1951, 11. — 2. Бакунянц И. X. Врач. дело, 1956, 11. — 3. Богатина Ц. Я. Экстремедуллярные опухоли. Горький, 1941. — 4. Гуськова А. К. Сб. науч. раб. Свердловского мед. ин-та. Тр. клин. нервн. бол., 1958. — 5. Зильберштейн X. Н. Тез. докл. I Все-союзн. конф. нейрохирургов, 1956. — 6. Корганов Я. Н. и Дрожникова Е. Н. Журнал невропат. и псих., 1953, 5. — 7. Рабинович В. Я. Опухоли центральной нервной системы, 1936. — 8. Раздольский И. Я. Клиника опухолей головного мозга, 1957. — 9. Смирнов Л. И. Гистогенез, гистология и топография опухолей мозга. Медгиз, 1951. — 10. Хохлова В. В. Тр. Всеросс. научно-практ. конф. нейрохирургов. М., 1956. — 11. Четвериков Н. С. Невропат. и псих., 1945, 5. — 12. Шварц А. М. Сов. невропат., психиатр., психогигиена. 1935, 8.

Поступила 2 апреля 1960 г.

О РОЛИ НЕВРОГЕННЫХ МОМЕНТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ ЧЕШУЙЧАТОГО ЛИШАЯ

Проф. Я. Д. Печников

Кафедра кожных и венерических болезней (зав.— проф. Я. Д. Печников)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Еще один из основоположников отечественной дерматологии проф. А. Г. Полотебнов считал чешуйчатый лишай вазомоторным неврозом. К настоящему времени накоплено много подтверждений роли нервных факторов при этом заболевании.

Разбирая 112 историй болезни последних двух лет, в которых описывались больные чешуйчатым лишаем различных возрастов (от 6 до 64 лет) и различных профессий, мы смогли заметить, что у 42 больных решающую роль в возникновении, течении и исходе заболевания играл неврогенный фактор.

У больных этой группы первоначальные высыпания псориаза, обострения течения, рецидивы возникали под влиянием травматических повреждений, эмоциональных напряжений, обострений органических заболеваний нервной системы.

Псориаз вообще не относится к зудящим дерматозам. Однако у этих больных зуд нередко доходил до резкой степени.

Обычно применяемая в стационарной стадии псориаза раздражающая терапия была у наблюдаемой группы больных не только неэффективной, но лишь обостряющей болезненный процесс. Псориазин в 7 случаях привел к эритродермии.

Только общая успокаивающая терапия с применением брома, новокаина, снотворных средств, общих хвойных ванн, а также словесное внушение без гипноза, условнорефлекторная терапия, индифферентная наружная терапия — давали хороший терапевтический эффект.

За последние годы было выявлено, что у 16 больных псориазом, получавших в прошлом терапевтический эффект от сочетания внушения с инъекциями мышьяка или новокаина, был получен демонстративный эффект при тех же условиях и от инъекций физиологического раствора.

Поступила 8 июня 1960 г.