

самопроизвольной гангрены, какую же ценность представляют приводимые ими лечебные результаты и можем ли мы с доверием относиться к их сообщениям, что во всех 14 наблюдавшихся ими случаях спонтанной гангрены тканевая терапия дала «исключительно эффективные результаты»? Но если вышеупомянутые авторы все же основываются на материале в 16 случаев, то в том же журнале К. М. Гундарев и Е. В. Александрович считают возможным придать гласности наблюдения лишь над 2 больными спонтанной гангреной, леченными тканевой терапией по методу Филатова и, конечно, с «отличным лечебным эффектом», не взирая «на далеко зашедшую самопроизвольную гангрену».

Приводя эти примеры, мы вовсе не хотим сказать, что такова вся литература, посвященная тканевой терапии. Конечно, имеются и работы, удовлетворяющие требованиям научной критики, но, к сожалению, их меньше, чем работ первого рода. Авторы, обладающие большой квалификацией, воспитывающие врачебную молодежь в духе объективного толкования клинических наблюдений и фактов, вдруг теряют свою осторожность и привычку строго взвешивать каждое наблюдаемое явление и превращаются в простых регистраторов фактов, вдобавок не очень-то кропотливо выявленных. Может быть, еще не настала пора трезвой оценки наблюдаемых фактов, может быть, мы еще переживаем период первоначального накопления их, когда погоня за количеством берет верх над борьбой за качество.

К сожалению, и книга Г. Е. Румянцева на этом пути не создает перелома. Автор отводит видное место вопросу о применении тканевой терапии, но ограничивается по преимуществу одной лишь регистрацией наблюдений, без должной критики. Но и он считает необходимым отметить, что, например, все имеющиеся в литературе данные по применению тканевой терапии по поводу трофических язв касаются лишь ближайших изменений и умалчивают об отдаленных результатах. Но автор иногда сам обнаруживает чрезмерно поверхностное отношение к обсуждаемому им вопросу. Это особенно сказывается, например, в главе об облитерирующем эндартериите. Во-первых, он ставит знак равенства между этим заболеванием и спонтанной гангреной, упуская из виду, что последнее заболевание является одной из форм облитерирующего эндартериита. Утверждая, что мужчины болеют чаще, он тем самым допускает возможность заболевания самопроизвольной гангреной и женщин, что в действительности не имеет места. Заболевание не встречается и у больных в пожилом возрасте (как пишет автор), так как в таком случае пришлось бы гангрену называть не самопроизвольной, а ангиосклеротической или даже старческой. Приводя данные С. А. Баккала и И. И. Веркова, К. М. Гундарева и Е. В. Александровича, автор уклоняется от всякой критики их и тем самым как бы соглашается с ними. Если послушать всех этих авторов, то выносишь впечатление, что лечение самопроизвольной гангрены уже больше не является для хирургов сложной проблемой и что эта задача может считаться решенной.

Надо, однако, признать, что к собственным результатам Г. Е. Румянцев относится гораздо более критически, чем к результатам, сообщаемым другими авторами. Он отмечает и определенный процент неудач. В общем, положительные результаты (выздоровление и улучшение) получены им в 60,1%. Если мы остановимся на лечении облитерирующего эндартериита (где, по данным ряда авторов, дело обстоит чрезвычайно благополучно), то окажется, что, по данным самого Г. Е. Румянцева, улучшение отмечено лишь в 64,1%, без изменений — 29,9%, ухудшение — 5,1%.

Если мы обратимся к результатам, полученным В. П. Филатовым, то он говорит о выздоровлении и улучшении, наступившем в 75—80%. Таким образом, оба они не рассматривают тканевую тера-

пию как метод безотказный и не знающий неудач. Наряду с многочисленными благоприятными результатами, имеется не мало неудач, а иногда и ухудшение (недаром Г. Е. Румянцев говорит о противопоказаниях к подсадкам).

Из всего сказанного не надо делать вывода, что мы являемся противниками тканевой терапии или относимся к ней с недоверием. Как видно из работы Н. Г. Соснякова и А. В. Миклашевской, мы широко пользуемся тканевой терапией как по методу Филатова, так и Румянцева и в ряде случаев получили хорошие результаты. Но мы не можем принять на веру концепции В. П. Филатова и Г. Е. Румянцева. Уже один тот факт, что оба автора, по существу резко расходясь в своих воззрениях о действии подсаженного участка ткани, получают на практике приблизительно одни и те же результаты, не говорит о правильности их теории. Оба автора, особенно в первое время, недооценивали роль центральной нервной системы и потому искали причину успеха в появлении особых веществ, до сих пор невыделенных. Не правильно ли думать, что, как и при новокаиновой блокаде, тканевая терапия является слабым раздражителем центральной нервной системы.

