

Л. И. БОГДАНОВИЧ

(Клиника нервных и кожно-венерических болезней).

КЛИНИКА И ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЧЕШУЙЧАТЫМ ЛИШАЕМ

Чешуйчатый лишай, как известно, является одним из распространенных заболеваний кожи, составляя 2—5% всех дерматозов. По Г. С. Церандису, он преимущественно поражает юношеский возраст (44%), а по А. П. Нордану и Дарье, встречается главным образом в возрасте полового созревания.

Среди обследованных нами 88 больных в возрасте от 6 до 10 лет было 3 человека, от 11 до 15 лет — 14, от 16 до 20 лет — 34, от 21 до 30 лет — 24, от 31 до 40 лет — 11 и от 56 до 60 лет — 2. Таким образом, и среди наших больных подавляющее большинство (65 человек) были лица также молодого возраста, от 11 до 25 лет. Мужчин было 44, женщин — 44; из них: рабочих — 18, среди последних 2 плотника, 1 слесарь, 1 судомойка, 1 гладильщица и 13 рабочих различных промышленных предприятий, в которых профессиональных вредностей не отмечалось. Колхозников было 34, из них 5 трактористов, служащих — 14, учащихся — 20, домохозяек — 2.

При клиническом обследовании больных чешуйчатым лишаем мы наряду с учетом их субъективных жалоб на бессонницу, вспыльчивость, раздражительность и др. (объективно могли у них установить ряд симптомов повышения возбудимости нервной системы: повышение сухожильных рефлексов, мелкое дрожание пальцев вытянутых рук, потливость и т. п.).

В целях более детального обследования нервной системы больных чешуйчатым лишаем мы провели ряд более тонких исследований, как-то: размеров зрачков, мышечного валика, кожной температуры, состояния потоотделения, пиломоторного рефлекса, дермографизма, гидрофильности тканей, волосяной чувствительности.

Исследования размеров зрачков проведены у 480 больных.

Величина зрачков измерялась при помощи пупиллометра Габа, который является наиболее простым и удобным среди пупиллометров других конструкций (Ширмера, Крузнуса и др.).

Средними размерами зрачков обычно считают зрачки диаметром от 2,5 до 3,5 мм. Однако, учитывая, что исследование проходило в хорошо освещенной комнате, в период времени от 12 до 14 часов (при наличии сильной облачности исследование не проводилось), мы приняли за нормальную величину зрачков размеры от 2 до 2,5 мм, которые были отмечены у 15 здоровых человек при прочих равных условиях.

Средняя величина зрачков у обследованных нами 80 больных до лечения, т. е. до применения каких-либо лекарственных веществ, способных вызвать изменение размеров зрачков, оказалась на 0,5—1 мм больше, чем у здоровых людей, обследованных нами в тех же условиях.

При чешуйчатом лишае, таким образом, размеры зрачков нормальны или же увеличены, особенно в прогрессивной стадии, из чего можно сделать вывод о преобладании возбудимости симпатической нервной системы в период обострения этого заболевания.

Одним из важных показателей нарушения обменных процессов в поперечно-полосатой мускулатуре является мышечный валик, который рассматривается как симптом местного повышения механической возбудимости мышц. Мышечный валик нами определялся путем сдавливания и перекатывания двуглавой мышцы между пальцами у 80 больных чешуйчатым лишаем.

Мышечный валик не был отмечен у 13 человек (11 женщин и 2 мужчин), преимущественно с заболеванием многолетней давности. Из 67 больных с положительным мышечным валиком у 47 человек он был умеренно выражен (+), у 15 человек сильно выражен (++), а у 5 человек очень сильно выражен (+++).

Эти данные свидетельствуют, что чешуйчатый лишай не представляет собою местное кожное заболевание, а является общим заболеванием, связанным с изменением функции нервной системы.

