

## К клинике и гистологии *lupus erythematodes* волосистой части головы.

Проф. З. Н. Гржебина.

(С 2 рис.)

Каждому дерматологу, которому приходилось видеть красную волчанку, локализирующуюся на волосистой части головы, бросалось в глаза обстоятельство, что следы, остающиеся после *lupus erythematodes* на волосистой части головы, более глубоки, чем рубцы, остающиеся на лице, а эти последние, особенно располагающиеся у носа, в свою очередь более глубоки, чем рубцы, остающиеся на какой-нибудь другой части тела. При этом невольно приходит в голову другое страдание кожи, *favus*, которое также оставляет глубокие следы на волосистой части головы и почти никаких следов в тех случаях, когда парша локализуется на теле. При просмотре гистологических срезов, полученных от favозных больных, из кожи головы и тела, это явление становится нам понятным. Повидимому, парша на теле потому не оставляет никаких следов, что здесь весь процесс локализуется в самых поверхностных слоях эпидермиса; совсем другое мы видим при *favus*'е волосистой части головы,—здесь процесс не ограничивается только эпидермисом, но захватывает сально-волосяные мешочки и другие придатки кожи, заложенные подчас глубоко в дерме. Указанная разница между *favus*'ом на теле и *favus*'ом волосистой части головы, в свою очередь, главным образом, если не исключительно, обуславливается разницей в анатомическом строении той или другой части кожи: только обилием сально-волосяных мешочков, заложенных в дерме, нам кажется, и можно объяснить те рубцовые изменения, которые мы видим после *favus*'а на волосистой части головы.

По аналогии с паршею мы предположили, не имеется ли и при *lupus erythematodes* явления того же порядка, т. е., и здесь не анатомическое ли строение кожи является причиной того, что эта болезнь на голове оставляет более глубокие следы, чем на теле. С целью окончательно убедиться в этом мы подвергли гистологическому изучению  $\frac{1}{2}$  кусочки кожи, иссеченные у больных волчанкой с различных мест—с волосистой части головы, лица, с шеи, спины и некоторых других мест.

*Биопсия № 1* (с волосистой части головы) (рис. 1). Роговой слой почти нормальной толщины, местами разволокнен или слущен, изредка местами имеется незначительно выраженный паракаротоз. Расширенные устья сально-волосяных фолликулов заполнены роговыми массами. Зернистый слой большей частью выражен хорошо, лишь в очагах паракератоза выражен неясно. В rete Malpugii мутное набухание эпителиальных клеток, незначительная вакуолизация и интерстициальное воспаление. Граница между эпидермисом и дермой нелегко отчетливо выражена. По всей дерме, в сосочковом и подсосочковом слое, имеется диффузная,

не очень густая инфильтрация; этот инфильтрат густо группируется вокруг сосудов, которые представляются значительно расширенными. Особенно расширены сосуды поверхностной сети дермы, в которых можно отметить и набухание эндотелия. Некоторые сосуды наполнены кровью. Местами имеются значительные кровоизлияния в дерму, иногда захватывающие значительную часть препарата. Наибольшие изменения мы находим в сально-волосяных фолликулах и потовых железах. В глубоких частях дермы и даже отчасти в подкожной жировой клетчатке встречаются также очаги инфильтрата, причем очаги эти почти всегда локализируются около тех или иных придатков кожи, преимущественно вокруг сально-волосяных мешочков у устьев их, у потовых желез и *mm. erectores pilorum*. Процесс не ограничивается, однако, лишь тем, что инфильтрат окружает все придатки кожи, — инфильтрат этот проникает и в самые волосяные мешочки и сальные железы (рис. 2). Там, где имеется диффузный и достаточно мощный инфильтрат, там коллагенная и эластическая ткани отсутствуют; эластическая ткань сохранена только в промежутках между очагами инфильтрата. Пронизанные инфильтратом придатки кожи находятся в стадии расплавления. Инфильтрат состоит, главным образом, из лимфоцитов, однако встречаются и др. элементы, как, например, плазматические клетки, фибробласты и тучные клетки.

