

4/8

А. И. Картамышев

ГИПНОЗ
И ВДУШЕНИЕ
В ТЕРАПИИ
КОЖНЫХ
БОЛЕЗНЕЙ

Библиотека
ПРАКТИЧЕСКОГО
ВРАЧА

К 339Г
А

Медиц - 1953

К_A 332 Г

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

А. И. КАРТАМЫШЕВ

Профессор Киевского медицинского института

ГИПНОЗ И ВДУШЕНИЕ
В ТЕРАПИИ
КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

К 332 Г 454781
 А Картамышев, А. И.
 Гипноз и внушение
 в терапии кожных
 болезней М. 1953
 454781

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ
ЭКЗЕМПЛЯР



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1953 — МОСКВА

ВСТУПЛЕНИЕ

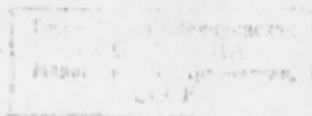
В столкновении между прогрессивным павловским учением и изжившими себя вирховианством и другими реакционными концепциями выражается извечная борьба между материализмом и идеализмом. Это борьба против всех метафизических теорий, за диалектический материализм в медицинской науке.

И. П. Павлов писал: «...чем совершеннее нервная система животного организма, тем она централизованней, тем высший ее отдел является все в большей и большей степени распорядителем и распределителем всей деятельности организма, несмотря на то, что все это вовсе ярко и открыто не выступает. Ведь нам может казаться, что многие функции у высших животных идут совершенно вне влияния больших полушарий, а на самом деле это не так. Этот высший отдел держит в своем ведении все явления, происходящие в теле. Это уже давно было отмечено в явлениях гипнотического внушения и самовнушения»¹.

По учению И. П. Павлова функциональная целостность сложного организма осуществляется нервной системой и основывается на взаимодействии организма со средой.

Основные положения Вирхова — отрицание единства и целостности сложного организма, деление его на клеточные территории, признание непосредственного

¹ И. П. Павлов, Проблема сна, Полное собрание трудов, т. 1, М.—Л., 1940, стр. 410.



действия раздражителей на клетки, отрицание значения перворефлекторных механизмов в возникновении патологических процессов — находятся в непримиримом противоречии с принципами учения С. П. Боткина, И. М. Сеченова, И. П. Павлова. Отечественными физиологами доказано, что рефлекторный принцип реагирования имеет решающее значение для всего организма.

Дискуссия, развернувшаяся в настоящее время особенно остро после объединенной сессии Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР в 1950 г. вокруг отдельных вопросов современной медицинской науки, отражает общую борьбу на идеологическом фронте, аналогично дискуссии, происходившей на сессии Всесоюзной академии сельскохозяйственных наук имени В. И. Ленина в 1948 г. В результате этой дискуссии биологические науки вступили на путь последовательной мичуринской биологии, разоблачив реакционность идеалистических и механистических концепций менделизма.

Отечественные дерматологи уже давно перестали смотреть на кожу как на орган, стоящий изолированно от всего организма. Достаточно вспомнить работы К. Л. Сирского, ученика А. Г. Полотебнова, который в 1896 г. писал, что возникновение пузырьчатки связано с заболеваниями центральной нервной системы и симпатической нервной системы. Аналогично высказывался и П. В. Никольский. Т. П. Павлов со своими сотрудниками изучал состояние нервной системы при экземе.

Здесь же следует указать, что на II Пироговском съезде в 1887 г. на заседании секции кожных и венерических болезней обсуждался вопрос о роли нервной системы в происхождении экземы. На IX Пироговском съезде в 1904 г. обсуждался вопрос о роли психотерапии в дерматологии.

В дальнейшем связь изменений кожи с состоянием нервной системы изучает О. Н. Подвысоцкая совместно с сотрудниками. Мы еще в 1928 г. заинтересовались вопросом зависимости состояния кожи от изменений в центральной нервной системе.

Известно, что И. П. Павлов переходил от изучения организма в лабораторных условиях к наиболее естественным. Нам казалось для этой цели наиболее подходящим проводить наблюдения, переведя исследуемого в гипнотическое состояние. В таком состоянии мы имели возможность делать больному те или иные внушения, влиять на его психику в том или ином направлении и следить за происходящими при этом изменениями в коже или на коже.

При изучении влияния психотерапии на течение тех или иных патологических проявлений в коже мы пользовались большей частью речевым воздействием.

Наши отечественные ученые посвятили этому вопросу немало труда и внесли ценный вклад в сокровищницу науки. Здесь следует указать на выдающиеся работы И. П. Павлова, в которых изложено физиологическое обоснование гипноза.

Многое сделали в разработке этого вопроса не только с точки зрения лечения дерматозов внушением в гипнотическом состоянии, но и лечения этих заболеваний путем косвенного внушения проф. К. И. Платонов и его ученики.

Мы считаем, что данные, приводимые в литературе, совершенно не исчерпывают всех возможностей, которые предоставляет дерматологу суггестивная терапия.

Учитывая важность суггестивного воздействия на больного, дерматологи широко внедряют его в практику. Отсюда и наше стремление: суммировать накопившийся литературный материал, присоединить сюда и наш опыт, основанный на реализации в медицине учения И. П. Пав-

лова, и, подведя итоги, отыскать и вывести из них соответствующие закономерности.

Передовая советская наука развивается на основе творческого применения диалектического материализма ко всем областям знания, как революционного мировоззрения и метода. «Наука потому и называется наукой, что она не признает фетишей, не боится поднять руку на отживающее, старое и чутко прислушивается к голосу опыта, практики» (И. Сталин, Вопросы ленинизма, изд. 11-е, 1947, стр. 502).

Наши ученые имеют все возможности преодолеть пережитки реакционных теорий. В наших руках могучее оружие — марксизм-ленинизм.

Автор

СВЯЗЬ КОЖИ С ОРГАНИЗМОМ

В настоящее время совершенно несомненным является положение, что при любом заболевании мы не должны забывать о состоянии всего организма в целом. И. П. Павлов писал: «Такова в общих чертах нервная система, которая устанавливает связи и соотношения как между органами самого организма, так и между организмом и внешним миром. С этой стороны нервная система есть аналог наших путей сообщения, телефонных проводов. С другой же стороны, ввиду того, что она представляет собой систему, которая все в организме связывает, все объединяет, — она есть аналог центральной власти»¹.

Кожные заболевания не являются исключением из этого правила. Врач в каждом случае кожных заболеваний должен обращать внимание на состояние всего организма больного. Часто может помочь пониманию происходящих изменений и назначению соответствующей терапии умело собранный анамнез, который врач должен правильно использовать.

Кожа человека изменяется от возраста, профессии, образа жизни и др. Если даже поверхностно коснуться всех этих моментов, то станет ясным, от какого большого количества сочетаний различных факторов зависит состояние поверхности тела. Жар и холод, голод и жажда, усталость и отдых, сила и слабость, бездеятельность и работа, напряжение и сбережение сил, пребывание в закрытом помещении и на свежем воздухе, обильное и скудное питание в большей или меньшей мере влияют на состояние кожи. Кожа может становиться потной, холодной и синюшной или теплой и интенсивно красной при различных формах кратковременных и длительных эмоциональных реакций.

¹ И. П. Павлов, Лекции по физиологии, М., 1949, стр. 32.

Мы наблюдаем изменения состояния кожи, особенно на открытых ее участках: на лице, руках и шее. Эти участки кожи принадлежат к тем, на которых наиболее ярко отражаются все указанные выше изменения всего состояния организма. Достаточно вспомнить покраснение и побледнение кожи при эмоциональных реакциях.

Так, у людей при переживаниях, страхе, испуге кожа предплечий, тыла кистей и пальцев меняет окраску. При этом могут наступать явления так называемой «гусиной кожи», появление складок, более выраженных углублений, линий, треугольников и многоугольников и т. д.

Неразрывная связь внешнего облика человека с его психическим состоянием, возможность вызвать путем гипноза образование волдырей и некрозов (о чем будет подробнее говориться ниже) не оставляют сомнений в том, что кожа относится к органам, на которые оказывает влияние центральная нервная система и, в частности, кора больших полушарий.

НЕРАЗРЫВНАЯ СВЯЗЬ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ

Связь психических явлений с биохимическими процессами, происходящими в организме, изучается уже давно. Всякое психическое переживание связано с более или менее определенными реакциями организма. Различного рода спазмы во внутренних органах, тахикардия, лабильность пульса и кровяного давления, учащение дыхания, потоотделение, слезы, желудочно-кишечные выделения и моча, реакция со стороны зрачков, появление адреналина и увеличение сахара в крови, изменение секреции желудочного сока и вязкости крови и разные другие явления — все это результат взаимообусловленности физических и психических явлений, регулируемых корой головного мозга.

Изучение взаимоотношений физиологических и психических явлений производилось рядом способов. Среди методов исследований заслуживает внимания метод суггестивный, который, по мнению К. И. Платонова, является более выгодным, так как дает возможность исследовать в искусственных лабораторных условиях то, что не всегда возможно исследовать в естественных

условиях. Первым попытался применить этот метод в 90-х годах прошлого столетия А. Ф. Лазурский в клинике В. М. Бехтерева, проводя в состоянии гипноза внушение переживаемой радости, горя, страха и гнева. При всех этих психических переживаниях наблюдались более или менее значительные изменения со стороны пульса и дыхания. Аналогичные исследования проведены были В. В. Срезневским, К. И. Платоновым и др. Они показали, что изменения пульса и дыхания, связанные с психическими переживаниями, являются реакциями, относящимися к самым интимным и глубоким биологическим процессам в организме и подтверждающим взаимообусловленность физиологических и психических явлений.

Мы совместно с А. Г. Хованской изучали изменения капиллярного кровообращения у лиц, находящихся в различных фазах гипнотического состояния.

Приводя ряд факторов, которые могут влиять на сокращение капилляров, Н. А. Скульский пишет, что при капилляроскопии должно быть учтено и психическое состояние исследуемого.

Мы считаем все это не лишним интереса, тем более что во всех сдвигах био-физико-химического порядка, наступающих на периферии вследствие нарушения регулирующего влияния нервной системы и, в частности, коры головного мозга, несомненно, роль играет и кровеносная система, и система капилляров.

Под нашим наблюдением находилось 18 больных, которые по тем или иным причинам подвергались лечению внушением в состоянии гипноза. Среди них было 4 мужчин и 14 женщин. Больные были в возрасте от 14 до 63 лет. Одни больные лечились в стационаре клиники, другие — амбулаторно. Капилляроскопия проводилась до погружения в состояние гипноза, во все время нахождения больного в состоянии гипноза и некоторое время после пробуждения больного. Обычно наблюдения проводились неоднократно, что исключало влияние различных случайных факторов. Исследования проводились на *lunula unguis* безымянного пальца левой руки в горизонтальном положении. Степень гипнотического состояния регистрировалась нами по следующему принципу: гипноз I степени — состояние покоя, когда больной лежит покойно, но не спит; гипноз II степени — больной в состоянии легкого сна, слышит все происходящее кру-

гом, и гипноз III степени — глубокий сон с прекращением у больного контакта с внешним миром. 7 больных были в гипнотическом состоянии I степени, 4 больных — во II степени и 7 больных — в III степени.

У больных, находившихся в I стадии гипноза, мы наблюдали незначительные изменения со стороны капилляров в виде легких спастических явлений, замедления тока крови с наклонностью к учащенному ядерному течению. У 4 из 7 больных этой группы ясных изменений в состоянии капилляров нам подметить не удалось (табл. 1). При выведении больного из гипнотического состояния картина капилляров тотчас же возвращалась к первоначальному виду, который имелся до сеанса гипноза.

У 4 больных, находившихся во II стадии гипноза, изменения со стороны капилляров были достаточно однообразны: отмечалось наступление незначительного спастического сокращения сосудов, учащение тока крови, принимавшего обычно ясно выраженный ядерный характер. При выведении больных из гипнотического состояния в течение первых 1—2 минут капиллярное кровообращение выравнивалось (табл. 2).

При наступлении у больного III стадии гипнотического состояния все описанные явления выступали значительно отчетливее (табл. 3). С момента начала сеанса и возникновения у больного дремотного состояния отмечалось нарастание спастического состояния капилляров, ставившегося все резче с переходом больного в глубокий сон. Вместе в этом нарастали явления ядерного течения крови, иногда совершенно прерывавшегося на длительное время (несколько секунд) вследствие полного спазма капилляров. Так, у одной больной до погружения ее в гипнотическое состояние (табл. 3, набл. 17) капилляры, хорошо выраженные во время глубокого сна, совершенно перестали быть видимыми. При пробуждении выравнивание капилляров шло значительно медленнее, требуя для выравнивания 3—5, а иногда и больше минут. Интересно, что когда глубоко спящему больному делали лишь первые внушения перехода в бодрствующее состояние, уже намечалось ослабление спастического сокращения сосудов и выравнивание тока крови. При слове «проснитесь» в этих случаях капиллярное кровообращение почти тотчас же переходило в свое первоначальное

Таблица 1



состояние. Необходимо заметить, что не у всех больных, находившихся в глубоком гипнозе, эти явления проявлялись одинаково интенсивно. Так, у одной больной (табл. 3, набл. 14) отмечалось лишь слабо выраженное спастическое состояние с незначительным ускорением течения крови.

Таблица 2



Дальнейшим этапом нашей работы было изучение взаимоотношений между психическими переживаниями, вызванными в состоянии гипноза, с состоянием капилляров. Известно, что психические переживания сопровождаются рядом биохимических изменений в организме. Под нашим наблюдением находилось 5 больных. Внутренняя неприятного характера производилась в период глубокого гипнотического сна. 2

У трех из наших больных во время психических переживаний наблюдалось ясное спастическое сокращение сосудов. У одной больной это было выражено слабо, а у другой наступило расширение капилляров с

Таблица 3



последующим их резким сокращением. Ускорение тока крови наблюдалось у двух больных. У остальных больных нельзя было отметить изменения скорости течения крови во время психических переживаний. Уместно отметить еще и то, что у одной и той же больной мы наблюдали на разные психические переживания, вызванные внушением, то замедление, то ускорение тока крови (табл. 4).

Таблица 4



Больная К. (табл. 3, набл. 12), у которой наблюдалось спастическое сокращение сосудов во время погружения в глубокий сон, при внушении, что ее кусает оса, реагировала резким ускорением тока крови в капиллярах. Когда во время того же сеанса ей было внушено, что около нее ползет змея, то ток крови в капиллярах резко замедлился; при этом капилляры вследствие увеличившегося спазма стали едва уловимыми. Вообще же восстановление капиллярного тока крови после окончания внушения шло у нее крайне медленно, что не совпадало с данными наших наблюдений над остальными больными, у которых уже с окончанием внушения капиллярное кровообращение быстро выравнивалось приближаясь к тому, каким оно было у загипнотизированных больных до психического переживания.

Таким образом, мы проследили у наших больных наступавшее обычно спастическое сокращение сосудов под

влиянием неприятных внушений, сопровождавшееся чаще всего учащением ядерным течением. Установить закономерности ускорения или замедления тока крови нам не удалось. Когда больные успокаивались, ток крови у них чаще всего быстро выравнивался, не достигая, однако, той картины, которая была до начала гипнотического сеанса.

Учитывая связь психических переживаний с состоянием нервной системы, мы у 6 наших больных проверили действие на капилляры введения под кожу 0,5 мл адреналина в разведении 1:1000.

Как и Н. А. Скульский, после введения адреналина мы получили спазм сосудов, наступавший то скорее, то несколько медленнее. Длительность и интенсивность спастических сокращений были у больных неодинаковы. Небольшое количество наблюдений не дает нам права делать выводы, однако нельзя не отметить, что у больных, впадавших в глубокое гипнотическое состояние, реакция на введение адреналина была резче, чем у лиц, плохо засыпавших. Изменения капиллярного кровообращения соответствовали наблюдавшимся нами при проведении сеансов гипноза. Так, у 2 больных (табл. 1, набл. 5 и 6), у которых при гипнотическом сеансе отмечалось слабое изменение капилляров, реакция на инъекцию адреналина была слабо выражена, а у больных (табл. 3, набл. 13 и 18), у которых при гипнозе наблюдалось ясно выраженное изменение капилляров, реакция на инъекцию адреналина была резко выражена.

Наблюдения показали, что сужение капилляров, вызываемое подкожным введением адреналина, не может быть вызвано предварительным прекращением доступа крови к тому участку, где исследуются капилляры путем наложения пневматической манжетки или эсмарховского бинта. Несмотря на изоляцию кровотока, после инъекций адреналина на изолированном участке кожи наблюдалось сужение капилляров. Объясняют это влиянием адреналина на стенку капилляров через нервную систему. Отсюда делают вывод, что раздражение нервных волокон способно вызвать реакцию капилляров в виде их сокращения.

Совпадение данных, полученных при проведении гипнотического сеанса, с данными, получаемыми на введение адреналина, позволяет, как нам кажется, видеть в этом еще лишнее подтверждение того, что психические

переживания аналогичны воздействию лекарственных веществ на нервную и сосудистую систему.

Установлено, что при внушенных депрессивных состояниях обмен веществ повышается в среднем на 7,6%, а при радостных — на 4,1%. Особенно резко повышается обмен веществ при эмоциях страха, доходя иногда до 26,6%. Хейлиг и Хоф (Heilig и Hoff) при внушении положительных психических переживаний получали прибавление в весе и ускорение диуреза с пониженным выделением Ph и NaCl, в то время как при отрицательных психических переживаниях обнаруживалась потеря в весе и повышенный диурез с увеличенным выделением Ph и NaCl.

Имеются указания на повышение количества ионов кальция в сыворотке крови при внушенном возбуждении и понижение их при успокоении, а В. М. Гаккебуш наблюдал после внушенных психических переживаний увеличение сахара в крови через 45—60 минут. Установлено также, что во время психических переживаний наблюдается повышенное выделение адреналина с последующей гликозурией и другие сопутствующие явления, как, например, увеличение лейкоцитов.

Мы изучали связь психических переживаний в состоянии гипноза с изменением количества сахара в коже.

Вопросу содержания сахара в коже посвящен ряд работ. В большинстве из них отмечается важность изучения этого вопроса. С. Я. Капланский пишет, что изучение расстройств углеводного обмена в патогенезе различных кожных поражений заставляет перейти к исследованию углеводного обмена самой кожи как нормальной, так и патологически измененной. Количество сахара в коже человека С. Я. Капланский определяет в 50—75 мг%.

У больных диабетом содержание сахара в коже увеличивается значительно больше, чем в крови. Вместе с этим содержание сахара в коже меняется в зависимости от состава диеты. Имеются предположения, что при явных и скрытых формах нарушения углеводного обмена кожи появляются упорно тянущиеся дерматозы: экзема, крапивница, ксантелазма, фурункулез, воспаление потовых желез, угри, интертригинозные дерматиты, некоторые дерматомикозы (внешний фактор — грибки) и т. п. Видимо, ткани кожи могут рассматриваться как орган накопления сахара.

И. А. Матусис со своими сотрудниками (А. Д. Авербух и Л. В. Толчинская), изучая содержание сахара в коже человека при некоторых дерматозах, находили увеличенное количество сахара в пораженных участках при более или менее нормальном количестве его в коже, взятой с клинически здоровых мест. Они считают, что изучение углеводного обмена кожи может помочь расшифровать патогенез ряда заболеваний и, следовательно, указать пути рациональной их терапии.

Мы не пытались полностью использовать всю имеющуюся по этому интересному вопросу литературу. Мы только напомним, что, как указывает А. Д. Авербух и Л. В. Толчинская, кожу для производимых ими исследований они брали у больных, не прибегая к анестезии. Вероятно, никто не станет оспаривать тот факт, что приготовление больного к биопсии и сама биопсия без анестезии, несомненно, доставляют больному ряд неприятных переживаний, проведение же биопсии под анестезией может совершенно исказить результат полученных исследований. Эти-то переживания больных, как нам кажется, недостаточно учитывались исследователями, хотя заранее можно было предположить, что они не могут не отразиться на полученных результатах.

Так, К. И. Платонов считает, что необходимо задуматься над вопросом о роли психических травм в развитии не только несахарного, но и сахарного мочеизнурения.

Работы И. А. Лермана о влиянии фармакологических веществ на углеводный обмен дают новое подтверждение роли центральной нервной системы в вызывании гипергликемии. Увеличение количества адреналина в крови, вместе и наряду с психическими переживаниями, ведет к повышенной отдаче сахара печенью.

Поэтому естественно, что при изучении содержания количества сахара в коже человека необходимо учитывать наряду с прочими факторами, и психическое состояние. Однако, насколько нам известно, специально этот интересный вопрос никем не изучался.

Для изучения связи психических переживаний с изменением содержания сахара в коже человека мы решили провести внушение нашим больным различных психических переживаний в состоянии гипноза. Это казалось нам наиболее подходящим, так как здесь мы

187454

имели возможность произвольно регулировать психические переживания и, наконец, зная о наступающей в гипнотическом состоянии анестезии, безболезненно производить биопсии.

Исследования производились нами следующим образом: усыпив больных, мы производили первую биопсию в состоянии глубокого гипнотического состояния, затем вызывали у больных в состоянии гипноза то или другое неприятное переживание и минут через 10—15 после этого производили вторую биопсию вблизи первой. После биопсий взятые кусочки кожи тут же исследовали на содержание в них количества сахара. Исследования производились по методу Хагедорна и Йенсена (Hagedorn и Jenssen). Всего под нашим наблюдением было 5 больных. Все они легко погружались в глубокое гипнотическое состояние.

1. Больная К., 36 лет. Лечилась у нас внушением в гипнозе по поводу красного плоского лишая. В биопсированном кусочке кожи до внушения содержалось 52 мг% сахара. Большой внушается отъезд близкого человека. В кусочке кожи, взятом при второй биопсии, было 69 мг% сахара.

2. Больная О., 28 лет. Лечилась у нас внушением в гипнозе по поводу чешуйчатого лишая. При первой биопсии в коже содержалось 170 мг% сахара. Внушается ссора с мужем. Сильная реакция. При второй биопсии количество сахара в коже равнялось 160 мг%.

3. Больная Ш., 23 лет. Лечилась внушением в гипнозе по поводу чешуйчатого лишая. При первой биопсии количество сахара в коже равнялось 54 мг%. Внушается, что болезнь ухудшилась. Во втором биопсированном кусочке кожи сахара было 69 мг%.

4. Больной Ф., 43 лет. Лечился у нас по поводу красного плоского лишая. В кусочке кожи, взятом при первой биопсии, обнаружено сахара 73,6 мг%. Внушается отъезд сына. При второй биопсии в коже обнаружено сахара 78,9 мг%.

5. Больная К., 21 года. Лечилась по поводу чешуйчатого лишая. При первой биопсии обнаружено в коже 68 мг% сахара. Внушается неудачный ответ на экзамене. Сильная реакция. В кусочке кожи, полученном при вторичной биопсии, обнаружено 79 мг% сахара.

На основании наших немногочисленных наблюдений мы не пытаемся говорить о тех или иных полученных нами сдвигах количества сахара в коже при различных дерматозах. Мы хотим только показать, что психические переживания, которые возникают у больных, влияют на содержание количества сахара в коже больных. Поэтому все исследования в этом направлении должны, на наш взгляд, проводиться с учетом этого обстоятельства, иначе может вкратиться досадная ошибка.

Если же мы вспомним соображения Капозы (Kaposi), что: 1) увеличение количества сахара или продуктов его расщепления в коже непосредственно действует возбуждающим образом на чувствительные нервы кожи, вследствие чего появляется зуд и другие симптомы возбуждения нервов; 2) увеличение количества сахара действует на секреторные и вазомоторные нервы кожи, вследствие чего появляются расстройства кожной секреции (ангидроз, гипергидроз, астеатоз, ксероз, эритема, крапивница), то мы найдем и объяснение тем фактам, что у наших больных после неприятных переживаний нередко наступает обострение кожного процесса.

В литературе имеются указания на то, что само по себе гипнотическое состояние вызывает ряд изменений в организме, так, например, пропорционально глубине гипнотического состояния изменяется количество кальция в сыворотке крови, отмечено понижение вязкости крови и желудочной секреции, замедление пульса и дыхания, падение кровяного давления, которое при пробуждении быстро повышается.

Есть сообщение, что при погружении в гипнотическое состояние наступает колебание количества лейкоцитов в периферической крови, однако наблюдений в этом направлении еще недостаточно и нет твердо установленных данных.

Ввиду отсутствия достаточной литературы по этому вопросу И. М. Невский и Ю. Н. Архангельский произвели 19 исследований у 10 больных и установили, что при гипнотических состояниях общее количество лейкоцитов не остается постоянным и подвергается колебаниям. Повторные исследования одних и тех же субъектов не давали однообразной картины; иногда при первых исследованиях под влиянием гипноза устанавливали лейкоцитоз, а при повторных — лейкопению. Все же в половине исследований общее количество лейкоцитов в гипнотическом состоянии снижалось в среднем на 10—15%, а в остальных оно или не изменялось, или увеличивалось. Наши наблюдения в этом отношении говорят также о том, что при гипнотических состояниях имеется склонность к снижению количества лейкоцитов в периферической крови.

Имеются отдельные наблюдения, указывающие, что, вместе иряду с психическим переживанием, увеличи-

вается количество лейкоцитов. Так, был исследован лейкоцитоз у больных перед хирургическими операциями, причем оказалось, что у тех из них, которые боялись операции, лейкоцитоз возрастал до 100%, у тех же, кто относился к операции безразлично, подъема совсем не наблюдалось или он был очень незначителен. Весьма интересно, что при искусственном возбуждении собак было установлено увеличение лейкоцитов на 150%.

Мы (А. Картамышев и В. Ясинский) также не раз наблюдали увеличение количества лейкоцитов, вызванное в состоянии гипноза при внушении психических переживаний неприятного характера. Поэтому мы решили предпринять соответствующее исследование, тем более что в доступной нам литературе не удалось найти ни одного сообщения о лейкоцитозе при психических переживаниях, внушенных в гипнозе.

Мы произвели 16 исследований у 12 больных. В первом исследовании одной больной, у которой был псориаз, внушалось, что ее заболевание вернулось — больная начинает волноваться, стонать, ломать руки и т. д.; через 5 минут после внушения количество лейкоцитов повышается с 6 700 до 9 700. У другой больной после неприятного по содержанию внушения число лейкоцитов увеличилось с 7 700 до 11 500.

У остальных 10 больных исследование велось таким образом: подсчет лейкоцитов производили до гипноза и через 5 минут после наступления гипнотического состояния, затем вызывали какое-нибудь неприятное психическое переживание и через 5—10 минут после внушения вновь подсчитывали лейкоциты, после чего больному внушали полное спокойствие. Он пробуждался и через 5 минут после пробуждения опять подсчитывали лейкоциты. Каждое исследование в общем продолжалось 30—40 минут. Во всех случаях гипноз был глубокий с каталептическими явлениями. Подсчет производился камерой Тюрка и Тома-Цейсса.

1. Больная Ш-ва. Экзема. Лейкоцитоз 6 100, гипноз — лейкоцитоз 6 900; внушается ссора с больным в палате — лейкоцитоз 8 100.
2. Больная М-ва. Чешуйчатый лишай. Лейкоцитоз 8 400; внушается, что больной предстоит операция, — лейкоцитоз 10 800; успокоение, внушается хорошее самочувствие — лейкоцитоз 8 400.
3. Больная В-во. Экзема. Лейкоцитоз 7 700, гипноз — лейкоцитоз 7 400; внушается, что больной делает выговор, — лейкоцитоз 11 700.
4. Больная Р-ая. Экзема. Лейкоцитоз 7 600, гипноз — лейкоцитоз 7 400; внушается, что больная поссорилась с любимой подругой,

— лейкоцитоз 9 800; успокоение — на лице улыбка, после пробуждения ничего не помнит — лейкоцитоз 6 800.

5. Больная Г-я. Красный плоский лишай. Лейкоцитоз 5 000, гипноз — лейкоцитоз 5 800. Внушается, что в комнате бегают мышь и приближается к ней, — лейкоцитоз 8 800; успокаивается после пробуждения — лейкоцитоз 5 400.

6. Больная Д. Экзема. Лейкоцитоз 3 800, гипноз — лейкоцитоз 3 400. Внушается, что ей приходится покинуть Киев, — лейкоцитоз 5 800; успокоение и пробуждение — лейкоцитоз 4 700.

7. Больная П-ва. Экзема. Лейкоцитоз 5 800; гипноз. Во время гипноза внушается ожог спичкой — лейкоцитоз 8 000; успокоение и пробуждение — лейкоцитоз 6 000.

8. Большой К-в. Красный плоский лишай. Лейкоцитоз 5 200, гипноз — лейкоцитоз 4 000; внушается ссора с товарищами по палате — лейкоцитоз 4 540; успокоение и пробуждение — лейкоцитоз 4 020.

9. Больная Т-ва. Экзема. Лейкоцитоз 4 400, гипноз — лейкоцитоз 4 000; внушается воспоминание об уехавшем родственнике — лейкоцитоз 6 800; успокоение и пробуждение — лейкоцитоз 4 900.

10. Большой Г-р. Чешуйчатый лишай. Лейкоцитоз 4 700; гипноз — лейкоцитоз 4 900; внушается неприятный сон, бывший в прошлую ночь, — лейкоцитоз 6 400; успокоение и пробуждение — лейкоцитоз 5 000.

Для большей наглядности приводим табл. 5.

Таблица 5

Нумерация Лейкоцитоз										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
До гипноза	6 100	8 400	7 700	7 600	5 000	3 800	5 800	5 200	4 400	4 700
Во время гипноза:										
до внушения	6 900	—	7 400	7 400	5 800	3 400	—	4 000	4 000	4 900
во время внушения	8 100	10 800	11 700	9 800	8 600	5 800	8 000	4 540	6 800	6 400
После успокоения и пробуждения . . .	—	8 400	—	6 800	5 400	4 200	6 000	4 020	4 900	5 000

На основании приведенных исследований, с одной стороны, выявляется, что увеличение лейкоцитоза под влиянием психических переживаний представляет постоянно сопутствующее явление и обнаруживает некоторую закономерность; с другой стороны, необходимо подчеркнуть необыкновенную чувствительность и подвижность лейкоцитарной реакции на раздражитель в виде психического переживания и чрезвычайную быстроту ее появления (через 5—10 минут, а иногда через 3 минуты).

Обращает на себя внимание больной К-ов (табл. 5, набл. 8), у которого в гипнотическом состоянии снизилось количество лейкоцитов при явлении спазма сосудов (резкое побледнение лица и пальцев рук). В этом случае выражена некоторая склонность к стабилизации лейкоцитоза. Даже после уснокоительного внушения и пробуждения первоначальное количество лейкоцитов не восстановилось, но после ярко выраженного психического переживания все же получился сдвиг лейкоцитов в сторону увеличения, хотя и незначительный. Это стоит в противоречии с общепринятым мнением, что сужение капилляров обуславливает гиперлейкоцитоз, а расширение — лейкопению. Ввиду этого было произведено повторное наблюдение и получились аналогичные результаты. Количество лейкоцитов меняется не только под действием температуры, света, электричества, мышечных движений и напряжений, но даже при внешнем минимуме питания. У ребенка при крике лейкоцитоз может резко увеличиться в течение нескольких минут.

По нашим наблюдениям, при психических переживаниях приятного характера количество лейкоцитов колеблется не так резко, как при переживаниях неприятного характера. Неприятные переживания, особенно устранивающего характера, дают наиболее быстрое увеличение лейкоцитов. Нужно отметить также, что увеличение количества лейкоцитов соответствует длительности переживания. Мы наблюдали нарастающие лейкоцитозы у 3 больных, у которых подсчет лейкоцитов производили 2-3 раза через каждые 5 минут в течение психического переживания. Ввиду того что мы не держали больных в состоянии психических переживаний более 15 минут, мы не можем говорить о тех размерах в колебании количества лейкоцитов, которые возможны при том или ином переживании при более продолжительной их длительности. Последним, повидимому, объясняется и то обстоятельство, что мы не наблюдали больших количеств лейкоцитов при психических переживаниях.

Описано влияние вызванных в состоянии гипноза депрессий на выделение фосфорной кислоты, переживаний страха — на колебания основного обмена, успокаивающих и волнующих представлений — на реакции температурного центра. Имеются также указания, что гипноз может влиять на выделение мочевой кислоты путем вызывания

приятных и неприятных переживаний (Хейлиг и Хоф). Эти столь интересные данные о возможности влиять во время гипноза на интимнейшие процессы, происходящие в организме, позволили нам (А. И. Картамышев и П. Левит) провести еще ряд наблюдений в этом направлении.

Исходным пунктом для наших исследований послужило то, что у бодрствующего человека после интрадермального введения незначительного количества молока, раствора виноградного сахара, воды, воздуха и т. д. количество лейкоцитов в периферической крови падает — феномен Мюллера (Müller). Мюллер объяснил данное явление тем, что при внутрикожном введении с кожи вызывается рефлекс, ведущий к раздражению блуждающего нерва. Благодаря этому сосуды в области п. splanchnici расширяются. Это в свою очередь ведет к увеличению лейкоцитов в данной области и соответственно к лейкопении в периферических сосудах. Приведенную теорию автор пытался подтвердить экспериментальными исследованиями с адреналином, пилокарпином и атропином.

Изучая феномен Мюллера у кожных больных и у больных сифилисом, мы установили, что необходимой предпосылкой для вызывания его является здоровое состояние кожи. С кожи больного как при распространенном кожном заболевании, так и при сифилисе вызвать этот феномен не удавалось.

Мы решили изучить влияние гипноза на рефлекторную дугу. Возникал вопрос, если гипноз представляет различные степени интенсивности торможения головного мозга, то не наступит ли под влиянием гипноза торможение рефлекторной цепи и отсутствие лейкопении в периферических сосудах после внутрикожных впрыскиваний. Всего нами было произведено 51 наблюдение на 22 больных. Первоначально мы определяли появление феномена Мюллера в состоянии бодрствования, впрыскивая внутрикожно в предплечье 0,2 дестиллированной воды. В дальнейших исследованиях тот же опыт повторялся в различных вариантах с больными, переведенными предварительно в состояние гипноза. Перед впрыскиванием и после него мы на протяжении 35 минут производили подсчет лейкоцитов каждые 10-15 минут. Чтобы избежать при подсчете ошибок, мы, как и другие авторы (Мюллер и др.), принимали во внимание только

изменения количества лейкоцитов не меньше, чем на 2 000. Кровь для исследования бралась из пальца. Исходной цифрой считалось количество лейкоцитов перед началом опыта. При опытах с переводом в гипнотическое состояние мы всегда брали кровь перед гипнозом, затем после перевода в гипнотическое состояние перед впрыскиванием и, наконец, в обычном порядке после впрыскивания. Предварительно было проведено несколько контрольных исследований количества лейкоцитов при одном лишь переводе в гипнотическое состояние.