Кожная температура давно интересует дерматологов, так как она отражает состояние нервной системы в целом и нервно-сосудистых элементов кожи, а следовательно, до некоторой степени позволяет судить о трофических изменениях в коже, наступивших в результате общих нарушений нервной регуляции.

Исследование кожной температуры мы проводили аппаратом Мищука у 25 больных чешуйчатым лишаем в симметричных участках предплечий и плеч на псориатической бляшке, на 2 см выше и на 2 см ниже ее, а также на видимо здоровой коже

(медиальная линия плеча) у каждого больного при поступлении, в середине лечения и после лечения и у 10 здоровых человек на адекватных участках.

Кроме того, аналогичного рода измерения были произведены у тех же больных в симметричных участках бедер и голеней на псориатической бляшке, затем на 2 см выше и на 2 см ниже ее, а также на здоровой на вид коже в области средней трети пупартовой связки.

Время температурной адаптации нами исследовалось у 6 больных псориазом в разных стадиях заболевания и у 3 здоровых человек. Каждому исследуемому на 5 минут прикладывался кусочек льда к псориатической бляшке и контрольному участку (видимо здоровая кожа). Температура кожи регистрировалась до охлаждения, после снятия льда и затем через каждые 5 минут в течение часа. Аналогичное исследование было проведено также с тепловой нагрузкой, причем к исследуемым участкам прикладывались полые цилиндры, в которые наливалась горячая вода (40°).

Измерения производились в период времени от 3 до 5 часов вечера, в помещении с температурой воздуха 17—19°, одним и тем же лицом. Исследования производились в зимний, весенний, летний и осенний периоды 1952 г.

В результате проведенного исследования у всех больных отмечены строго очерченные закономерности, а именно: на бляшке температура кожи понижена, выше и ниже бляшки температура кожи несколько выше, чем на бляшке, на контрольных участках (вдали от бляшек) значительно выше и приближается к данным, полученным у здоровых людей (измерения температуры кожи у них проведены в тех же кожных зонах, что и у больных).

Для динамики кожной температуры у этих больных характерно то, что по мере выздоровления температура на псориатических бляшках сравнивалась с температурой кожи окружающих участков.

У нескольких больных температура кожи на псориатической бляшке в середине лечения оказалась такой же, как и до лечения, однако это можно объяснить наличием сильно выраженного острого течения заболевания у этих больных при поступлении. Значительных температурных асимметрий мы не отмечали. Они имели место только у 2 больных с посттравматическими изменениями в конечностях. Интересно отметить, что в процессе выздоровления температура кожи повышалась, хотя и незначительно, не только на псориатических бляшках, но и на видимо здоровой коже.

При исследовании времени температурной адаптации оказалось, что у больных чешуйчатым лишаем по сравнению со здоровыми людьми выравнивание температуры на участках кожи, подвергшихся охлаждению и обогреванию, замедлено в

среднем на 10—13 минут, причем сильнее всего в прогрессивной и стационарной стадиях. Так, после тепловой нагрузки выравнивание кожной температуры у контрольной группы здоровых людей наступило в среднем через 12 минут, а у больных чешуйчатым лишаем на бляшках — через 26 минут. После охлаждения выравнивание кожной температуры у здоровых лиц наступило в среднем через 25 минут, а у больных псориазом на бляшках — через 34 минуты.

Наши исследования кожной температуры у больных чешуйчатым лишаем позволяют поэтому сделать следующие выводы:

1) у всех больных кожная температура на уровне псориатической бляшки заметно понижена;

2) закономерных изменений кожной температуры в соответствии со стадией заболевания не наблюдается, хотя по мере выздоровления кожная температура приближается к норме;

3) в прогрессивной стадии заболевания, при остром течении, у отдельных больных кожная температура оказывается несколько выше, чем в стационарной стадии.