Опыт нашей клиники показывает, что тканевая терапия дает благоприятные результаты приблизительно в половине всех случаев ее применения. Отдаленные результаты нельзя считать стойкими и обычно приходится прибегать к повторным подсадкам. Наши данные показывают, что результаты лечения некоторых заболеваний нехирургического типа (например бронхиальной астмы) более благоприятны, чем лечение некоторых хирургических заболеваний (например облитерирующего эндартериита, вяло заживающих язв). В отдельных случаях достигнутые результаты могут быть названы блестящими (например при спаечных процессах в брюшной полости). Необходимы правильный подбор больных, подлежащих тканевой терапии, внимательное критическое проследивание полученных результатов, тщательная оценка отдаленных результатов, изучение неудач. Тканевая терапия, очевидно, уже прочно вошла в арсенал наших терапевтических методов при определенном круге заболеваний, в том числе и таких, которые при других методах лечения дают неутешительные результаты.

Адрес автора: Ленинград, Фонтанка, 64, кв. 24.

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ¹

Доц. Н. Г. Сосняков и А. В. Миклашевская

Из клиники общей хирургии 1-го Ленинградского медицинского института им. И. П. Павлова (дир. — проф. А. М. Заблудовский)

Нами был испытан метод лечения вяло заживающих язв химически обработанными околоплодными оболочками по Краузе.

С марта 1950 г. мы применяем подсадки консервированной на холоду и автоклавированной кожи по методу Филатова, а с октября 1950 г. ввели в практику и метод Румянцева. Техника приготовления тканей подробно изложена в инструкциях Филатова и Румянцева, мы строго придерживались этих инструкций.

Желая проверить эффективность тканевой терапии, мы стали применять ее не только при хирургических, но и при других заболеваниях

¹ Работа доложена в Хирургическом обществе Пирогова 23/V 1951 г.

(бронхиальная астма, язвенная болезнь, нервные и кожные заболевания).

Всего в марте 1950 г. 305 больным были сделаны 483 подсадки. В настоящей работе изложены клинические наблюдения над 244 больными, которым сделано 419 подсадок. Каждый больной перед применением тканевой терапии подвергался клиническому обследованию.

Все наши больные до применения тканевой терапии долго и упорно лечились различными методами, но безрезультатно или с кратковременным улучшением. Независимо от локализации болезненного процесса мы производили подсадку на передне-боковой поверхности грудной или брюшной стенки справа или слева. Примерно у 30% больных при заживлении первичным натяжением не наблюдалось никакой реакции. У остальных больных при первичном заживлении раны имелись или местные воспалительные явления в виде припухлости, покраснения и болезненности, или отмечались общие явления, только у незначительной части больных при снятии швов отделялась подсаженная ткань или выделялось несколько капель гнойного отделяемого. Было сделано 24 бактериологических исследования отделяемого и удаленной ткани: в 6 посевах был обнаружен рост золотистого стафилококка и 18 раз посев остался стерильным.

У одного и того же больного при повторных подсадках даже одной и той же ткани отмечалась различная реакция. Уловить какую-либо закономерность и предвидеть течение послеоперационного периода нам не удалось. 22 раза после первичного заживления раны мы наблюдали отхождение подсаженной ткани через 2—4 недели после операции, затем рана быстро заживала под струпом.

Наши больные были в возрасте от 11 до 70 лет. Длительность заболевания была также различна. Количество подсадок и результат лечения показаны в табл. 1.

По поводу бронхиальной астмы лечилось 58 больных, которым было сделано 111 подсадок. У 20 из этих больных была тяжелая форма бронхиальной астмы — приступы длились по несколько суток, повторялись часто, и больным требовалась экстренная помощь. У 11 больных заболевание было средней тяжести — приступы продолжались от нескольких часов до суток и купировались инъекциями лекарственных веществ. У 27 больных приступы повторялись периодически, особенно по ночам и в холодное время года, но больные были трудоспособны. Время наступления лечебного эффекта от подсадки различно: у некоторых больных отмечалось улучшение уже на следующий день. Эффект от лечения нами считался хорошим, если после подсадки совершенно исчезали приступы и больные не употребляли лекарств; удовлетворительный результат — в случаях, когда больные отмечали уменьшение частоты, интенсивности и длительности приступов. 12 больных, у которых были получены хорошие результаты, с момента подсадки ничем не лечились, только иногда профилактически принимали эфедрин. Они отмечали, что после подсадки охлаждение и грипп не провоцировали, как до подсадки, приступов бронхиальной астмы. Наравне с отсутствием приступов, больные отмечали улучшение общего состояния, бодрость, повышение работоспособности, многие стали свободно подниматься на 3—4 этажи.