Из 14 подобных исследований при гипнозе без вызывания каких бы то ни было психических переживаний нам ни разу не удалось получить изменение количества лейкоцитов. Колебания бывали до 1 200 лейкоцитов в 1 мм³ крови, что не превышало, по нашим предположениям, возможных при исследовании погрешностей. Так как большинство дальнейших исследований сводилось тоже к подсчету лейкоцитов в состоянии гипноза, то мы и не сочли нужным ставить больше отдельные контрольные опыты.

Первоначально при наблюдении больных во время гипноза приводили их в состояние полного покоя и отсутствия ощущений какой-либо боли. После таких воздействий производилось внутрикожное впрыскивание и дальше обычным образом подсчитывали лейкоциты. Ни один из исследуемых не реагировал при этом на укол каким-нибудь болевым рефлексом, хотя у большинства из них уколы, предварительно произведенные, когда больные находились в бодрствующем состоянии, обычно вызывали болевую реакцию. В четырех поставленных нами опытах феномен Мюллера после внушения ни разу не наступал (табл. 6).

Мы пробовали после пробуждения наших больных делать им вторично внутрикожное впрыскивание и тотчас же получали лейкопению (феномен Мюллера) (табл. 7).

Таким образом, не получив феномена Мюллера после соответствующих внушений при гипнозе, мы получили его после пробуждения у того же субъекта.

Возник вопрос: необходимо ли при наших исследованиях внушать больному, что ему не больно, что ему ничего не делают, или уже один гипноз без подобных внушений может затормозить появление феномена? В пяти последующих исследованиях, когда больным во время гип-

Таблица 6

Больной Ф. К.	Количество лейкоцитов
Протокол 1 от 21/III 1930 г. (контрольный опыт)	
До впрыскивания	6 300
Введено 0,2 мл дистиллированной воды внутрикожно.	
После впрыскивания: через 10 минут	4 200
» 20 »	5 300
Феномен Мюллера получился.	
Протокол 2 от 23/III 1930 г.	
В бодрствующем состоянии	6 500
Гипноз. Внушается покой.	
Через 10 минут после погружения в сон	6 000
Внушается, что больному ничего не делают, что ему не больно. В это время впрыскивают 0,2 мл дистиллированной воды внутрикожно	
После впрыскивания: через 10 минут	6 900
» 20 »	6 300
» 35 »	7 500
Феномен Мюллера не получился.	

Таблица 7

Больная Е. Протокол	Количество лейкоцитов
В бодрствующем состоянии	5 600
Гипноз. Внушается покой. Через 10 минут после погружения в сон	6 600
Внушается, что больной ничего не делают, что ей не больно.	
В это время вводят внутрикожно 0,2 мл дистиллированной воды.	
После впрыскивания: через 10 минут	7 000
» 20 »	7 200
» 30 »	6 500
Феномен Мюллера не наступил.	
Пробуждение.	
Введено внутрикожно 0,2 мл дистиллированной воды.	
После вторичного впрыскивания: через 10 минут	5 000
» 25 »	3 600
Феномен Мюллера наступил.	

ноза внушали только покой и приятное состояние, феномен Мюллера тоже не наступал, т. е. лейкопении в периферических сосудах после внутрикожного введения дистиллированной воды не отмечалось. Во время этих

исследований мы обратили внимание на то, что больные и без соответствующих внушений становились нечувствительными к болевым ощущениям. Проверочные исследования на 12 больных подтвердили, что обезболивание наступает при одном лишь глубоком гипнозе. Исследуемые при этом не реагируют на укол и, будучи разбужены, ничего о нем не знают. На основании этого становилось возможным предположить, что болевые ощущения являются решающим фактором, необходимым для вызывания феномена Мюллера, отсутствие же болевого ощущения во время гипноза является причиной, почему лейкопения после внутрикожных впрыскиваний не получалась. Мы вели наблюдения, вызывая болевые ощущения у исследуемых в бодрствующем состоянии, вводя под кожу 0,5 мл эфира, однако лейкопении в периферических сосудах при этом не наступало. Отсюда объяснение отсутствия феномена Мюллера при гипнозе исключением одного лишь болевого ощущения становилось мало вероятным.

Гораздо проще это объяснить процессами торможения, распространяющимися не только в корковых отделах анализаторов, но и на периферии.

В дальнейших наблюдениях мы заменили впрыскивание воды внушением, что больному производится впрыскивание в кожу, подобное тому, которое он получил раньше, что ему больно и т. д.

У 4 больных из пяти при одном лишь внушении без внутрикожного впрыскивания на лице отражалось чувство боли, больные стонали, морщились. У пятого больного, не давшего на внушение никакой болевой реакции, лейкопении не получилось. Проснувшись после гипноза, этот больной заявил, что он слышал, как ему говорилось о болезненном уколе, но боли не испытывал. Внушение в этом случае не было реально воспринято и не вызвало соответствующей реакции. У остальных 4 больных, ничего не помнивших в состоянии бодрствования о производимых им впрыскиваниях, феномен Мюллера вызывался уже соответствующим представлением. Интересно, что в этом случае феномен Мюллера, несмотря на гипнотическое состояние, получался. Представление об уколе, которое внушалось в гипнозе, неразрывно связано с рефлекторными процессами. Одновременно с этим при наличии внушения тормозящее влияние больших полушарий

на появление феномена Мюллера исключалось и наступала лейкопения в периферической крови.

Желая проверить, не будет ли достаточно настойчиво сказать больному при впрыскивании в состоянии бодрствования, что ему не больно, чтобы этим уничтожить рефлексы и не получить феномена Мюллера, мы это сделали одной больной. Хотя ей во время внутрикожного впрыскивания настойчиво было сказано, что укол не болезнен и ей не больно, больная все же реагировала на укол болевыми рефлексиями, и феномен Мюллера у нее наступил. Это показывает, что одного речевого воздействия нашей больной было недостаточно, чтобы вызвать в состоянии бодрствования торможение, необходимое для обезболивания.

У больных с обширными кожными поражениями феномен Мюллера вызвать не удалось (А. И. Картамышев). Феномен Мюллера отсутствовал и у больных сифилисом при переходе болезни во вторичный период.

У 4 таких больных (2 больных сифилисом во второй флюоридной стадии, больная псориазом в распространенной серпигинозной форме и больной экземой с поражением почти всей кожей поверхности), у которых феномен Мюллера в состоянии бодрствования не получался, мы пробовали получить лейкопению после внутрикожного впрыскивания в состоянии гипноза. Предварительно больным внушали, что патологические изменения кожи исчезли. Дальше производили внутрикожный укол, подкреплявшийся внушением, что делается укол в кожу, как и раньше, что укол болезнен и т. п. Однако ни в одном случае получить феномен Мюллера мы не могли. Тем нашим больным, у которых после одного лишь внушения без укола наступал феномен Мюллера, предварительно за несколько дней перед этим было произведено внутрикожное впрыскивание, вызвавшее лейкопению в периферических сосудах. Таким образом, при последующих представлениях об уколе они уже были подготовлены к передаче этого раздражения предварительным исследованием, почему и получался положительный результат.

И. П. Павлов считает, что больные шизофренией представляют собой случаи хронического гипноза. И. П. Павлов задает вопрос, чем вызван хронический гипноз больных шизофренией, и отвечает: «Конечно,

последнее глубокое основание этого гипноза есть слабая нервная система... Но естественно, что такая нервная система при встрече с трудностями, чаще всего в критический физиологический и общественно-жизненный период, после непосильного возбуждения неизбежно приходит в состояние истощения. А истощение есть один из главных физиологических импульсов к возникновению тормозного процесса как охранительного процесса. Отсюда и хронический гипноз как торможение в различных степенях распространенности и напряженности»¹.

Согласно предположению И. П. Павлова, наши попытки вызвать феномен Мюллера должны бы дать у больных шизофренией отрицательный результат.

Исследовано было три больных шизофренией: два — в состоянии кататонического ступора и одна — с параноидной формой. У первых двух феномен Мюллера не наступил. Повидимому, торможение у них развилось настолько, что вегетативные нарушения такого же порядка, как и при экспериментальном гипнотическом сне, привели к выпадению феномена Мюллера.

Таким образом, делая общий обзор наших исследований, мы можем сказать, что отсутствие феномена Мюллера при гипнозе зависит не от наступившего при этом обезболивания кожи, а от тормозящего свойства самого гипноза, причем для этого не нужно даже специальных внушений. В то же время внушения во время гипноза испытанного раньше ощущения внутрикожного впрыскивания бывает достаточно, чтобы обеспечить рефлекторное возбуждение и вызвать феномен. Вызвать феномен Мюллера у больных сифилисом и у больных с тяжелым кожным поражением не удалось и при соответствующем внушении.

К. И. Платонов совместно с А. М. Цыпкиным на основании своих данных полагает, что в гипнозе пульс и дыхание замедляются, и дыхание в большинстве случаев выравнивается, становится более ритмичным, ослабленным, кровяное же давление снижается.

Клиники (хирургическая, акушерская, терапевтическая, нервных болезней и др.) могут с успехом применять речевое воздействие как болеутоляющее средство.

¹ И. П. Павлов. Пробная экскурсия физиолога в область психиатрии, Психопатология и психиатрия, М., 1949, стр. 114.

Во всех классических трудах о внушении и гипнозе имеются указания на возможность влиять речевым воздействием на сердечно-сосудистую систему, вызывать или останавливать кровотечения как на поверхности кожи, так и маточные и носовые, вызывать образование пузырей от мнимых ожогов, синяков от мнимых ушибов, спинозных припухлостей.

Несомненный интерес представляет вопрос о связи психических явлений с терморегуляцией человеческого организма.

Клиницистам хорошо известно, что нередко у стационарных больных температура тела поднимается в дни посещения их родственниками.

Интересны наблюдения Н. Г. Безюка.

Большая С-ая, 36 лет. Поступила в клинику 13/XI 1937 г. по поводу рецидива симметричного дисменорройного дерматоза. При изучении больной было обращено внимание на колебания температурной кривой. В обычные дни температура колебалась в пределах 36,1—37,4°, в дни же посещения больной родственниками температура поднималась до 39,2°. Аналогичные явления отмечались и после получения писем и новостей, особенно неприятного содержания характера.

В гипнозе, в полдень 16/I 1938 г., наряду с общим лечебным внушением, больной было сказано, что у нее температура будет 36,6°. Это же внушение было повторено и 17/I. Результат был следующий: накануне первого внушения 15/I температура утром была 38,3° (эмоция ожидания посещения брата), а вечером температура была 37°; 16/I утром 38,1°, вечером (после внушения) 36,6°; 17/I утром 36,5°, вечером 36,6°; 18/I утром 36,7°, вечером 36,6°; 19/I утром и вечером 36,6°; 20/I утром и вечером 36,6°; 21/I утром 36,6°.

21/I в 1 час 30 минут у больной вновь был брат: после его посещения больная нервничала. К 5 часам вечера того же дня температура поднялась до 38,4°, а к 10 часам вечера до 39,2°.

Учтя эти температурные сдвиги, связанные с психическими переживаниями, Н. Г. Безюк 25/I днем вновь внушил в гипнозе температуру 36,6°, добавив при этом, что никакие встречи и волнения природы не вызовут у нее колебаний температуры.

Начиная с вечера 25/I до 31/I температура у больной утром и вечером была 36,6°, хотя в это время она встречалась со своими родственниками.

Н. Г. Безюк при этом отмечает, что температуру утром и вечером в одно и то же время измеряла сестра отделения, термометр ставили всегда в левую подмышечную впадину, в сидячем или лежащем положении. Опросы соседок по койке подтверждали педантичность измерения температуры, что исключало возможность симуляции.

В связи с выздоровлением больной и выпиской ее из клиники дальнейшие наблюдения производились в амбулаторных условиях.

С-ая жила у родных, измеряла температуру тела, строго придерживаясь точно установленного (утром 8 часов и вечером 10 часов 30 минут) времени. В новых условиях быта кривая показывала все ту же вышнюю одинаковую температуру с очень незначительными колебаниями в пределах 0,1—0,2°. Чтобы уточнить эти данные, Н. Г. Безюк 20/11 вечером внушил С-ой в гипнотическом состоянии температуру 37,1°. В тот же день температура стала 37,1° и держалась на этой цифре 21/11 утром и вечером и 22/11 утром; 22/11 вечером приказание было видоизменено и была внушена температура 36,5°. 23/11 утром температура стала 36,5°.

23, 25 и 26/11 1938 г. в лаборатории физиологии высшей нервной деятельности Харьковского педагогического института в присутствии профессора Е. С. Каткова Н. Г. Безюк поставил ряд дополнительных наблюдений. Гражданка С-ая была помещена в изолированную маленькую комнату, где спокойно лежала на кушетке, оставаясь в горизонтальном положении в течение всего исследования; температуру тела у нее измеряли каждые 10 минут одним и тем же термометром в левой подмышечной впадине.

Результаты были следующие: в начале опыта температура 37,4°. Гипноз — температура 37,3°. Через 20 минут после погружения в сон температура 37,2°. Внушается: «У вас температура 36,7°». Через 20 минут после внушения температура 36,9°. Вслед за этим больной самостоятельно проснулась. Через 7 минут. После нового усиленного приказание: «У вас температура 35,1°». Через 15 минут после повторного внушения температура тела понизилась до 34,6°, хотя за все время наблюдения больной в клинике и дома температура у нее никогда не была ниже 36,1°.

Убедившись в возможности вызвать соответствующим внушением в гипнозе повышение и понижение температуры (данные наблюдений были вполне идентичны), Н. Г. Безюк решил видоизменить опыт, пытаясь применить прямое внушение попрежнему неотлучно дежуря у пациентки. Изменив температуру тела до опыта (37,4° в 2 часа 3 минуты), Н. Г. Безюк внушил С-ой температуру 38,5°. Гипнотическое приказание производилось без фиксации глаз, твердым, четким голосом: «У вас сейчас температура будет повышаться до 38,5°». Первое измерение температуры в 2 часа 14 минут показало 37,4°, пульс 86 ударов в минуту; С-ая жалуется, что ей стало жарко: «горит лицо». Второе измерение в 2 часа 24 минуты дало почти ту же температуру 37,4°, пульс 85 ударов в минуту. Третье измерение в 2 часа 31 минуты показало 37,2°. Для усиления эффективности внушение повторяется, но при фиксации глаз, причем на голову кладется рука. Четвертое измерение (2 часа 35 минут — 2 часа 45 минут) показало уже температуру 38°, пульс 84 удара в минуту; при пятом измерении (2 часа 46 минут — 2 часа 56 минут) температура 37,2°, пульс 83 удара в минуту.

В тот же день вечером, чтобы сравнить полученные данные со спонтанными колебаниями температур, у С-ой был проведен ряд измерений температуры в условиях полного покоя. С-ая сидела в отдельном кабинете; температуру измеряли каждые 10 минут. Данные измерения были следующие: 37,2°, 37,3°, 36,9°, 36,8°, 36,4°.

На основании полученных данных Н. Г. Безюк считает, что причиной повышения температуры тела у чело-

века могут быть не только различного характера эмоции, психические переживания, вызванные в состоянии гипноза, но даже прямое конкретное приказание как в гипнотическом, так и в бодрственном состоянии. Правда, получить в лабораторных условиях повышение или понижение температуры тела на заранее точно определенное соответствующим внушением доли градуса не удавалось. Возможно, полагает Н. Г. Безюк, что это объясняется тем, что для соответствующего приспособления организма требуется большой отрезок времени. К. И. Платонов считает, что случаи, аналогичные приведенному, повидимому, встречаются в клинике чаще, чем мы себе это представляем.

ВЛИЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ТЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ

При изучении влияния центральной нервной системы на течение дерматозов большое значение имеют работы М. К. Петровой из лаборатории И. П. Павлова, установившей на основании многочисленных и продолжительных экспериментов тесную связь большинства дерматозов с нервной системой. Автор наблюдал 5 кастрированных собак, у которых путем резкого ослабления их нервной деятельности и выведения ее из состояния равновесия под влиянием напряженной работы, тиреоидина и пр. удалось, наряду с ясно выраженными нервными явлениями, наблюдать и резкие дистрофические процессы как в виде обширных экзематозных очагов, так и в форме трофических язв различной локализации.

М. К. Петрова указывает:

«Таким образом с отчетливостью выступает, что главной причиной возникновения болезненных процессов на коже нервнотравмированных собак служило функционально измененное, ослабленное состояние мозговой коры, так что роль больших полушарий в данных случаях является несомненной».

Дальше М. К. Петрова пишет:

«Мы знаем, что у всех наших экспериментальных собак, далеко не безупречных по чистоте, на коже находится множество всевозможных микроорганизмов, и все собаки находятся в одинаковых условиях в смысле со-

держания и питания. Однако, как было уже сказано, у собак, находившихся почти все время в благоприятных для нервной системы условиях и почти все время пребывавших в состоянии полного равновесия, никогда не было обнаружено никаких как внутренних, так и кожных заболеваний. У тех же собак, у которых имелись эти заболевания, пока эти собаки находились в полном нервном равновесии, функциональные свойства их мозговой коры оставались неизменными и в ней происходили обычные физико-химические процессы, микроорганизмы оставались бездеятельными, не патогенными для животных и сами по себе не могли вызвать то или другое кожное заболевание. Но как только под влиянием наших болезнетворных приемов, направленных к ослаблению мозговой коры, она истощалась, функциональные свойства ее нарушались и центральная станция не могла уже правильно управлять. Микроорганизмы, населяющие кожу, становились активными, превращались в патогенные, вызывали описанные выше кожные и другие заболевания. Ослабленная мозговая кора уже не в состоянии была предотвратить развитие патологических процессов»¹.

Под влиянием различных терапевтических (фармакофизиологических) мероприятий, воздействовавших на нервную систему, а также под влиянием медикаментозного (вероналового) и гипнотического сна указанные экспериментально вызванные кожные поражения быстро исчезали.

Быстрота лечения экспериментально вызванных дерматозов зависела от глубины сна и от его характера. Так, гипнотический сон оказался более эффективным, чем сон медикаментозный.

Появление трофических расстройств кожи чаще у кастрированных собак, по мнению М. К. Петровой, говорит об участии в возникновении экспериментально вызванных дерматозов и эндокринной системы. Роль эндокринной системы в данных случаях, по мнению автора, заключается в том, что она влияет через нервную систему, ослабляя и выводя ее из равновесия.

Л. С. Горшелева при экспериментах на собаках по

¹ М. К. Петрова, О роли функционально ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме, Л., 1946.

методу условных слюнных рефлексов, давая собакам «трудные задачи», наблюдала у них ряд изменений высшей нервной деятельности, сопровождаемых внешне проявляющейся экземой на коже.

Всем известна зависимость появления erythema pudoris от психических переживаний. Мы знаем также, что гнев, страх вызывают побледнение кожи и т. д.

Естественно, возникает вопрос, к какой группе дерматозов следует отнести подобные заболевания. При различных нервных и психических нарушениях наблюдаются разнообразные кожные заболевания. При этом нельзя с несомненностью установить одностороннюю и безусловную их зависимость. Так, при некоторых психических нарушениях появлялись следующие кожные заболевания: крапивница, красный плоский лишай, витилиго, эритема, геморрагии, буллезные дерматиты, пузырьчатка, изъязвления, некрозы, экземы и атипичные формы опоясывающего лишая. Однако причины определенных одинаковых изменений кожи даже у одного и того же индивидуума могут быть различны. Отсюда вытекает, что до сих пор невозможно выделить как отдельную главу «кожные заболевания, связанные с психическими явлениями».

Уже поведение больных показывает, что дело идет о «нервном» заболевании. При этом могут быть получены указания на психические моменты, связанные с возникновением дерматозов.

Несомненно интересным является вопрос: в чьем ведении должны находиться подобные кожные болезни — дерматологов или психиатров? Как и во всех пограничных областях, трудно дать категорический ответ. Достоверно лишь одно: больные эти обращаются за помощью к дерматологу, который всегда пробует лечить их различными медикаментами. Больные охотно сообщают исчерпывающий анамнез здесь же на консультации врачу-дерматологу. Таким путем будет уже выполнена наиболее трудная половина работы. Само же проведение внушения в состоянии гипноза является лишь вопросом техники, которую каждый врач, если он только ею овладел, может применять, как и любое другое врачебное вмешательство. Помимо этого, получая помощь у дерматолога, больной избегает необходимости обращаться к психиатру.

ОБОСНОВАНИЕ РЕЧЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И МЕТОДИКА ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ

Гипноз играет в психотерапии столь значительную роль, что не лишним будет, по нашему мнению, изложить современное понимание гипноза.

И. П. Павлов пишет: «Нами установлен несомненный факт, что сон есть торможение, разливающееся по всем полушариям и проникающее на известную глубину вниз по головному мозгу. Кроме того, мы имели возможность изучить на наших животных и промежуточные фазы между бодрым состоянием и полным сном — гипнотические фазы. Эти фазы представлялись нам, с одной стороны, как разные степени экстенсивности торможения, т. е. большего или меньшего пространства торможения как по различным областям самих полушарий, так и по различным отделам головного мозга, а с другой, — как разные степени интенсивности торможения в виде различной глубины торможений на одних и тех же местах. Понятно, что соответственно грандиозно большей сложности человеческого мозга разнообразие отдельных гипнотических явлений идет гораздо дальше у человека, чем у животного»¹.

Таким образом, с точки зрения павловской школы, гипноз есть экспериментальный частичный сон. Гипнотический сон, как и обычный сон, в основе своей имеет однородный первичный механизм — процесс внутреннего торможения (Б. Н. Бирман), чем и определяется тождество этих состояний.

«Как частичный сон, так и полный, — говорит И. П. Павлов, — производится как слабыми, долго продолжающимися общими раздражениями, так и короткими, но сильными — как тормозными условными раздражителями, так и положительными»².

Воспринятые через органы наших чувств (периферические концы «анализатора», по И. П. Павлову), внешние раздражения отражаются в коре мозга (центральные концы анализаторов) и вызывают, соответственно своему содержанию и значению для данного индивиду-

¹ И. П. Павлов, Пробная экскурсия физиолога в область психиатрии, Психопатология и психиатрия, М., 1949, стр. 111—112.

² И. П. Павлов, Переходные фазы между бодрым состоянием и полным сном животного, Психопатология и психиатрия, М., 1949, стр. 52.

ума, те или иные реакции организма. При этом последние идут по типу условных рефлексов. Раздражители внешней среды в зависимости от индивидуального опыта человека, влияя через кору больших полушарий головного мозга, могут производить самые разнообразные изменения в организме.

На основании экспериментально-лабораторных данных, полученных по гипно-суггестивному методу, теперь уже можно сказать, что нет такой функции в организме человека, на которую при известных условиях нельзя было бы повлиять речевым воздействием (К. И. Платонов).

И. П. Павлов указывает: «Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет и потому может вызвать все те действия реакции организма, которые обуславливают те раздражения»¹.

Различают реакции непосредственные — «прямые» и так называемые опосредствованные — «косвенные». Непосредственная прямая реакция может быть на речевое воздействие, на предмет и на действие.

Слова или другие раздражители будут активными тогда, когда они в жизненном опыте приобрели для нервной системы индивидуума то или иное определенное значение, если они являются условными сигнальными раздражителями и в нервной системе сохранился след от прежде полученных аналогичных раздражений, впечатлений.

Если же мы, например, даем больному индифферентное средство, говоря, что это активно действующее лекарство, и получаем при этом терапевтический эффект, то в этом случае мы будем иметь опосредствованное, скрытое, косвенное, череспредметное речевое воздействие, где индифферентное средство явилось подсобным средством. Физиологический механизм обеих разновидностей воздействия (прямого и косвенного) один и тот же.

Умение вызывать сон условными раздражителями есть основа проведения гипноза. И. П. Павлов указывает:

¹ И. П. Павлов, Приложение экспериментальных данных, полученных на животных, к человеку, Психопатология и психиатрия, М., 1949, стр. 97.

«Сон есть внутреннее торможение сплошное (а не раздраженное, постоянно перемежающееся с процессом раздражения), распространившееся по всей массе полушарий и спустившееся также на некоторые нижележащие отделы головного мозга»¹.

Сонное торможение может развиваться в связи с отсутствием внешних раздражений, когда кора не получает их извне (тишина, полумрак, темнота), или наряду с психическим, внутренним спокойствием, или под влиянием слабого, длительного, монотонного внешнего раздражения органов чувств. Утомление и истощение клеток данного участка мозга ведут к возникновению в них торможения. Дальше присоединяется распространение торможения по коре мозга, а затем и ниже в подкорковую область, что ведет ко сну.

Поэтому нередко при гипно-суггестивной терапии пользуются вспомогательным приемом — длительными однообразными раздражителями, ритмично или беспрерывно действующими на анализаторы: так, при поглаживании кожи вовлекается тактильный анализатор, при фиксации взора — зрительный, при ударах метронома — слуховой и т. п.

Эти приемы обычно облегчают процесс усыпления методом речевого воздействия.

Во время сна остается бодрствующим участок коры мозга — «сторожевой пункт» по Павлову, при помощи которого сохраняется связь с внешним миром. Такой сторожевой пункт, осуществляющий раппорт с гипнозером, имеется и у загипнотизированного человека.

Существует много способов вызвать гипнотическое состояние. Для ознакомления со всеми этими способами отсылаем читателя к соответствующей литературе. Несомненно только, что все эти способы хороши, когда ими пользуются умело, овладев соответствующей техникой.

Остановимся вкратце лишь на обычной технике усыпления внушением, которой мы чаще всего пользуемся.

Прежде чем приступить к усыплению, мы проводим с больным небольшую беседу, разъясняя ему сущность гипноза, полную его безвредность и несомненную поль-

зу. Мы помещаем больного по возможности в тихую комнату, укладываем его на диван или усаживаем в удобное кресло и фиксируем взор больного на какой-нибудь точке, чаще всего просим смотреть нам в глаза. Затем монотонным голосом внушаем больному, что у него тяжелеют веки, ноги, руки, что он чувствует приятный покой во всем теле, что им овладевает усталость, что ему хочется спать, что он засыпает. Когда больной погружился в сонливое или дремотное состояние, мы проводим внушение, что нервная система его успокоилась, а в связи с этим исчезнут беспокоившие его субъективные ощущения и сыпь станет исчезать. Такого рода внушения в различных, соответствующих для каждого индивидуума выражениях мы повторяем в течение 30—40 минут. Потом постепенно мы будим больного, предупреждая его, что по пробуждении он будет себя чувствовать спокойно, бодро, хорошо и никаких неприятных ощущений у него не будет.

Если мы применяем коллективный гипноз, то мы стараемся одним или двумя индивидуальными сеансами подготовить пациента к коллективному сеансу. Сеансы повторяются 2—3 раза в неделю. Количество сеансов, необходимое для лечения, чрезвычайно индивидуально и зависит от течения болезни.

Как уже отмечалось, связь больного в гипнозе с внешним миром ограничивается раппортом с гипнозером.

И. П. Павлов пишет: «Среди гипнотических явлений у человека привлекает к себе — и законно — особенное внимание так называемое внушение. Как понимать его физиологически?». Исходя из того, что слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, И. П. Павлов указывает дальше: «Таким образом, внушение есть наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека. Слово того, кто начинает гипнотизировать данного субъекта, при известной степени развивающегося в коре полушарий торможения, концентрируя по общему закону раздражение в определенном узком районе, вызывает вместе с тем естественно глубокое внешнее торможение во всей остальной массе полушарий и тем самым исключает какое-либо конкурирующее воздействие всех других наличных и старых следов раздражения».

¹ И. П. Павлов, Переходные фазы между бодрим состоянием и полным сном животного (гипнотические фазы), Психопатология и психиатрия, М., 1949, стр. 50.

Отсюда большая, почти неодолимая сила внушения как раздражителя во время гипноза и даже после него. Слово и потом после гипноза удерживает свое действие, оставаясь независимым от других раздражителей, не-прикосновенное для них как в момент его первоначального приложения к коре не бывшее с ними в связи. Многообъемлемость слова делает понятным то, что внушением можно вызывать в гипнотизируемом человеке так много разнообразных действий, направленных как на внешний, так и внутренний мир человека»¹.

Таким образом, становится понятным, что вызванное в гипнозе раздражение может особенно энергично влиять на психическую сторону данного индивида, и на неразрывно связанную с последней биологическую основу организма.

Поэтому мы имеем возможность создавать у гипнотизируемого новые и более благоприятные для него психические установки, воздействуя на его организм через вторую сигнальную систему.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР ВВЕДЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ

Наша отечественная наука может гордиться тем ценным вкладом в мировую науку в области суггестивной терапии кожных заболеваний, который сделан нашими учеными. Постараемся в кратком обзоре ознакомить наших читателей с историей развития этого процесса.

В 1895 г. проф. А. Я. Кожевников сделал на заседании Московской психиатрической клиники сообщение об успешном излечении внушением в состоянии гипноза больного вульгарным сикозом. Вместе с этим он сообщил о благоприятном действии внушения на течение экземы, фурункулеза и т. д. В прениях А. А. Токарский указал на благоприятное влияние гипно-суггестии на течение экземы, бородавок и симметричной гангрены. Позднее В. М. Бехтерев под-

¹ И. П. Павлов, Приложение экспериментальных данных, полученных на животных, к человеку, Психопатология и психиатрия, М., 1949, стр. 97.

твердил возможность излечивать бородавки внушением. В 1904 г. К. С. Агаджанянц дал положительную оценку гипнопсихотерапевтическому методу, к чему присоединились А. Г. Полотебнов, П. В. Никольский, Л. А. Соболев и др.

Опыт В. М. Бехтерева в 1907 г., П. П. Подъяпольского — в 1903—1904 гг., В. Н. Финне — в 1927 г., В. А. Бахтиарова — в 1929 г. над внушенными ожогами и сипьяками, И. С. Сумбаева — в 1933 г. над внушенными отморожениями, а также работа Л. А. Соболева в 1916 г. о лечении больных проказой внушением возбудили большой интерес к этому неразработанному отделу дерматологии.

Работы И. П. Павлова в области изучения высшей нервной деятельности внесли ясность в объяснение механизма действия внушения в состоянии гипноза.

Большим толчком к изучению применения гипно-суггестивной терапии в дерматологии послужил выход в свет в 1930 г. книги К. И. Платонова «Слово как физиологический и лечебный фактор», что значительно облегчило дальнейшие изыскания в этом направлении дерматолога-психотерапевта. В этой книге К. И. Платонов уделил большое внимание значению психической травмы в возникновении чешуйчатого лишая, экземы, фурункулеза, гангрены кожи, отека, облысения, расстройств пигментации и т. п. При этом он подчеркнул, что в тех случаях, когда возникновение тех или иных дерматозов было связано с определенными психическими явлениями, показано лечение гипнозом.

В 1927 г. В. С. Майзель сообщил о больной экземой девушке, при лечении которой он успешно применил внушение в состоянии гипноза. В том же году Г. В. Герештейн сообщил об аналогичной больной, в которой гипно-суггестивной терапией была излечена экзема.

И. Г. Манойлов в 1928 г. подтвердил возможность успешно лечить таким образом вульгарные и плоские бородавки.

В 1932 г. Е. И. Дубников опубликовал сообщение об успешном лечении внушением в состоянии гипноза трех больных экземой. В том же году К. И. Платонов и его ученик Брацлав получили излечение упорной экземы после одного сеанса гипно-психотерапии (цит. по Н. Г. Безюк).

В 1933 г. нами было сделано сообщение об успешном лечении внушением в состоянии гипноза больных красным плоским лишаем.

П. М. Еиш в 1935 г. опубликовал сообщение об успешной гипно-психотерапии четырех больных чешуйчатым лишаем.

В 1936 г. появилась наша работа «Гипноз в дерматологии», где суммировались данные отечественной и заграничной литературы о гипно-суггестивной терапии дерматозов.

В это же время был сделан ряд сообщений о гипно-суггестивной терапии различных дерматозов нашими сотрудниками (А. А. Аковбян, А. Я. Дегтяр, А. С. Зельманович, Л. С. Ладаман, К. П. Камзолова, И. И. Потский, А. И. Славнин, Г. И. Уманский и др.).

Положительные результаты лечения внушением кожного зуда на почве желтухи и укусов комаров отметил в 1936 г. Я. П. Шатский. П. С. Григорьев и П. П. Подьяпольский наблюдали излечение внушением одного больного чешуйчатым лишаем.

М. В. Вигдорович в 1938 г., применяя в течение ряда лет гипно-суггестию при обезболивании родов, у 4 рожениц после соответствующего гипнотического приказания наблюдал исчезновение экземы.

В 1942 г. вышла в свет наша книга «Лечение кожных болезней внушением». Через 4 года появилось сообщение В. Я. Арутюнова об успешном лечении внушением в гипнозе бородавок, а в 1950 г. на совещании в Москве сделал доклад об успешном применении гипно-суггестивной терапии в дерматологии М. М. Желтаков.

В последнее время в изучении возможностей гипно-суггестивной терапии и лечения косвенным внушением много сделано Н. Г. Безюком.

Этим, конечно, не исчерпываются труды всех авторов, работавших и работающих в этом интересном разделе дерматологии, но все же, как нам кажется, отсюда видно, как с течением времени лечение внушением различных дерматозов завербовывает себе все новых сторонников этого метода в среде дерматологов. Это создает определенную уверенность, что гипно-суггестивное лечение в дерматологии упрочится среди дерматологов, начинающих все больше осознавать большое значение этого вида лечения.

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ

Повседневный жизненный опыт показывает нам ту большую роль, которую играет внушение при применении тех или других медикаментозных средств. Внушение влияет обычно на многие наши действия, то поощряя, то задерживая, вступает с терапевтическими мероприятиями в самые сложные сочетания.

Но во многих случаях внушение, действительно, представляет собой единственный терапевтический фактор. Таким образом, оно тысячелетия держало в обмане и врачей, и больных относительно специфического действия многих лекарств, причиняя тем величайший ущерб развитию терапии.