Кожная температура при чешуйчатом лишае отражает характер нарушения обменных процессов в организме больного, являясь выражением общих изменений у этих больных. В то же время понижение кожной температуры преимущественно на уровне псориатической бляшки свидетельствует о наличии локальных изменений в рецепторном кожном анализаторе у этих больных по типу угнетения (торможения) функции рецепторов.

Потоотделение является одним из важных показателей функции нервной системы. Путем повышения или понижения потоотделения нервная система способствует приспособлению организма к определенным условиям внешней среды.

Потоотделительный рефлекс замыкается на разных уровнях центральной нервной системы.

Для изучения механизма потоотделения с учетом различных уровней регуляции его применяются различные методы. Так, для изучения церебральных механизмов (корково-межуточных) дается больному 1,0 аспирина внутрь, для изучения механизма спинальной регуляции потоотделения применяется световая ванна, а для изучения периферического нервного механизма потоотделения делается подкожная инъекция 1% раствора пилокарпина — 1 мл.

Таким образом, исследование потоотделения является важным методом функциональной диагностики поражений нервной системы. Динамика потоотделения при чешуйчатом лишае изучена далеко не достаточно, а количество работ, посвященных этому вопросу, невелико.

На снижение или отсутствие потоотделения в области бляшек у больных чешуйчатым лишаем указывают О. Н. Подвысоцкая, В. С. Гарби, О. И. Скудина и др. Однако в доступной

нам литературе мы не нашли указаний на исследование пототоотделения с учетом характера действующего раздражителя на периферические нервные окончания, спинной мозг, головной мозг. Вышеуказанные авторы определяли лишь пониженное пототоотделение в районе псорнатических бляшек по сравнению с участками здоровой на вид кожи, пользуясь лупой (В. С. Гарби) или модификацией пробы В. Минора (О. И. Скудина), не ставя своей задачей выяснить уровень преобладающего поражения нервной системы, обуславливающего нарушение пототоотделения у больных чешуйчатым лишаем.

Из многочисленных методов исследования пототоотделения (определение пототоотделения на глаз и на ощупь, весовые методы, колориметрические методы, метод катетеризации потовых желез микроскопические методы, метод измерения электрокожного сопротивления) мы выбрали последний, как наиболее совершенный и точный.

Исследование производилось при температуре окружающего воздуха 17—19°C. У 25 больных чешуйчатым лишаем в симметричных участках верхних конечностей на псорнатической бляшке и на видимо здоровой коже (медиальная линия плеча) у каждого больного при поступлении, в середине лечения и после лечения, а также у 10 здоровых человек на адекватных участках.

С целью выявления уровня поражения нервной системы мы провели обследование пототоотделения по следующей схеме: 1) пототоотделение без всяких раздражителей, 2) после световой ванны через 10 минут и через 20 минут, 3) после инъекции пилокарпина (1% раствор — 1,0 подкожно) через 20 минут и 45 минут, 4) после приема внутрь аспирина (1,0) через 10 минут, 30 минут и 60 минут.

Кроме того, перед началом исследования пототоотделения и после инъекции пилокарпина через 20 и 45 минут измерялось артериальное давление и пульс.

Данные, полученные нами, показывают, что до лечения в зоне псорнатической бляшки до функциональных проб пототоотделение резко снижено, чаще всего до нуля. Пототоотделение после световой ванны спустя 10 минут в зоне той же бляшки заметно повышается, через 20 минут наблюдается дальнейшее усиление его. При пробе с пилокарпином спустя 20 минут после инъекции наблюдается небольшое усиление выделения пота в зоне бляшки, через 45 минут дальнейшего заметного усиления пототоотделения не отмечается. При пробе с аспирином (спустя 10, 30 и 60 минут после приема внутрь 1,0 аспирина) заметного изменения пототоотделения по сравнению с начальным состоянием ни в одном из наших исследований не наблюдалось.