Удовлетворительные результаты получены у 24 больных; 16 из них с момента подсадки лекарств и других видов терапии не применяли. Эти больные также отмечают «легкость» при дыхании, уменьшение или исчезновение мучительного кашля, большую устойчивость к холодной погоде.

Эффекта от тканевой терапии не было у 22 больных.

Большинство хороших и удовлетворительных результатов получены у легко больных.

Наибольшее число больных, которым не помогла тканевая терапия,

ТАБЛИЦА 1

Название заболевания	Количество больных	Количество подсадок	Результаты лечения			
			хороший	удовлетворительный	без эффекта	неизвестно
Бронхиальная астма	58	$\begin{cases} 1 \\ 2 \\ 3 \end{cases}$	$\begin{cases} 3 \\ 6 \\ 3 \end{cases}$	$\begin{cases} 10 \\ 11 \\ 3 \end{cases}$	$\begin{cases} 7 \\ 10 \\ 5 \end{cases}$	$\begin{cases} — \\ — \\ — \end{cases}$
Язвенная болезнь	52	$\begin{cases} 1 \\ 2 \\ 3 \\ 4 \end{cases}$	$\begin{cases} — \\ — \\ — \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 9 \\ 13 \\ 3 \\ 2 \end{cases}$	$\begin{cases} 11 \\ 7 \\ — \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 6 \\ 1 \\ — \\ — \end{cases}$
Облитерирующий эндартерит	21	$\begin{cases} 1 \\ 2 \\ 3 \\ 4 \end{cases}$	$\begin{cases} — \\ — \\ — \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 2 \\ 5 \\ 2 \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 4 \\ 4 \\ 2 \\ 2 \end{cases}$	$\begin{cases} — \\ — \\ — \\ — \end{cases}$
Язвы голени	24	$\begin{cases} 1 \\ 2 \\ 3 \\ 4 \\ 5 \end{cases}$	$\begin{cases} — \\ 3 \\ — \\ — \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 4 \\ 3 \\ 1 \\ — \\ 1 \end{cases}$	$\begin{cases} 7 \\ 3 \\ — \\ — \\ 1 \end{cases}$	$\begin{cases} 1 \\ — \\ — \\ — \\ — \end{cases}$
Спаечные процессы	17	$\begin{cases} 1 \\ 2 \\ 3 \\ 4 \end{cases}$	$\begin{cases} 2 \\ 1 \\ 1 \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 2 \\ — \\ 2 \\ 1 \end{cases}$	$\begin{cases} 4 \\ 1 \\ — \\ 1 \end{cases}$	$\begin{cases} 2 \\ — \\ — \\ — \end{cases}$
Рубцы и контрактуры	22	$\begin{cases} 1 \\ 2 \\ 3 \end{cases}$	$\begin{cases} 5 \\ 1 \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 1 \\ 2 \\ 2 \end{cases}$	$\begin{cases} 5 \\ 4 \\ 1 \end{cases}$	$\begin{cases} 1 \\ — \\ — \end{cases}$
Воспалительные инфильтраты	9	$\begin{cases} 1 \\ 2 \\ 3 \end{cases}$	$\begin{cases} — \\ — \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 2 \\ — \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 6 \\ — \\ 1 \end{cases}$	$\begin{cases} — \\ — \\ — \end{cases}$
Нервные заболевания	20	$\begin{cases} 1 \\ 2 \\ 3 \\ 5 \end{cases}$	$\begin{cases} 1 \\ — \\ — \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 2 \\ 5 \\ — \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 8 \\ 1 \\ 1 \\ 2 \end{cases}$	$\begin{cases} — \\ — \\ — \\ — \end{cases}$
Кожные заболевания	18	$\begin{cases} 1 \\ 2 \\ 3 \end{cases}$	$\begin{cases} 2 \\ — \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 6 \\ 3 \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 7 \\ — \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} — \\ — \\ — \end{cases}$
Разные	3	$\begin{cases} 1 \\ 2 \end{cases}$	$\begin{cases} — \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} — \\ — \end{cases}$	$\begin{cases} 2 \\ 1 \end{cases}$	$\begin{cases} — \\ — \end{cases}$
Всего	244	$\begin{cases} 1 \\ 2 \\ 3 \\ 4 \\ 5 \end{cases}$	$\begin{cases} 13 \\ 11 \\ 4 \\ — \\ 28 \end{cases}$	$\begin{cases} 38 \\ 42 \\ 13 \\ 4 \\ 97 \end{cases}$	$\begin{cases} 61 \\ 31 \\ 11 \\ 6 \\ 108 \end{cases}$	$\begin{cases} 10 \\ 1 \\ — \\ — \\ 11 \end{cases}$

приходится на группу тяжело больных (9 из 20). Таким образом, применение тканевой терапии при бронхиальной астме, как по методу Филатова, так и по методу Румянцева, дает эффект у $\frac{2}{3}$ всех леченных больных.