Задача терапии состоит в том, чтобы из каждого лечебного способа (будь то лекарственный или какой-нибудь иной) точными, научно обставленными опытами исключить суггестивный элемент. Это во многих случаях задача крайне трудная. Еще Гиппократ писал, что врачу придает авторитет, если он имеет хороший вид и хорошо упитан, соответственно своей природе, ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь заботу о других.

Дальше Гиппократ указывает, что врач при всех душевных волнениях больного должен сохранять спокойствие, воздействовать успокаивающе на больного и показывать себя готовым к оказанию помощи.

А. Р. Лурия пишет, что ни для кого не секрет, что именно психотерапия, чаще всего бессознательная, но все же эффективная, является одной из причин успеха неофициальной медицины и в первую очередь так называемых «систем лечения», и не только гомеопатии, но и уротерапии и лизатотерапии, когда они применяются как панацея, окруженная ореолом чудес в медицине.

А. Р. Лурия указывает дальше, что влияние индивидуального облика врача на психику больного настолько велико, что в ряде случаев оно иногда даже определяет течение болезни, во всяком случае играет исключительно большую роль в установке на нее больного, меняет его ощущения и оценку болезни.

Несомненно, что уже исследование больного является не только методом распознавания болезни, но и началом

могучего влияния врача на больного, представляя собой огромный терапевтический фактор даже тогда, когда врач и не думает проводить психотерапию.

В. М. Бехтерев указывает: «Внушение, производимое в бодрственном состоянии, при умелом пользовании составляет весьма действительное лечебное средство, которое врач никогда не должен упускать»¹.

Физиологическое объяснение внушению дает И. П. Павлов. Он пишет: «Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражения»².

При терапевтическом назначении того или иного медикаментозного вмешательства отмечается ряд наблюдавшихся факторов самовнушения. Надо относиться чрезвычайно осторожно и к своему слову во время беседы с больными, чтобы не вызвать у них эмоционально-лабильного хронического психического переживания ятрогенного характера. Нам приходилось наблюдать при применении косвенного внушения (вкалывание иглы с пустым шприцем) боль на месте очагов поражения, повышение температуры тела, головную боль, ломоту в теле, обморок и т. д., что явилось следствием аффекта, аутосуггестии больного.

Несомненно, уже сама больничная обстановка, в которую попадает больной, ожидание больным приема в лечебном учреждении, разговоры больных с врачом и с больными и т. п., — все эти моменты могут быть раздражителями, оказывающими влияние на течение заболевания.

Хорошо известное явление, что больной с тяжелой, не поддававшейся амбулаторному лечению экземой, будучи госпитализирован в клинику, отмечает улучшение процесса еще до назначения ему лечения. Наряду с этим, наше внимание неоднократно фиксировалось на том обстоятельстве, что все больные экземой, находясь в одной палате, в определенное время начинали попра-

¹ В. М. Бехтерев, Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение, СПб, 1911.

² И. П. Павлов, Приложение экспериментальных данных, полученных на животных, к человеку, Психопатология и психиатрия, М., 1949, стр. 97.

вляться. В другое же время у всех больных, лежащих одновременно в той же палате, наблюдалось отсутствие улучшения или даже обострение процесса. И в том, и в другом случае психотерапия и самовнушение играют далеко не последнюю роль, что всегда необходимо учитывать лечащему врачу.

Аналогичного мнения придерживается и В. П. Рудин, говоря, что нет такого лечебного метода, который не включал бы в себя в качестве составной части психотерапевтического воздействия.

В подтверждение нашей мысли мы считаем необходимым привести высказывания участников обсуждения очень интересных вопросов, поднятых в 1950 г. на страницах «Литературной газеты» заслуженным врачом РСФСР М. Державцем в статье «Мысли врача». Так, в письме кандидата медицинских наук Л. Богдановича говорится: «Не только научные знания, но и сама личность врача обуславливает успех лечения».

Вполне понятно, что безграничное доверие пациента вызывает наш советский врач, морально безупречно чистый человек, с высокой коммунистической нравственностью, который обуславливает и плодотворную работу в медицине.

Эти мысли и подтверждающие их примеры приводятся в той же газете в письме читателя И. Коршунова.

«Мне 24 года, — рассказывает И. Коршунов из города Горького. — Я работал кузнецом. Потом тяжело заболел. В одной больнице меня уверили в скором и полном излечении, и я жил этой уверенностью. В другой — сумели эту уверенность во мне убить: мне стало хуже. Вот почему я считаю, что самым важным качеством врача должно быть умение лечить не только от самой болезни, но и от тяжелых мыслей о ней. Врач всепременно должен быть большевиком в полном смысле этого слова. Только такому врачу больной может без опаски вернуть свое здоровье».

В введении к своим «Клиническим лекциям» проф. Г. А. Захарьин призывает осторожно обращаться с больным, подчеркивая, что «...открыть больному все опасения, которые возникают во врача, — всегда ошибка со стороны последнего, а иногда и преступление».

П. С. Григорьев в своем учебнике венерических болезней пишет: «Нельзя упускать из виду и того обстоятель-

ства, что страх перед сифилисом в населении настолько велик, что неумеренное подчеркивание врачом серьезности, опасности болезни может сыграть и печальную роль: нервно неуравновешенные субъекты становятся нередко маляками своей болезни, доходят до отчаяния, ежечасно ждут той или иной катастрофы, считают себя в полном смысле этого слова отверженными и обреченными на гибель».

Очень интересна в этом отношении статья М. В. Черноуцкого «Психогения и психотерапия при внутренних заболеваниях». Автор, ссылаясь на слова М. И. Аствацатурова, что психотерапия в своих элементарных формах должна применяться всеми врачами вообще, предлагает ряд организационных мероприятий в области психотерапии: преподавание в медресах медицинской психологии, общеклинической психопатологии, разработку методики обследования больного. При этом обследовании особое внимание должно быть уделено анамнезу больного; это является началом психотерапии. Каждое лечебное учреждение (больница, поликлиника) всем своим видом (удобство, чистота, уют) и внутренним распорядком должно успокаивать больного.

Главным источником язвенных заболеваний, пишет дальше М. В. Черноуцкий, служит слово и поведение врача, так как слово (и особенно слово врача) является, по И. П. Павлову, «всеобъемлющим условным раздражителем».

Нельзя больному вредить словом. Для эффективного влияния на больного нужно создать врачу авторитет. Об этом должен заботиться в первую очередь сам врач.

Самое важное в затронутой проблеме — это соответственная подготовка медицинского персонала. Врач должен понять больного, завоевать его доверие. В. М. Бехтерев указывал: «Если больному после разговора с врачом не легче, то это не врач».

ЛЕЧЕНИЕ ВНУШЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Экзема

Участие нервной системы в возникновении ряда случаев экземы признается многими выдающимися дерматологами. П. В. Никольский, наряду с существующими

теориями возникновения экземы, отводит много места в возникновении экземы нервной теории. Он приводит в пользу нервной теории следующие факты: 1) появление и значительное ухудшение экземы после перенесенных сильных психических травм; 2) совпадение экземы с нервными болезнями; 3) совпадение экземы с другими кожными страданиями нервного происхождения; 4) изменение чувствительности кожи, сосудистых и сухожильных рефлексов; 5) обычно наблюдаемая симметричность высыпания, указывающая на то, что в большинстве случаев мы имеем дело с центральной причиной; 6) часто наблюдаемое несоответствие сильно выраженных нервных явлений (зуд) незначительным анатомическим изменениям кожи; 7) благоприятное влияние лечебных факторов, рассчитанных на исправление недочетов в нервной системе.

О. Н. Подвысоцкая в своей статье «К патогенезу микробных экзем» снова возвращается к «одной (достаточно в настоящее время забытой) теории экземы, к теории нервного ее происхождения». Она отмечает, что анализ больных, многочисленные клинические наблюдения часто указывали на значение нервного компонента при экземе. Если в настоящее время неврогенный патогенез экземы почти сошел со сцены, то совсем не потому, что изучающие эту теорию получили доказательства, убеждающие в необходимости не принимать ее во внимание. Вопрос гораздо сложнее и упирается главным образом в трудность проблемы. Развитие рассеянных очагов экземы следует рассматривать также с точки зрения нервного механизма ее возникновения. Этим легко объяснить и то обстоятельство, что под влиянием раздражения одного участка кожи возникают рассеянные высыпания на других участках кожи, отдаленных от места раздражения. Раздражение — главный импульс для возникновения возбуждения в нервных рецепторах.

Крейбих (Kreibich) называл экзему вазомоторным рефлексом, который вызывается имеющимся сначала «экзематоформным раздражением (зуд)». Расчесывание возбуждает вазомоторную рефлекторную дугу, возбуждая таким образом адекватный этому сосудистый рефлекс. Таким образом, по учению Крейбиха, чувство зуда и последующие расчесы могут стимулировать появление

экземы. Отсюда уничтожение путем внушения чувства зуда позволяет устранить одну из причин появления экземы и создать благоприятные условия для выздоровления.

Интересно описание зуда, данное Капоззи.

«С расчесыванием увеличивается и распространяется чувство зуда, пробегающее по всему телу, подобно электрическому току. Вот вскипывает зуд то тут, то там, одновременно на различных участках. Вскоре несчастному не хватает уже рук и пальцев, чтобы успокоить все мучительно зудящие его места. Он дает волю своим рукам, раздражающим уже без всякой системы широкими взмахами кожу. И лишь тогда, когда на столь сильно зудящем участке ногти глубоко вонзаются в кожу, наступает покой. Лишь там, где вызваны кровавые экскориации, где наступает чувство жжения, там только замедляется невыносимо тяжкое для больного чувство зуда. С полчаса могла длиться мучительно возбуждающая пытка; теперь зуд укрощен. Жжение, боль, которые то тут, то там вызывали своими расчесами ногти, ощущение жара, повышенной теплоты всей кожи на самом деле успокаивающе действуют по сравнению с бурями и гошкой зуда и сопровождающего его нервного возбуждения. Больные ночью беспокойно мечутся в своей постели, часто вскакивают с кровати, как бы ужаленные, несмотря на все свое моральное напряжение, неспособны больше удержаться от охватившей их пытки, и со всей яростью набрасываются на кожу. Там, где они не могут вообще или не могут достаточно быстро достигнуть своими ногтями зудящих участков, там пытаются они успокоить пылающую кожу соприкосновением с холодными участками тела, холодной стеной, холодным каменным полом и т. п., пока они опять будут в состоянии возвратиться на свое ложе и хотя до некоторой степени наступит у них успокоение. Сон не избавляет их от мучений, которые преследуют их и здесь под видом разнообразнейших образов».

Уже этого описания зуда достаточно, чтобы дать представление о глубоком страдании, которое он способен вызвать у больных, и то сильное раздражение, которым он сопровождается.

Психические компоненты зуда известны уже давно. Мы знаем, что зуд кожи может появиться при одной лишь мысли, что на коже находятся паразиты. Психические возбуждения, внезапные и неприятные психические аффекты, как, например, гнев, нетерпение, вынужденное терпеливое ожидание, даже страх появления приступа зуда или даже одна мысль о возможности развития приступа зуда являются моментами, которые могут спровоцировать наступление зуда. Все эти в большинстве своем психические моменты бывают достаточно мощны, чтобы вызвать сначала легкий, потом сильный и, наконец, жестокий приступ мучительного зуда.

Необходимо еще упомянуть, что в самое последнее время Р. Я. Малыкин, П. И. Ксанфопуло, Г. Н. Зеркалова и Н. Н. Фатов указали на отсутствие папилломоторного рефлекса при острой экземе, особенно на стороне кожных поражений. При улучшении экземы рефлекс восстанавливается. Авторы полагают, что восстановление папилломоторного рефлекса служит благоприятным прогностическим симптомом. А. В. Логинов находил при невродермитах извращенные реакции нервно-рефлекторных аппаратов.

В хронологическом порядке мы приведем дальше материал, наглядно иллюстрирующий роль психических моментов в возникновении отдельных случаев экземы и тот благоприятный терапевтический эффект, который был достигнут в данных случаях психотерапией. Приводившаяся нами психотерапия больных экземой дала несколько меньший эффект, чем у других авторов. Это зависело, вероятно, от того, что мы брали больных экземой из обычного амбулаторного контингента больных. Однако и при таком подборе пациентов мы можем получить определенные положительные результаты, что, по нашему мнению, делает и наше сообщение не лишены интереса.

Е. И. Дубников в 1932 г. описал больных экземой, у которых им была удачно применена гипно-суггестивная терапия.

1. Больная Б. А., жалуется на беспокойный сон, сильную раздражительность, угнетенное настроение, тоску, головные боли, а также на экзему рук, длящуюся 8 лет. Безрезультатно лечилась различными методами, включая сюда облучение ртутно-кварцевой лампой и рентгеновское облучение. Экзема временами затихала, особенно в летнее время. Обострение процесса нередко можно было связать с предшествовавшими волнениями.

Объективно было найдено: со стороны нервной системы истеро-неврастенический симптомокомплекс; отмечено небольшое увеличение щитовидной железы (struma) без явлений ее дисфункции. Моча и кровь (общий анализ) в пределах нормы. Имелось хроническое воспаление матки и придатков, по поводу которых много лечилась физическими методами и грязями. Кожа всего тела кистей, особенно правой, диффузно утолщена, шероховата, во многих местах шелушится и надтреснута; местами покрыта корками; между пальцами шелушащиеся корочки. На левой кисти экзематозный процесс был выражен гораздо слабее. В течение 2 месяцев больной принимала общую франклинизацию, теплые ванны с сосновым экстрактом, инъекциями мышьяка и пилюли с *zincum valerianicum*, но это не дало положительных результатов. Больная явилась на амбулатор-

ный прием с ухудшением общего состояния в связи с обострением экземы. Через 2½ недели больная вторично явилась на прием в резко выраженном депрессивном состоянии и с тяжелым обострением экземы. Кисти были в повязках, по снятии которых пораженная кожа представлялась значительно отеочной, припухшей и резко покрасневшей. Во многих местах имелись сливавшиеся пузырьки, образовавшие мокнущие участки. Больная жаловалась на сильный зуд, жжение, бессоницу. Все прежние явления обострились.

Решив испытать гипно-суггестивный метод лечения, Е. И. Дубников отменил всю медикаментозную терапию и приступил к сеансам гипноза. Уже после первых двух сеансов острые явления экземы значительно стихли, отеочность и краснота стали меньше, зуд перестал беспокоить больную. После 3 сеансов, проводившихся через день, явления обострения исчезли, больная чувствовала себя гораздо лучше. После 5 сеансов гипноза больная вынуждена была прервать лечение на 2 недели. Когда больная снова явилась, то было отмечено значительное улучшение. Кожа на правой руке стала бледной, шероховатость почти исчезла, корок и шелушения не было, и только в двух местах между пальцами имелись остатки шелушения. Левая кисть также изменилась: не было прежнего утолщения кожи и красноты, участки экзематозной сыпи значительно уменьшились. Общее состояние больной было очень хорошим. Она поступила на фабрику и не предъявляла прежних жалоб. Больной было предложено продолжать лечение, и было проведено еще 7 сеансов гипноза, раз в 5 дней. Дальнейшего улучшения экземы на левой кисти не последовало. Через полгода после окончания лечения наступил рецидив. Дерматолог, к которому обратилась больная в этот раз, направил ее на рентгенотерапию, приведшую к исчезновению симптомов экземы.

2. Больная Б. Л. Подострая экзема рук. Больна 3 месяца. Лекарственная терапия не дала положительных результатов. Появлению экземы предшествовало тяжелое личное переживание. Жалуются на резкий зуд, жжение, бессоницу, раздражительность, слезливость, сильную усталость. При объективном исследовании Е. И. Дубников констатировал на тыле правой кисти в верхней части, а также на тыле IV и V пальцев и между ними сыпь, состоящую из узелков и пузырьков. Вследствие слияния и нарушения целостности пузырьков образовались мокнущие поверхности. На некоторых участках пораженной кожи имелись чешуйки и корочки. На левой кисти явления экземы были выражены значительно слабее. Со стороны нервной системы — резко выраженная истеро-неврастения. Внутренние органы, моча и кровь без патологических отклонений. Местная лекарственная терапия была отменена, назначен через день гипноз с соответствующими внушениями. Уже после двух сеансов у больной наступило улучшение: зуд и жжение прекратились, мокнущие участки, корочки стали отпадать. Появился хороший сон. Больная находилась в отпуске по болезни, но была вызвана в заводской комитет как член завкома. После заседания, на котором больная сильно волновалась, у нее вновь наступило ухудшение, которое было прекращено двумя последующими сеансами гипноза. Улучшение быстро прогрессировало. Осталось лишь незначительное шелушение между пальцами. Через 8 месяцев после окончания лечения больная написала, что руки у нее в хорошем состоянии, зуд

является, но очень редко; иногда бывают провалы в настроении. Однако важно то, что ее не беспокоят руки.

3. Больная Б. Г. Хроническая экзема в области кожи затылочной части головы и левой ушной раковины. Заболела более года назад после смерти ребенка. Жалуется на сильный зуд, плохой сон, раздражительность и головную боль. Лекарственная терапия была безрезультатна. У больной значительно выражены истеро-неврастические явления. Внутренние органы без особых изменений. На коже в области затылочной части головы, на участке величиной немного больше пятикопеечной монеты, имелись сухие беловатые наслоения; кожа в этом месте шероховата. Такие же элементы имеются в глубине ушной раковины и в области слухового прохода. Лекарственная терапия была отменена, назначен гипноз. После 3 сеансов кожа на пораженном участке головы очистилась, зуд прошел. После 8 сеансов явления экземы на голове и в области ушной раковины исчезли. Больная явилась для осмотра через полгода после окончания лечения. Хотя у больной была тяжелая семейная обстановка и ей приходилось много волноваться, экзема не рецидивировала.

Таким образом, суммируя свои данные, Е. И. Дубников указывает, что у одной больной с хронической экземой давностью в 8 лет в период резкого обострения, когда лекарственная терапия оказалась бессильной, три сеанса гипнотического внушения устранили резкие явления экземы. В дальнейшем под влиянием гипнотического внушения кожа руки пришла в такое хорошее состояние, что больная смогла снова работать на фабрике. Однако через полгода все же наступил рецидив. Два других больных (у одного — подострая, а у другого — хроническая форма заболевания), у которых лекарственная терапия также не давала положительного результата, в короткий срок выздоровели. Они длительное время состояли под наблюдением, но рецидивов не отмечалось. Одна из больных после продолжительного перерыва в работе смогла снова вернуться к станку.

Е. И. Дубников делает вывод, что у описанных им больных имелись формы экземы, сопровождающиеся изменением нервной системы функционального характера (общие неврозы). Здесь на базе неустойчивой и перераздраженной всей нервной системы резко повышена возбудимость сосудисто-нервного аппарата кожи. Такая кожа на те или иные психические травмы легко может дать реакцию в форме экземы. Суггестивная терапия, понижающая возбудимость всей нервной системы, в том числе и нервной системы кожи, на чем при внушении делается акцент, может в очень короткий срок устранить как субъ-

активные, так и объективные явления экземы, что и наблюдалось у приведенных больных. Если даже считать, что лечение гипнотическим внушением не избавляет больных от рецидивов, то все же Е. И. Дубников признает, что этот метод лечения является выдающимся симптоматическим средством при «нервных» формах экземы. Там, где лекарственная терапия и другие способы лечения бессильны, гипнотическим внушением можно в короткий срок устранить как субъективные, так и объективные явления экземы, избавить больных от тяжелых страданий и вернуть им работоспособность.

В 1936 г. мы опубликовали 13 наблюдений, касающихся больных экземой, из них 5 лечились в клинической и 8 в амбулаторной обстановке. Длительность кожного процесса у наших больных была от 2 месяцев до 21 года. Всем больным, наряду с обычным лечением, применялось и внушение в состоянии гипноза. Большинство больных ранее лечилось мазями и физическими методами или рентгенотерапией. Метод гипноза был речевой. Часть больных удавалось погрузить в глубокий сон, другие же во время сеанса лишь спокойно лежали с закрытыми глазами. Кроме обычного состояния покоя и сонливости, больным внушалось, что нервная система их успокаивается и вместе с этим исчезнут все симптомы их заболевания. Сеансы длились от 20 до 40 минут и повторялись через 2—4 дня. Больные переносили сеансы хорошо и охотно подвергались повторному гипнозу. Сначала сеансы проводили индивидуально с каждым больным, а потом, учитывая большую затрату времени на каждого больного в отдельности, мы стали проводить групповые сеансы с 3—4 больными одновременно.

Переходим к краткому описанию собственных наблюдений.

1. Больной Ф. Г., 53 лет; 9 месяцев назад на голове на месте ухабы появилась сыпь, распространившаяся по всему телу. Спит плохо. Диагноз: хроническая распространенная экзема. 19/X 1930 г. начата гипно-суггестивная терапия (II степени)¹. На другой день после сеанса отмечено приятное самочувствие. 29/X, после 3 сеансов, зуд меньше, сыпь побледнела. Лечение прервано.

2. Больная Н. О., 31 года, замужем. Три года назад, вскоре после смерти ребенка, появилась на руках экзема. Лечилась мазями, применяла внутрь бром и кальций, подвергалась рентгенотерапии

¹ Обозначение глубины гипноза см. стр. 9 и 10.

Спит плохо, беспокоят кошмары. Частые головные боли. Диагноз: хроническая экзема обеих кистей. С 14/IX по 19/X 1930 г. проведено 8 сеансов гипно-суггестивной терапии (II степени). После двух сеансов наступило обострение процесса. После 5 сеансов отмечено значительное улучшение очагов поражения на обеих руках. Головные боли реже, спать стала спокойнее. 19/X снова началось обострение процесса.

3. Больная О. К., 31 года, замужем. 10 лет назад в связи с семейными неприятностями появилась мокнувшая экзема на лице. Улучшение после примочек. 2 месяца назад появилось покраснение щек и подбородка. Спит плохо, просыпается по ночам, немеют руки. Запор. Диагноз: хроническая экзема лица. С 4/VI по 24/VI 1935 г. проведено 4 сеанса гипно-суггестивной терапии (III степени). После первого сеанса самочувствие улучшилось, начала спокойно спать. После второго сеанса прекратился запор. Отмечено некоторое улучшение кожного процесса. Лечение прервано из-за отъезда больной.

4. Больная А. О., 39 лет, замужняя. 6 лет назад без видимых причин на лице и теле появилась часто рецидивирующая зудящая сыпь. 4 года назад после семейной неприятности процесс сильно обострился. С этого времени появилась бессонница и кошмары по ночам. Диагноз: себорройная экзема лица и туловища. С 21/VI по 26/VII 1935 г. получила 11 сеансов гипно-суггестивной терапии. Первые 2 сеанса — I степени, последние 9 сеансов — II степени. Начиная с шестого сеанса, подвергалась групповому гипнозу. После третьего сеанса отмечено уменьшение зуда, после пятого — улучшилось общее самочувствие, после седьмого — прекратился зуд и после одиннадцатого сеанса все явления на коже исчезли.

5. Больная М. М., 44 лет, замужняя. Без видимых причин 2 месяца назад появилась на руках и ногах зудящая сыпь. Диагноз: подострая экзема. Получила два сеанса гипно-суггестивной терапии (II степени). После первого сеанса отмечено улучшение общего самочувствия и успокоение зуда.

6. Больная В. Т., 34 лет; 2 года назад появилась экзема на бедрах и половых органах, сопровождающаяся зудом. После волнения процесс обостряется. С 31/VII по 14/VIII 1935 г. проведено 6 сеансов гипно-суггестивной терапии (III степени). После первого сеанса почувствовала себя лучше, зуд успокоился; после пятого сеанса зуд прекратился. К концу лечения значительное улучшение. Во время лечения, после ссоры с мужем, наблюдалось обострение процесса.

7. Больная А. Б., 34 лет, замужняя. 21 год назад появились зудящие очаги на руках. Позже подобные же очаги высыпали на бедрах, животе и ногах. Процесс особенно ухудшается после волнений. В последнее время в связи с психическими переживаниями появилось ухудшение заболевания кожи. Плохо спит по ночам. Диагноз: невродермит. С 17/VI по 28/VI 1935 г. 5 сеансов гипно-суггестивной терапии (I степени). Из них 3 последних сеанса — групповые. После второго сеанса улучшился сон. В дальнейшем успех лечения колебался в зависимости от психического состояния, ухудшаясь при волнениях. После пятого сеанса отмечено уменьшение зуда и некоторое улучшение кожного заболевания.

8. Больная О. Ш., 30 лет, замужняя. Год назад, узнав, что муж заболел гонорреей, очень волновалась. Вскоре возник зуд на ноге,

сопровождавшийся появлением сыпи на конечностях и верхней части туловища. Плохо спит. Запоры. Диагноз: себорройная экзема. С 18/VI по 24/VI 1935 г. 3 сеанса гипно-суггестивной терапии (II степени). После второго сеанса зуд прекратился, сон улучшился и самочувствие стало хорошим. В день выписки после первого перерыва зуд снова появился.

9. Больной Е. Ф., 22 лет; 4 года назад без видимых причин появились на теле зудящие очаги. Год назад очаги появились под коленями, где держатся и теперь. Диагноз: невродермит. С 5/VIII по 25/VIII 1935 г. проведено 5 сеансов гипно-суггестивной терапии (III степени), из которых 3 последних — групповые. После второго сеанса зуд стал меньше. В дальнейшем присоединился розовый лишай, снова вызвавший субъективное ощущение зуда.

10. Больной Б., 22 лет. После применения ртутной мази развилась мокнувшая экзема всей кожи туловища. Обычная терапия в течение 2 месяцев безрезультатна. Приступлено к гипно-суггестивной терапии, проведено 15 сеансов (II степени). После первых же сеансов зуд значительно успокоился, появился сон, улучшилось самочувствие. К пятнадцатому сеансу состояние кожного покрова много лучше. Больной был переведен на амбулаторное лечение.

11. Больная Е., 32 лет, замужем. Страдает в течение нескольких месяцев зудящей экземой ног, возникшей без видимых причин. Проведено 3 сеанса гипно-суггестивной терапии (II степени) (А. А. Аковбян). После третьего сеанса сыпь настолько уменьшилась, что больная прервала лечение, считая лечение больше ненужным.

12. Больная Е. З., 32 лет. Впервые в возрасте 12 лет появилась экзема на лице. Были рецидивы. Последний рецидив после ссоры с мужем. Пораженные участки кожи сильно зудят. Спит плохо. Диагноз: хроническая экзема лица. С 15/XII 1932 г. по 12/I 1933 г. проведено 5 сеансов гипно-суггестивной терапии (II степени). После первого сеанса зуд уменьшился. После второго отмечено улучшение процесса. Появился сон. Самочувствие улучшилось. Процесс вновь обострился после ссоры с мужем.

13. Больная Е. К., 35. 14 лет назад появилась экзема на коже рук и туловища. С тех пор частые рецидивы. Последний сильный рецидив 2 месяца назад после развода с мужем. Диагноз: хроническая экзема. С 16/XII 1932 г. по 8/I 1933 г. проведено 5 сеансов гипно-суггестивной терапии (II степени). После второго сеанса отмечено улучшение, после третьего сеанса — ухудшение (была ссора с бывшим мужем).

Из обзора приведенных выше наблюдений мы видим, что из 13 больных лишь у двух (5 и 8) во время лечения не наступало улучшения кожного процесса. У больного (9) присоединившийся розовый лишай затушеввал течение основного кожного заболевания. У остальных больных наблюдается или полное исчезновение (4 и 11) клинических симптомов экземы, или более или менее выраженное улучшение. Улучшение кожного процесса отмечалось часто уже после первых двух-трех сеансов внушений в состоянии гипноза. Повторяем, что всем больным применялась одновремен-

но и другая принятая при экземе терапия. При этом терапевтический эффект был одинаков как при подострой и хронической экземе, так и при себорройной экземе и невродермите.

Улучшению состояния кожи обычно сопутствовало, а чаще и предшествовало улучшение общего состояния. Больные отмечали подъем настроения, веру в выздоровление и т. п. Только у 2 больных (7 и 13), где имевшая место ссора вызвала ухудшение процесса, этого улучшения общего состояния отмечено не было. У одного больного (9) картину экземы осложнил присоединившийся розовый лишай. Улучшение общего самочувствия отмечалось часто уже после первых сеансов внушения в гипнозе (1, 3, 5 и 6). У 6 больных (2, 3, 7, 8, 10 и 12) улучшился сон также после одного-двух сеансов гипно-суггестивной терапии. Интересно, что у больных уменьшался зуд, т. е. выключался один из важных факторов возникновения экземы. Зуд уменьшился у 8 больных (1, 5, 6, 7, 8, 9, 10 и 12) и исчез у двух (4 и 11). У последних 2 больных полностью исчезла и экзема. Уменьшение зуда отмечалось после первого сеанса у 4 больных (5, 6, 11 и 12), после второго сеанса — у 2 больных (8 и 9); у остальных больных зуд исчез после третьего и пятого сеанса. У одного больного (3) после проведения гипно-суггестивной терапии прекратились запоры.

Рецидивы заболевания или обострение процесса в период лечения наблюдались у 6 больных (2, 6, 7, 8, 12 и 13). За исключением только одной больной (2), у остальных обострения процесса наступали после психических волнений. Так, у 4 больных (6, 7, 12 и 13) обострению экземы предшествовала ссора с мужем, у больной (8) процесс обострился при выписке из стационара. Небезынтересно, что из 10 женщин 7 связывают появление экземы или обострение ее с неполноценной половой жизнью (3, 6 и 8) или с семейными неприятностями (6, 7, 8, 12 и 13). У одной больной причиной экземы была смерть ребенка (2).

Таким образом, нами обследовано было 13 больных, из них 10 женщин и 3 мужчин. Как у тех, так и у других успешность лечения была приблизительно одинакова. Почти все наши больные впадали во время сеанса в дремотное состояние (гипноз II степени). Часть больных

(3, 6 и 9) глубоко спала, а одна больная (7) лишь спокойно лежала. Хотя мы видели улучшение процесса и при I степени гипноза, но создавалось впечатление, что лечение шло быстрее, если больного удавалось погрузить в дремотное состояние. Длительность кожного поражения у больных была от 2 месяцев до 21 года. Больные были в возрасте от 22 до 53 лет. Ни длительность течения процесса, ни возраст больных не служили противопоказанием к применению гипно-суггестивной терапии. Хотя у большинства наших больных можно было установить влияние психических травм на возникновение или ухудшение процесса, тем не менее выявление этого момента, по нашим наблюдениям, не представляется безусловно необходимым для успеха терапии. Так, у 5 больных (1, 5, 9, 10 и 11), у которых появление экземы нельзя было связать с психическими травмами, все же удалось отметить несомненный успех терапии в виде или ослабления неприятных ощущений больного, или улучшения самого кожного процесса. С некоторыми больными, предварительно индивидуально подготовленными, мы пробовали проводить групповые сеансы. У 3 больных (4, 7 и 9) эффективность такого группового лечения была не ниже, чем при индивидуальных сеансах.

Кончая разбор наших наблюдений, мы можем сделать следующие заключения: из 13 больных экземой у 10 наступило улучшение как состояния кожных покровов, так и общего самочувствия. У двух больных (4 и 11) наблюдалось полное исчезновение экземы. Длительность течения экземы не отражалась на успехе терапии. Зуд уменьшался часто уже после первых сеансов гипноза. Хотя для успеха лечения не требуется обязательно погружать больного в глубокий гипноз, тем не менее мы отмечаем лучшие результаты, когда больной хотя бы начинал дремать. Для большей успешности лечения установление психических моментов, предшествующих появлению сыпи, не является обязательно необходимым.

Кроме проанализированных нами больных, мы в настоящее время имели возможность наблюдать еще 71 больного экземой, которые подвергались лечению внушением в состоянии гипноза; в числе их было 30 мужчин и 41 женщина; 40 больных лечились стационарно,

остальные — амбулаторно. Необходимо заметить, что часть стационарных больных начала лечение в клинике и после выписки продолжала его амбулаторно.

В группу больных экземой мы относили больных с различными формами этого заболевания, не подразделяя их на группы. Как было указано, больным производились все обычные лабораторные анализы и назначалось обычное в подобных случаях лечение. Поэтому мы не выделяем тех больных, у которых были глистные инвазии или нарушения желудочно-кишечной деятельности и т. п., в отдельную группу, а разберем их всех вместе, стараясь учесть тот эффект, который могла дать гипно-суггестивная терапия.

Улучшение состояния кожных покровов у 40 больных совпало с периодом назначения нашей терапии, что, естественно, заставляет поставить это в зависимость от назначенной терапии, так как лекарственная терапия, проводившаяся до этого у указанных пациентов, не дала особого эффекта. Как и в предыдущих своих наблюдениях, мы отмечаем улучшение процесса уже после первых двух сеансов гипноза. Обычно больные в период проведения гипно-суггестивной терапии отмечали улучшение общего состояния. У 26 из них быстро исчез зуд; у 41 больного он значительно ослабел. Уменьшение зуда наступало обычно после 1—2—5 сеансов гипноза. Улучшение сна было отмечено 60 больными уже после первых сеансов. Одновременно с улучшением сна, исчезновением чувства зуда, ослаблением клинических симптомов экземы больные отмечали и улучшение общего самочувствия. У 14 больных во время сеансов гипноза был полностью устранен ряд невротических явлений. У ряда больных наблюдалось в период лечения обострение процесса, которое в дальнейшем стихало. Лишь у одного больного с хронической экземой не удалось отметить улучшения процесса, хотя он находился под наблюдением свыше месяца и получил 11 сеансов гипноза. Количество проведенных сеансов у наших больных колебалось от 2 до 25. Глубина гипноза колебалась от I до III степени. Наше первоначальное впечатление, что для успеха терапии глубокий гипноз не обязателен, подтвердилось и здесь, но лечение было более успешным, если больного удавалось погрузить хотя бы в дремотное состояние. Длительность заболевания

ния у наших больных была от нескольких недель до нескольких лет. Возраст больных — от 20 до 72 лет. Ни возраст больного, ни длительность процесса не являлись противопоказанием к применению гипно-суггестивной терапии.

Приведем две истории болезни.