Пототоотделение на контрольном участке до функциональных проб было незначительным. После световой ванны и пилокарпиновой пробы динамика пототоотделения в зоне контрольного

участка была почти такой же, как и в зоне бляшки, но выражалась значительно большими цифрами. После пробы с аспирином потоотделение на контрольном участке немного повышалось, а в зоне бляшки оставалось без изменений.

Что касается потоотделения в середине лечения и после лечения, т. е. динамики его, то по мере выздоровления потоотделение до функциональных проб, после световой ванны и после пилокарпина на бляшке резко возрастало, на контрольном участке несколько увеличивалось. Для динамики потоотделения после аспириновой пробы характерно относительно более резкое повышение его на бляшке и незначительное на контрольном участке.

Нельзя не отметить и того, что после аспириновой пробы потоотделение на бляшке и на контрольном участке у здоровых людей гораздо больше, чем у больных чешуйчатым лишаем даже после лечения.

Пользуясь довольно точным электрометрическим методом, мы всегда отмечали у больных чешуйчатым лишаем до лечения наличие потоотделения на псорнатических бляшках после функциональной пробы и даже в одном случае до нее, а также заметную разницу между потоотделением на клинически здоровой коже больных и потоотделением контрольной группы здоровых людей.

Однако самым характерным в динамике потоотделения у больных чешуйчатым лишаем является следующее:

1. До лечения потоотделение на псорнатических бляшках у больных фактически отсутствует.
2. Световая ванна и пилокарпиновая проба до лечения дают заметное повышение потоотделения как на бляшках, так и на контрольных участках, в то время как при аспириновой пробе потоотделение на бляшке не повышается, а на контрольных участках повышается очень незначительно.
3. У больных чешуйчатым лишаем даже после лечения потоотделение несколько ниже, чем у здоровых людей.
4. Особенно заметная разница в потоотделении между здоровыми людьми и больными чешуйчатым лишаем даже в период клинического выздоровления определяется при пробе аспирином.

Таким образом, преобладающий уровень поражения нервной системы у больных чешуйчатым лишаем — это корково-межуточный отдел регуляции потоотделения, причем даже при исчезновении псорнатической сыпи у этих больных центральное потоотделение оказывается ниже, чем в контрольных случаях.

Эти данные позволяют высказать предположение, что нарушение потоотделения при чешуйчатом лишае является показателем не столько местных, сколько центральных нервнорефлекторных изменений.

В известной мере данное положение подтверждается также

результатами исследования местного и общего пилomotorного рефлекса, местного и рефлекторного дермографизма у этих больных.

На большое клиническое значение пилomotorного рефлекса в дерматологии и, в частности, при псориазе указывал П. В. Никольский, который показал, что у ряда лиц местный пилomotorный рефлекс выражен сильнее, чем в норме. У многих лиц П. В. Никольский совсем не получил никакой реакции, что он связывает с параличом, либо парезом мышц или «заведующих их сокращением симпатических нервов».

У больных чешуйчатым лишаем П. В. Никольский не получал мышечно-волоскового рефлекса. Он появлялся только после исчезновения сыпи. Исходя из этого, П. В. Никольский считал чешуйчатый лишай мышечно-волосковым неврозом.

О. Н. Подвысоцкая и М. И. Шполянский исследовали влияние фармакологических проб на пилomotorный рефлекс у 35 больных чешуйчатым лишаем. Согласно их данным, пилomotorный рефлекс под влиянием фармакологических проб дает колебания, но закономерности в этом не отмечается. Предположительным центром пилomotorного рефлекса авторы считают основание третьего желудочка рядом с тепловым центром.

По литературным данным, волосковые мышцы иннервируются симпатической нервной системой по тем же законам, по которым происходит иннервация потовых желез.

Г. С. Цераидис в своей диссертации «Гистогенез чешуйчатого лишая» на основании клинического исследования 52 больных чешуйчатым лишаем пришел к выводу, что во всех стадиях чешуйчатого лишая мышечно-волосковый рефлекс полностью отсутствует.