Такова в общих чертах гистологическая картина кусочка биопсированной ткани с волосистой части головы. Совершенно очевидно, что пронизанные густо инфильтратом коллагенная и эластическая ткани, а также различные придатки кожи в конце концов неминуемо должны погибнуть, и в результате мы будем иметь атрофию как эпидермиса и дермы, так отчасти даже и подкожной жировой клетчатки. Следствием этого процесса, повидимому, и являются рубцы, причем волосистая часть кожи головы становится менее подвижной.

*Биопсия № 2* (с кожи лица). В общем гистологическая картина здесь мало чем отличается от предыдущей, — изменения сводятся, главным образом, к гиперкератозу, некоторой атрофии остальной части эпидермиса, расширению сосудов, очаговому инфильтрату, главным образом вокруг сальных желез, и отечку соединительнотканной основы дермы. Разница с предыдущим препаратом заключается здесь лишь в том, что здесь значительно больше роговых конусов, инфильтрат располагается несколько более поверхностно и не так диффузен, локализуясь главным образом у сальных и потовых желез.

В виду того, что здесь инфильтрат более поверхностен, и нет того количества сально-волосяных мешочков, как в предыдущем препарате, мы не вправе здесь ждать столь резкой атрофии. Рубцовая атрофия в данном случае пойдет главным образом за счет погибших сальных желез, каковых в этой части кожи впрочем также не мало.

*Биопсия № 3*. При гистологическом изучении третьего кусочка кожи (биопсированного на границе шеи и спины) в роговом слое были обнаружены гипер— и паракератоз, довольно значительный отек эпидермиса и дермы, наконец, незначительный околососудистый инфильтрат в последней.

Мы видим, что обнаруженные здесь нами изменения еще менее значительны, а потому здесь мы еще менее вправе ждать рубцовой атрофии, что и подтвердилось при дальнейшем наблюдении за больным.

Итак, просмотрев три вышеуказанных среза, мы нашли, что, хотя во всех этих случаях было одно и то же заболевание, но гистологическая картина во всех срезах оказалась далеко неодинаковою, причем разница была главным образом количественная. Там, где мы имеем большое количество различных придатков кожи, напр., на волосистой части головы, там болезнь дает и более глубокие изменения; там же, где этих придатков меньше, напр., на лице, там и гистологически мы наблюдаем значительно меньшие изменения. Таким образом более или менее глубокие изменения



Рис. 1.

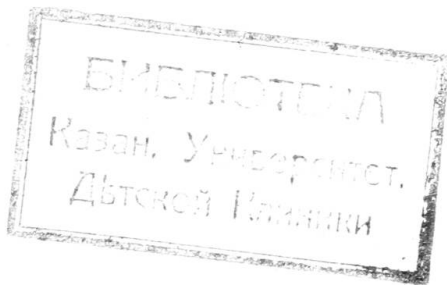


Рис. 2.



В дерме при *lupus erythematodes* должны быть поставлены в связь с анатомией того или иного участка кожи, главным образом с количеством находящихся в данном участке волос, сальных и потовых желез. Эти изменения гистологически совершенно соответствуют той картине, которую мы находим и клинически, и нам совершенно понятно, почему *lupus erythematodes* на волосистой части головы развивается обратно путем рубцовой атрофии, а то же заболевание на границе шеи и спины не оставляет после себя почти никаких следов.

Резюмируя сказанное, мы можем, нам кажется, прийти к выводу, что интенсивность рубцовой атрофии после *lupus erythematodes* зависит, повидимому, главным образом от анатомического строения того или иного участка кожи<sup>1)</sup>. Анатомическое строение кожи волосистой части головы, лица и тела различно, а потому различна и та рубцовая атрофия, которая появляется после этой болезни на том или другом участке кожи.



<sup>1)</sup> Гистологическое изучение биопсированных кусочков кожи, взятых от больных с различными формами *lupus erythematodes*, показало нам, что фолликулярная форма этой болезни чаще встречается там, где много сальных желез, напр., на лице; напротив, там, где железистый аппарат кожи развит незначительно, там мы наблюдаем чаще эритематозную форму.