14. Больная М. Я., 22 лет. Больна экземой 8 месяцев. Бывали улучшения, сменявшиеся рецидивами. Поражены конечности, грудь и живот. Имеется мокнутие, трещины, шелушение. Процесс сопровождается зудом. С 2/XII 1946 г. по 3/I 1947 г. лечилась в кожной клинике с временным успехом. С 3/I 1947 г. назначена гипно-суггестивная терапия через день. 5/I 1947 г. в истории болезни записано: «Пораженные участки резко побледнели. После сеанса гипноза — значительное успокоение. Зуд прекратился». 7/I 1947 г. зуда нет. Пораженные участки слегка розоватого цвета. Отечность резко уменьшилась. 9/I 1947 г. выписана на амбулаторное лечение.

15. Больная Л. С., 35 лет; страдает рецидивирующей экземой несколько лет подряд. Последний рецидив 3 месяца назад. Связывает последнее появление экземы с вынужденным переездом из Москвы и конфликтом с дочерью. Мокнувшая экзема, захватывающая голени и бедра обеих ног и кисти. Сильный зуд. Не спит по ночам, нервничает. Обычная терапия без эффекта. Назначена гипно-суггестивная терапия (II—III степени), сеансы 2—3 раза в шестидневку. После первых двух сеансов зуд уменьшился, стала спать, улучшилось общее самочувствие. Явления экземы стали быстро улучшаться. В дальнейшем, однако, при конфликтах с дочерью наступали рецидивы.

Н. Г. Безюк лечил внушением 7 больных хронической экземой. Другой терапии, кроме лечения внушением, не применялось. Выздоровление наступило у 2 больных, у одного — значительное улучшение и у 4 — частичное улучшение.

Об успешном лечении больных экземой и невродермитом сообщил М. М. Желтаков, который путем внушения в состоянии гипноза излечивал невродермит.

Таким образом, на основании нашего собственного опыта и имеющихся литературных данных мы находим, что внушение в состоянии гипноза является безусловно полезным вспомогательным терапевтическим вмешательством, благоприятно влияющим на течение экземы.

Поэтому мы считаем себя вправе рекомендовать внушение в состоянии гипноза для лечения экземы в комбинации с другими известными нам способами лечения этого заболевания аналогично тому, как мы применяем препараты брома, не отказываясь при этом от другой терапии. Мы полагаем, что особого внимания заслу-

живает комбинация психического и физического воздействия на организм при лечении экземы и что будет правильным, наряду с гипно-суггестивной, проводить и дерматологическую терапию. Это укрепляет уверенность пациента в излечении, не подрывая авторитета психотерапии.

Чешуйчатый лишай

Многие авторы объясняют возникновение у ряда больных чешуйчатого лишая изменениями нервной системы.

А. Г. Полотебнов считает чешуйчатый лишай одним из многочисленных симптомов вазомоторного невроза, при котором нарушения циркуляции крови, наблюдающиеся в различных органах, иногда распространяются и на кожу.

П. В. Никольский указывает, что он часто наталкивался на такие факты, когда псориазическая сыпь появлялась впервые после смерти жены, ребенка, отца, матери, вслед за ухудшением материального положения, после резких неудач в служебной и общественной деятельности, после тяжелых судебных процессов и т. д. Он цитирует историю болезни, где псориаз развился у матери, трагически потерявшей ребенка; в течение 2 дней псориазическая сыпь захватила у нее весь кожный покров. П. В. Никольский наблюдал появление первой сыпи чешуйчатого лишая у кондуктора после тяжелых переживаний в поезде, уходящем под обстрел неприятеля.

Наряду с приведенными указаниями ряда авторов о несомненной роли нервной системы в патогенезе чешуйчатого лишая, имеется уже определенный опыт, свидетельствующий о благоприятных результатах психотерапии при чешуйчатом лишае.

П. С. Григорьев и П. П. Подъяпольский наблюдали у молодой женщины развитие очень распространенного псориаза, наступившего вслед за тяжелой психической травмой во время крушения поезда. Больная быстро избавилась от сыпи после нескольких сеансов внушения в гипнозе без применения каких бы то ни было наружных и внутренних средств.

В последнее время появилась работа И. М. Виша из Воронежской психиатрической клиники, в которой он

сообщает о четырех больных чешуйчатым лишаем, леченных внушением в состоянии гипноза. Все эти больные до гипно-суггестивной терапии безуспешно лечились различными мазями. Один из больных лечился в клинической обстановке. После тщательного объективного исследования больного и установления анамнеза применялись сеансы гипноза продолжительностью в 40—50 минут. Сеансы повторялись каждые 1—2 дня. Другая терапия не применялась.

1. Больной С., 21 года, алкоголик, страдает чешуйчатым лишаем 10 лет. Отец больного тоже алкоголик, мать — истеричка. В детстве был резвым, капризным ребенком. В 1919 г. был контужен и ранен. С этого времени легко возбудим, раздрачив, не выносит возражений, тишедавлен, обидчив. С 1920 по 1922 г. принимал морфий. С 1925 г. отмечается алкоголизмом. Чешуйчатый лишай наступил впервые в 1920 г. после тяжелого психического переживания.

Когда пациент спокоен, элементы чешуйчатого лишая уменьшаются, но совсем не исчезают. После волнений сыпь снова увеличивается. Всякое лечение оставалось безуспешным. В январе 1931 г. погиб друг больного. Эта смерть произвела на больного сильное впечатление: он сделался нервным, часто плакал, потерял сон, не мог работать. Чтобы забыться, он снова начал пьянствовать, по поводу чего был помещен в психиатрическую клинику. Одновременно с психотерапией по поводу алкоголизма проводились больному по время гипноза внушения по поводу кожного высыпания. Гипноз был глубокий. После сеанса гипноза настроение было бодрое. Уже после первых сеансов ночью стал крепко спать. После третьего сеанса наступило заметное улучшение сыпи. После шестнадцатого сеанса псориазические элементы исчезли совершенно, оставив после себя лишь красные пятна. После 25-го сеанса исчезли и эти пятна. Общее состояние больного было хорошее. Больной находился под наблюдением 1½ года. Рецидивов не было.

2. Больная Б., 32 лет. Диагноз: чешуйчатый лишай. Заболела в возрасте 12 лет, через 2—3 месяца после падения с моста появились впервые элементы сыпи. С детства больная отличалась большой восприимчивостью и склонностью к истерическим реакциям. Каждое волнение сопровождается обострением чешуйчатого лишая. В конце 1929 г. тяжелое переживание в связи с тем, что отчаялась в выздоровлении. Отец, дядя и дед по материнской линии — алкоголики. Мать страдает истерическими припадками. Внутренние органы без особых изменений. Сухожильные рефлексы слегка повышены. Чешуйчатым лишаем поражены обширные части кожи. После 86 сеансов гипноза с соответствующими внушениями наступило заметное улучшение. Остались лишь единичные чешуйки на локтях, коленях и голенях.

3. Больной В., 37 лет. В 1917 г. после контузии на фронте впервые появилась сыпь. По словам больного, сыпь после психических переживаний всегда обостряется. Физיותרпия и лечение другими средствами не дали улучшения. Внутренние органы без видимых изменений. Со стороны психики — истеро-неврастенические реакции.

После 12 сеансов внушений в гипнозе значительное улучшение общего состояния кожной сыпи. По невыясненным причинам пациент прервал дальнейшее лечение.

4. Больной 27 лет. Без видимых причин 10 лет назад появилась псориазическая сыпь. После волнений сыпь усиливалась. Больной с юного возраста склонен к невротическим реакциям. Обычное лечение было безрезультатным. Проведено 20 сеансов гипно-суггестивной терапии. Общее состояние улучшилось. Псориазические элементы без изменений.

На основании приведенных наблюдений И. М. Виш считает, что у трех первых больных появление чешуйчатого лишая стояло в связи с психической травмой.

Во всех случаях психические переживания влияют на течение кожного процесса — при неприятных переживаниях наблюдалось ухудшение состояния кожи. Длительность болезни у первого больного — 10 лет, у второго — 20 лет, у третьего — 13 лет, у четвертого — 10 лет.

Гипно-суггестивной были достигнуты следующие результаты: у одного больного наступило полное излечение, у двух — значительное улучшение и у одного не получено положительного терапевтического эффекта.

На основании собственных наблюдений и литературных данных И. М. Виш пришел к следующим выводам.

Длительность течения чешуйчатого лишая не оказывает заметного влияния на результаты лечения. Гипно-суггестивной был достигнут терапевтический эффект у больного, у которого появление чешуйчатого лишая было связано с психической травмой. При разборе каждого больного чешуйчатым лишаем нужно учитывать роль психического момента, неразрывно связанного с возникновением чешуйчатого лишая, и применять в подходящих случаях психотерапию.

Благоприятные результаты гипно-суггестивной терапии чешуйчатого лишая, приводимые в литературе, побудили нас проверить успешность данного лечения на наших больных псориазом.

Результаты применения гипно-суггестивной терапии у 10 больных с чешуйчатым лишаем были опубликованы нами в 1936 г. Трое больных лечились в клинической обстановке, остальные — в амбулаторной.

Приведем краткие истории болезни этих больных.

1. Больной Р., 45 лет. Неоднократно лежал в клинике кожных болезней в Киеве с диагнозом: диссеминированный чешуйчатый

лишай. Лечение мазями давало переходящий эффект. С 10/X по 9/XII 1930 г. получил 18 сеансов гипноза III степени с соответствующим внушением и смазыванием 2% борным вазелином. 25/X (после 8 сеансов) на месте поражения намечаются очаги здоровой кожи. Самочувствие хорошее. Зуд, бесподобный большой, меньше. 15/XI после волнений (проходил врачебную комиссию) процесс обостряется и на мочонке появилось мокнутие. 19/XI (после 15 сеансов) снова значительное улучшение. 9/XII (после 18 сеансов) сыпь исчезает. Остались лишь отдельные уплощенные бляшки. Зуд прекратился.

2. Больной Э., 49 лет. Болен чешуйчатым лишаем 32 года. Связывает наступление рецидивов болезни с переутомлением. Бляшки чешуйчатого лишая на волосистой части головы, за ушами, на груди, локтях и ягодицах. Назначена 2% белая ртутная мазь и сеансы гипноза (I степени) с соответствующим внушением. Эффекта не наступило.

3. Больной И., 34 лет. Болен 5 лет чешуйчатым лишаем. В течение этого времени сыпь совсем не исчезала. 19/V 1931 г. прописана 2% салициловая мазь и начата гипно-суггестивная терапия. Проведено 6 сеансов (II степени) с внушением в течение 15 дней. После 3 сеансов отмечено улучшение общего самочувствия. После 6 сеансов бляшки чешуйчатого лишая стали более плоскими, инфильтрация их уменьшилась. Больной чувствует себя спокойнее и бодрее. Результатом лечения доволен.

4. Больной Н., 20 лет. Болеет чешуйчатым лишаем 2 года. Последний рецидив зимой 1934 г. Появление рецидивов не связывает с волнениями. С 22/VI по 26/VII 1935 г. получал 2% борный вазелин, купанье, солнечные ванны и 9 сеансов гипноза (III степени) с внушением. Перед началом лечения элементы чешуйчатого лишая были рассеяны на руках, животе, спине, ягодице и ногах. Отмечает зуд. 8/VII (после 3 сеансов) зуд уменьшился, хороший сон. Сыпь более плоская, зудит меньше. 19/VII (после 5 сеансов) настроение хорошее, нет апатии, стал веселее. Сыпь уменьшается. 26/VII (после 9 сеансов) сыпь значительно уменьшилась. Больной очень доволен лечением. Лечение прервано из-за отъезда больного.

5. Больная Д., 25 лет. Рецидивы чешуйчатого лишая в течение нескольких лет. Общее состояние угнетенное. Связывает наступление рецидивов с волнениями. Сыпь локализуется на отдельных участках груди, спины и головы. Лечилась амбулаторно с 7/VIII по 29/VIII 1930 г. и с 22/XII 1930 г. по 3/I 1931 г., получая 2% борную мазь и 10 сеансов гипноза (III степени) с внушением в первый период лечения и во второй — 8 сеансов. После окончания первых 6 сеансов сыпь исчезла, появилось, по словам больной, «желание жить». Лечение в декабре: после 2 сеансов новых элементов чешуйчатого лишая не появляется. Зуд прекратился. Настроение спокойнее. После 8 сеансов элементы чешуйчатого лишая значительно уплотились, новых нет. Общее самочувствие хорошее. Лечение прервано из-за отъезда больной.

6. Больная П., 20 лет; 3 недели назад появилось острое высыпание чешуйчатого лишая, которое больная связывает с предшествовавшими волнениями (большую обокрала). 6/VI 1935 г. острое высыпание чешуйчатого лишая по всему телу, особенно в паховой области, подмышечной, под грудными железами и под коленями. С 6/VI по 28/VII 1935 г. получала 5% серную мазь

и 16 сеансов гипноза (III степени) с внушением. После 5 сеансов зуд, беспокоивший большую, уменьшился. После 7 сеансов сыпь стала более плоской, чешуйки начали исчезать. Чувствует себя хорошо. После 15 сеансов сыпь стала более плоской, побледнела, чешуйки значительно уменьшились.

7. Больная А., 26 лет. 4 года назад первое высыпание. Высыпание чешуйчатого лишая связывает с заболеванием ребенка. Лечение с 1/VII по 15/VII 1931 г. (5% серная мазь, ванны, солнечные ванны, мышьяк и гипно-суггестивная терапия). После 2 сеансов зуд прекратился. Самочувствие хорошее. Сыпь исчезает. 15/VII после 5 сеансов самочувствие хорошее. Зуда нет. Сыпь уплотилась, чешуек меньше.

8. Больная С., 26 лет. Чешуйчатый лишай рецидивирует в течение 15 лет без видимых для больной причин. 2/VII 1935 г. явления диссеминированного чешуйчатого лишая. Назначена 10% серная мазь и гипно-суггестивная терапия. Получила по 20/VII 1935 г. 5 сеансов гипноза (I степени). Отметила некоторое улучшение самочувствия. Сыпь начала уплощаться.

9. Больная Д., 40 лет. Чешуйчатый лишай на руках и ногах 2 месяца. Появление сыпи не связывает с волнениями.

10. Больная С., 26 лет. Чешуйчатый лишай несколько лет. Больная часто нервничает, после чего бывают обострения сыпи.

У последних двух больных проводилась только гипно-суггестивная терапия (А. А. Аковбян) — 9 сеансов гипноза II степени и 3 сеанса I степени без применения мазевой терапии. Никакого лечебного эффекта отметить не удалось.

Метод гипноза наших больных (4 мужчин и 6 женщин) проводился путем речевого воздействия. Сеанс длился от 20 до 40 минут и повторялся каждые 2—3 дня. Сначала сеансы проводились индивидуально с каждым больным, а потом мы стали проводить групповые сеансы с 3—4 больными. Часть больных не получила никакого мазевого лечения (9 и 10), у них терапевтический эффект гипно-суггестивной терапии был отрицательный; часть больных (1, 2, 3 и 5) получила сравнительно индифферентную мазевую терапию — 2% борную или серную, или ртутную, или салициловую мазь, и последняя часть больных (4, 6, 7 и 8) получила более энергичное местное и общее лечение (5% серная или ртутная мазь, ванны, солнечные ванны, мышьяк и т. д.).

Остановимся подробнее на этих двух последних группах. Из 8 больных этих групп улучшение не наступило у больного Э. (2). Больной этот все время скептически относился к новой для него терапии гипнозом и,

не получив облегчения после 3 сеансов гипноза (I степени) с соответствующим внушением, на 10-й день прервал лечение. У остальных 7 больных было отмечено улучшение как кожного, так и нервно-психического состояния. Зуд у 4 больных (1, 4, 5 и 6) уменьшился после 8, 3, 6 и 2 сеансов. Высыпания новых элементов во время лечения не наблюдалось. Лишь у одного больного (1) процесс вновь обострился после волнения, что быстро прошло при последующем лечении.

Отметить какой-либо разницы в успешности лечения в зависимости от пола нам не удалось. Лучший терапевтический эффект наступал при гипнозе II и III степени. В наблюдениях, не давших терапевтического эффекта, гипноз был I и лишь у одной больной (9) частично II степени. Возможно, однако, что у этих больных было проведено слишком мало сеансов гипноза (3, 7 и 3).

Появление чешуйчатого лишая связывалось с нервными переживаниями больных (1, 2, 5, 6, 7 и 10). Однако не у всех от гипно-суггестивной терапии наступило улучшение (2 и 10). Терапия оказалась успешной там, где больные не связывали появление чешуйчатого лишая с предшествовавшими волнениями (3, 4 и 8). Обычно улучшение самочувствия больных отмечалось уже после 8—5 и даже 3 и 2 сеансов.

Кроме приведенных выше больных, до настоящего времени мы имели возможность наблюдать еще 35 больных чешуйчатым лишаем, которым проводилось лечение внушением в гипнозе. Из них было 18 мужчин и 17 женщин. 26 больных лежали в стационаре клиники и 9 лечились амбулаторно. Возраст больных — от 11 до 52 лет. Количество сеансов колебалось от 3 до 18. Большинство больных получило около 10 сеансов. Основная масса больных впадала во II или III степень гипноза, лишь 4 больных не спали и не дремали во время сеансов гипноза. Одновременно с гипно-суггестивной терапией больные получали обычное для них лечение.

Почти у всех больных чешуйчатый лишай имелся в течение ряда лет, причем периоды улучшения сменялись периодами обострения процесса. Больные до нашей терапии неоднократно проводили мазевое и курортное лечение и получали различные инъекции. Улучшение кожного заболевания, совпавшее с назначением гипно-

суггестивной терапии, наблюдалось у 24 больных. У остальных 11 также наблюдалось улучшение состояния кожи, но это улучшение затянулось и его нельзя было так тесно увязать с применявшейся терапией, как у указанных выше 24 больных. У одного больного во время лечения появилось новое высыпание чешуйчатого лишая. 32 больных отмечали зуд пораженных участков кожи. После первых же сеансов зуд прекратился у 15 больных и у 15 уменьшился, у одного больного зуд не прекращался, у одного — во время лечения рецидивировало ощущение зуда. Нарушение сна, отмечавшееся рядом больных, было у всех устранено. Одновременно больные отмечали улучшение общего самочувствия после начала гипно-суггестивной терапии. Как и у больных с экземой, успех терапии не зависел ни от возраста больных, ни от глубины гипноза.

Приводим для иллюстрации еще три истории болезни.

11. Больная Л. А., 16 лет, больна чешуйчатым лишаем 4 года. Неоднократные рецидивы. Лечилась мазями. Последний рецидив 4 месяца с локализацией элементов на голове, туловище и больших половых губах; сильный зуд. Через 5 дней после 2 сеансов гипноза с соответствующим внушением (II—III степени гипноза) самочувствие хорошее, зуд ослабевает. Еще через 6 дней после 5 сеансов зуд исчез, элементы чешуйчатого лишая рассасываются. Через 25 дней после начала терапии (13 сеансов) продолжается рассасывание элементов, зуда нет.

12. Больной П. М., 50 лет. Болен чешуйчатым лишаем 35 лет. Частые рецидивы, сопровождающиеся сильным зудом. Принят в клинику 27/II 1947 г. с поражениями на туловище и голове. 2/III состояние кожи без изменений. Сильный зуд. 3/III включена гипно-суггестивная терапия. 5/III зуд успокоился. Самочувствие хорошее. 13/III (после 5 сеансов II степени гипноза) элементы чешуйчатого лишая резко уплостились, частично рассосались. Зуд исчез. Самочувствие хорошее.

13. Больная Т. В. С., 25 лет, обратилась по поводу чешуйчатого лишая, длящегося у нее в течение ряда лет и сопровождающегося зудом. По просьбе больной она была подвергнута лечению внушением в гипнозе. После нескольких сеансов гипноза (III степени) зуд успокоился, новые элементы перестали возникать, старые элементы стали рассасываться. В дальнейшем присоединена мазевая терапия. В течение последующих двух лет наблюдались рецидивы.

В 1940 г. Н. Г. Безюк сообщил о результатах, полученных им в результате косвенной суггестивной терапии 28 больных чешуйчатым лишаем. Среди них было 13 мужчин и 15 женщин в возрасте от 8 до 64 лет. Продолжительность заболевания была от 8 дней до 20 лет. Психические травмы, предшествовавшие высыпанию че-

шуйчатого лишая, наблюдались лишь у 2 больных. До получения косвенной суггестивной терапии больным обычно применяли разнообразные методы лечения. Н. Г. Безюк делал им уколы иглой пустого шприца — vacuum Record (V. R.) в различные участки тела безотносительно от того, является ли этот участок пораженным или нет. Если больной настаивал на применении наружных средств, то смазывали один или два очага (но не все) 1% раствором метиленовой синьки. Каждая манипуляция сопровождалась обнадеживающими больного словами. Н. Г. Безюк применял и прямое внушение для усиления лечебного эффекта уколов. «Инъекции» проводились сначала через день, а в дальнейшем — через 5—6 дней.

Полное исчезновение проявлений чешуйчатого лишая Н. Г. Безюк наблюдал у 8 больных, у 16 — значительное улучшение, у 3 — незначительное улучшение и у одной больной был полный успех. При имевших место рецидивах Н. Г. Безюк повторял курс лечения vacuum Record, и у двух больных псориазические элементы вновь полностью исчезли.

Интересны сопоставления терапевтической ценности лечения чешуйчатого лишая внушением с другими методами, которые мы заимствуем из работы Н. Г. Безюка (табл. 8).

Не отрицая физиологической ценности переливания крови и других лечебных мероприятий при чешуйчатом лишае, можно высказать предположение, что при всех этих манипуляциях играло, несомненно, терапевтическую роль и проводимое лечением врачом внушение больному успеху лечения. Это обстоятельство справедливо выдвигает требование постановки при всех испытаниях новых методов лечения чешуйчатого лишая также и контрольных наблюдений.

На основании собственного опыта и литературных данных нам кажется возможным признать, что гипнотическое и косвенное внушение являются безусловно полезным вспомогательным терапевтическим вмешательством, благоприятно влияющим на течение чешуйчатого лишая. Правда, мы недостаточно долго лечили наших больных, доводя количество сеансов лишь до 18. Тем не менее, мы видели определенно положительный эффект от применения гипно-суггестивной терапии при

Таблица 8

Методы лечения чешуйчатого лишая	Количество больных	Результаты лечения				
		полное исчезновение всех элементов чешуйчатого лишая	значительное улучшение	незначительное улучшение	без эффекта	ухудшение
Поллилизатотерапия по С. Е. Горбовицкому (1935)	30	4	13		12	1
Переливание несовместимой крови по Г. Х. Хачатурьяну (1937)	10	—	4	—	6	—
Переливание крови по А. М. Адигезалову (1935)	28	20	6	2	—	—
Инъекции плацентарной крови по М. И. Багаеву (1938)	3	—	2	—	1	—
Инъекции гравидана по Е. И. Апасовой и С. Ю. Аликберову (1938)	55	—	7	25	21	2
Косвенная рентгенотерапия по Ф. Р. Эдштейну и В. О. Луцицкому (1936)	125	11	28	50	36	—
Внутривенные вливания 1% раствора метиленовой синьки по С. А. Глауберзону и Ш. Е. Трахтенбергу	14	4	6	2	2	—
Косвенное внушение (vacuum Record) по Н. Г. Безюку (1940)	28	8	16	3	1	—
Лечение внушением в гипнозе (наши данные)	45	—	31	11	3	—

чешуйчатом лишае в комбинации с остальными методами лечения. Не видя необходимости применять одну лишь гипно-суггестивную терапию, мы считаем себя вправе рекомендовать внушение для лечения чешуйчатого лишая в комбинации с другими известными нам способами лечения этого заболевания, подобно тому, как мы рекомендуем применять внушение в состоянии гипноза при лечении экземы или применяем препараты брома, вовсе не отказываясь при этом от других видов лечения, и считаем возможным ввести групповые сеансы гипноза при лечении кожных болезней и, в частности,

чешуйчатого лишая. Это особенно легко применять в тех случаях, когда больные предварительно подготовлены к гипно-суггестивной терапии во время индивидуальных сеансов.

Красный плоский лишай

Подходящими для применения гипно-суггестивной терапии нам казались больные красным плоским лишаем — *lichen ruber planus*. Некоторые авторы (А. Г. Полотебнов, А. И. Пospelов, П. В. Никольский и др.) считали возможным возникновение этого дерматоза связывать с психическими переживаниями.

П. В. Никольский приводит из своей практики несколько примеров совпадения высыпаний красного плоского лишая с различными нервными заболеваниями или психическими переживаниями.

Наблюдение 1. У больного, 15 лет, одновременно с сыпью красного плоского лишая развилась крайне повышенная чувствительность кожи, ощущение шекотания вызывалось малейшим прикосновением даже белья, и больной мог уснуть не иначе, как сняв рубашку. Под влиянием мышьяковой терапии сыпь и нервные явления постепенно проходили.

Наблюдение 2. Красный плоский лишай у двух сестер. Одна из них, 19 лет, инфантильна, крайне чувствительна к самому ничтожному фарадическому току; при малейшем волнении появляется зуд. Под влиянием мышьяка сыпь, зуд и слабость уменьшились и больная стала бодрее.

Одновременное существование *lichen ruber planus universalis* и *lichen ruber planus zosteriformis*, характеризующихся расположением сыпи по ходу нерва, еще лишний раз подчеркивает значение нервной системы в клинике красного плоского лишая.

Не останавливаясь больше на аналогичных литературных данных, которых в настоящее время имеется уже достаточное количество, мы перейдем непосредственно к разбору своих наблюдений красного плоского лишая, где связь изменений в нервной системе с возникновением заболевания была отчетливо видна у большинства больных. На основании столь часто встречающейся связи между нервно-психическими заболеваниями и высыпанием красного плоского лишая возможность воздействовать психотерапией на течение красного плоского лишая казалась нам особенно заманчивой. Это и побудило нас еще в 1930 г. приступить к изучению тех воз-

можностей, которые открывала гипно-суггестивная терапия больных красным плоским лишаем.

Имеющееся у большинства больных красным плоским лишаем ощущение зуда, часто доставляющее им большие страдания, также создает благоприятную предпосылку в смысле влияния на течение красного плоского лишая путем устранения гипно-суггестивной терапией чувства зуда и связанных с ним расчесов кожи.

Мы считали не бесполезным поделиться нашим опытом лечения больных красным плоским лишаем внушением в состоянии гипноза.

Метод гипноза сводился к речевому воздействию на психику. Часть больных удавалось погрузить в глубокий сон, другие же во время сеанса только лежали покойно с закрытыми глазами. Больным, кроме обычного состояния покоя и сонливости, внушалось, что нервная система их успокаивается, что вместе с этим прекратится зуд и станет исчезать болезнь, что мазь, которая им будет прописана, теперь будет влиять на них особенно хорошо и т. д. Больным при этом давалась для смазывания 2% борная мазь. Сеансы гипноза продолжались от 10 до 30 минут и повторялись через 2—3 дня. Больные хорошо переносили гипнотерапию и охотно подвергались повторному гипнозу.

Некоторым больным после сеанса пораженные участки смазывали раствором метиленовой синьки с указанием, что «лекарство» нельзя ни смывать, ни стирать. Этим мы старались на более продолжительное время фиксировать внимание больного на том внушении, которое проводилось во время гипнотерапии.

В 1936 г. мы опубликовали результаты лечения внушением в гипнозе 13 больных красным плоским лишаем; 5 из них лечились в клинической и 8 — в амбулаторной обстановке. Большинство больных ранее подвергалось малоэффективному лечению мазями или физическими методами.

Переходим к описанию этих больных.

1. Больной С., 12 лет, поступил осенью 1930 г. в Киевскую кожную клинику с явлениями рассеянного по всему телу красного плоского лишая и с плоскими бородавками на руках. Больной неоднократно подвергался нашим сеансам по поводу обоих кожных заболеваний. Каждый раз больной впадал в глубокий гипноз (III степени). При выписке никаких улучшений состояния кожи констатировано не было.

2. Больной К. В.¹, 38 лет, поступил в клинику 20/III 1931 г. с жалобами на зудящую сыпь на коже туловища и язву на левом локте. В сентябре 1930 г. на левом локте появилась небольшая язвочка. Диагноз: пендинская язва. За 1½ месяца до поступления в клинику больной обнаружил какую-то сыпь на спине и боковой поверхности шеи. Сыпь эта быстро распространялась, захватив к моменту осмотра ряд участков кожи по всему телу. Лечился мазями безрезультатно. Из перенесенных заболеваний отмечает оспу, брюшной тиф и язву желудка, по поводу которой в 1927 г. был оперирован. Жалуется на частые рези в животе, запоры и головные боли, наступившие после операции. Отмечает, что в последние месяцы очень уставал на работе. Больной среднего роста, крепкого телосложения, вес 63 кг. Кишечник вздут, имеется геморрой. Остальные внутренние органы и формула крови без изменений. Реакция Вассермана отрицательна. Реакция Пирке ++++. На шее, верхних и нижних конечностях, на верхней трети спины, груди и живота, на половом члене и слизистой оболочке рта типичная для красного плоского лишая сыпь, а на разгибательной стороне левого локтя язва величиной в 3×5 см. В мазке из язвы обнаружены возбудители пендинской язвы (тельца Боровского).

С 27/III по 30/IV 1931 г. больной получил 15 сеансов гипноза. Больной погружался в глубокий гипноз (III степени). Помимо общего покоя, улучшения состояния нервной системы и исчезновения зуда и сыпи, ему внушалась нормальная деятельность желудочно-кишечного тракта. После сеансов стул самостоятельный. Через 2 дня после начала лечения больной указал на прекращение зуда. Через 7 дней после 4 сеансов гипноза в истории больного записано: «папулы частично уплостились, частично исчезли. Цвет их стал бледнее и принял слегка коричневый оттенок. Сильно выражено шелушение элементов». При выписке сыпь на коже настолько уплостилась, что следы папулы видны лишь при боковом освещении. Сыпь на слизистой рта не вполне исчезла. 25/XII 1935 г. больной был нами продемонстрирован снова в Ташкентском дерматологическом обществе. Рецидивов болезни не наступало. На слизистой рта остатки красного плоского лишая.

3. Больной М. А., 33 лет, поступил в клинику 21/XII 1931 г. с жалобами на кожную сыпь. Первоначально сыпь появилась 3 года назад на верхней трети правого бедра. После полугодового лечения какой-то мазью она исчезла. 1½ месяца назад без видимых для больного причин наступил рецидив; сыпь быстро распространилась по обоим предплечьям, тыльной поверхности кистей и по внутренней поверхности бедер. Субъективно ощущений зуда при этом не наблюдалось. Больной лечился в амбулатории, где получил 7 инъекций висмута и какую-то мазь. Улучшения не наступило. Из перенесенных болезней отмечает сыпной тиф.

Status praesens. Больной ослабленного питания, вес 57 кг. Сердце расширено влево на палец, тоны его глухие. Кровь без патологии. Реакция Вассермана и реакция Пирке отрицательны. Кожное поражение локализуется на верхних конечностях, преимущественно в области плеч, предплечий и тыльной поверхности кистей. Далее

¹ Больной демонстрирован в Ташкентском дерматологическом обществе 26/III 1931 г.

сыпью поражена кожа живота, мошонки, полового члена и передних поверхностей бедер. Картина сыпи характерна для красного плоского лишая, состоит местами из отдельных папул величиной от булавочной головки, местами сливается в бляшки несколько больше ногтя большого пальца. Местно больному назначена 2% борная мазь. С 31/XII 1931 г. по 22/II 1932 г. проведено 20 сеансов гипноза с соответствующими внушениями. С первого же сеанса больной погружился в глубокий гипноз (III степени). После 2 сеансов 5/II 1932 г. отмечено, что сыпь на кистях стала уплощаться. После 3 сеансов 8/II все элементы красного плоского лишая, расположенные на верхних конечностях, стали более плоскими. 1/II после 9 сеансов на нижних конечностях и туловище на месте бывших папул остались буроватые пигментные пятна. Элементы на теле кистей еще слегка возвышаются. 22/II после 20 сеансов папулы все исчезли, оставив лишь буроватые пигментации. В феврале 1935 г. больной явился с рецидивом бляшки красного плоского лишая величиной с 20-копечную монету на темени. Назначенная гипно-суггестивная терапия снова дала облегчение.

4. Больной М. С., 33 лет, поступил в клинику 21/II 1932 г. с жалобами на сыпь, появившуюся у него 4 месяца назад после случайного ранения ожогом. В течение месяца она распространилась по всему телу, поразила кожу конечностей, спины и груди. Сыпь с самого начала сопровождалась зудом. Больной все время лечился безрезультатно различными мазями. Из перенесенных заболеваний отмечает скарлатину, сыпной тиф и малярию.

Status praesens. Рост средний, вес 68,8 кг. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Кровь без патологии. Реакция Вассермана отрицательна, реакция Пирке положительна. На коже туловища, на нижней губе и на слизистой оболочке щек типичная для красного плоского лишая сыпь. Местно назначена 2% борная мазь. С 26/I по 28/II 1932 г. проведено 8 сеансов гипно-суггестивной терапии. Больной с первого же сеанса погружился в глубокий гипноз (III степени). Через день после первого сеанса появилось новое высыпание. После 3 сеансов новые высыпания больше не появляются, имеющаяся сыпь стала бледнее, папулы уплостились. После 5 сеансов отмечено прекращение зуда. Папулы на нижних конечностях совершенно уплостились, стали синопинобуриями. 22/II, в день выписки, на местах бывших папул осталась бурая пигментация. Поражения на губах и слизистой рта уменьшились в размере и стали бледнее. Субъективно никаких ощущений.

5. Больная Е. Д., 52 лет, поступила в клинику 27/IV 1932 г. с жалобами на зудящую сыпь на теле. Начало заболевания связывает с перенесенной 8 месяцев назад психической травмой. На следующий день после этого больная обнаружила на руках и ногах зудящую сыпь синевато-красного цвета. Амбулаторное лечение различными мазями было безрезультатным. Периодически сыпь появлялась на новых местах, захватывая бедра и живот. Кроме зуда на пораженных участках, больная отмечает бессонницу и сильные головные боли.

Status praesens. Больная выше среднего роста, вес 94,1 кг. Тоны сердца глухие. В остальном со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Кровь без патологии. Реакция

Вассермана отрицательна, реакция Пирке положительна. На сгибах локтей, колен и на внутренней и передней поверхности бедер имеются лентикулярные папулы величиной от просыпного зерна до чечевички, местами расположенные линейно, местами сливающиеся в бляшки. Сыпь имеет все типичные для красного плоского лишая особенности.