Руководствуясь этими данными, мы изучали у наших больных общую и местную пилomotorную реакцию, применив следующую методику: местная пилomotorная реакция вызывалась штриховым раздражением кожи на симметричных сторонах груди (справа и слева); общий пилomotorный рефлекс вызывался путем охлаждения эфиром кожи в области верхнего края трапециевидной мышцы с обеих сторон.

В отношении пилomotorного рефлекса (местного и общего) у всех наших больных отмечается та или иная степень пилomotorной ареактивности. Если в стационарной и особенно в регрессивной стадиях отмечается некоторая местная пилomotorная реакция при почти полном отсутствии общего пилomotorного рефлекса, то в прогрессивной стадии, как правило, пилomotorный рефлекс отсутствует.

Так, например, пилomotorный рефлекс был выражен в прогрессивной стадии только у 4 больных из 38, в стационарной стадии — у 7 больных из 37, в регрессивной стадии — у 1 больного из 4.

Таким образом, наши данные согласуются с данными

П. В. Никольского и других авторов об отрицательном пилomotorном рефлексе у больных чешуйчатым лишаем и его постепенном восстановлении по мере выздоровления.

Надо полагать, что нервные окончания в *musculus arrector pili* и, возможно, нервные сплетения, идущие с сосудами в волосяной сосочек, находятся при этом заболевании в состоянии резкого угнетения, что также можно рассматривать как местное проявление общего, центрального угнетения, повидному, связанного с центрами межоточного мозга.

Одним из важных методов функциональной диагностики состояния нервной системы является дермографизм. Различают местный и рефлекторный дермографизм.

Продолжительность реакции при местном и рефлекторном дермографизме по разным авторам различна.

Однако большее значение для нас имеют данные Н. С. Четверикова, потому что исследование дермографизма в нашей клинике проводилось, как и в исследованиях Н. С. Четверикова, дермографом конструкции инженера Волкова. Согласно данным Н. С. Четверикова, продолжительность белого дермографизма 1—10 минут, а красного от 2 минут до нескольких часов. Рефлекторный дермографизм возникает через 5—20 секунд и длится от 1 до 10 минут.

Дермографизм при чешуйчатом лишае изучался рядом авторов, в числе которых нельзя не отметить таких корифеев отечественной дерматологии, как П. В. Никольский и О. Н. Подвысоцкая.

П. В. Никольский в работе «Мышечно-волосковый рефлекс кожи и его значение в дерматологии» указывает на взаимоотношение между мышечно-волосковой и сосудистой реакцией. Отрицательный мышечно-волосковый рефлекс, по его данным, при нормальной сосудистой реакции встречается у 27% больных, немного чаще при красном дермографизме, но особенно часто при отсутствии сосудистой реакции (66%) и при белом дермографизме. Таким образом, паралич вазомоторов часто совпадает с параличом волосковых мышц.

Позже П. В. Никольский отметил на псориазных бляшках при штриховом раздражении (ногтем) отсутствие какой-либо реакции, что, по его мнению, свидетельствует о параличе как «сосудорасширителей, так и сосудосжимателей».

Обобщая ранее полученные данные о чешуйчатом лишае в его клинике (нарушение потоотделения и салоотделения, отсутствие пилomotorной и сосудистой реакций на псориазных бляшках), П. В. Никольский в работе «Патогенез и лечение псориаза, прурити и ихтиоза» приходит к выводу, что псориаз является секреторно-вазомоторно-мышечно-волосковым неврозом.

О. Н. Подвысоцкая совместно с М. И. Шполянским изучали дермографизм у 98 больных с различными дерматозами.

Дермографизм исследовался стеклянной палочкой с закругленным концом. Из 35 больных чешуйчатым лишаем у 27 был красный дермографизм, у 3 — белый, у 5 — смешанный. Однако авторы приходят к выводу, что уловить постоянство дермографизма при различных заболеваниях затруднительно.

