

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ НЕРВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ф. А. Поэмный и О. Р. Улит

Кафедра невропатологии Горьковского медицинского института и Центрального института травматологии и ортопедии

Лечение биогенными стимуляторами, предложенное В. П. Филатовым, находит применение в самых различных разделах клинической медицины.

Исходя из понимания болезни как единства проявлений физиологической меры защиты и симптомов функционального или органического патологического процесса (И. П. Павлов), мы решили применить биогенные стимуляторы для повышения возбудимости и восстановления деятельности больших полушарий при остаточных явлениях после перенесенных заболеваний нервной системы, а также при хронических рецидивирующих заболеваниях периферической нервной системы.

Мы применили тканевую терапию по методу В. П. Филатова у 94 больных (работа проводилась в Центральном институте травматологии и ортопедии, а затем в клинике нервных болезней Горьковского медицинского института, 1951): у 28 с остаточными явлениями энцефалита, у 9 с остаточными явлениями арахноидита и менингомиэлита, у 10 с последствиями сосудистых заболеваний головного мозга, у 7 с болезнью Литтля, у 7 с эпилепсией, у 5 с прогрессивной мышечной атрофией и у 28 с деформирующими спондилезом и вторичным радикулитом.

Длительность наблюдений после лечения над больными с остаточными явлениями энцефалита составляла 6—18 месяцев. По клинической картине эти больные могут быть разделены на три группы. К первой группе отнесено 14 больных с пирамидным синдромом (моно- и гемипарез); ко второй — 10 больных с экстрапирамидным синдромом и к третьей — 4 больных с нарушением речи и других высших функций.

Из 14 больных первой группы с двигательными расстройствами улучшение в виде увеличения объема движений и силы мышц после тканевой терапии отмечено у 9; незначительное улучшение — у одного; тканевая терапия оказалась неэффективной у 4 больных.

Из 10 больных второй группы с выраженным экстрапирамидным синдромом в форме паркинсонизма, хореоатетоза и хореоподобных непротивольных движений некоторое улучшение отмечено только у 3.

В третьей группе больных с обширными поражениями коры головного мозга и нарушением речи тканевая терапия оказалась положительное действие у 2 из 4 больных.

Из 9 больных с остаточными явлениями после спинального арахноидита и менингомиэлита улучшение наступило у 6 больных; у 3 человек тканевая терапия оказалась неэффективной.

Улучшение выразилось в частичном или полном восстановлении движений и чувствительности, прекращении болей и частичном или полном восстановлении функций тазовых органов.

Среди больных с последствиями сосудистых заболеваний головного мозга у 5 больных был тромбоз сосудов, у 3 кровоизлияния в мозг и у 2 — эмболия в русле средней мозговой артерии. При тромбозе сосудов улучшение в результате тканевой терапии отмечено у 4 больных.

У всех 3 больных, перенесших кровоизлияния в мозг, после тканевой терапии наблюдалось увеличение объема движений и повышение чувствительности.

При последствиях эмболии мозговых сосудов было отмечено улучшение и частичное восстановление речи, движений и чувствительности.

Таким образом, при применении тканевой терапии у больных с последствиями сосудистых заболеваний головного мозга у 4 из 10 больных отмечено улучшение, у 5 — незначительное улучшение и у одного лечение оказалось безуспешным. Наилучший результат был достигнут при тромбозе сосудов головного мозга.

Применение тканевой терапии при болезни Литтля обусловило улучшение у 4 больных и незначительное улучшение у одного; у 2 больных состояние осталось прежним; это объясняется обширными деструктивными изменениями в коре головного мозга с резким нарушением психических функций.

Из 7 больных эпилепсией улучшение после тканевой терапии отмечено у 4. У 2 больных лечение оказалось безуспешным, а у одного больного припадки участились.

Лечение подсадками ткани у 5 больных с прогрессивной мышечной атрофией не дало положительного результата.

По нашим наблюдениям, тканевые препараты (селезенка, семенник, надпочечник, яичник), примененные отдельно и в комбинации друг с другом, не обостряли процесса у этих больных и не приводили к прогрессированию болезни.

На протяжении 5—10 месяцев лечения у большинства больных прогрессирования атрофии не наблюдалось. По окончании тканевой терапии снова отмечалось дальнейшее прогрессирование заболевания с развитием парезов, параличей и атрофии мышц.

В результате применения тканевой терапии у 28 больных деформирующими спондилезом с вторичным радикулитом улучшение отмечено у 24.

Мы не наблюдали различия в действии примененных видов ткани или их комбинаций, что подтверждает теорию о неспецифическом характере биогенных стимуляторов.

В. П. Филатов, рассматривая механизм действия биогенных стимуляторов, указывал, что они «повышают энергетические процессы организма и в этом их благотворная роль» и что «нервная система при тканевой терапии играет такую же руководящую роль, какую она выполняет при других видах лечения». «Я полагаю, — писал В. П. Филатов, — что в животном организме нервная система, благодаря своей высокой активности, первая вовлекается в процесс при лечении биогенными стимуляторами».

Данные А. В. Палладина и других авторов показали, что серое вещество мозга является наиболее активным в физиологическом отношении, обладая мощной ферментативной системой. А. Ф. Сысоев, Т. П. Шестерикова, А. В. Благовещенский установили активирование ферментов биогенными стимуляторами. Повидимому, положительный эффект применения биогенных стимуляторов при нервных заболеваниях объясняется их воздействием на функции мозга.

Поступила 12.III.1952