21/IV первый сеанс гипноза. Сон поверхностный (II степени). После первого сеанса появились новые высыпания, зуд усилился. 24/IV после второго сеанса гипноза новые высыпания прекратились. 28/IV после третьего сеанса новых высыпаний нет. Элементы на руках стали плоские. Зуд прекратился. Больная из-за отъезда прервала лечение.

6. Больная Э. Р., 40 лет. Жалуется на зудящую сыпь, которая без особых внешних причин появилась на обеих ногах. Лечилась амбулаторно мазями, но безрезультатно. При осмотре 17/II 1932 г. констатирован бородавчатый красный плоский лишай на обеих ногах. Назначена местно 2% борная мазь и приступлено к амбулаторному лечению внушением в состоянии гипноза. Гипноз I и II степени. После сеансов пораженные участки смазывали раствором метиленовой синьки. 1/III после 3 сеансов отмечено, что элементы стали несколько плоские, зуд прекратился. 13/III после 5 сеансов наблюдалось дальнейшее уплощение элементов. 22/IV после 10 сеансов уплощение элементов становилось все больше. Некоторые из них исчезли, оставив после себя пигментные пятна. Лечение прервано из-за отъезда.

7. Больная Е. У., 14 лет. Четыре месяца назад большую ужалила пчела, что ее сильно испугало. Через несколько дней после этого на правой ноге появилась слегка зудящая сыпь. Амбулаторное лечение мазями оказалось безрезультатным. При осмотре 22/II 1932 г. на правой голени обнаружена линейно расположенная сыпь красного плоского лишая. Местно назначена 2% борная мазь и приступлено амбулаторно к сеансам внушения в состоянии гипноза с последующим смазыванием сыпи раствором метиленовой синьки. Гипноз поверхностный (II степени). 2/III после 3 сеансов отмечается некоторое уплощение сыпи. 17/IV после 9 сеансов зуд прекратился. Элементы значительно уплостились. На месте рассосавшихся папул остались пигментные пятна. Из-за отъезда больной дальнейшее лечение прервано.

8. Больная М. А., 40 лет. Указывает, что после потери мужа много работала и переутомлялась. Осенью 1930 г. на правом бедре появилась зудящая сыпь. Лечение мазями было безрезультатным. 18/III 1932 г. при осмотре больной на внутренней поверхности правого бедра была обнаружена сыпь, типичная для красного плоского лишая. Бляшка красного плоского лишая имеется и на слизистой оболочке левой щеки. Приступлено амбулаторно к гипно-суггестивной терапии. С первого же сеанса у больной наступило глубокое гипнотическое состояние (III степени). Уже через 3 дня после начала лечения больная отметила уменьшение зуда и через 6 дней 28/III после двух сеансов сыпь стала уплощаться. С последующими сеансами улучшение становилось все более заметным. Через месяц после 7 сеансов отмечено, что элементы на коже бедра исчезли, оставив после себя буроватые пятна. Зуд прекратился.

Бляшки на слизистой оболочке значительно уменьшились и едва выделяются на всей слизистой щеки в виде беловатого пятна.

9. Больная К., 17 лет, больна 10 месяцев. В момент осмотра (ноябрь 1934 г.) имеется сыпь на левом плече, груди и обеих голени, типичная для красного плоского лишая. Лезилась все время безрезультатно мазями. Получила амбулаторно с промежутком в 4 дня 2 сеанса гипноза (III степени). Явилась через 15 дней после последнего сеанса гипноза. Сыпь уплостилась и побурела; еще через месяц она совершенно исчезла.

10. Больной П. В., 14 лет. Явился в клинику 3/VI 1935 г. с жалобами на зудящую сыпь, появившуюся 3 месяца назад. Сначала сыпь появилась на ногах, а потом и на животе. При осмотре, помимо типичных элементов красного плоского лишая, расположенных на туловище и конечностях, обнаружены бородавчатые образования красного плоского лишая на голени, а также сыпь на слизистой рта. Назначено амбулаторное лечение гипнозом. Проведено с промежутками в 2-3 дня 6 сеансов гипноза (III степени) с обычными внушениями. После первого сеанса зуд прекратился. После второго сеанса новые элементы перестали появляться. После пятого сеанса сыпь значительно уплостилась и побурела.

11. Больной М. Л., 29 лет. Явился на амбулаторный прием в клинику 21/VI 1935 г. с жалобами на зудящую сыпь, появившуюся 5 лет назад. Все время лечился. Несколько раз наступало улучшение с последующими рецидивами. С первыми переживаниями появление сыпи не связывает. При осмотре обнаружена сыпь красного плоского лишая. После двух сеансов зуд исчез, новых элементов сыпи не появилось. Позже больной уехал из Ташкента.

12. Больная А. П., 24 лет. В середине февраля 1935 г. скоро с мужем. Через 10-15 дней стала появляться на лице буроватая зудящая сыпь. В начале марта обратился к врачу, который не смог поставить диагноз, что очень расстроило больную. На другой день после этого появилась сыпь на шее. В августе новая сыпь с мужем. После этого новое высыпание сыпи на шее. Зуд очень беспокоит больную, увеличиваясь даже при незначительных волнениях, и не дает спать по ночам. При осмотре обнаружена типичная для красного плоского лишая сыпь на сгибательной поверхности рук и на шее. Назначена гипно-суггестивная терапия (III степени). Сеансы через день. После первого сеанса зуд прекратился. После второго сеанса общее самочувствие больной, до этого очень угнетенное, улучшилось. Больная стала спать спокойно, поверила в возможность выздоровления. После третьего сеанса сыпь приобрела несколько буроватый оттенок и стала более плоской. После третьего сеанса больная уехала домой.

13. Больной С. А., 30 лет. 11/VIII 1935 г. появилась сыпь на ногах, начавшая распространяться по телу, сопровождалась сильным зудом. 5/XII поступил на лечение в кожную клинику с диагнозом красного плоского лишая. Из перенесенных заболеваний отмечает корь, воспаление легких и брюшной тиф.

Status praesens. Больной среднего роста, астеник, телосложение правильное. Кровь без патологии. Реакция Вассермана отрицательна. Кожное поражение локализуется на конечностях и туловище. Картина сыпи характерна для красного плоского лишая, состоит из изолированных папул и бляшек величиной до ладони

взрослого человека. Имеются элементы красного плоского лишая на слизистой оболочке рта. Больному назначены через день ванны и 2% борная мазь. С 9/XII 1935 г. по 17/II 1936 г. больной получил 17 сеансов гипноза с обычным внушением (III степени). После 2 сеансов сыпь побурела, сон улучшился. После 3 сеансов зуд исчез, рассасывание элементов продолжается. После 8 сеансов гипноза на местах поражения появились очаги нормальной кожи. После 13 сеансов отмечено уплотнение и уменьшение очагов красного плоского лишая на слизистой рта. При выписке 17/II 1936 г. на местах поражений имеются лишь пигментные пятна.

Из обзора приведенных выше наблюдений мы видим, что из 13 больных лишь у одного лечение осталось безрезультатным. Это был наш первый случай лечения красного плоского лишая гипнозом. Хотя, по нашему мнению, лечение этого больного проводилось так же, как и последующих больных, тем не менее нет полной уверенности, что не были допущены какие-либо погрешности в методике лечения, чем и объясняется отсутствие благоприятного эффекта. Из прочих 12 больных у 6 больных (5, 6, 7, 10, 11 и 12) наступило заметное улучшение. При этом обнаружено уплотнение элементов и исчезновение зуда. Количество сеансов гипноза, полученных этими больными, было от 3 до 10. В дальнейшем лечение было по тем или иным причинам прервано.

У остальных 6 больных (2, 3, 4, 8, 9 и 13) к концу лечения мы наблюдали на коже полное исчезновение элементов красного плоского лишая. На местах бывшей сыпи оставались буроватые пигментные пятна, не вызывающие у больного никаких ощущений. Как долго держались эти пятна, мы проследить не могли, так как больные больше не возвращались к нам для лечения. Несколько труднее было исчезновение элементов на слизистой рта. У 5 больных с поражением слизистой рта (2, 4, 8, 10 и 13) в момент окончания лечения после 17, 15 и 8 и 7 сеансов гипноза, когда элементы красного плоского лишая на коже совершенно уже исчезли, оставив после себя лишь пигментацию, бляшки на слизистой рта были еще отчетливо выражены, хотя ясно уменьшились в размерах.

Пока мы не можем высказаться и о длительности эффекта гипно-суггестивной терапии при красном плоском лишае. Однако у одного больного, которого мы наблюдали почти 5 лет, рецидивов не было. У другого больного рецидив наступил через 4 года после исчезновения симптомов.

Все больные во время лечения отмечали исчезновение чувства зуда. У одних (2, 8, 10 и 12) зуд прекратился после первого же сеанса гипноза, у других для этого потребовалось 2, 3, 5 и даже 8 сеансов (6, 4, 7, 11 и 13). Уплотнение элементов красного плоского лишая начиналось после первых 2—4 сеансов. Высыпания новых элементов сыпи обычно не наблюдались. Лишь у двух больных (4 и 5) после первого сеанса имело место новое высыпание, прекратившееся после дальнейших сеансов.

Среди наших больных было 7 мужчин и 6 женщин. Отметить какой-либо разницы в успешности лечения в зависимости от пола нам не удалось. Лучшее всего эффект лечения был у больных с глубоким гипнотическим сном (2, 3, 4 и 8). У них после окончания лечения можно было отметить полное исчезновение на коже элементов красного плоского лишая. Только у одного больного (1), также погрузившегося в глубокое гипнотическое состояние, улучшения не наступило. Возможно, как говорилось раньше, виной была наша несовершенно проведенная методика лечения. При менее глубоком гипнотическом состоянии (I и II степень гипноза) мы наблюдали лишь улучшение состояния больных без полного исчезновения элементов красного плоского лишая. Однако, может быть, причиной этого неполного исчезновения элементов была не глубина гипноза, а недостаточно продолжительное лечение (3, 8 и 10 сеансов).

Влияние психических травм на появление красного плоского лишая было ясно выражено у больных (4, 5, 7, 8, 10 и 12). Из них двое больных (4 и 8) прекрасно поддались гипно-суггестивной терапии; у 4 больных (5, 7, 10 и 12) мы наблюдали улучшение процесса после третьего сеанса, но лечение не было доведено до конца. У остальных больных выявить влияние психической травмы на появление красного плоского лишая не удалось. Тем не менее и у них лечение шло успешно. Так, у 2 больных (2 и 3) исчезли явления красного плоского лишая, а у одной больной (6) наступило улучшение. Видимо, выявление психического момента при возникновении сыпи не является обязательным для успеха гипно-суггестивной терапии.

Длительность кожного поражения у наших больных была от 1½ месяцев до 5 лет. Успех лечения не зависел от длительности процесса. Обычно до прихода в клинику больные безрезультатно лечились в амбулатории мазями. Только у одного больного (3) сыпь, возникшая 3 года назад, под влиянием полугодового лечения мазью исчезла, но через год наступил снова рецидив.

Наряду с исчезновением зуда и элементов сыпи, под влиянием гипноза у 3 больных (2, 5 и 12) наблюдалось и улучшение общего состояния. Все больные охотно шли на повторные сеансы гипноза.

Смазывание во время гипно-суггестивной терапии пораженных участков кожи раствором метиленовой синьки у 2 больных (6 и 7), повидимому, не играло роли в успехе лечения. Точно так же нельзя считать с терапевтическим эффектом, который получался от смазывания пораженных участков 2% борной мазью, имея в виду, что почти все больные до этого в течение долгого времени безрезультатно лечились различными мазями.

Кончая разбор наших наблюдений, мы можем сделать следующее заключение: из 13 больных красным плоским лишаем, леченных внушением в состоянии гипноза, у 6 больных наблюдалось исчезновение кожных проявлений болезней, причем на их месте оставалась бурая пигментация, у 6 больных отмечено улучшение и у одного больного улучшения не наступило. Под влиянием гипно-суггестивной терапии улучшался процесс и на слизистой рта. Длительность течения красного плоского лишая не отражалась на успехе терапии. Зуд у больных ослабевал во время лечения часто уже после первых сеансов гипноза. Хотя для успешности лечения не требуется обязательного погружения больного в глубокий гипноз, тем не менее лучшие результаты мы получали при глубоком сне. Для успешного лечения наличие психических травм в картине заболевания не является необходимым. Во время гипно-суггестивной терапии красного плоского лишая наблюдалось улучшение общего состояния больных.

Таким образом, на основании приведенных данных нам казалось вполне обоснованным рекомендовать гипно-суггестивную терапию при красном плоском лишае.

Введение гипноза с соответствующим внушением для терапии красного плоского лишая являлось тем более желательным, что при этой болезни часто остальные терапевтические мероприятия не давали положительного лечебного эффекта.

Мы располагаем данными, касающимися еще 50 больных красным плоским лишаем, леченных внушением в гипнозе. Из них 19 больных лечились стационарно и амбулаторно — 31. Среди них было 20 мужчин и 30 женщин в возрасте от 12 до 69 лет.

Врачом С. С. Белолипецким проводилось групповое лечение гипно-суггестивным методом 25 больных в клинике и в амбулатории. В эту группу были включены больные с различными дерматозами. Остальных больных лечили мы.

Метод гипноза сводился к речевому воздействию на психику. Никакой другой терапии не применялось. Около трети всех больных удавалось погрузить в глубокий (II, III степени) гипноз. Количество сеансов было от 2 до 20.

Из 25 больных, леченных нами в индивидуальном порядке, у 11 сыпь полностью исчезла.

Из 25 больных, леченных коллективно, полное исчезновение сыпи наблюдалось у 4 больных. Значительное улучшение клинических симптомов отмечено у 30 больных. Из них 12 лечились индивидуально и 18 — коллективно. У 5 больных (2 лечились индивидуально и 3 — коллективно) достигнуть улучшения состояния кожи не удалось, хотя количество сеансов гипноза было доведено до 20, а глубина гипноза третьей степени была у трех из них и у двух — первой степени. Уяснить себе, почему у этих больных гипно-суггестивная терапия оказалась безуспешной, мы не смогли. Ряд больных по тем или иным причинам выбывал из-под нашего наблюдения.

Если мы объединим группы больных, у которых сыпь совершенно исчезла и наступило значительное улучшение клинических симптомов, то как в группе больных, леченных индивидуально, так и в группе больных, леченных коллективно, результат лечения был почти одинаков.

Количество неудач в обеих группах было примерно одинаково.

Исчезновение сыпи шло по известному шаблону: сначала прекращалось новое высыпание, потом сыпь принимала бурый оттенок, уплотчалась, и, наконец, вместо папул оставались лишь буроватые пятна, которые потом также исчезали. У 5 наших больных были рецидивы плоского лишая; они снова успешно лечились у нас внушением в гипнозе. После 1—3 сеансов гипноза наблюдалось уменьшение зуда. У 23 больных зуд совершенно исчез, у 15 зуд значительно уменьшился. У 22 больных до терапии сон был беспокойным, после лечения он стал хорошим и покойным у 14 и улучшился у 8 больных. Длительность заболевания у наших больных была от 1½ месяцев до 7 лет. Успех лечения не зависел от длительности болезненного процесса.

Приводим дополнительно некоторые истории болезни.

14. Больная Ш-на И., 68 лет, заболела год назад. Причиной заболевания считает ссоры с невесткой. На коже головы и туловища имеются элементы красного плоского лишая. Сильный зуд. Сон хороший. С 9/I по 28/I 1946 г. получила 10 сеансов гипноза (III степени). 11/I зуд уменьшился. 20/I элементы побурели. 22/I элементы стали более плоскими. 31/I элементы рассосались; осталась лишь пигментация.

15. Больная С-ва Л., 57 лет, заболела в январе 1947 г. красным плоским лишаем. Сильный зуд. Получила 19 сеансов гипноза (III степени), после чего зуд прошел, сыпь исчезла, оставив после себя бурую пигментацию. Бессонница сменялась хорошим сном. Через 2 месяца наступил рецидив; снова появился зуд и бессонница. 15/V повторно начата гипно-суггестивная терапия. 19/V зуд исчез, сон хороший. Отдельные элементы побурели. Новых высыпаний нет. 25/V появилось несколько новых элементов на предплечье. Прежние элементы стали плоские. 7/VI на месте кожных поражений осталась лишь пигментация.

16. Больная Ф-ва, 49 лет. После ссоры с сыном 12/X 1947 г. появилась впервые сыпь на коже туловища, сопровождавшаяся сильным зудом. 5/XII 1947 г. больная обратилась в клинику с явлениями красного плоского лишая на шее, руках и ногах. 8/XII после 2 сеансов гипноза (I степени) сон улучшился, зуд почти исчез, сыпь побурела. 18/XII после 6 сеансов гипноза (II степени) сыпь стала заметно исчезать. В дальнейшем элементы стали значительно плосче и побурели, зуд исчез, сон стал хорошим.

Несомненный интерес представляет больная, у которой имелась комбинация красного плоского лишая и pityriasis rubra pilaris Devergie; методом гипно-суггестивной терапии мы излечили красный плоский лишай, не повлияв на течение pityriasis rubra pilaris. Остановимся несколько подробнее на этом случае.

17. Т. К., 12 лет, поступила в клинику 27/V 1938 г. по поводу зудящей сыпи. Начало заболевания относит к июлю 1937 г., когда через 3 недели после купанья в реке появилась зудящая плоскопапулезная сыпь на коже разгибательной поверхности правого локтевого сустава, распространявшаяся в дальнейшем постепенно по коже всего туловища и местами принимающая характер милиарных папул. В марте и апреле 1938 г. в клинике Узбекстанского ветеринарного института получила 30 сеансов гипно-суггестивной терапии (Л. С. Дадаман), в результате чего плоские папулы стали исчезать, остроконечные же остались без изменений.

В семье имеется два брата и сестра, которые, как и родители, никогда не болели ни туберкулезом, ни кожными, ни венерическими болезнями.

Рост и развитие больной соответствуют ее возрасту; жировой слой выражен слабо. Лимфатические узлы, подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые размером до фасоли, плотные, подвижные, слегка болезненные при надавливании. Слизистые рта бледны. Отмечает небольшую боль в подложечной области, кислую отрыжку и изжогу. Язык не обложен. Стул 2—3 раза в сутки, оформленный. Со стороны сердца, легких и нервной системы патологических отклонений не обнаружено. Дермографизм розовый. Печень, селезенка не прощупываются. Пульс 82 удара в минуту. Температура не повышена.

Лабораторные исследования. Моча и кал не обнаруживают патологических изменений. В крови: Hb 81%, эр. 5 500 000, л. 8 600; с. 43%, п. 2%, моп. 4%, э. 8%, б. 0%, лимф. 43%. Реакции Вассермана и Григорьева-Рапопорта отрицательны; реакция Пирке слабо положительна.

Процесс носит диссеминированный характер, локализуясь на шее, туловище и конечностях. Сыпь состоит из милиарных и лентикулярных папул, бляшек и пятен вторичной пигментации. Милиарные папулы сыпи имеют бурокрасный или синюшный цвет; молодые элементы почти не окрашены, выступают над поверхностью кожи и расположены вокруг волосных фолликулов. Указанные папулы имеют несколько усеченную верхушку с плотно сидящей на ней белой сухой чешуйкой, охватывающей пушковые волосы. Милиарные папулы плотны наощупь, величиной от булавочной головки до просяного зерна. Вследствие тесного расположения этих узелков кожа имеет зернистый вид. При поглаживании пораженных участков рукой получается впечатление терки. Бляшки величиной до ладони, края их неправильны. Наблюдается довольно ясно выраженная симметричность. Особенно обильно указанная сыпь распространяется на разгибательных поверхностях рук и ног.

Лентикулярные папулы размером до горошины и несколько больше, округлой или полигональной формы. Поверхность папулы блестящая, поверхность бляшек бородавчатая. Лентикулярные папулы располагаются разбросанно среди групп милиарных папул. Цвет лентикулярных папул синюшный, на некоторых из них можно обнаружить центральное пупкообразное вдавление, кое-где отдельные папулы находятся в стадии рассасывания, принимая буроватую окраску. Пятна вторичной пигментации коричневатого цвета, по форме и величине напоминают рассасывающиеся лентикулярные папулы.

У больной произведена биопсия двух кусочков кожи: 1) с ленткулярной папулой и 2) с милиарной папулой.

Гистопатологическая картина кожи с ленткулярной папулой под малым увеличением: эпидермис утолщен. Зернистый слой расширен. В дерме, захватывая в основном ее поверхностный слой, лежит достаточно интенсивный инфильтрат, резко ограниченный в своей глубокой части. Отступя от очага поражения, незначительный инфильтрат лежит лишь по ходу сосудов, а в глубине дермы — по ходу сосудов и вокруг придатков кожи (рис. 1).



Рис. 1. Зернистый слой расширен. В дерме, захватывая в основном ее поверхностный слой, лежит инфильтрат, резко ограниченный в своей глубокой части (объектив 40, окуляр 7).

Под большим увеличением: роговой слой лежит плотным, толстым пластом по типу Zander В, кое-где имеются явления паракартоза. Блестящий слой отсутствует. Зернистый слой в очаге поражения состоит из 4—5 рядов клеток, а отступя от очага поражения — из 1—2 рядов клеток. Шиповидный слой утолщен. Ядра его клеток окрашиваются бледнее обычных. Кое-где имеется нуклеолярная реакция. Часть клеток имеет перинуклеарную вакуолизацию. Основной слой довольно отчетливо выражен на протяжении всего препарата. В дерме коллагенные волокна несколько набухли. На участке инфильтрата они разрушены. Инфильтрат на месте папулы лежит плотным очагом, располагаясь в поверхностном слое дермы, и резко ограничен в своей глуболежащей части от подлежащей дермы. Инфильтрат состоит в основном из лимфоцитов и фибробластов. Попадаются, особенно по периферии инфильтрата, моноциты. Эндотелий сосудов несколько набух, кровеносные и лимфатические сосуды расширены.

Гистопатологическая картина кожи с милиарной папулой под малым увеличением: в устье фолликулов скопления обширной роговой пробки, давящей на эпидермис, находящийся здесь в стадии атрофии. В дерме незначительный инфильтрат вокруг пораженного очага (рис. 2).

Под большим увеличением: патологические изменения в основном развертываются в эпителии. Устья фолликулов резко расширены и выстланы обширными роговыми массами. На некотором



Рис. 2. В устьях фолликулов скопления роговых пробок. В дерме незначительный инфильтрат вокруг пораженного очага (объектив 40, окуляр 7).

расстоянии от устья волосяного фолликула роговой слой тоже утолщен. Блестящий слой отсутствует. Зернистый слой состоит из 1—2 рядов вытянутых клеток; на месте перехода эпителия в волосяную сумку зернистый слой исчезает. Шиповидный слой в местах, прилегающих к фолликулу, утолщен, а на месте внедрения роговой пробки истончен до 1—2 рядов плоских вытянутых клеток. Ядра клеток шиповидного слоя несколько вакуолизированы и частично потеряли свою круглую форму, неровны. Основной слой различается достаточно отчетливо, будучи представлен в виде цилиндрических клеток. Лишь на месте давления роговой пробки он почти неотличим от шиповидного слоя. Здесь оба эти слоя эпителия состоят из 1—2 рядов плоских, вытянутых горизонтальных клеток. В противоположность большим изменениям в эпителии в дерме патологические изменения выражены значительно меньше. Здесь вокруг расширенных устьев фолликулов имеется небольшой инфильтрат, лежащий на поверхностном слое дермы вокруг сосудов и состоящий в основном из лимфоцитов.

Больной назначено смазывание пораженной кожной поверхности борным вазелином и через 3 дня включена гипно-суггестивная терапия, повторявшаяся через 2—3 дня. После 2—3 сеансов зуд у больного прекратился и началось побурение и уплощение лентикулярных папул. Миллиарные элементы почти без изменения, лишь под влиянием смазывания борным вазелином несколько очистились роговые наслоения. Через 15 дней (7 сеансов гипноза) лентикулярные папулы побурели и большей частью рассосались. Миллиарные папулы почти без изменения.

Как видно из разбора приведенной истории болезни, мы можем без затруднений отнести поражение, состоящее из лентикулярных папул, к красному плоскому лишаяю. Это подтверждается и клинической, и гистопатологической картиной, и эффективностью гипно-суггестивной терапии, действующей благоприятно на большинство больных с красным плоским лишаем.

Поражение, состоявшее из милиарных папул, было отнесено нами на основании клинической и гистопатологической картины к *pityriasis rubra pilaris*.

Мы показали на приведенном примере нашей больной не только возможность существования комбинации красного плоского лишая и *pityriasis rubra pilaris*, но и разницу воздействия лечения внушением в состоянии гипноза на оба столь похожие клинические заболевания.

Сыпь красного плоского лишая под влиянием суггестивной терапии исчезла, сыпь *pityriasis rubra pilaris* осталась почти без изменения. Эта разница терапевтического эффекта суггестивной терапии, помимо всего прочего, по нашему мнению, служит лишним подтверждением различия этиологических моментов возникновения указанных заболеваний.

В Ташкентском дерматологическом обществе проф. А. А. Аковбяном, К. Величко, Л. С. Дадамян, проф. И. И. Потонким, доц. Г. И. Уманским и И. Г. Шереметьевым был продемонстрирован ряд больных с разнообразными и упорными формами красного плоского лишая, в том числе и *lichen ruber verrucosus*, с хорошим эффектом от применения гипно-суггестивной терапии.

Положительную оценку гипно-суггестивному методу лечения красного плоского лишая дала кандидат медицинских наук П. Ф. Березина в своем докладе на дерматологической секции I Всеузбекского научного съезда врачей-терапевтов в 1937 г.

На IV Всесоюзном съезде дермато-венерологов в Москве в 1937 г. выступивший в прениях по поводу нашего доклада «Значение психики в возникновении дерматозов» Гуго Гехт (Прага) всецело разделил нашу точку зрения относительно лечения красного плоского лишая внушением и привел свое наблюдение, касавшееся больной, которой по поводу красного плоского лишая он хотел назначить инъекции мышьяка. Больная, боясь располнеть от мышьяка, отказалась от этих инъекций. Тогда Гехт обещал ей применять такой препарат мышьяка, от которого она не будет полнеть. Было приступлено к внутримышечным инъекциям дистиллированной воды. Терапевтический эффект был хороший.

Заслуживает особого внимания случай, описанный А. А. Аковбяном и К. П. Камзоловой из заведующей нами кожной клиники Ташкентского медицинского института.

Больной С., 30 лет. Внутренние органы без особых изменений. Моча без патологии. Кровь: эр. 5 350 000, л. 5 200; лейкоцитарная формула: с. 65%, п. 2%, лимф. 32%, мон. 1%. Реакция Вассермана отрицательная.

Рефлексы подошвенный, кожный, роговичный вызываются. Реакции на свет, аккомодацию и конвергенцию сохранены. Пило-моторный рефлекс имеется; дермографизм красный, не возвышающийся.

На коже верхних и нижних конечностей, на половом члене, на мошонке и на слизистой правой щeki имеются типичные для красного плоского лишая эфлоресценции. Незначительный зуд.

При поступлении было отмечено, что расположенные на симметричных участках кожи элементы сыпи справа были развиты сильнее, чем слева.

9/XII 1935 г. начата гипно-суггестивная терапия; 17/XII после 3 сеансов гипноза (III степени) исчез зуд, элементы сыпи приобрели буроватый оттенок.

27/XII после 6 сеансов некоторые элементы сыпи на левой стороне туловища рассосались, оставив после себя пигментацию. Большая часть элементов приобрела буроватую окраску.

3/I 1936 г. после 8 сеансов отмечено рассасывание папул красного плоского лишая на правой стороне туловища. В то время как элементы на левой стороне туловища почти исчезли, на правой еще имелись типичные для красного плоского лишая элементы, покрытые чешуйками.

16/II после 17 сеансов все элементы слева рассосались; справа, наряду с оставшимися пигментными пятнами, имелись все еще хорошо выраженные элементы красного плоского лишая.

Были одновременно проведены с левой и с правой стороны туловища различные микрохимические исследования. Результаты их приведены в табл. 9.

Таблица 9

	Исследования	Справа	Слева
1	Пиломоторный рефлекс	17 секунд	10 секунд
2	Дермографизм	13 / минут	11 минут
3	Выделение пота	Меньше	Больше
4	Свертывание крови по Бюркеру	4 1/2 минуты	3 1/2 минуты
5	Реакция оседания эритроцитов по Панченкову	17 мм в час	11 мм в час
6	Относительная вязкость крови по Гессу	6,4	10,3
7	Кальций в крови	6,5 мг%	3,22 мг%
8	Сахар в крови	90 мг%	80 мг%
9	Амилаза в крови по Горшаку	14 ед.	17 ед.
10	Каталаза в крови по Баху	10,2 ед.	8,5 ед.
11	Резервная щелочность в крови	32,50	Гемолиз
12	pH в крови: через 2 минуты	7,98	7,96
	» 10 минут	8,00	8,03

Полученные результаты с достоверностью показали, что у описанного больного имелась биохимическая асимметрия половины туловища, обусловленная функциональной асимметрией нервной системы. Этой асимметрией объяснялось и неравномерное исчезновение сыпи на симметричных местах слева и справа при проведении гипно-суггестивной терапии и доказывалось лишней раз, что нервная система и главным образом кора мозга играют значительную роль в исчезновении дерматозов при гипно-суггестивной терапии.

Отсюда и естественное желание ближе подойти к пониманию этих интересных и несомненно важных для дерматолога процессов, что мы и пытались сделать, изучая гистопатологические изменения в эффлюоресценциях плоского лишая, исчезающих под влиянием суггестивной терапии.

Всего под нашим наблюдением было 14 больных с плоским лишаем. Мы обычно биопсировали у них папулы, расположенные на предплечье, перед началом лечения, в период рассасывания и после того, как элементы рассосались, оставив только пигментацию. Всего нами было сделано 30 биопсий. Препараты окрашивались гематоксилин-эозином, по ван Гизону и резорцин-фуксином.

Не останавливаясь подробно на описании всей патологии красного плоского лишая, разработанной рядом авторов, мы перейдем непосредственно к сопоставлению тех изменений, которые наблюдались нами в период рассасывания папулы.

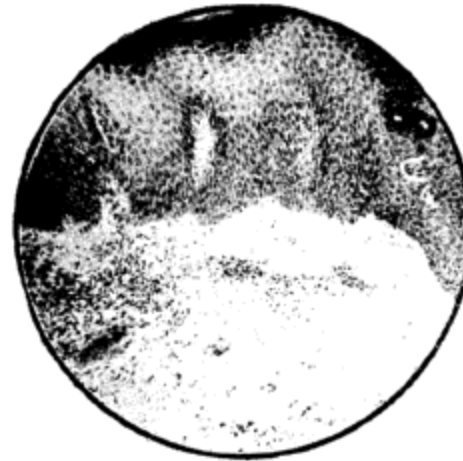


Рис. 3. Развившаяся папула. Утолщение всех слоев эпидермиса. Инфильтрат в дерме резко ограничен в своей глубокой границе. Эпителиоидные и гигантские клетки в инфильтрате (объектив 40, окуляр 7).

Уже под малым увеличением (микроскоп Цейсса, объектив А, окуляр 10) можно было видеть, как утолщенный во время развития заболевания эпидермис претерпевал изменения в смысле уменьшения его толщины.

Лишь у 4 больных в рассасывающихся папулах, слегка возвышавшихся над уровнем окружающей кожи, эпидермис оставался утолщенным.

Инфильтрат, расположенный в дерме то более, то менее интенсивно, локализовался в основном в ее поверхностном слое, будучи резко ограничен в своей глубокой границе. При рассасывании папулы инфильтрат претерпевал обратное развитие, уменьшаясь в своей

интенсивности и сохраняясь в основном лишь по ходу сосудов и в незначительном количестве вокруг придатков кожи (рис. 3 и 4).

Под большим увеличением (микроскоп Цейсса, объектив Д имм. 1/12 мм, окуляр 4) выступали детали указанных изменений.

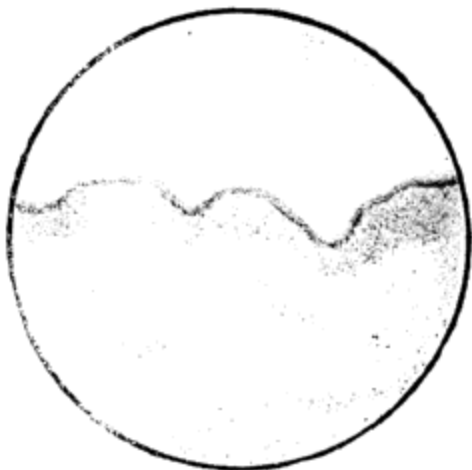


Рис. 4. Рассосавшаяся папула. Незначительное утолщение эпидермиса, инфильтрат по ходу сосудов (объектив 40, окуляр 7).

Роговой слой, вначале более или менее расширенный и лежавший у 4 больных по типу Zander A., начинал истончаться, хотя все же достигал обычной ширины не у всех больных. Так, у 8 больных он и в период почти полного исчезновения папулы оставался несколько расширенным, лежал то более плотными, то более рыхлыми пластинами, сохраняя форму Zander A. лишь у 2 больных, а у остальных имел форму Zander B. Наблюдавшиеся местами у 4 больных паракератоз в леченных случаях обнаружить не удалось. Блестящий слой имелся только у 3 больных и то лишь до лечения.

Большие изменения, наблюдавшиеся в зернистом слое в хорошо развитых папулах, претерпевали в период

рассасывания папулы значительные сдвиги. Будучи в период существования элемента плоского лишая гипертрофированным, достигающим 3—4 и даже 8—10 рядов клеток, он резко редуцировался, оставаясь лишь в виде узкой полоски в 1—2, реже в 3—4 ряда клеток. Наблюдавшиеся у 6 больных образование зерен кератогиалина уже в шиповидном слое в период рассасывания папулы обнаруживалось только в зернистом слое.

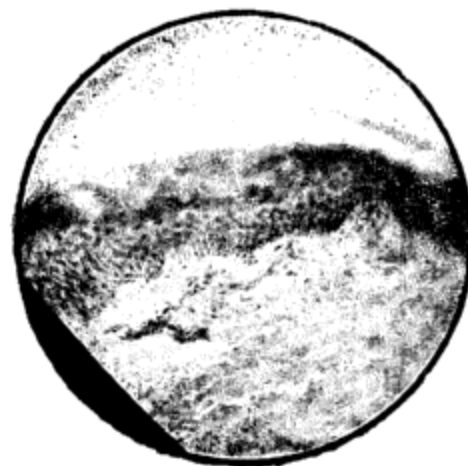


Рис. 5. Утолщение зернистого слоя на участке рассосавшейся папулы (объектив 40, окуляр 7).