А. В. Логинов в своей диссертации «Дифференциальный метод исследования функциональных нарушений нервно-сосудистой системы кожи при дерматозах» чешуйчатому лишаю посвятил только две страницы, исследовав 10 больных псориазом. Согласно его данным, реакция сосудов на ацетилхолин у 2 больных была сильная, у 6 — средняя, у 2 — слабая. Прямой дермографизм у 2 больных был сильно красный, у 4 — красный средний, у 2 — красный слабый, у 1 больного — белый. Реакции сосудов на ацетилхолин и дермографизм изменялись, таким образом, параллельно друг другу.

По нашим данным, острое штриховое (рефлекторный дермографизм) и тупое (местный дермографизм) раздражение, нанесенное на симметричные участки кожи груди, дало при одинаковой силе раздражения почти одинаковые результаты в отношении рефлекторного и местного дермографизма. При этом сила раздражения определялась, как правило, дозированным дермографом пружинного типа конструкции инженера Вачкова. При нанесении раздражения у всех больных немедленно появлялся белый штриховой след, который тут же исчезал и после более или менее продолжительного периода (от 3 до 40 секунд) появлялся красный дермографизм, быстро усиливавшийся, а затем и он держался и исчезал в сроки от 1, 5 до 10 минут.

Как правило, у наших больных отмечался красный дермографизм и только у 2 больных дермографизм был белый, а у 1 — белый, переходящий в красный.

Это дает право утверждать, что сосудистый рецепторный аппарат у этих больных находится в состоянии раздражения. Это и обуславливает обычную гиперемию кожных покровов у подавляющего числа больных, страдающих чешуйчатым лишаем, что и создает фон, способствующий появлению красного дермографизма при штриховом раздражении кожи.

О повышении возбудимости парасимпатических нервных окончаний (или угнетения симпатических нервных окончаний) в коже больных чешуйчатым лишаем говорят также данные исследования гидрофильности тканей.

Проба на гидрофильность тканей, особенно в последние годы, все больше и больше привлекает внимание дерматологов, так как она является одним из ценных методов исследования состояния нервной системы.

Сущность волдырной пробы некоторые авторы объясняют фильтрующими свойствами аргентофильных мембран (А. И. Картамышев, Г. В. Галанова). Н. С. Четвериков,

Е. М. Батурина, М. П. Елинский, Э. К. Евзерова и др. связывают гидрофильность кожи с состоянием вегетативной нервной системы. Время рассасывания волдыря (ВРВ) в норме равно 40—60 минутам. При выключении парасимпатической нервной системы ВРВ удлиняется до 80—100 минут.

Симпатикотомия ведет к укорочению ВРВ на оперированной стороне до 20—30 минут (Э. К. Евзерова, С. Ю. Минкин и Е. С. Санович). При повышении возбудимости симпатической нервной системы ВРВ удлиняется иногда до 2 часов (Н. С. Четвериков). М. П. Елинский установил укорочение ВРВ во всех случаях поражения межучного мозга.

У больных чешуйчатым лишаем гидрофильность кожи исследовалась рядом авторов (Т. М. Юринов, Г. С. Цераидис и др.).

Т. М. Юринов, исследуя гидрофильность кожи у больных различными дерматозами, указывает, что сокращение времени рассасывания волдыря имеет место у больных псориатическим, экземой, дерматитами, туберкулезной волчанкой и в меньшей степени у больных псориазом.

Г. С. Цераидис отмечает укорочение ВРВ в псориатических элементах до 24 минут, в здоровой на вид коже вблизи псориатических элементов — до 36 минут, а вдали — в пределах нормы, т. е. 50—60 минут.

Исходя из вышесказанного о значении пробы на гидрофильность тканей при исследовании нервной системы и указаний ряда авторов на сокращение ВРВ у больных чешуйчатым лишаем, мы решили исследовать гидрофильность кожи у 40 больных с учетом стадии заболевания.