Наши наблюдения согласуются с данными большинства авторов (Филатов,¹ Протопопов, Игуменцева, Найш² и др.).

По поводу язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, а также перигастритов и перидуоденитов язвенного происхождения лечилось 52 больных. У 27 больных до подсадки была рентгенологически обнаружена ниша двенадцатиперстной кишки или желудка. У 2 больных была язва культи оперированного желудка и у 2 — пептическая язва анастомоза. У 21 больного рентгенологически ниши обнаружено не было, был диагностирован перидуоденит, перигастрит с болевым синдромом.

В группу леченных с удовлетворительными результатами отнесены больные, у которых исчезли боли на различные сроки, или они стали значительно меньшей интенсивности при сохранении работоспособности. Рентгенологически ниша у этих больных оставалась или временно исчезла.

Хороших результатов, т. е. стойкого исчезновения ниши и прекращения болей, у наших больных не было.

Из 27 больных с удовлетворительными результатами у 12 ниша рентгенологически определялась при повторном исследовании, но больные отмечали значительное уменьшение болей и улучшение общего состояния. У 3 больных через месяц после подсадки симптом ниши исчез и боли прекратились, но через 6—8 месяцев боли возобновились и у 1 больного вновь была обнаружена ниша.

У 1 больного до подсадки ниши обнаружено не было, а через месяц после подсадки, несмотря на уменьшение болей и улучшение общего состояния, она появилась. У 11 больных до подсадки рентгенологически ниша не определялась, был диагностирован перидуоденит или перигастрит, после подсадки боли прекратились на разные сроки, больные менее строго соблюдали диету. Что касается желудочной секреции, то нам не удалось отметить каких-либо закономерных изменений. 10 больных из группы с удовлетворительными результатами после подсадки другими методами не лечились.

Эффекта от лечения подсадками не было получено у 18 больных. Установить результаты лечения у 7 больных нам не удалось.

Полученные нами результаты лечения язвенной болезни несколько отличаются от данных литературы. Многие авторы отмечают улучшение у 75—80% больных (Кальфа и Шевелев, Филатов, Крымов, Бабский, Хелимский, Кругляченко и др.).³

У нас было 8 больных самопроизвольной гангреной и 13 — старческой гангреной.

Хорошим результатом считалось стойкое исчезновение болей, прекращение нарастания местных явлений и появление пульсации на периферических сосудах. Удовлетворительные результаты — временное уменьшение или прекращение болей при отсутствии пульсации на периферических артериях.

Хороших результатов нами получено не было, вопреки данным некоторых авторов (Баккал и Верков, Сосновский и Иванова, Гундарев и Александрович и др.), наблюдавших появление пульсации на периферических сосудах.⁴

Удовлетворительные результаты получены у 4 больных самопроизвольной гангреной, 1 из них лечился и другими методами, а 3 после

подсадки ничем не лечились. У 5 больных старческой гангреной получены удовлетворительные результаты, 1 больной, кроме подсадки, ничем не лечился. Эффекта от подсадок не было у 4 больных самопроизвольной гангреной и у 8 — старческой. Из этих 8 больных 3 была произведена ампутация больной конечности и 2 умерли от прогрессирования основного заболевания.

Таким образом, из 21 больного, леченного по поводу облитерирующего эндартериита, мы не получили ни у одного хороших результатов. Лишь у 9 больных был удовлетворительный результат и у 12 — эффекта не достигнуто.

Полученные нами данные при лечении этих больных резко отличаются от данных большинства авторов (Крымов, Гундарев, Баккал и Верков, Сосновский и Иванова и др.), которые получили при лечении этого заболевания хороший эффект.

Больных с язвами нижних конечностей различной этиологии было 24. У 12 больных были варикозные язвы, у 10 — вяло заживающие и у 2 — трофические язвы. У всех больных язвы располагались на голени. Размеры язвенных поверхностей были от 2×2 до 12×8 см.

Хорошим результатом от подсадки мы считали наступление полного заживления с образованием прочного рубца. Удовлетворительным — временное закрытие язвенной поверхности или значительное уменьшение ее размеров с уменьшением или прекращением болей. У 3 больных получен хороший эффект (2 больных с варикозными язвами и 1 с вяло заживающей).