В гипертрофированном зернистом слое, особенно в его глубоких слоях, часто можно было видеть или сохранившееся ядро, или его контуры. Протоплазма этих клеток быстро заполнялась зернами кератогиалина. В элементах, подвергнувшихся обратному развитию, наблюдалось меньшее развитие зерен кератогиалина, которые располагались в ряде клеток по периферии протоплазмы, оставляя свободным участок эндоплазмы или место, где было расположено ядро. Кое-где были видны еще отчетливо сохранившиеся ядра клеток или их контуры. В отдельных случаях в клинически почти рассосавшейся папуле зернистый слой оставался утол-

щенным, причем клетки его казались как бы стусеванными (рис. 5).

Шиповидный слой почти во всех препаратах, взятых до лечения, был более или менее расширен. Лишь там, где гранулез особенно резко был выражен, шиповидный слой казался значительно утолщенным. В половине всех случаев можно было констатировать отек, то больший —



Рис. 6. Пустоты на месте ядер клеток шиповидного слоя (объектив имм. 1/12, окуляр 7).

межклеточный и внутриклеточный, то меньший — расширение межклеточных пространств. Ядра клеток были местами сжаты отеочной жидкостью и деформированы.

Исчезновение папул сопровождалось обычно исчезновением акантоза и изменением сочности шиповидного слоя. В одних случаях спонгиоз и *altération cavitaire* оставались увеличенными, в других случаях явления отека ясно уменьшились. Ядра, до этого неясно окрашивавшиеся, начали хорошо воспринимать окраску. Необходимо отметить, что в шиповидном слое состояние отека и сморщивание ядер иногда отмечались и в препаратах, биопсированных с участков вполне рассосавшихся папул, где клинически оставалось лишь вторичное гиперпигментированное пятно.

У 2 больных на биопсированном вторичном пятне мы вместо ядер шиповидного слоя видели пустоты или сохранившиеся темные пятнышки, или ядро контурировалось лишь по периферии (остатки хроматина) (рис. 6).

У 12 больных можно было обнаружить то более, то менее интенсивно выраженную нуклеоловую реакцию Кирле, сохранившуюся в конце лечения лишь у 2 больных. У 3 больных, которым биопсия была произведена повторно, в период рассасывания папулы, нуклеоловая реакция была выражена слабее, чем при первой биопсии. Вообще отмечалось более равномерное распределение хроматина в ядре в период регенерации папулы и более интенсивное его окрашивание.

Основной слой вполне развитой папулы можно было четко отличить лишь у незначительного количества больных. Обычно клетки его по своим морфологическим особенностям были близки к клеткам шиповидного слоя; там, где инфильтрат дермы вплотную подходил к эпидермису, отграничить основной слой от клеток инфильтрата дермы не всегда удавалось. Здесь также встречалась межклеточная и внутриклеточная отеочность и встречались фазы деления клеток. В препаратах рассасывающихся папул такое неясное отграничение клеток основного слоя сохранялось долго даже на местах, где клинически наблюдалась лишь вторичная пигментация (рис. 4).

Имевшиеся в период развития папулы иммигрировавшие из дермы в мальпигиев слой клетки инфильтрата в рассосавшихся и в рассасывающихся папулах обнаружить не удавалось. В период рассасывания папулы в мальпигиевом слое часто встречались включения бурого пигмента. Щелевидные пространства между эпидермисом и дермой были нами обнаружены у 4 больных. При этом у одного больного в препарате из биопсии, произведенной в период рассасывания папулы, все еще сохранялись щелевидные пространства. У этого же больного в дерме сохранялся в значительном количестве инфильтрат, охватывающий почти со всех сторон щель (рис. 7).

Дерма почти во всех случаях развившихся папул была отеочна или сочна. Коллагенные волокна ее набухли, частично были разволокнены, а в местах скопления

инфильтрата разрушены. Наблюдалась дегенерация коллагенных волокон.

Инфильтрат лежал на участках то более, то менее массивными очагами, скопляясь в поверхностных слоях дермы и обычно резко отграничиваясь в своей глубокой границе. Состоял он из лимфоидных элементов, отдельных фибробластов, эозинофилов, плазматических клеток



Рис. 7. Щель между эпидермисом и дермой (объектив 40, окуляр 7).

и полинуклеаров. Вокруг сосудов встречались клетки перителлия. Кое-где попадались эпителиоидные клетки. У одного больного мы наблюдали инфильтрат, в котором имелось большое количество эпителиоидных клеток и встречались гигантские клетки (рис. 3). В более глубоких слоях дермы инфильтрат располагался по ходу сосудов, состоя из этих же элементов.

В период исчезновения папулы наблюдалось уменьшение инфильтрата, располагавшегося в основном теперь вокруг сосудов и лишь отчасти вокруг придатков кожи. У 4 больных, несмотря на отчетливое клиническое рассасывание элементов плоского лишая, все же сохранился еще ясный инфильтрат, расположенный в поверхностном слое дермы и резко отграниченный в своей глубокой

границе. Там, где исчезновение инфильтрата шло более интенсивно, отмечалось восстановление коллагенных волокон, которые в ряде случаев все еще сохраняли свою разволокненность и сочность и изобиловали большим, чем обычно, количеством вытянутых ядерных элементов, указывавших на наличие регенеративных процессов в дерме. В дальнейшем коллагенные волокна принимали обычный вид. Состав клеточного элемента также претерпевал ряд изменений: здесь появлялось больше фибробластов. Наряду с лимфоидными элементами, встречались иногда плазматические и тучные клетки; эпителиоидные клетки и гигантские клетки в период рассасывания элементов обнаружить не удавалось.

Поверхностные сосуды в период развития папулы были расширены, частично наполнены эритроцитами, эндотелий их набух или был сочен. Сочность эндотелия сохранялась и тогда, когда папулы уже рассосались и остались лишь пигментированные участки кожи. В препаратах, взятых из участков, где папулы клинически рассосались уже более продолжительное время, сосуды имели обычный вид.

Mm. arrectores pilorum, в период развития болезни отличавшиеся сочностью, принимали при обратном развитии процесса свойственную им форму.

Вокруг придатков кожи и в рассосавшихся элементах можно было еще отметить незначительное скопление круглых и веретенообразных клеток.

Эластическая сетка в развивавшемся элементе на месте инфильтрата была разрушена. В участках, смежных с инфильтратом, эластическая сетка была разорвана, утолщена и деформирована. На обрывках эластических волокон имелись булавовидные утолщения (рис. 8). С клиническим исчезновением папулы и исчезновением инфильтрата эластическая сетка восстанавливалась. Обильно переплетающиеся ее волокна подходили непосредственно к эпидермису и почти не отличались от эластической сетки обычной кожи (рис. 9).

Таким образом, регенеративные процессы в период исчезновения элементов плоского лишая отмечались как в эпидермисе, так и в дерме. Если можно сказать, что во всех случаях излечение сопровождалось исчезновением гранулеза и акантоза и уменьшением инфильтрата в дерме, то альтеративные и экссудативные процессы в

коже не всегда шли одинаково. В одних случаях явления отека и дегенерации эпидермиса и дермы значительно задерживались после исчезновения папулы — спонгиоз, *altération cavitaire* клеток мальпигиева слоя, пикноз ядер клеток, щели между эпидермисом и дермой, дегенерация коллагенных волокон; в других — яв-



Рис. 8. На обрывках эластических волокон имеются булавовидные утолщения (объектив 40, окуляр 7).

ления санации заболевания шли почти параллельно с процессом исчезновения гистопатологических изменений.

Долгое время сохранялась и набухлость эндотелия капилляров, и скопление вокруг них клеток перителля. Восстановление эластической сетки шло параллельно исчезновению инфильтрата и восстановлению дермы.

Нами ни разу не было обнаружено склерозирование коллагенных волокон при исчезновении папул красного плоского лишая. Необычным является обнаружение нами в развитом элементе красного плоского лишая грануломы, которая исчезала при рассасывании сыпи.

Мы, конечно, не намерены утверждать, что описанные изменения наступают только под влиянием суггестивной терапии. Вопросом этим, насколько нам известно, при прочих методах лечения плоского лишая

детально не занимались. Тем не менее нам кажется, что суггестивная терапия дает возможность влиять на развитие патологических изменений кожи в смысле изменения ее альтеративных, экссудативных и пролиферативных процессов.



Рис. 9. Обильно переплетающиеся волокна подходят непосредственно к эпидермису (объектив 40, окуляр 7).

В 1940 г. Н. Г. Безюк поделился своими интересными наблюдениями при лечении красного плоского лишая внушением.

Приводим в сокращенном виде две истории болезни.

Больная В-ва, 43 лет. Больна с 1933 г. Появление красного плоского лишая связывает с пережитыми ею по поводу болезни сына волнениями. Три года упорно, но безрезультатно лечилась. По словам больной, аналогичное заболевание было у нее в 1931 г. через месяц после смерти мужа. Высыпание тогда не исчезало в течение 6 месяцев, несмотря на разнообразное лечение мазями, а только после 6 сеансов косвенной рентгенотерапии элементы красного плоского лишая стали рассасываться. 19/VI 1936 г. у больной был диагностирован красный плоский лишай и начата гипно-суггестивная терапия. Уже 21/VI после 3 сеансов больная отметила уменьшение зуда, улучшение аппетита и восстановление сна. К этому времени сыпь побледнела; стала меньше и общая потливость. Спустя 4 месяца от начала лечения все явления красного плоского лишая исчезли.

Несмотря на то, что 14/V 1938 г. у В-вой умер любимый внук, рецидива красного плоского лишая не наступило. Н. Г. Безюк объясняет это соответствующим профилактическим внушением в гипнозе во время своего психотерапевтического вмешательства.

Больная А. Ф. Л-н, 57 лет, больна 4 месяца. На коже туловища зудящая сыпь красного плоского лишая. Резко нарушен сон, аппетит плохой. Лечилась все время безрезультатно мазями. Начата гипно-суггестивная терапия. После 2 сеансов уменьшился зуд, после 3 сеансов восстановился сон. Через 2½ месяца после начала лечения больная была здорова.

Н. Г. Безюк один из первых лечил красный плоский лишай косвенным суггестивным методом (уколы — *vasum Record*), т. е. уколы пустого иприси при постоянно сопутствующем внушении, что применяемое средство является радикальным при этом заболевании и к тому же оно устраняет зуд и т. д.

Уколы *vasum Record* производились через 1—2—3 дня. Всего из 18 больных с разнообразными формами красного плоского лишая при применении суггестивной терапии у 10 больных Н. Г. Безюк достиг полного исчезновения элементов красного плоского лишая, у 7 — значительного улучшения, у одного — незначительного. Исчезновению элементов красного плоского лишая иногда предшествовало обострение процесса и высыпание новых элементов. Исчезновение зуда либо предшествовало уплощению элементов сыпи, либо сочеталось с ним.

В 1941 г. А. И. Славнин опубликовал свои наблюдения над 5 больными красным плоским лишаем, у которых ему путем лечения внушением удалось добиться улучшения клинических симптомов болезни. Приводим в сокращенном виде истории болезни упомянутых больных.

1. Больной И. В течение года зудящая сыпь. Диагноз: красный плоский лишай кожи и слизистой рта. Сеансы косвенного внушения проводились путем обогревания феном. Местная терапия не проводилась. После трех сеансов (29/IV 1937 г., 3/V и 5/V) отмечено уменьшение зуда и побледнение некоторых элементов. После 15 сеансов все элементы, кроме нескольких около заднего прохода на границе со слизистой прямой кишки, рассосались. На слизистой рта элементы без изменений.

2. Больной Ш., 54 лет. Болел 2 года красным плоским лишаем. Сильный зуд. Лечение феном без применения местной терапии. После 4 сеансов зуд заметно уменьшился. После 20 сеансов (с 27/II по 20/V) часть папул совершенно рассосалась, оставшиеся едва выступают над окружающей кожей. Зуд исчез.

3. Больная Д., 43 лет. В течение месяца красный плоский лишай, появившийся после психической травмы. Сон плохой, зуд. Назначено обогревание феном по 5—10 минут. С 25/III 1938 г. по 4/I 1939 г. получила 11 сеансов. Элементы сыпи после этих сеансов стали более плоскими, приняв буроватую окраску. Незначительный зуд бывает лишь иногда. После 22 сеансов (19/I 1939 г.) элементы рассосались, оставив буроватую пигментацию. Зуд не беспокоит.

4. Больная М. В течение месяца сильно зудящая сыпь на коже туловища. Красный плоский лишай. Назначены инъекции физиологического раствора по 1,0 с внушением, что от этих уколов зуд и высыпания быстро исчезнут. После 7 инъекций отмечено некоторое уплощение элементов и заметное уменьшение зуда. Больная уехала.

5. Больной Е., 46 лет. В течение 2 месяцев зудящая сыпь на коже туловища. Красный плоский лишай. Лечение внушением в состоянии гипноза без погружения в сон. Через 8 дней после 3 сеансов сон хороший. Элементы сыпи всюду побледнели, оставив буроватые пятна. Зуд почти исчез.

А. И. Славнин отмечает, что, наряду с исчезанием сыпи, у больных улучшалось общее состояние, становился лучше сон и т. п.

В 1950 г. Н. Г. Шереметьев описал результаты лечения внушением в состоянии гипноза 9 больных красным плоским лишаем. Из них 1 мужчина и 8 женщин. Стационарно лечился один больной, амбулаторно — 8. Длительность заболевания от 1½ месяцев до 3 лет. Большинство больных до гипно-суггестивной терапии подвергалось лечению различными мазями или физическими методами. Всех больных удалось погрузить в глубокий гипнотический сон (III степени). Больные получали от 8 до 22 сеансов. Обратное развитие элементов сыпи можно было наблюдать чаще всего после 6 сеансов, уменьшение и прекращение зуда — после первого-третьего сеанса. Полностью сыпь исчезла у 6 больных. Одна больная с поражением красной каймы губ после восьмого сеанса выбыла из-под наблюдения со значительным улучшением. У второго больного наступило улучшение, но впоследствии он вернулся с рецидивом и тоже выбыл из-под наблюдения. У третьей больной через год наступил рецидив; в дальнейшем применялась гипно-суггестивная терапия, давшая положительный результат. Сеансы гипноза в большинстве случаев проводились ежедневно или через 1—2—3 дня с каждым больным отдельно. Продолжительность сна — от 30 минут до полутора часов. С момента применения гипно-

рапий всякое местное лечение отменялось. Сон, бывший у всех больных до гипнотерапии беспокойным, стал хорошим и покойным у 8 человек, у одного больного улучшился. Быстро наступало улучшение общего самочувствия. После первых же сеансов автор наблюдал рассасывание и исчезание элементов сыпи. В дальнейшем появлялись характерные для благоприятного прогноза признаки: прекращение зуда и побурение узелков красного плоского лишая.

Н. Г. Шереметьев считает, что больные красным плоским лишаем «прежде всего должны подвергаться гипно-суггестивной терапии» и что этот метод терапии прост и его можно применять как в городе, так и в отдаленных местностях.

Чрезвычайно интересны сопоставления, которые делает Н. Г. Безюк, сравнивая результаты лечения красного плоского лишая косвенным и прямым внушением, с одной стороны, а с другой — различными другими методами (внутривенные вливания бром-кальций-глюкозы — А. Б. Селисский, и косвенная рентгенотерапия — Ф. Р. Эпштейн, В. О. Лушицкий и др.) (табл. 10).

Таблица 10

Методы лечения красного плоского лишая	Количество больных	Результаты лечения			
		выздоравливание	значительное улучшение	незначительное улучшение	без эффекта
Внутривенные вливания бром-кальций-глюкозы по А. Б. Селисскому (1937)	2		2		
Косвенная рентгенотерапия по Ф. Р. Эпштейну и В. О. Лушицкому (1936)	71 ¹	20	18	—	2
			Положительный результат		
Косвенная рентгенотерапия по М. Е. Маникову и С. С. Неньковской (1936)	76		71	—	5

¹ После облучения не наблюдался 31 больной.

Продолжение

Методы лечения красного плоского лишая	Количество больных	Результаты лечения			
		выздоравливание	значительное улучшение	незначительное улучшение	без эффекта
Внушение в гипнотическом состоянии по Н. Г. Безюку (1939)	2	2	—	—	
Косвенное внушение — уколы по Н. Г. Безюку	16	8	7	1	—
Косвенное внушение — фен по А. И. Славину	5	2	2	1	—
Внушение в гипнотическом состоянии по Н. Г. Шереметьеву	9	6	3	—	—
Внушение в гипнотическом состоянии по нашим данным (1941)	63	21	36	—	6

Поскольку результаты лечения во всех случаях были почти идентичны, Н. Г. Безюк задает справедливый вопрос, не связано ли с приведенными результатами различной терапии и внушение, и дает на него положительный ответ. Мы также склонны присоединиться к сделанному выводу.

Крапивница

Воздействие разнообразных агентов как внешней, так и внутренней среды организма может вести к появлению крапивницы.

Я. Л. Юдин описал больную М., 24 лет. Этой больной было произведено промывание мочевого пузыря раствором ляписа 1:4000 по поводу гонорреи, после чего больная ушла в уборную опорожнить мочевой пузырь. Здесь она встретила другую больную с сыпью на теле. Решив, что у этой больной сифилис, она убедилась в том, что, взявшись за ручку двери, она заразилась этой болезнью. Наряду с появлением тут же задержки мочи, больная отметила зуд правой руки.

При осмотре на кисти правой руки была обнаружена неправильно округлая яркокрасного цвета сыпь. Местами вокруг фокуса имелся бледный поясик. Уровень сыпи несколько возвышался над уровнем кожи.

Если проводили пальцем, надавливая на кожу плеча, то через 2—3 секунды появлялась такая же сыпь. То же повторилось и на левой руке и на бедрах. Наконец, достаточно было пристально взглянуть на какой-либо участок кожи больной, фиксировать

внимание больной на этом участке и чуть-чуть провести пальцем, как тотчас же появлялась сыпь. Через 1½ часа, когда больная успокоилась, сыпь исчезла. По словам больной, эта сыпь появилась у нее впервые.

В. Н. Финне приводит следующее наблюдение: М., 35 лет, хорошо поддается гипнозу. После приведения в глубокий гипноз на кожу прикладывали медную монету со словесным внушением, что монета раскалена, что гипнотизируемой больно и т. п. После пробуждения, при непосредственном наблюдении врача, через 25 минут появилось разлитое покраснение, через 30 минут — покраснение и ощущение жжения. Через 3½ часа после внушения образовался волдырь.

В 1938 г. Н. Г. Безюк наблюдал ученицу Ц-л Н. В., 14 лет, у которой крапивница появилась после неудачного экзамена.

Столь интересные по своему толкованию случаи крапивницы побуждают и нас сообщить о больной, наблюдавшейся нами.

Больная Я., 41 года, врач, замужем. Три года назад заболела малярией (*tertiana et tropica*). Стала лечиться хинином. После 6 инъекций хинина появилась крапивница. В дальнейшем, когда она принимала хинин (Plasmochin или Eucihinin), через 3—4 часа, а в последнее время уже через 2 часа по всей коже появлялась крапивница, сопровождающаяся зудом. Крапивница держится около суток и постепенно исчезает. Принимая после появления крапивницы 0,015 морфина, больная этим минут через 10—15 купирует приступ крапивницы. При этом она сама заявляет, что для нее достаточно одного сознания, что она приняла морфин, чтобы крапивница пропала. У больной год назад после неприятности появилось чувство шума в голове справа, где был инсульт во время родов, что теперь особенно сильно бывает выражено после появления крапивницы. В настоящее время плохо спит, сильно нервничает, плачет без особой на то причины, обнаруживает желание быть одной.

Больная среднего роста, сердце и легкие без особенностей, страдает запорами. Дермографизм красный.

30/V 1935 г. подвергнута гипнозу. Заснула хорошо. Внушается покой. Указывается, что неприятности прошли, нервы окрепнут, шум в голове прекратится.

2/VI. Отметила головную боль после гипноза. Не спала ночь. Нервничает. Второй сеанс гипноза с тем же внушением.

5/VI. Начала спать лучше. Нет ощущения шума в голове. Погружается в глубокий гипноз. Внушения предыдущих сеансов повторяются. Дальше предлагается в гипнозе выпить хинин. Больная соглашается. Дается 1,0 сахара, причем внушается, что больная принимает хинин, что ей горько, неприятно и т. д. Больная «хинин» приняла, при этом все время морщилась и жаловалась,

что ей горько. Проснувшись, вспоминает, что пила хинин, снова отмечает горечь во рту и просит дать ей воды, чтобы запить.

Вечером 5/VI дома ощущала горечь во рту. Заснула быстро. 6/VI часов в пять утра проснулась от чувства зуда на спине, на правом боку и правом бедре. На этих местах имелись волдыри с ладонь взрослого человека. В час дня показалась дерматологу (доцент А. Я. Дегтяр), констатировавшему наличие волдырей и пятен на упомянутых местах. В 4 часа дня нами были отмечены красные воспалительного характера пятна на спине, правом боку и правом бедре величиной с ладонь взрослого человека и расчесы на пораженных участках. Перед началом сеанса гипноза просит, чтобы ей было внушено, что крапивница прошла и больше нет зуда. Погружена в глубокий сон. Помимо общего речевого воздействия, внушается, что крапивница прошла и зуда больше нет. Проспав около часа, больная была разбужена. В кабинете уже отмечает, что зуда почти нет. Пятна на спине, боку и бедре значительно побледнели.

7/VI. Больная отметила, что зуд у нее после ухода от нас быстро прошел, в дальнейшем не возобновлялся, и крапивница больше не появлялась. Отмечает задержку стула. Ей дают совет принять салол. Гипноз. Внушается покой. В гипнозе повторяют, что больной надо принять салол. Больная соглашается. Дается в гипнозе 0,3 солянокислого хинина в облатке. Внушается, что больная выпила салол и что у нее теперь будет хорошее самочувствие. Пробуждение. Ушла с хорошим самочувствием.

8/VI. Спала ночь хорошо. Крапивницы не было. Зуда не ощущала. Не было и шума в голове, что всегда раньше наступало у больной после приема хинина.

12/VI. Чувствует себя настолько хорошо, что считает своевременным попробовать дома принять хинин. В гипнозе, кроме обычных внушений, проводится словесная инструкция, что прием хинина внутрь больше не вызовет никаких неприятных ощущений. После пробуждения больной советуется принять дома 0,5 хинина в таблетке, что она и сделала.

17/VI. После приема дома 0,5 хинина в таблетке ни крапивницы, ни других неприятных ощущений у больной не появлялось.

20/VI. Больная за это время два раза принимала дома хинин и ни разу не наступало неприятных явлений.

Итак, у женщины 41 года, заболевшей малярией, обнаружилось, что она не переносит хинина (плазмахина и эйхинина). Достаточно было пройти 3—4, а впоследствии 2 часам после приема хинина, как развивалась по всему кожному покрову крапивница, сопровождавшаяся сильным зудом, появлением шума в голове и рядом других неприятных ощущений. Прием внутрь 0,015 морфина чрезвычайно скоро, даже скорее, чем мог всосаться морфин, как указывала сама больная, купировал все эти приступы. Очень напрашивалось вначале дать нашему случаю такое толкование, что у больной имеется повышенная чувствительность — аллергия, сенсibilизация к

хинину, которые обнаружили у нее после шестой инъекции хинина. Однако при самом первом знакомстве с больной один факт направлял мысль на другой путь: это то, что после принятия морфина у больной очень быстро купировался приступ крапивницы, как она сама отмечала, еще раньше, чем морфин мог всосаться из кишечника. Этот момент оттенял непосредственное участие психики больной в возникновении крапивницы.

Действительно, когда во время третьего сеанса гипноза больной было внушено, что ей дается хинин, хотя ей дали сахар, она быстро дала живую реакцию на хинин — появление волдырей, зуд и т. д. Говорить здесь об явлении аллергии не приходится: раздражающих веществ не было введено, а крапивница, зуд и шум в голове все же появились. Мы склонны считать, что крапивница после приема хинина возникала у больной как условный рефлекс, сформировавшийся еще три года назад.

И. П. Павлов пишет о рефлексе: «Основным исходным понятием у нас является декартовское понятие, понятие рефлекса. Конечно, оно вполне научно, так как явление, им обозначаемое, строго детерминизируется. Это значит, что в тот или другой рецепторный нервный прибор ударяет тот или другой агент внешнего мира или внутреннего мира организма. Этот удар трансформируется в нервный процесс, в явление нервного возбуждения. Возбуждение по нервным волокнам, как проводом, бежит в центральную нервную систему и оттуда, благодаря установленным связям, по другим проводом приносится к рабочему органу, трансформируясь в свою очередь в специфический процесс клеток этого органа. Таким образом, тот или другой агент закономерно связывается с той или другой деятельностью организма, как причина со следствием»¹.

Хинин воздействовал на рецепторы слизистой желудочно-кишечного канала или на ткани при внутримышечном впрыскивании. Это воздействие передавалось по нервным волокнам в центральную нервную систему, и оттуда по другим нервным проводникам возбуждение передавалось коже.

¹ И. П. Павлов, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, изд. Академии наук СССР, 1949, стр. 24.

Учитывая, что больная до нашего эксперимента неоднократно принимала хинин и у нее после этого возникала крапивница, мы считали, что перенесенное раздражение (прием хинина) оставило в коре больших полушарий на некоторое время след. Таким образом, мы вправе ожидать, что рефлекс пойдет по проторенному уже раньше пути.

Как видно из протоколов опыта, наше предположение целиком оправдалось. Внушением больной, что она приняла хинин, когда ей давали сахар, на который она никогда не проявляла никакой отрицательной реакции, мы вызывали у нее крапивницу. Таким образом, под влиянием внушения появилась крапивница. Одновременно рефлекс был передан и по другим путям, что проявилось ощущением шума в голове и т. д. Другими словами, нам удалось в гипнозе вызвать раздражение рефлекторной дуги и воспроизвести рефлекс без непосредственного контакта с рецепторным нервным прибором.

Дальнейшей нашей задачей было вызвать торможение рефлекса. 7/VI больной в гипнозе дали 0,3 хинина, т. е. воздействовали через желудочно-кишечный тракт на ее рецепторно-нервный аппарат и внушили, что она принимает салол. Рефлекс был заторможен, и мы не получили у больной ни крапивницы, ни других неприятных ощущений. Надо заметить, что еще в опыте 6/VI нам удалось затормозить выработанный 5/VI условный рефлекс, внушая больной, что зуд у нее прекратился и что крапивница исчезла. Эффект был положительный, так как имевшиеся пятна у больной уже на наших глазах побледнели, а зуд совершенно прекратился.

Заключительная часть нашего воздействия состояла в том, чтобы затормозить у больной рефлекс на продолжительное время, причем это торможение должно было остаться у нее и после пробуждения. 12/VI в гипнотическом сне внушаем больной, что принятие хинина дома больше не вызовет у нее крапивницы. И здесь наше предположение оправдалось: больная вечером 12/VI и еще два раза до 20/VI приняла хинин, но крапивница не наступила.

Подводя итог нашим наблюдениям, мы находим, что крапивница и ряд других неприятных ощущений у больной не могут быть объяснены одним лишь привыч-

ным для данных случаев понятием — непереносимость организма к данному медикаменту, аллергия организма, а являются несравненно более сложным явлением, хотя и само понятие «непереносимость организма», «аллергия организма» и т. д. еще не может считаться вполне ясным. В нашем случае мы видим, что можно вызвать крапивницу без введения аллергена, а также задержать появление «аллергической» реакции на введенный «аллерген». Мы могли здесь с несомненностью продемонстрировать, с одной стороны, аллергическую реакцию организма на введенный аллерген, а с другой стороны, — возможность вызывания в состоянии гипноза по нашему желанию крапивницы.

Нам пришлось наблюдать излечение внушением в состоянии гипноза больного салварсанным дерматитом. Поскольку в доступной нам литературе мы не нашли описания салварсанных дерматитов, подобных приводимому нами ниже, считаем не лишним интереса подробнее остановиться на нашем случае.

Больной Л. П., 35 лет, поступил 21/V 1935 г. в стационар клиники медицинского института с диагнозом: *Lues II maculorarijosa recidiva*. Начало заболевания относится к 1934 г., когда вскоре после случайного полового сношения появилась на половом члене язвочка. Лечился присыпками. Через 3 месяца больной с сыпью был помещен в стационар Венерологического института, где ему был проведен неполный специфический курс лечения. Лечение неосальварсаном в больнице было прервано, так как после вливания неосальварсана, растворенного как в воде, так и в глюкозе, у больного повторно появилась крапивница. В начале июня 1935 г. у больного появился рецидив, с которым он и был направлен в стационар.

В детстве перенес корь, в 1921 г. — сыпной тиф, в 1927 и 1933 гг. болел гонореей. Вес 74 кг. Со стороны внутренних органов и нервной системы патологии не обнаружено. Моча без особенностей. На коже туловища типичная для сифилиса грубоволнистая макуло-папулезная сыпь, мокнущие папулы на половом члене. Реакция Вассермана ++++. Назначена терапия: новарсенол, биохинол.

23/VI 1935 г. новарсенол 0,15 (№ 1). После вливания вечером температура 38,1°; утром 36,6°. Отмечает неприятный запах во время вливания; вскоре после вливания появилась крапивница на плечах и бедрах. 25/VI 0,3 новарсенола (№ 2). 26/VI температура после вливания не повышена. Сифилитическая сыпь бледнеет. В области плеч и бедер в незначительном количестве появились уртикарные элементы, протерзавшиеся несколько часов. 28/VI сделано третье вливание 0,3 новарсенола (№ 3). На другой день после вливания на плечах и бедрах снова отмечено появление небольшого количества уртикарных элементов. 3/VII перед влива-

нием с больным проводится сеанс гипноза, во время которого больной погружается в легкий сон. Делается внушение, что вливание на этот раз будет перенесено без всяких осложнений, что не будет сопутствующего вливанию неприятного запаха. Через полчаса после пробуждения вливается 0,2 новарсенола (№ 4). Вливание переносит хорошо, запаха почти не ощущает. После вливания лишь в одном месте на бедре появился уртикарный элемент, протерзавшийся несколько минут. Сифилитическая сыпь исчезает. 4/VII сеанс гипноза повторяется с теми же внушениями. 5/VII вливание 0,45 новарсенола (№ 5). Вливание перенес хорошо. Запаха при вливании больной не чувствует. Уртикарные элементы не появились.

В дальнейшем больной продолжал лечение, получая по 0,6 новарсенола без каких бы то ни было осложнений.

Таким образом, мы видим, что у больного сифилисом во время лечения появляется после вливаний новарсенола уртикарная сыпь, что заставило прервать лечение препаратами новарсенола.

При назначении последующих курсов этот дерматит у больного неизменно наступает после каждого вливания даже минимальных доз новарсенола, сопровождаясь повышением температуры и неприятными ощущениями. Двумя сеансами гипно-суггестивной терапии удается эту «сенсбилизацию» организма уничтожить, после чего вливания даже больших доз (0,6) новарсенола переносятся уже без всяких осложнений.

Столь успешное применение гипно-суггестивной терапии позволяет нам трактовать заболевание больного как случай рефлекторной крапивницы. Возможно, что совпавшее у него с первыми вливаниями новарсенола появление крапивницы установило известную связь между этими двумя фактами. Вливание новарсенола и развитие после этого неприятных ощущений (неприятный запах, повышение температуры и, наконец, высыпание на определенных участках крапивницы) повели к образованию определенной рефлекторной связи, а вместе с этим и к созданию условного рефлекса на вливание новарсенола. Нашим гипнотическим вмешательством рефлекс был заторможен, и больной после этого стал переносить вливания без осложнений.

В приведенном наблюдении, так же как и при рефлекторно возникшей у больной после приема хинина крапивнице, внушением в гипнозе нам удалось достигнуть благоприятного терапевтического эффекта.

Аналогичным по своей трактовке нам кажется случай с условнорефлекторной рвотой, наступившей у

больного после вливания новарсенола, описанный д-ром И. Д. Финкельбергом из Ташкентского военного госпиталя. Больной поступил в стационар со скрытым вторичным сифилисом. 2 и 5/IX 1936 г. были проведены вливания 0,15 и 0,3 новарсенола, сопровождавшиеся рвотой.

В течение нескольких последующих дней вливание, что вливания не будут больше сопровождаться рвотой. Начиная с 17/IX, вливания новарсенола в дозах 0,45 и выше больше уже не сопровождались рвотой и тошнотой.

Случай этот, по нашему мнению, аналогичен предыдущим.

Кроме этого, под нашим наблюдением было еще 7 больных, страдавших рецидивирующей крапивницей. Трое из них лечились амбулаторно, трое — стационарно. Лечение введением было безуспешным у двух больных. Высыпания прекратились у 2 больных и у 3 больных они стали меньше и реже.

Н. Г. Безюк в 1940 г. сообщил о результатах лечения введением 13 больных хронической рецидивирующей крапивницей. 4 больных с *urticaria factitia* и одного больного с острой крапивницей. При проведении суггестивной терапии больные находились на обычном питании, продолжая жить и работать в тех же бытовых условиях; местное и внутреннее лечение не применялось. Из всех больных 11 человек получили косвенное вливание — применение уколов пустым шприцем. Из этих 11 больных полное, стойкое выздоровление было констатировано у 5, значительное улучшение — у 5 и незначительное улучшение — у одного.

Суммируя результат лечения всех 18 больных Н. Г. Безюк указывает, что у 9 наступило полное исчезновение проявлений крапивницы, у 8 — значительное и у одного — незначительное улучшение.

Попутно у 4 больных с хронической крапивницей, сопровождавшейся явлениями квинковского отека, было получено стойкое исчезновение отеков. Из 8 больных *urticaria factitia* у 3 сочеталась с хронической рецидивирующей крапивницей и у одного — с острой крапивницей. Только у одного больного было достигнуто полное исчезновение как зуда, так и *urticaria factitia*, у другого больного зуд исчез, но явления *urticaria factitia*

остались прежними; у остальных больных отмечено значительное улучшение самочувствия.

Не лишено интереса, как справедливо замечает Н. Г. Безюк, сопоставление результатов лечения крапивницы введением с результатами других десенсибилизирующих методов (табл. II).