Исследование проводилось по методу, описанному Мак Клюром и Олдричем. Согласно данной методике, мы вводили внутрикожно 0,2 мл физиологического раствора в псориатическую бляшку и в участок здоровой на вид кожи в области внутренней поверхности предплечья, а затем определяли время рассасывания образовавшегося волдыря.

Исследования гидрофильности тканей были произведены у 40 больных в начале, в середине и в конце лечения и у 10 здоровых человек. Если считать, что в норме гидрофильность тканей на предплечье равна 40—70 минутам, то у больных чешуйчатым лишаем на тех же участках, свободных от псориатических бляшек, она в подавляющем большинстве случаев оказалась ускоренной, особенно в прогрессивной стадии заболевания (22—45 минут), а в зоне псориатической бляшки — резко ускоренной во всех стадиях заболевания (17—40 минут).

Как известно, одним из методов определения возбудимости симпатических и парасимпатических нервных окончаний в коже является гистамин-адреналиновая проба, предложенная М. Я. Брейтманом. Эта проба интересовала нас, поскольку

она является показателем состояния нервной системы, в частности, адреналиновая проба выявляет состояние возбудимости симпатической нервной системы, а гистаминовая является показателем состояния парасимпатической нервной системы. Однако мы рассматриваем гистамин-адреналиновую пробу не только как показатель состояния вегетативной нервной системы, о чем утверждают другие исследователи, а как метод функциональной характеристики всей нервной системы, ибо противопоставлять вегетативную нервную систему всей нервной системе нет никаких оснований.

Данных о гистамин-адреналиновой пробе у больных чешуйчатым лишаем в доступной нам литературе не имеется.

Гистамин-адреналиновая проба производилась у 40 больных в начале, середине и в конце лечения и у 10 здоровых человек.

Анализ полученных данных показывает, что при гистаминовой пробе длительность феномена, его интенсивность и величина волдыря отличаются от вариаций, встречающихся у здоровых людей.

Эти данные свидетельствуют о несколько повышенной возбудимости парасимпатических окончаний в коже больных чешуйчатым лишаем, особенно в прогрессивной стадии. По мере улучшения состояния больных ответная реакция кожи на воздействие гистамина уменьшается.

В отношении адреналиновой пробы обнаруживается, как правило, значительно более длительная реакция, чем в норме, и большие размеры пятен.

Эти данные в сочетании с другими материалами дают основание полагать, что вегетативные нервные окончания в коже, симпатические и парасимпатические, преимущественно находятся в состоянии раздражения.

В известной степени эти данные подкрепляются исследованием чувствительности кожи.

Так, еще П. В. Никольский указывал на понижение болевой и электроболевой чувствительности в области псориазных бляшек по сравнению со здоровой кожей.

Позже А. Ф. Ухня сообщил, что методом сенсорной хронаксии им констатировано повышение порога возбудимости у больных чешуйчатым лишаем.

Тонкие методы исследования кожной чувствительности дают возможность судить о состоянии рецепторного аппарата. Имеются веские основания считать, что возможность значительного изменения степени возбудимости кожных рецепторов зависит от состояния центральной нервной системы, в том числе и коры больших полушарий мозга.

Исследование волосковой чувствительности у больных чешуйчатым лишаем мы производили с помощью волосков и щетинок, изготовленных нами по следующей схеме:

Для болевой чувствительности		Для тактильной чувствительности	
Толщина свиных щетинок в мм	№№ волосков	Толщина конских волосков в мм	№№ волосков
0,1	1	0,05	1
0,2	2	0,1	2
0,3	3	0,2	3