Таблица II

Метод лечения крапивницы	Количество больных	Результаты лечения			
		выздоровело	значительное улучшение	незначительное улучшение	без изменений
Пептонотерапия хронической крапивницы (А. И. Славин)	3	2	1	—	—
Внутривенные вливания 5% бромистого кальция в 25% растворе глюкозы (А. Б. Селицкий)	6	4	2	—	—
Гидрация тканей раствором NaCl (И. М. Шербаков)	3	—	2	—	1
Лечение введением (Н. Г. Безюк)	17	8	8	1	—
Лечение введением (А. И. Картамышев)	7	2	3	—	2

На основании данных табл. II следует подчеркнуть, как осторожно надо проводить оценку новых методов лечения крапивницы, чтобы в целях объективности исключить влияние на течение заболевания косвенного, при этом введении, бессознательно применяемого лечением врачом. При испытании новых методов лечения крапивницы и других заболеваний безусловно следует всегда контрольные наблюдения с применением дифференциальных веществ при полном отождествлении условий клинического наблюдения и учета «слова» как сильного условного раздражителя.

Мы хотим еще раз подчеркнуть, что аллергические реакции не должны считаться нозологическими единицами. Это могут быть реакции, вызываемые различными причинами. Отсюда же вытекает необходимость строго индивидуализировать лечение каждого отдельного больного, учитывая все особенности данного случая.

О. Н. Подвысоцкая еще в 1935 г. указывала, что явления, которые мы называем аллергией, повышенной

чувствительностью, гораздо яснее могут быть обоснованы нервным механизмом. Факторами, нарушающими нервнотрофическую иннервацию, могут быть не только внешние, но и всевозможные внутренние раздражения.

А. Д. Сперанский говорит по этому поводу, что с любого нервного пункта легко привести в действие нервные механизмы, работа которых закончится на периферии сдвигами био-физико-химического порядка. Все изменения в организме, в том числе и патология кожных покровов, контролируются и регулируются корой головного мозга.

Бородавки

Одним из интересных объектов для применения гипно-суггестивной терапии в дерматологии, несомненно, являются бородавки. Литература по данному вопросу становится все обширнее.

В кожной клинике Ташкентского медицинского института подобные опыты ставили неоднократно. Так, проф. И. С. Мильман проводил лечение бородавок инъекциями «нового» или «только что полученного средства» и т. п., причем обычно вводилось небольшое количество физиологического раствора. Работа эта не была опубликована.

Мы отнюдь не считаем, что инъекции физиологического раствора могли действовать специфически на исчезновение бородавок. Так же, как и при лечении бородавок аутогемотерапией, смазыванием раствором метиленовой синьки и освещением синим светом или концентрированным солнечным светом, или инъекциями взвеси салициловой ртути (Р. Д. Школьник), или инъекциями физиологического раствора и т. п., мы склонны во всей этой разнообразной гамме терапевтических вмешательств видеть все ту же гипно-суггестивную терапию бородавок, только способы ее применения видоизменяются.

Нам лично неоднократно приходилось наблюдать исключительно эффективные результаты лечения бородавок внушением.

Особенно интересно одно наблюдение.

Больной 44 лет явился в Ташкент в клинику кожных болезней в марте 1931 г. с жалобами на бородавки на руках. Бородавки

настолько разрослись, что больной не мог сгибать кисти. Неоднократное лечение — оперативное, облучением рентгеновыми лучами, прижиганиями — не давало заметного улучшения. По постановлению врачебной комиссии больной был переведен на инвалидность III группы.

При осмотре больного обнаружено большое количество вульгарных бородавок, расположенных на кистях и особенно обильно на ладонях. Бородавки эти на 1—1,5 см возвышались над уровнем здоровой кожи, сливались вместе, образуя панцирь, не позволявший больному сгибать пальцы рук, которые оставались в несколько согнутом состоянии. Подвижность пальцев была минимальной.

Проведено внушение: «Ваши бородавки теперь пройдут. Вы совершенно избавитесь от них», причем взгляд больного фиксировался нашим взглядом, и смазывание бородавок раствором метиленовой синьки уже через 2 дня дало разительный эффект. Когда больной через 2 дня явился на повторный сеанс, подвижность пальцев уже заметно увеличилась, бородавки уплостились. Сеансы были повторены еще три раза и дней через 12 у больного восстановилась подвижность пальцев рук (а вместе с этим и трудоспособность), и бородавки почти совершенно исчезли.

Лечение бородавок внушением мы проводили неоднократно, но успех был переменный. Мы не раз наблюдали больных, у которых одно лишь внушение приводило к исчезновению бородавок, но мы наблюдали и больного, впадавшего в состояние глубокого гипноза, но все же плоские бородавки оставались, хотя ему неоднократно во сне внушалось, что бородавки исчезнут (см. Лечение красного плоского лишая, I).

Возможно, что здесь надо было изменить технику терапии, перейдя на инъекции или смазывание бородавок красками, и тогда наступил бы желательный лечебный эффект.

Мы, к сожалению, не фиксировали в свое время все наши наблюдения, при которых для лечения бородавок применялось внушение, однако должны упомянуть, что успешная вначале эта терапия впоследствии, когда сущность ее стала широко известна сотрудникам клиники, с «улыбками» приводивших к нам больных для лечения, стала давать отрицательный результат. У нас исчезла уверенность в излечении наших больных, и мы прекратили лечение бородавок внушением. Тем не менее наши сотрудники (Г. И. Уманский и др.) неоднократно делали сообщения и демонстрации больных с бородавками, у которых внушение давало хороший лечебный результат.

Н. Г. Безюк в 1940 г. сообщил о лечении внушением бородавок у 82 больных. Лечение проводилось путем уколов пустого шприца, производившихся раз в 3—5 дней. Из 42 больных с плоскими бородавками полное исчезновение бородавок наступило у 23; из 29 пациентов с вульгарными бородавками бородавки исчезли у 12.

Помимо этого, Н. Г. Безюк лечил уколами пустого шприца 30 больных с остроконечными кондиломами. У 8 больных достигнуто полное излечение, у 12 наступило значительное улучшение. Рецидивы наблюдались у 2 больных.

Повторное применение уколов пустого шприца повлекло быстрое рассасывание бородавок с последующим уже стойким лечебным эффектом.

Исчезновение бородавок и кондилом происходило в сроки от 1 до 4 месяцев.

В 1946 г. В. Я. Арутюнов сообщил о гипно-суггестивной терапии бородавок у 200 больных. Излечение получено у 160 больных.

Бруно Блох (Bruno Bloch) в своей статье «О лечении бородавок гипнозом» пишет, что все еще существует мнение, что психотерапии поддаются лишь те болезни, которые возникают психогенным путем. Бородавки же относятся к доброкачественным эпителиомам, которые, без сомнения, вызываются инфекционным началом. И тем не менее, — указывает Блох, — бородавки могут и зачастую излечиваются единичным психическим воздействием.

Блох как на основании своих личных наблюдений, так и литературных данных считает, что условием успешного лечения бородавок внушением, в частности, и гипно-суггестивной терапии вообще, является достаточно сильное воздействие на психику пациента, чтобы можно было вызвать у него соматические изменения.

Результаты проведенного лечения больных бородавками (Блох) таковы. Всего было лечено 228 больных. Эффект терапии был проконтролирован у 179 больных. Из 179 больных были излечены в течение одного сеанса 55 (30,7%), в течение двух сеансов — 32 (17,9%), в течение трех сеансов — 8 (4,4%) и в течение нескольких сеансов — 3 (1,7%). Всего было излечено 98 больных (54,7%). Частично излеченных было 2 (1,1%) и не под-

далось лечению 79 больных (44,2%). Таким образом, больше чем у половины больных (54,7%) бородавки были излечены.

При вульгарных бородавках процент излечения достигал 44, при плоских бородавках — 88,4.

Исчезали бородавки постепенно, но иногда быстро. У 43% всех выздоровевших излечение наступало в течение месяца после внушения, в 39% — между 4 и 8 неделями и в 18% — между 2 и 3 месяцами.

У большинства больных имелись множественные бородавки, количество плоских бородавок иногда превышало тысячу. Почти половина больных до лечения внушением в гипнозе безрезультатно подвергалась различной терапии (мышьяк, ртуть, рентгенотерапия, прижигания и т. п.), и бородавки у них имелись в продолжение нескольких лет.

Разбирая критически полученные им результаты, Блох считает, что количество больных, подвергнувшихся клиническому наблюдению, достаточно, чтобы сделать определенные выводы: хемотерапевтическое влияние применявшихся средств было индифферентным и не может приниматься во внимание; хотя излечена была лишь часть больных, однако эта часть составляет большую половину всех пациентов. Дальше автор пишет, что если хроническое заболевание в большей половине всех случаев после определенного вмешательства исчезает, хотя до этого оно и тянулось много недель, месяцев и даже лет и было безрезультатно лечено другими способами, то отсюда логически вытекает необходимость признать зависимость между терапевтическим вмешательством (в данном случае внушением) и исчезновением бородавок.

Блох считает, что способ лечения бородавок внушением должен быть признан простым, безболезненным, безопасным, хорошим в косметическом отношении, так как заживление происходит без рубца.

Сопоставляя исход лечения, Блох приходит к выводу, что эффект лечения бородавок внушением не зависит от развития пациента. Легче всего излечение наступало у детей. Пол не влиял на исход лечения бородавок внушением. Плоские бородавки гораздо легче поддавались излечению (88,4%), труднее — вульгарные бородавки (44%). Блох пытается объяснить это тем, что

уже само анатомическое строение плоских бородавок делает их более доступными, чем разросшиеся вульгарные бородавки. Создавалось также впечатление, что множественные бородавки излечивались несколько труднее.

После проведенной терапии отмечалось первоначальное набухание бородавок и даже кровоизлияния в них, и лишь в дальнейшем наступало уплощение бородавок и их исчезновение.

Интересно, что приведенные способы лечения бородавок давали чрезвычайно различные терапевтические результаты: у одних авторов они оказывали блестящее врачебное действие, у других — оставались безрезультатными, что зависело, конечно, от умения врача воздействовать должным образом на высшую нервную деятельность больного.

Методика применения суггестивной терапии бородавок у различных врачей была не одинакова. При этом, она, в сущности говоря, мало отличалась от способов лечения бородавок «заговором», применявшимся различными знахарями. Мы не ставим себе задачей перечислять всевозможные варианты таких способов лечения. Они чрезвычайно разнообразны и неожиданны по своей технике. Все они очень часто ведут к исчезновению бородавок, что еще лишний раз подтверждает, что лечение бородавок внушением может и должно войти в обиход лечащего врача, которому необходимо только умело и правильно поставить процесс данного лечения.

На основании приведенного выше мы можем сказать, что этот способ лечения бородавок обоснован с научных позиций. Обязанностью научно мыслящего медика и особенно клинициста является дальнейшее изучение гипно-суггестивного метода лечения в строго научной обстановке.

Гнездная плешивость (*alopecia areata*)

Психогенез гнездной плешивости неоднократно обсуждался в литературе. Наблюдения над больными с гнездной плешивостью после эмоционального шока описаны уже в 1874 г. Черепниным. Черепнин сообщил о

случае гнездной плешивости, в котором этиологическим моментом был ушиб головы с потерей сознания на 8 часов

П. В. Никольский в 1886 г. опубликовал ряд историй болезни гнездной плешивости, где выпадению волос предшествовало психическое переживание. Приводим отдельные его наблюдения.

Больной М., 17 лет, *alopecia areata*. Гнездная плешивость появилась в течение 3 лет позторно в учебное время после усиленных занятий и проходила в какикулярное время.

Больной Т., 33 лет. Вскоре после испуга у больного развилась гнездная плешивость. Через два месяца волосы выросли снова.

Больная А., 24 лет. Тяжелое нервно-психическое переживание. Появилось выпадение волос кругами; под влиянием укрепляющего режима волосы отросли.

А. П. Иордан также ставит выпадение волос при гнездной плешивости в зависимость от психических переживаний. И. П. Павлов и М. К. Петрова в своих опытах по экспериментальному неврозу у собак наблюдали у них выпадение шерсти.

Значительный интерес представляют случаи, в которых сильное психическое переживание сопровождается выпадением или поседением волос.

Геллер (Heller) в 1925 г. на заседании Берлинского дерматологического общества сообщил о случае поседения волос после испуга.

Нам пришлось слышать от очевидца о чрезвычайно быстром поседении молодого, 23 лет, человека. Это был приговоренный фашистами к расстрелу военнопленный, который должен был сам себе выкопать могилу.

Упомянутые в ряде наблюдений факты быстрого поседения волос или гнездной плешивости, связанные с психическими переживаниями, настойчиво выдвигают вопрос, нельзя ли здесь добиться излечения гипно-суггестивной терапией, так как наши обычные лечебные средства не всегда себя оправдывали.

Интересные сообщения о лечении гнездной плешивости сделал К. И. Платонов.

В 1930 г. к нему была направлена больная М., 38 лет, с гнездной плешивостью. Это выпадение волос было у больной по счету третьим. Выпадение волос наблюдалось у нее в 1923 г. после смерти отца, в 1926 г. —

после несчастия с ее ребенком и последнее, в 1930 г., выдилось следствием тяжелых переживаний семейного характера. После 3 сеансов гипно-суггестивной терапии было отмечено прекращение выпадения волос, после 4 сеансов появился пушок на участках облысения; после 14 сеансов все участки облысения стали зарастать. В 1932 г. рецидив гнездовой плешивости. После 6 сеансов гипно-суггестивной терапии волосы выросли.

Н. Г. Безюк лечил 10 больных гнездовой плешивостью. Психотравмы были выявлены у 3 больных. 7 больным проводилась гипно-суггестивная терапия, 3 — косвенное внушение: *vacuum Record* при соответствующем внушении, что инъцируется радикальное, ценное для роста волос средство. У 5 больных Н. Г. Безюк наблюдал зарастание гнездовой плешивости, а у остальных — уменьшение очагов облысения.

Наши наблюдения крайне незначительны. Мы наблюдали 3 больных с гнездовой плешивостью, причем можно было предполагать связи наступления заболевания с угнетающими психическими переживаниями.

Наблюдение 1. Больная 11 лет обратилась к нам 8/VII 1934 г. с жалобами на выпадение волос в теменной области на овальном участке размером 8×4 см. По словам родителей, выпадение волос повторяется в течение 3 лет постоянно на том же месте и в одно и то же время года. Через 1—2 месяца оно самостоятельно проходит. Пораженный участок не был совершенно лишен волос: на нем можно было обнаружить тонкие, обломанные волосы.

Многочисленные исследования на грибах давали неизменно отрицательный результат. Посев на грибки был отрицателен. В семье подобных заболеваний не было.

Диагноз: *alopescia areata recidivans in loco*. Назначено лечение в виде смазывания плешинки карболовой кислотой.

14/VII 1935 г. больная опять явилась к нам на прием в поликлинику. 4 дня назад на том же самом месте без особой причины у нее стали выпадать волосы.

Девочка была для своего возраста хорошо развита. Кожные покровы бледные, питание среднее. Внутренние органы без патологии. 4 запломбированных зуба, которые болели, когда ей было 7 лет. Пробы с адреналином, пилокарпином и атропином были отрицательны. Реакция Вассермана отрицательна. Моча без патологии.

В 1936 г. в мае у больной снова на том же участке появилась гнездовая плешивость. Мы были склонны объяснить появление *alopescia areata recidivans in loco* тем, что время выпадения волос всегда совпадало с окончанием учебного года, переутомлением девочки и волнениями в дальнейшем от предстоящих экзаменов.

Наблюдение 2. Больной Р. А., 30 лет. В течение 4 лет на голове появилось несколько очагов гнездовой плешивости. Ухудшение или улучшение процесса ставит в связь с нервными переживаниями. В 1934 г. лечился у нас прижиганиями очагов поражения *Acidum carbolicum liq.* Успешного эффекта лечение не дало. В 1935 г. 25/VII больной снова посетил нас. Картина выпадения волос на голове по сравнению с 1934 г. почти без изменений. Приступлено к гипно-суггестивной терапии. Через 6 дней после третьего сеанса средней глубины (II степени) больной отметил, что выпадение волос стало значительно меньше. Через 14 дней после 7 сеансов в истории болезни записано, что часть плешинки зарастает тонкими волосами. Дальше из-за наступившего каникулярного времени больной выбыл из сферы нашего наблюдения.

Наблюдение 3. Больная К. Н., 18 лет. Выпадение волос началось в 1932 г. В момент осмотра 7/VIII 1935 г. имелось несколько больших очагов гнездовой плешивости на голове. Обычная терапия, проводимая больной до сих пор, была безрезультатна. Проведено три сеанса гипноза (II степени) с внушением, отмечено появление тонких волос на отдельных плешинках. По тем же причинам, как и у предыдущего больного, лечение было прервано.

Столь незначительное количество случаев гнездовой плешивости, леченных внушением в гипнозе, причем лечение больных было прервано в начале его, конечно, не позволяет сделать каких-либо окончательных в этом отношении выводов.

Однако, без сомнения, у подходящих больных гнездовой плешивостью или внезапным поседением волос будет уместно воспользоваться, наряду с медикаментозной, и гипно-суггестивной терапией для лечения столь неприятного зачастую для больных заболевания.

Пузырьковый лишай (herpes simplex)

Вопрос о роли психических моментов в появлении *herpes* поднимался неоднократно в литературе.

В 1928 г. Хейлиг и Хоф сообщили о 3 больных, у которых появлению пузырьчатого лишая предшествовали какие-нибудь неприятные переживания. Были сделаны прививки из содержимого пузырей на роговницу кролика. Результаты были положительные.

Гораздо меньше сведений имеется о связи аффектов с появлением опоясывающего лишая.

Мы ни в коем случае не хотим отрицать инфекционную этиологию *herpes*. Однако в ряде случаев можно видеть влияние психических нарушений на болезненные

проявления в организме. Ослабление регулирующего влияния мозговой коры позволяет вирусу действовать более энергично и вызвать соответствующее кожное заболевание (М. К. Петрова). Мы не имеем в этом отношении собственного опыта; литературные же данные вполне определенно говорят, что и при пузырьковом лишае в ряде случаев психотерапия, безусловно, может оказаться полезной, а потому при этом заболевании забывать ее нельзя.

Пузырчатка

К группе пузырьковых заболеваний мы отнесем и пузырчатку, и герпетический дерматит Дюринга. П. В. Никольский в 1896 г. описал большую, у которой после полученного тяжелого публичного оскорбления, когда, по ее словам, кожа у нее «сгорела», через несколько дней обнаружилось высыпание пузырчатки.

Перечисляя в 1922 г. ряд дерматозов, могущих возникнуть психогенно, Штерн (F. Stern) упоминает пузырчатку.

И. Г. Безюк пробовал лечить внушением одного больного пузырчаткой и одного больного герпетическим дерматитом Дюринга. У обоих больных улучшения достигнуто не было.

Эритемы

Проф. П. В. Никольский, разбирая сосудодвигательные рефлексы кожи, пишет: «При душевных состояниях сосудодвигательные рефлексы кожи вернее определяют душевное состояние, чем мимика лица, которая, являясь действием мышц, подчиненных воле, может быть фальшивой». Эту роль сосудистой реакции кожи вполне оценила художественная литература, а также и юридическая практика.

Так, покраснение лица вызывается: а) чувством стыда от сознаваемого преступления; составилась поговорка: «Лжет и не краснеет»; б) стыдливостью и застенчивостью; есть «застенчивые» лица, которые при каждом вопросе, обращенном к ним, краснеют; в) чувством радости, восторга, симпатии.

Вообще врачам хорошо знакома пятнистая или сетчатая краснота, появляющаяся на лице, ушах, шее,

верхней части груди у лиц, раздевающихся перед ними (erythema e pudore). Эта эритема у некоторых лиц с легкой возбудимостью может проявляться настолько сильно, что заставляет обращаться за врачебной помощью.

Нам пришлось наблюдать двух больных, у которых под влиянием психических переживаний наступала эритема кожных покровов, которая была устранена нашим гипно-суггестивным вмешательством.

1. М. Б., 21 года. Обратилась к нам осенью 1937 г. с жалобами на постоянно наступающую красноту лица при обращении к ней на службе ее начальников. Несколькими внушениями в гипногическом состоянии (III степени) удалось почти полностью ликвидировать наступление в дальнейшем этих эритем.

2. А. О., 24 лет. Обратилась к нам в октябре 1937 г. по поводу постоянной боязни заразиться венерической болезнью. Несколько дней назад во время поездки ее поцеловал малоизвестный мужчина, и после этого она постоянно думает, что больна сифилисом, а вместе с этими мыслями наступает покраснение лица.

Больная правильно развита, менструальный цикл правилен. Несколькими сеансами внушения в гипнозе удалось устранить боязнь венерических болезней, а вместе с тем исчезли и беспокоившие больную эритемы.

Кожные гангрены

О возникновении кожной гангрены в сочетании с угнетающими психическими переживаниями имеется ряд литературных указаний. Вертерер (Wertherer) еще в 1902 г. сообщил о больном маляре, у которого появилась сыпь на руках, которую окружающие трактовали как сыпь после отравления свинцом. Заболевший сильно переживал данное поражение, испытывал страх перед возможным осложнением. Дальнейшее течение дало некроз, слияние пораженных участков, ишемию и гангрену. Вокруг образовавшегося рубца неоднократно наступали рецидивы.

Интересен опыт Крейбиха, поставленный им еще в 1906 г. с образованием пузыря на месте внушаемого ожога. Гипно-суггестивная терапия дала больному облегчение.

В 1910 г. Вертерер демонстрировал гангрену у истерической девушки, у которой имелась предшествовавшая стадия воспаления с переходом в герпетическое состоя-

ние. «Спонтанно» появившиеся изменения кожи могли быть вызваны также и в гипнозе.

Кронквист и Бир (Cronquist a. Bjerre) описали наблюдение за больной, у которой на половых органах и на слизистой рта в течение многих лет появлялись язвы.

Несмотря на тщательность наблюдения, в язвах нельзя было обнаружить никаких инфекционных начал; пришлось также исключить и артефициальную причину возникновения язв. Гипно-суггестивной терапией было достигнуто излечение.

В дальнейшем Вертерер сообщил еще о двух больных.

1. Служащий железной дороги. Разможенная рана на левой руке, хорошо зажившая. В дальнейшем потерял работу. На месте и вокруг рубца появились пузырьки, приведшие к некрозу ткани.

2. Молодая работница. В 1927 г. лежала в больнице по поводу плохо зажившей раны. В 1928 г. поранила правую руку. Больная очень боялась, что новая рана будет так же плохо заживать, как и предыдущая. На старом рубце возникло покраснение, присоединились пузырьки. Через 14 дней на участке кожи, окруженном пузырьками, был очаг геморрагического некроза.

В ряде приведенных наблюдений особенно хотелось бы подчеркнуть два: 1) наблюдение Вертерера, сообщенное им в 1910 г., где «спонтанно» возникшие кожные заболевания могли быть вызваны экспериментально в гипнозе, и 2) наблюдение Кронквиста и Бира, где имевшиеся в течение долгого времени на слизистой рта язвы были быстро излечены гипно-суггестивной терапией. Здесь мы видим, с одной стороны, несомненность сочетания психических переживаний с появлением некротических пузырей (Вертерер), с другой стороны, возможность успешного применения в случаях кожной гангрены гипно-суггестивной терапии (Кронквист и Бир).

Кожный зуд

Существование кожного зуда, обусловленного или сочетающегося с психическими нарушениями, в настоящее время является общепризнанным.

Мниодермия у больных, излечившихся, например, от чесотки, длится иногда долгое время, и больные ощущают зуд, хотя чесотка уже излечена, а дерматита

после лечения у них не имеется; общеизвестен упорный зуд у некоторых людей при виде вшей и т. п.

П. С. Григорьев в своем учебнике пишет, что при связанном с психическими явлениями зуде показана психотерапия, в частности, гипноз, иногда сразу избавляющий больных от тягостных ощущений.

Казалось бы, что об указанных положениях как вошедших в широко известные всем учебники и руководства должны всегда помнить лечащие врачи. Однако, к сожалению, об этом моменте, играющем зачастую важную роль в возникновении кожного зуда, многие забывают.

Кроме того, имеются указания на успешное применение гипно-суггестивной терапии при зуде беременных (З. А. Левина, В. И. Здравомыслов), послеродового зуда, зуда на почве желтухи и укусов комаров (В. Н. Шатский).

А. И. Славнин сообщил о больном «эссенциальным» кожным зудом в течение 11 лет, у которого излечение наступило после 6 инъекций физиологического раствора, сопровождавшихся внушением, что зуд от них исчезнет. С успехом применял при кожном зуде гипно-суггестивную терапию М. М. Желтаков.

Не останавливаясь подробнее на разборе рассеянных в литературе описаниях больных с излеченным внушением в гипнозе кожным зудом, укажем только на работу Н. Г. Безюк, лечившего внушением кожный зуд у 45 больных.

До лечения каждому больному производились клинические анализы мочи, кала на яйца глистов, морфологический анализ крови.

Всякое местное, внутреннее медикаментозное и другие виды лечения не применялись.

Из этих больных 22 применялась гипно-суггестивная терапия, а остальные 23 человека подвергались косвенно суггестивной терапии (vacuum Record).

У 21 из этих больных зуд совершенно исчез, у остальных отмечалось улучшение.

Поучительной кажется нам таблица, в которой Н. Г. Безюк сравнивает результаты, полученные им, с результатами различных других методов лечения кожного зуда (табл. 12).

Таблица 12

Метод лечения кожного зуда	Количество больных	Результаты лечения		
		зуд исчез	улучшение	зуд без перемен
Внутривенное вливание 5% бромистого кальция в 25% глюкозе (А. Б. Селицкий)	16	9	5	2
Гидрация тканей раствором NaCl (И. М. Щербаков)	19	6	9	4
Диуретики, бессолевая диета, суховоздушные ванны (Т. М. Юринов)	29	5	19	5
Инъекция плацентарной крови (М. Н. Багаев)	15	4	6	5
Лечение внушением (Н. Г. Безюк)	45	21	21	—

Мы лично хотя и не фиксировали в наших протоколах тех больных, которые лечились по поводу кожного зуда, все же неоднократно имели возможность наблюдать прекрасное терапевтическое воздействие на кожный зуд суггестивной терапии.

Изменения ногтей

Об изменении ногтей психогенного характера сообщил в 1876 г. Веризе (Vérizé): у молодой женщины наступила дистрофия ногтей вскоре после того, как расстроилась ее свадьба, которую она ожидала с большим нетерпением. Улучшение и ухудшение состояния ногтей по времени совпадали с улучшением и ухудшением ее психического состояния.

В своей монографии о болезнях ногтей Геллер описывает ряд различных поражений ногтей после травмы периферических нервов в виде атрофии ногтей, неправильности роста, общей деформации и изъязвлений, а также образования бородавок. Он упоминает об одной женщине, у которой поражалась ногтевая пластинка и кожа вокруг ногтя, когда она посещала своего мужа, болевшего прогрессирующим параличом. Таких посещений с длительными интервалами больная сделала пять. Каждый раз у нее неизменно наступали упомянутые поражения. А. П. Иордан приводит собственное наблюдение. Девушка М., 20 лет, после тяжелого нервного расстройства заметила

изменения ногтей первых пальцев рук в виде утолщения и неровностей ногтей.

Конечно, приведенные случаи слишком малочисленны, чтобы сделать окончательный вывод. Необходимо дальнейшее собирание казуистического материала по данному вопросу.

Менструальные дерматозы

Вопрос о менструальных дерматозах еще мало разработан. Имеющиеся по этому вопросу указания в современной литературе едва ли можно считать исчерпывающими. Несомненно, что только накопление и соответствующий анализ казуистического материала позволят в дальнейшем пролить свет на этот интересный раздел дерматологии.

Не останавливаясь на литературных данных по этому вопросу, мы коснемся больной, описанной Н. Г. Безюк.

Больная С., 36 лет, явилась 5/XI 1937 г. с жалобами на пятна, появившиеся у нее 2 1/2 месяца назад на коже груди, рук, бедер и сопровождавшиеся легкой болью и сильным жжением. Впервые заболевание появилось у нее в июле 1924 г. после смерти ее приемного отца. После 10 сеансов гипно-суггестивной терапии больная поправилась. При этом были урегулированы ее менструации: они регулярно начинались 1-го числа каждого месяца и продолжались 3 дня без обычных у больной болей. В 1934 г. после тяжелых переживаний появился рецидив. 8 сеансов гипно-суггестивной терапии в течение месяца ликвидировали ее заболевание. В апреле и сентябре 1937 г. новые рецидивы. При этом кожные поражения и болезненность их были особенно сильны.

Больная ниже среднего роста, правильного телосложения. Со стороны внутренних органов и нервной системы особых изменений нет. Отмечается повышенная реактивная лабильность. Со стороны половых органов патологических отклонений также не обнаружено. Реакция Вассермана отрицательная. Менструации начались у больной с 12 лет. Менструации были очень болезненны и сопровождались судорогами в ногах в течение всего менструального цикла. Длительность их одна, редко 2 дня с интервалами в 2—4—8 недель. С момента появления менструаций, как отмечает больная, она стала нервной и раздражительной. При осмотре были обнаружены пятна и волдыри воспалительного характера на правой стороне языка, коже груди, на сгибательных поверхностях обеих рук и на коже бедер. В очагах поражения больная ощущает сильное жжение.

14/VI 1937 г. больная была усыплена. Гипноз III степени. С первого же дня применения гипно-суггестивной терапии жжение исчезло, сыпь стала бледнеть. Процесс обратного развития эритематозных очагов протекал быстро; иногда после получасо-

вого сеанса кожа на месте ярко выраженной красноты была уже нормального цвета. С момента лечения резко сократились новые высыпания. Менструации стали регулярными, безболезненными и более обильными.

31/I 1938 г. в гипнозе больной было внушено, что менструации у нее начнутся 1/II ровно в 8 часов 20 минут утра. Действительно, менструация началась у больной в указанное время. 2/II в гипнозе было внушено, что менструации закончатся в 7 часов вечера. В период между 7 час. 15 мин. и 7 час. 20 мин. менструации закончились.

Под влиянием гипно-суггестивной терапии у больной исчезла депрессия, установился нормальный стул, прекратились головные боли. После установления нормального цикла менструаций у больной на второй день очередных менструаций была взята кровь; сывороткой этой крови были поставлены интракутанные пробы, давшие отрицательные результаты. При внушении неприятных эмоций у больной удавалось получить сдвиги в газовом обмене и появление уртикарной сыпи, что быстро ликвидировалось последующими внушениями.

Нам также пришлось наблюдать похожее по своему развитию заболевание, где у больной имелся *herpes menstruationis* слизистой рта.

Больная Е. Т.¹, 30 лет, имеет девочку 5 лет; обратилась 10/V 1938 г. с жалобами на поражение языка, наступающее у нее дней за 5 до начала менструаций. При этом ощущала зачастую боль в гортани. На боковой поверхности языка появлялись эрозивные участки. Еда в период высыпания бывала всегда затрудненной, так как больная не могла есть твердой, горячей, острой и сладкой пищи. С момента прекращения менструаций исчезала и сыпь во рту. Впервые высыпание наступило у больной года 2 назад, дальнейшие рецидивы всегда были связаны с менструациями. Перерыв в появлении этого высыпания в период менструаций примерно совпал с разводом. Через полгода больная снова сошлась со своим мужем, и опять начались те же самые высыпания во рту. В последовавший новый развод с мужем высыпания в периоды менструаций не прекратились. Менструации теперь продолжались очень короткое время (один сутки) и сопровождались скудным высыпанием. В это время больная амбулаторно лечилась гонорвакциной (гоноррея обнаружено не было) и болезненно это переболела. Через 2 недели после последнего высыпания — новое высыпание, длившееся 7 дней, когда больная и обратилась к нам за помощью. Появление последнего высыпания больная объясняет бурной реакцией всего организма на инъекцию гонорвакцины.

В анамнезе у больной два аборта — в 1932 и в 1935 гг. Венерические болезни отрицает.

Больная крепкого телосложения, хорошо развитая женщина. Со стороны сердца, легких и гениталий патологических отклонений

не обнаружено. Рентгеноскопия: короткая грудная клетка. Сердце: незначительное увеличение в размерах, с небольшим понижением тонуса. Легочные поля чистые. Реакция Вассермана и реакция Борде-Жангу отрицательные. Кал, моча, желудочный сок и формула крови без патологии.

Было решено испытать лечение внушением, проводимым в состоянии гипноза. Сеансы через 4—5 дней и реже, по полчаса. Во время лечения внимание обращалось на внушение бодрого самочувствия и исчезновения проявлений дерматоза. Во время сеансов больная или дремала, или погружалась в легкий сон. Первый сеанс 10/V 1938 г., а 14/V у больной начались менструации. Имевшаяся в течение 10 дней до этого сыпь в день менструаций исчезла, хотя обычно она исчезала лишь на третий день менструаций; 15/V второй сеанс гипно-суггестивной терапии. Учитывая, что Гебер, инъецируя кровяную сыворотку, взятую во время менструаций от больной с менструальным дерматозом, вызвал появление сыпи у той же женщины (не менструального периода, а также у нормальной, ничем не страдающей женщины, мы решили повторить этот опыт и в нашем случае. На второй день менструаций (16/V) у больной была взята кровь и законсервирована. 19/V и 23/V сеансы повторены. 25/V произведено влияние больной 8 мл ее же собственной кровяной сыворотки, взятой 16/V. Никакой реакции на влияние не было, сыпь не появилась. 26/V сеанс повторен. 13/VI наступила менструация, длившаяся до 16/VI. Никакой сыпи на слизистой рта не появилось. 19, 23 и 27/VI сеансы повторены. С тех пор в течение двух лет больная находится под нашим наблюдением, живет половой жизнью, но сыпи больше не появлялась.

Таким образом, дерматоз нашей больной больше всего подходит под *herpes menstruationis*. Интерес его заключается в том, что мы в сравнительно короткий срок (за 1½ месяца) 8 сеансами суггестивной терапии смогли избавить больную от этого дерматоза.

Интересно еще и то, что введение в межменструальном периоде кровяной сыворотки, взятой у больной в период менструаций, не вызывало у нее появления дерматоза, что имело место у больной Гебера, хотя до этого было проведено всего лишь два сеанса лечения внушением в гипнозе. Видимо, уже этой суггестивной терапии было достаточно, чтобы воздействовать на те изменения, которые вызывались в организме больной наступлением менструального цикла и вели к появлению *herpes menstruationis*.

Таким образом, скорее всего можно предположить, что у нашей больной возникновение *herpes menstruationis* было связано с психическими переживаниями, так как на возникновение дерматоза влияли семейные неладки.

¹ Описана доц. А. Я. Дегтяр.

Другие кожные заболевания

Н. Г. Безюк в своей последней работе «Внушение как лечебный метод в дерматологии» подвел итоги своей пятилетней работы по лечению кожных болезней внушением.

Приводимый им материал является оригинальным, и мы позволили себе привести его, используя сводки самого автора, исключив те заболевания, которые были разобраны в специальных главах.

Н. Г. Безюк дает сводку лечения кожных заболеваний гипно-психотерапией и косвенным внушением (табл. 13).

В торпидных случаях остроконечных кондилом, существовавших месяцами и упорно леченных, вплоть до прижигающих средств, в течение 1½ месяцев достигалось их исчезновение даже у беременных.

Н. Г. Безюк считает необходимым отметить группу полиморфной эритемы. Несмотря на небольшое количество наблюдений, все же полученные данные характерны. При лечении этого же заболевания гипно-суггестией жжение, зуд резко уменьшались или сразу исчезали, сон улучшался, элементы сыпи бледнели, уплощались, и инволюция процесса заканчивалась на 4—5-й день. Наблюдавшиеся (и вновь леченные успешно внушением) рецидивы были значительно легче, и отличались меньшими высыпаниями.

Такие же результаты получены и при узловатой эритеме. При этом у одного больного ревматоидные боли и боли в узлах исчезли через 10 минут после соответствующего приказа, а весь процесс закончился в 4 дня; у другой больной в 3 дня было достигнуто значительное улучшение, но она исчезла из-под наблюдения. В 2 случаях эризипелоида Розенбаха процесс был купирован в 3 дня. Интересен один случай этого заболевания. После повелительного и строгого внушения, что через 10 минут исчезнет боль и зуд, а пораженный палец будет свободно сгибаться, больная по истечении указанного времени действительно свободно стала сгибать палец, несмотря на резкую его отечность и инфильтрацию; на следующий день краснота и отечность резко уменьшились, и спустя 3 дня больная выздоровела.

При розовом лишае зуд чаще всего быстро исчезал и процесс заканчивался в среднем в 13 дней. Н. Г. Безюк обратил внимание на то, что при лечении стрепто-вакциной В. Я. Арутюнов наблюдал исчезновение розового лишая в 12—14 дней, а Т. В. Брагинская — от применения коли-вакцины — в 14 дней (от 6 до 45), т. е. в общем в одно и то же время, что и при уколах Vacuum Record.

Таблица 13

Название заболевания	Количество больных	Психотравма	Результат лечения				
			выздоровление	улучшение		без успеха	рецидив
				значительное	частичное		

Гипно-суггестивное лечение кожных заболеваний

Почесуха	5	—	—	1	2	2	—
Невродермит	3	—	1	—	2	—	1
Отек Квинке	2	—	1	1	—	—	1
Полиморфная эритема	2	—	2	—	—	2	—
Раннее облысение	2	—	—	—	—	—	2
Всего	14	—	4	2	4	4	5

Косвенное внушение при лечении кожных заболеваний (Vacuum Record)

Почесуха	2	—	1	—	1	—	—
Невродермит	3	—	1	—	2	—	—
Полиморфная эритема	5	—	5	—	—	—	—
Узловатая эритема	2	—	1	1	—	—	—
Местная потливость лица	1	—	—	—	1	—	1
Язва голени	1	—	1	—	—	—	—
Остроконечные кондиломы	30	—	8	12	7	3	—
Ксантома век	1	—	—	—	—	1	—
Glossodynia	1	—	—	—	—	—	1
Розовый лишай	19	—	19	—	—	—	—
Вульгарный сикоз	1	—	—	1	—	—	—
Granulosis rubra nasi	1	—	—	1	—	—	—
Эризипеллоид	2	—	2	—	—	—	—
Всего	69	—	38	15	11	5	3

И. Г. Бэзюк подтверждает на своем материале выдвинутое нами положение, что отсутствие психической травмы не является противопоказанием к успешному применению гипно-суггестивной терапии. Так, из всех его больных (282) лишь у 4,5% имелись указания на психогенез их заболеваний.

М. М. Желтаков видел благоприятное действие гипно-суггестивной терапии при фурункулах, гидрадените и хронической язвенной пиодермии.

ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ ГИПНОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ДЕРМАТОЗЫ

Гипноз лишь в последнем столетии, особенно благодаря ряду работ школы академика И. П. Павлова, из «окультистских» наук стал научным методом, основывающимся на опыте, эксперименте. Лечение внушением в состоянии гипноза кожных болезней является вопросом, который лишь в последние десятилетия начинает занимать мировую литературу.

А проблема эта, как мы в этом имели возможность убедиться в приведенных выше главах, все настойчивее и настойчивее ставится на «повестку дня». И, если Ядассон (Jadassohn S.) уже давно указал, что особого внимания заслуживает вопрос комбинации гипно-суггестивного медикаментозного лечения и что при изменениях кожи будет правильным одновременно проводить гипно-суггестивную и мазевую терапию, то теперь мы уже знаем ряд случаев различных дерматозов и даже отдельные нозологические единицы заболеваний, где одной лишь гипно-суггестивной терапией удается достигнуть полного и длительного излечения (бородавки, красный плоский лишай и др.).

Конечно, уже эти полученные нами благоприятные результаты в терапии дерматозов ставят перед нами ряд новых вопросов и в первую очередь вопрос о том, как объяснить действие гипно-суггестивной терапии на те или иные дерматозы, какие моменты должны быть учтены, чтобы лечение это было эффективным.

Разные авторы различно пытаются разрешить эти вопросы. Хотя и намечается уже единство некоторых основных положений, как, например, роль нервной си-

стемы в течении и терапии кожных заболеваний при регулирующем влиянии коры больших полушарий, тем не менее много очень важного еще предстоит выяснить в дальнейшем. Мы, конечно, не пытаемся разрешить в этой главе все интересующие нас вопросы в данном направлении, мы только постараемся подвести итог ряду главнейших вопросов, которые уже имеются в мировой литературе.

Несомненно, что успех гипно-суггестивной терапии бородавок, как и гипно-суггестивной терапии других заболеваний, вообще может быть достигнут различными путями. Основным условием успеха является достаточно энергичное воздействие на высшую нервную деятельность больного с таким расчетом, чтобы оно могло вызвать у него соматические изменения. Наступление эффекта зависит от ряда различных факторов: тут играет роль опыт самого врача и предрасположение пациента, характер заболевания, влияние окружающей среды и т. д. Терапевтический эффект вызывается легче тогда, если у больного обстоятельства, предшествующие лечению, и подготовительные манипуляции уже вызывают впечатление чего-то необычного, выходящего из рамок повседневного врачебного воздействия. Благоприятствует этому и то, что о лечении врач создает мнение как об особенном способном проводить данное лечение.

Мы сами имели возможность убедиться в правильности этого положения. Пока при лечении нами бородавок больные попадали к профессору, пройдя через ординатора, ассистента и доцента, из которых каждый подготавливал больного, что «профессор лечит гипнозом, что профессор лечит так, как никто не лечит», успех от терапии внушением был очень хороший. Когда же об этом способе узнавали больные, то мы уже больше не могли добиться успеха от лечения бородавок внушением.

Безусловно имеет значение запрещение трогать бородавки, смывать с них краску, так как это лишней раз фиксирует на них внимание больного. Аналогично может влиять и само внушение (уверение, что бородавки исчезнут), шум пантостата, боль, вызванная фарлаическим током, и т. п. Этим, без сомнения, вызывается сильный эффект. Восприимчивые лица начинают при этом сильно волноваться, дрожать (особенно дети) и даже плачут. Иногда больные отмечают появление чув-

ства зуда, покалывания, боли в бородавках, хотя, как известно, бородавки сами по себе не вызывают этих явлений.

Мы сами убедились, что выполнение каждого внушения больному: «Ваши бородавки исчезнут, Вы от них теперь навсегда избавитесь», даже произнесенного с уверенностью несколько раз, с фиксацией взгляда больного требует спокойной обстановки, уравновешенности врача и всегда сопровождается чувством утомления, как результат нервного напряжения.

Конечно, успех гипно-суггестивной терапии во многом зависит от индивидуальных особенностей врача. Надо сразу же уяснить себе, что существуют хорошие и плохие психотерапевты, что в психотерапии надо иметь известный навык.

При лечении внушением бородавок, как и вообще при лечении заболеваний внушением, большое значение имеет пациент, как индивидуум. Чем больше внушаемость больного, тем меньше врачу приходится напрягаться при проведении гипноза и наоборот.

Это обстоятельство, без сомнения, является важным моментом. Почему результаты одного и того же метода лечения у разных врачей бывают различными? Встречаются врачи, которые умеют оказывать на своих пациентов чрезвычайно сильное воздействие; у других же оно бывает ничтожным. Без сомнения, чрезвычайно важна для успеха гипно-суггестивной терапии уверенность самого врача в эффективности проводимой им терапии. Если у ряда врачей гипно-суггестивная терапия не дает должного эффекта, то, возможно, большая доля неудачи кроется в отсутствии этой уверенности у самого лечащего врача.

Блох собрал результаты лечения бородавок внушением, полученные четырьмя врачами: врач А. — больных 94, излечено 44%; врач Б. — больных 34, излечено 35%; врач С. — больных 97, излечено 30% и врач Д. — больных 49, излечено 25%. На этих, хотя и небольших, цифрах все же видно, что успех, несомненно, зависит и от самого врача.

Что касается индивидуальных особенностей пациента, то, очевидно, что встречаются люди, абсолютно невосприимчивые к терапии внушением. Перед началом лечения трудно заранее выяснить, является ли пациент

невосприимчивым к гипнотерапии или он хорошо поддается этому лечению. Пол, возраст и развитие больного не могут служить абсолютным критерием будущего успеха или безуспешности терапии.

Наблюдая изменения бородавок, неоднократно приходилось слышать, как больные указывали на увеличение размеров бородавок в первые дни после проведенного внушения. В некоторых случаях отмечено кровоизлияние в бородавках. Приходится сожалеть об отсутствии детального гистологического исследования изменений, наступающих в бородавках при их исчезновении после терапии внушением. Это должно явиться задачей наших дальнейших работ.

Относительно механизма такого рода лечения бородавок существует ряд теорий. Мы полагаем, что все эти теории имеют гипотетический характер, так как основой трофического влияния является нервная система. Тем не менее, нам кажется, что, изучая гистологически те изменения, которые наступают в папуле красного плоского лишая при лечении внушением в состоянии гипноза, мы все же смогли показать, что при суггестивной терапии имеется возможность влиять на сложные процессы, происходящие в коже, в смысле изменения ее альтеративных, экссудативных и пролиферативных процессов.

Несомненно, известную помощь в понимании влияния гипно-суггестивной терапии может принести изучение тех данных, которые существуют по поводу возникновения психогенных дерматозов.

Крейбих трактует феномен возникновения дерматозов и, в частности, пузыря при внушении мнимого ожога в гипнозе следующим образом: тот психический эффект, который у нормального человека как афферентный раздражитель вызывает гнев или чувство стыда, ведет не только к гиперемии, но и к вазомоторному стазу и еще дальше к некрозу. Различие получаемого эффекта основывается не на различной интенсивности психического воздействия, а объясняется прежде всего значительной вазомоторной реакцией.

Не лишен интереса взгляд Гольдмана (Goldmann), что в наступлении круговидного выпадения или в поседении волос имеется лишь количественная разница одного и того же процесса. Он пишет: «Также и alope-

сия, будь она местная или общая, может быть легко поставлена в связь с нарушением циркуляции крови в волосяных луковицах из-за нарушения деятельности вазомоторных центров: паралич сосудорасширителей или длительно длящееся раздражение сосудосуживателей с остающимися последствиями в нервной системе». При остро протекающих заболеваниях, связанных с психическими поражениями (здесь можно думать об известных поседениях после испуга), наступающее поседение или выпадение волос может также объясняться спазмом сосудов. Все это — влияние нервной системы, регулируемой корой головного мозга.

В последнее время О. Н. Подвысоцкая, выдвигая вопрос об экземе нервного происхождения, говорит следующее: постоянное раздражение кожных рецепторов различными внешними факторами приводит к нарушению регулирующего влияния коры больших полушарий, т. е., иначе говоря, к нарушению функции и рецепторного аппарата, и самого эпителия. Отсюда вытекают и изменения эпителия типа спонгиоза, экзосероза, акантоза, паракератоза, наблюдаемые обычно морфологически при экземе.

Без сомнения, для ряда дерматозов, связанных с психическими нарушениями, особенно тех, которые привыкли относить в группу аллергических, будет справедливо предположить о возможности вызывать эти заболевания, влияя на высшую нервную деятельность. С другой стороны, мы показали возможность, вызывая торможение в проторенном уже раньше рефлекторном пути, излечить наших больных от мучивших их дерматозов (см. главу «Крапивница»). Мы считаем, что раздражение передается из центральной нервной системы по нервным проводникам в кожу, где вызывает соответствующую сосудистую реакцию. Тем самым мы признаем доминирующую роль центральной нервной системы и именно коры больших полушарий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение психотерапии в медицине вообще и в дерматологии в частности является проблемой, которая все больше и больше завоевывает право на существование.

Если еще несколько лет назад в литературе появились сообщения об отдельных казуистических случаях, где психотерапия была с успехом применена при различных дерматозах, то теперь появляется все больше работ, обобщающих значительный материал и делающих в этом направлении определенные выводы. Все больше фиксируется внимание на возникновении тех поражений кожи, которые неразрывно связаны с психическими нарушениями. Все больше изучаются те возможности, которые предоставляют врачу при лечении кожных болезней внушением.

В отечественной литературе уже появляются работы монографического характера, где дается обобщение значительному материалу самим автором и сопоставления этого материала с данными литературы. Наш труд «Гипноз в дерматологии», вышедший в 1936 г., работы К. И. Платонова и его учеников, наша монография «Лечение кожных болезней внушением» (1942) и, наконец, данная книга — все это, мы надеемся, поможет молодой развивающейся отрасли дерматологии завоевать надлежащее ей место. Указания на успешное применение гипно-суггестивной терапии при экземе, чешуйчатом лишае, красном плоском лишае, бородавках, кожном зуде, розовом лишае, острых кондиломах, крапивнице, медикаментозных сыпях, «менструальных дерматозах» и т. п. говорят за то, что мы еще недостаточно используем возможности гипно-суггестивной терапии.

Положение, что при любом заболевании мы не должны забывать о состоянии всего организма в целом,

полностью относится и к кожным болезням. Несомненно, часто в понимании возникновения патологических процессов, происходящих на коже, и в назначении соответствующей терапии могут оказать большую помощь умело собранные сведения о связи данного заболевания с психическими нарушениями.

Зависимость внешнего вида и состояния кожи от воздействия на нее центральной нервной системы, возможность выявления в гипнозе образования волдырей и некрозов не оставляют сомнений, что кожа занимает особое положение в ряде органов, воспринимающих и реагирующих на нервные раздражения.

Во многих трудах о внушении и гипнозе имеются указания на возможность влиять при помощи второй сигнальной системы во взаимодействии с первой на сердечно-сосудистую систему, вызывая или останавливая кровотечение как на поверхности кожи, так и маточные, носовые, вызывая изменения состояния капилляров, изменяя биохимический обмен в самой коже и влияя на процессы экссудации, пролиферации и альтерации в коже.

Хотя до сих пор не представляется возможным выделить отдельную главу «психогенных» кожных заболеваний, но при различных нервных и психических заболеваниях наблюдаются разнообразные кожные заболевания.

Обычные картины кожных заболеваний являются отображением состояний организма, имеют закономерное развитие, так называемое «течение» и на основании этого могут быть нозологически разделены. Для анамнеза же, учитывающего психические нарушения, является важным то, что предшествовало появлению болезни. Отсюда определенные одинаковые изменения кожи даже у одного и того же индивидуума могут иметь различные причины.

Вопрос о том, чьему ведению подлежат больные с кожными заболеваниями, связанными с психическими нарушениями, — дерматолога или психиатра, решается тактом и подготовленностью врача. Подобные больные обращаются первоначально к дерматологу. Здесь они охотно дадут соответствующий исчерпывающий анамнез, чем будет выполнена значительная часть работы. Само же применение больному внушения в гипнотическом состоянии или косвенного внушения является лишь во-

просом техники, которую каждый врач, если он только этому научился, может применить, как и любое врачебное вмешательство.

Мы останавливаемся на взглядах академика И. П. Павлова, считающего гипноз частичным экспериментальным сном. В основе своей он является процессом внутреннего торможения. Умение вызывать сон условными раздражителями есть основа проведения гипноза. С исчерпывающей глубиной раскрывает И. П. Павлов представление о гипнозе и раппорте. «Большие полушария захвачены торможением не на всем протяжении, в них могут образоваться и возбужденные пункты. Из такого возбужденного пункта вы действуете на себя и внушаете. И загниотизированный потом роковым образом исполняет ваше приказание, потому что, когда вы даете приказ, то у вас все чрезвычайно ограничено. Следовательно, все влияние остальных частей полушарий на то, что вы даете в ваших словах, в ваших раздражениях, совершенно отрывается от всех остальных. И когда человек приходит в бодрое состояние после этого внушения, он ничего не может сделать с этим изолированным раздражением, потому что оно разъединено со всеми остальными»¹.

В заключение нам хочется еще раз подчеркнуть, что метод психотерапии кожных болезней уже завоевал себе право гражданства в дерматологии. Обратив еще лишний раз внимание врачей на важность собирания анамнеза больного, на умение выявить психические нарушения и правильно их использовать, применив в соответствующих случаях психотерапию, мы, несомненно, быстро умножим наш опыт в этом отношении.

Не хотелось бы, чтобы нас поняли так, будто бы в психотерапии мы видим панацею при всех дерматозах. Это неверно. Однако в ряде случаев, особенно трудно поддающихся обычному лечению, мы найдем в собирании анамнеза разгадку патогенеза данного дерматоза, а в лечении внушением полезное терапевтическое вмешательство.

Приведенными в этой книге данными мы, конечно, не исчерпали всех тех перспектив, которые открываются

¹ И. П. Павлов, Полное собрание трудов, М.—Л., 1940, т. I, стр. 423.

перед дерматологом при правильном понимании и учете зависимости состояния кожи от влияния центральной нервной системы в свете учения И. П. Павлова. Эти перспективы будут становиться все шире и все плодотворнее по мере освоения нами богатого наследия И. П. Павлова и по мере внедрения в наше понимание происходящих у больного с кожными заболеваниями патологических изменений во всем организме.

ЛИТЕРАТУРА

- Авербух А. Д. и Толчинская Л. В., Сахар кожи человека при некоторых дерматозах, Дерматология и венерология, Одесса, 1940, т. IV, стр. 19.
- Агаджанян К. С., Роль психотерапии в дерматологии, Русский журнал кожных и венерических болезней, 1904, май.
- Адигизаров А. М., Изъяснение крови при psoriasis vulgaris, Баску, 1935.
- Аковбян А. А. и Камзолова К. П., Derm. Wschr., 1936, 38.
- Апасова Е. И. и Алибеков С. Ю., Опыт лечения гравидозом при псориазе и экземах, Вестник венерологии и дерматологии, 1938, 1.
- Багаев М. И., Опыт лечения некоторых дерматозов инъекциями плацентарной крови, Вестник венерологии и дерматологии, 1938, 4.
- Бахтияров В. А., а) Волдырь от многого ожога, полученный гипногическим внушением, Уральский медицинский журнал, 1926, 6.
б) Сняк от многого ушиба, полученного в гипногическом сне, Клинический журнал Саратовского института, 1928, 3.
- Безюк Н. Г., а) Роль внушения при лечении плоских и вульгарных бородавок, Венерология и дерматология, 1938, 1—2.
б) К вопросу лечения гипно-суггестией pruritus cutaneus, Врачебное дело, 1939, 6.
в) К вопросу этио-патогенеза и терапии дисменоррейного дерматоза Матценауэра -- Подлинн., Вестник венерологии и дерматологии, 1939, 8.
г) Об эмоциональной и внутренней температуре, Советский врачебный журнал, 1940, 7—8.
д) Внушение как лечебный метод в дерматологии, в кн.: Вопросы нейротравматологии и психоневрологии, т. II, Харьков, 1941.
- Бехтерев В. М., а) Внушение и его роль в общественной жизни, СПб, 1909.
б) Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение, СПб, 1911.
- Бехтерев В. М. и Нарбут В. М., Обзорение псих. и нерв., 1902.
- Бирман Б. Н., Экспериментальный сон, Гиз, Л., 1925.
- Вигдорович М. В., Доклад на Всеукраинском съезде акушеров и гинекологов 22/XII 1938 г., Киев.

- Вигдорчик Н. Д., О применении статистического материала при разработке клинических материалов, Советский врачебный журнал, 1938, 4, стр. 292.
- Виш И. М., Derm. Wschr., 1935, Bd. 100, S. 234.
- Гаккебуш В. М., Новые пути в изучении эмоций, Современная психоневрология, 1926, 4.
- Геренштейн Г. В., Введение в практическую психотерапию, Л., 1927.
- Глауберзон С. А. и Трахтенберг Ш. Е., Лечение псориаза метиленовой пылью, Советский врачебный журнал, Сб. 1938, стр. 1049.
- Горбовицкий С. Е., К вопросу о диатотерапии, «Экспериментальные и клинические исследования», Ленинградский дерматологический институт, Опы, 1935, т. 1.
- Горшелева Л. С., Экзематозные поражения кожи у собак различного типа вышней нервной деятельности в связи с этнологией, Вестник венерологии и дерматологии, 1939, 9—10, стр. 72.
- Григорьев П. С., а) Учебник кожных болезней, Госмедиздат, 1933, 350 стр.
б) Учебник венерических болезней, Медгиз, 1933, 238 стр.
- Дегтяр А. Я., К вопросу этиопатогенеза и гипнотерапии herpes penitrationis сигметой рта, Вопросы дерматологии и венерологии, т. II, Уфа, 1941.
- Дубинков Е. И., К вопросу о лечении экземы нервного происхождения гипнозом, Врачебное дело, 1932, стр. 634.
- Желтаков М. М., Патогенез некоторых дерматозов в свете учения Н. П. Павлова, Доклад 5/VI 1950 г. на пленуме Ученой комиссии при отделе по борьбе с кожно-венерическими заболеваниями Министерства здравоохранения СССР, Москва.
- Захарьин Г. А., Клинические лекции, Введение, стр. 21, М., 1909.
- Здравомыслов В. И., Гипноз и внушение в акушерстве. Диссертация, 1938.
- Зельманович А. С., Заседание Ташкентского дерматологического общества 25/XII 1935, Derm. Wschr., 1936.
- Нордан А. П., а) К вопросу о связи некоторых кожных болезней с расстройствами нервной системы, Русский вестник дерматологии, 1926, стр. 52.
б) Derm. Wschr., 1925, т. 80.
- Капланский С. Я., Биохимия кожи, М., 1931, стр. 52.
- Картамышев А. И., а) Зміна біологічної функції шкіри при сифілісі, Укр. мед. вісті, 1928, стр. 317.
б) Возможности использования гипноза в дерматологии, Соц. наука и техн., 1936, 5.
в) Гипноз в дерматологии, Ташкент, 1936.
г) Влияние психики на возникновение аллергических реакций кожи, За социалистическое здравоохранение Узбекистана, 1937, 7.
д) Гистологические изменения в коже при краснухе и плоском лишае, лечении внушением и гипнозом, Вопросы дерматологии и венерологии, Уфа, 1941, т. II.
е) см. Ясинский В.
- ж) Лечение кожных болезней внушением, Уфа, 1942.
- з) Arch. f. Derm. u. Syph., 1923, т. 146, стр. 63.
- и) Derm. Wschr., 1933, т. 96.
- к) Derm. Wschr., 1936, 6.
- л) Derm. Wschr., 1936, 22.
- м) Arch. f. Derm. u. Syph., 1936, т. 173.
- н) Arch. f. Derm. u. Syph., 1936, т. 174.
- о) Derm. Wschr., 1936, 10.
- Картамышев А. И. и Левит Н., Гипнотическое торможение и феномен Müller'a, Современная психоневрология, 1930, 7—8.
- Картамышев А. И. и Белолипецкий С. С., Лечение гипнозом кожных больных, За социалистическое здравоохранение Узбекистана, 1938.
- Картамышев А. И. и Хованская А. Г., Капиллярскопия при гипнозе, Вопросы дерматологии и венерологии, Уфа, 1942, т. II.
- Кожевников А. Я., а) Случай исцеления от сикоза, Труды Моск. унив., 1895, стр. 110—117.
б) Wien. med. Wschr., 1884.
- Левина З. А., цит. по Здравомыслову.
- Лерман И. А., Arch. int. de pharm. et de Ther., 1935, стр. 302.
- Лосинов А. В., О неврогенном происхождении невродермитов. Доклад 5/VI 1950 г. на пленуме Ученой комиссии отдела по борьбе с кожно-венерическими заболеваниями Министерства здравоохранения СССР, Москва.
- Лурья А. Р., а) Врач и психогенез некоторых внутренних органов. Казанский медицинский журнал, 1928.
б) Внутренняя картина болезни и патогенные заболевания, Медгиз, 1939.
- Малыкин Р. Я., Ксантофуло П. И., Зеркалова Г. И. и Фатов Н. П., Роль нервной системы в патогенезе зудящих дерматозов. Доклад 5/VI 1950 г. на пленуме Ученой комиссии отдела по борьбе с кожно-венерическими заболеваниями Министерства здравоохранения СССР, Москва.
- Майзель Б. С., Труды Сеченовского института, 1927, т. I, стр. 1003.
- Майников М. Е., Непьковский С. С., Косвенная рентгенотерапия заболеваний кожи, Советский вестник венерологии, 1936, 2, 126.
- Манойлов И. Г., К вопросу о лечении бородавок внушением, Русск. кл., 1928, 53—54.
- Матусис А. И., Дерматология и венерология, Киев, 1937, т. III, стр. II.
- Певский И. М. и Архангельский Ю. Н., Влияние гипноза на морфологию белой крови, Сб. «Новое в рефлексологии», 1929, 3, стр. 138—143.
- Пикольский П. В., а) Болезни кожи, Гиз, 1930, стр. 67 и 137.
б) Area Celsi как трофоневроз кожи, Медицинское обозрение, 1886.
в) Влияние душевной деятельности на кожу, Варшава, 1910.
г) Белый дермографизм на красной коже, Обзор псих., испр. и экскр. психологии, 1906, 1.
д) Экзема как результат расстройства нервной системы. Тру-

- ды II съезда русск. врачей, Москва, 1887.
- е) Материалы к учению о *remphigus foliaceus Cazenavi*, Диссертация, Киев, 1896.
- Найдов И. П., а) Экскурсия физиолога в область психиатрии. Известия ЦИК, 5/V 1930.
- б) Лекции о работе больших полушарий головного мозга, Госиздат, 1927.
- в) Психонатология и психиатрия, Москва, 1949.
- Петрова М. К., а) Кожные заболевания у экспериментальных собак. Механизм их происхождения и терапия, Труды физиологических лабораторий И. П. Павлова, 1945, т. XII, в. 1.
- б) О роли функционально ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме, Ленинград, 1946.
- Платонов К. П., а) Гинкго, Харьков, 1930.
- б) Слово, как физиологический и лечебный фактор, Харьков, 1930.
- в) Случай упорной и рецидивирующей alopecia areata, излеченный гинкго-психотерапией. Демонстрация на заседании Харьковск. дерматологического общества, 26/II 1937.
- г) Врачи и вино, Врачебное дело, 1925.
- д) Вопросы психотерапии в дерматологии, Харьков, 1940.
- Полывогодская О. П., О патогенезе экземы. Юбилейный сборник Государственного института усовершенствования врачей, Л., 1935, стр. 531.
- Полывогодский П. П., а) О вегетативных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением, Журнал Корсакова, 1909, 1—2.
- б) Пузырь от мнимого ожога, приведенного словесным внушением в состоянии искусственного сна, Труды Саратовского общества естествоиспытателей, 1903—1904, т. IV.
- Потоцкий И. И., Роль нервной системы при воспалительных процессах кожи, Ташкент, 1939.
- Рудин В. П., О состоянии психики при туберкулезе, Врачебное дело, 1950, № 2.
- Селеский А. Б., О новом противоожогом препарате бром-кальций-глюкозе, Советская медицина, 1937, 3.
- Сирский К. Л., К патологии и этиологии *remphigus vulgaris*. Дерматологические исследования. Изд. кл. проф. Полотебнова, СПб., 1886—1887.
- Скульский П. А., Канальроскопия и канальротометрия, Госиздат, 1930.
- Славян А. П., а) К вопросу о психотерапии аллергических заболеваний кожи. Труды Узбекстанского кожно-венерологического института, Ташкент, 1936, т. II.
- б) Сульфидная терапия при некоторых дерматозах, Труды Узбекского кожно-венерологического института, Ташкент, 1941, т. IV.
- Соболев Л. А., а) Внушение как метод лечения органических болезней, Врачебная газета, 1916, 25.
- б) Чешуйчатый лишай, Клиника болезней кожи, М.—Л., стр. 167—183.
- Сперанский А. Д., Элементы построения теории медицины, Изд-во ВИЭМ, 1937.
- Сумбаев П. С., К вопросу о вегетативных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением, Сибирский архив терапев. клин. мед., 1928, стр. 332.
- Токарский А. А., О психических внушениях, Сб., посв. Фохту, Москва, 1896.
- Финкельберг И. Д., Рвота психического происхождения после введения сальварсана. За социалистическое здравоохранение Узбекистана, 1936.
- Финне В. П., Ожоги, вызванные внушением в гипнотическом состоянии, Журнал для усовершенствования врачей, 1925, 3.
- Хачатурьян Г. Х., Переливание крови при кожных болезнях, Вестник венерологии и дерматологии, 1937, 8.
- Черноруцкий М. В., Психогения и психотерапия при внутренних заболеваниях. Советский врач, сборник, 1946, в. 1.
- Шатский В. П., Психотерапевтической практики участкового врача. Современная психоневрология, 1936, 4.
- Шереметьев П. Г., К вопросу о лечении гипнозом красного лишая. Вопросы дермат. и венер., Ташкент, 1950, т. V, стр. 172.
- Школьников Р. Д., Лечение бородавок инъекциями, Русский вестник дерматологии, 1925, 10, стр. 908—910.
- Щербakov П. М., Изучение механизма кожного зуда и его лечение. Юбилейный сборник Государственного института усовершенствования врачей, Л., 1935, стр. 561—576.
- Эпштейн Ф. П. и Луцкий В. О., Практическая ценность метода кожной реинтеграции при некоторых заболеваниях кожи, Казахский медицинский журнал, 1936, 7.
- Юдин Я. Л., К казуистике уртикарии, Венер. и дермат., 1927, 3, стр. 239.
- Юринов Т. М., К вопросу лечения зудящих дерматозов, Вестник венерологии и дерматологии, 1937, 4.
- Ясинский В. и Картамышев А. И., Лейкоцитоз при эмоциональных состояниях, Современная психоневрология, 1930, 12, стр. 337.
- Bloch B., а) Arch. f. Derm. u. Syph., 1926, T. 151, стр. 126; б) Klin. Wschr., 1927, S. 2271 и 2330.
- Gronquist u. Bjerre, Arch. f. Derm. u. Syph., T. 103, 2—3.
- Goldmann R., Dermat. Ztschr., 1917, T. 6.
- Heilig R. u. Hoff H., а) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1923, T. 86; б) Med. Klin., 1928, стр. 1472.
- Heller S., «Die Krankheiten der Nägel», Hdb. f. Haut- u. Geschlkr. von I. Jadassohn, Berlin, 1927, T. 13, ч. II.
- Jadassohn S., а) Forsch. d. Med., 1925, T. I. б) Derm. Wschr., 1932, T. 92, стр. 21.
- Kaposi M., «Lehrbuch der Hautkrankheiten», F. Enke, Stuttgart, T. 2, стр. 550.
- Kreibich K., а) «Die Angioneurotische Entzündung», Perles, Wien, 1905; б) Arch. f. Derm. u. Syph., 1924, T. 145.
- Müller, Münch. med. Wschr., 1923, 51.
- Stern F., Ztschr. f. die ges. Neurol. u. Psych., 1927, T. 79, стр. 218.
- Werther S., а) Derm. Wschr., 1925, T. 41, стр. 1351; б) Derm. Wschr., 1933, стр. 461.
- Verize, Ann. Soc. hyp. med., Paris, 1876, стр. 21.

СОДЕРЖАНИЕ

Вступление	3
Связь кожи с организмом	7
Нервная связь физиологических и психических явлений	8
Влияние центральной нервной системы на течение дерматозов	31
Обоснование речевого воздействия и методики его применения	34
Исторический обзор введения психотерапии в отечественной дерматологии	38
Роль психотерапии при медикаментозном лечении	41
Лечение вуншенем различных заболеваний кожи	41
Экзема	41
Чешуйчатый лишай	41
Красный плоский лишай	57
Крапивница	66
Бородавки	95
Нездная плешивость (alopecia areata)	101
Пузырчатый лишай (herpes simplex)	108
Пузырятка	111
Эритемы	112
Кожные гавирсы	113
Кожный зуд	114
Изменение ногтей	116
Местные дерматозы	117
Другие кожные заболевания	120
Вопросы методологии гипнотерапевтического воздействия на дерматозы	122
Заключение	127
Литература	131

454.1.81
 1953 г. 1-й изд. 1-й тираж
 СССР

Редактор **Л. А. ПЕРАДОВ**
 Техн. редактор **К. К. Карцева**
 Корректор **Е. А. Круглова**
 Обложка художника **Л. С. Эрвина**

Т04414. Подписано к печати 20.V.1953 г. МБ-56. Ф. 6. 84×108/32—
 2,125 бум. л.—6,47 печ. л. 7,10 ур.-изд. л. 41 000 экз. в 1 п. л.
 Цена 3 руб. 50 коп. Тираж 5 000 экз. Заказ 1133.

Типография Государственного издательства медицинской литературы
 Москва, Ногатинское шоссе, д. 1