Для исследования болевой чувствительности вы пользовались волосками из свиной щетины, тактильной чувствительности — волосками из конского волоса. Болевая чувствительность определялась тремя свиными щетинками толщиной 0,1 мм, 0,2 мм и 0,3 мм, а тактильная чувствительность тремя конскими волосками толщиной 0,05 мм, 0,1 мм и 0,2 мм. Причем подбирались такие щетинки и волоски, которые сохраняли необходимую толщину на протяжении 2 — 3 см. Измерение толщины их производилось микрометром. Затем свиные щетинки остро затачивались с одного конца лезвием безопасной бритвы под контролем лупы четырехкратного увеличения. Только после этого производилась заправка щетинок, а также и волосков в тонкие, легкие деревянные ручки, которые нумеровались. Заправка производилась следующим образом: конец тонких деревянных палочек расщеплялся, в расщелину вставлялся волосок, имеющий свободный конец длиной в 1,5 см. Все это смазывалось универсальным клеем БФ-2 (можно столярным клеем).

Волосками № 1 хорошо определяется тонкая, пороговая тактильная и болевая чувствительность, волосками № 3 — грубая тактильная и болевая чувствительность, волоски № 2 являются промежуточными между волосками № 1 и № 3.

Исследование болевой и тактильной чувствительности вышеописанными волосками и щетинками произведено у 40 больных чешуйчатым лишаем в симметричных участках обеих предплечий на псориазической бляшке и на видимо здоровой коже на расстоянии 5 см от бляшки у каждого больного при поступлении, в середине лечения и при выписке. Кроме того, такие же исследования сделаны у 10 здоровых человек в области наружной поверхности предплечий.

Эта модификация методики Фрея, предложенная проф. А. А. Кеворкьяном, требовала значительно меньшей затраты времени и дала точно очерченные закономерные данные.

Тактильная чувствительность, исследованная волоском № 1, в здоровой на вид коже значительно выше, чем на псориазической бляшке, но ниже, чем у здоровых людей на адекватных участках. Более грубые тактильные ощущения

(волосяки №№ 2, 3) воспринимаются значительно лучше. Болевая чувствительность (щетинки №№ 1, 2, 3) у больных несколько ниже в зоне бляшки. В «здоровой» коже болевая чувствительность ниже, чем в контрольных случаях. В общем же болевые раздражения воспринимаются лучше, чем тактильные. Разумеется, все эти данные весьма вариабельны, что объясняется, во-первых, индивидуальными особенностями каждого больного, во-вторых, стадией развития чешуйчатого лишая.

Указанные данные свидетельствуют о повышении порога возбудимости чувствительных нервных окончаний в коже больных, страдающих чешуйчатым лишаем, особенно в зоне псориазической бляшки, причем восстановление чувствительности идет по мере улучшения состояния больных. В прогрессивной стадии отмечается резко пониженная чувствительность, в стационарной стадии чувствительность несколько повышается, а в регрессивной она заметно выше. Резко пониженная кожная чувствительность в зоне бляшки в прогрессивной стадии сопровождается ощущением зуда, что, по видимому, находится в связи с раздражающим действием продуктивных элементов, образующихся в этой зоне. По мере улучшения состояния больных и рассасывания указанных элементов улучшается кожная чувствительность и прекращается зуд. Отмеченные нарушения наблюдаются нередко при одновременных явлениях раздражения и угнетения нервных окончаний в коже.

Однако эти изменения кожной чувствительности объяснить только одними местными кожно-дистрофическими процессами (акантоз, паракератоз, дегенеративные изменения в рецепторном аппарате кожи и т. д.) не следует, так как понижение кожной чувствительности у больных псориазом наблюдалось не только в зоне бляшки, но и на видимо здоровой коже, а также потому, что в разные стадии заболевания изменения чувствительности происходили по разному типу, в частности, в прогрессивной стадии нередко диффузная болевая чувствительность восстанавливалась раньше и лучше, чем тактильная.

Таким образом, кроме местных процессов, существенную роль в изменении кожной чувствительности у этих больных играют, по видимому, афферентные пути в центральной нервной системе, как, например, таламо-кортикальные связи, а также аналитико-синтетический процесс в коре больших полушарий головного мозга.