Язвы зажили через 2—2½ месяца с начала лечения. У 9 больных получен удовлетворительный результат (4 больных с варикозными язвами, 4 — с вяло заживающими и 1 с трофической язвой).

Результат после подсадки не выяснен у 1 больного.

В противоположность мнению большинства авторов (Голигорский, Антелава, Сосновский и Иванова и др.),¹ отмечающих наилучший эффект от применения тканевой терапии при лечении язв нижних конечностей различной этиологии, мы на своем, правда малом, материале подтвердить этого не можем.

Больных со спайками в брюшной полости было 17. Спаечный процесс развился у 8 больных после операции по поводу механической непроходимости кишечника, у 4 — после операций на желчных путях, у 2 — после аппендэктомий, у 2 — после лапаротомии по поводу внематочной беременности и у 1 больного после огнестрельного ранения.

Хорошим результатом лечения мы считаем полное, стойкое прекращение болей в животе, отказ от диеты, медикаментозных средств и установление регулярного стула. Удовлетворительные результаты — временное улучшение — исчезновение болей, появление аппетита, отказ от диеты.

Хорошие результаты получены у 4 больных — эти больные, кроме тканевой терапии, ничем не лечились. Удовлетворительные — у 5 больных, 2 из них пользовались и другими методами лечения.

Эффекта от подсадки не наблюдалось у 6 больных, получавших одновременно и другие виды лечения. Не выяснен результат лечения у 2 больных.

Таким образом, из 17 больных хорошие результаты были получены у 4, удовлетворительные — у 5. Следует отметить, что эти больные до подсадок часто обращались в лечебные учреждения для оказания им экстренной консервативной помощи. После подсадок наступило выздоровление, длящееся уже почти год, что для этих больных является довольно большим сроком.

¹ Голигорский С. Д. Хир., 2, 1946. Антелава Н. В., Хир., 2, 1945.

¹ Филатов В. П. Тканевая терапия, Ташкент, 1948.

² Протопопов С. П., Игуменцева В. М., Найш В. Е. Вестн. АМН СССР, № 3, 1950.

³ Кальфа С. В., Шевелев В. Е., Филатов В. П., Одесса, 1950. Крымов А. П., Сов. мед., 9, 1944. Бабский А. А., Хелимский М. А., Кругляченко А. А., Хир., 3, 1950.

⁴ Баккал С. А. и Верков И. И., Хир., 9, 1949. Сосновский А. Г. и Иванова Л. Х., Хир., 3, 1950. Гундарев К. М. и Александрович Е. В., Хир., 9, 1949. Гундарев К. М., Хир., 7, 1950.

Полученные нами данные при лечении больных со спаечными процессами брюшной полости близки к результатам, полученным другими авторами (Бабский, Хелимский и Кругляченко и др.).

Из 22 больных с рубцами и контрактурами суставов у 9 были контрактуры коленного сустава после перелома бедра, у 5 — контрактуры после воспалительных процессов; у 4 — анкилозирующий спондилоартроз; у 2 — келоидные рубцы; у 1 — ложный сустав и у 1 — дюпюитревская контрактура. В первые дни после подсадов 10 больных из 22 отмечали «легкость» в больной конечности.

Хороший результат достигнут у 6 больных, причем 3 из этих больных другими методами не лечились. Удовлетворительные результаты получены у 5 больных, из них 3 ничем, кроме подсадов, не лечились. У остальных 10 больных эффекта от подсадки не было. Результат лечения у 1 больного неизвестен. Таким образом, хороший и удовлетворительный результаты получены у половины леченных больных (11 из 22). Надо отметить, что при лечении контрактур суставов небольшой давности были получены наилучшие результаты. Полученные нами данные отличаются от данных, полученных другими авторами (Филатов, Ершкович,¹ Румянцев,² Сосновский и Иванова и др.), которые отмечали лучший лечебный эффект.

Больных хроническими воспалительными процессами, вызванными гноеродной инфекцией, было 9; 5 из них имели воспалительные инфильтраты брюшной полости (различного происхождения), 3 — воспалительные инфильтраты грудной стенки и 1 больная — хронический тромбофлебит голени. У 2 больных были получены удовлетворительные результаты; к другим средствам лечения эти больные не прибегали. У 7 больных эффекта от подсадки не получено.

Больных с различными нервными заболеваниями было 20. У 8 больных были невриты различной локализации, у 3 — фантомные боли, у 1 — рассеянный склероз, у 1 — эпилепсия, 2 больных были глухонемыми и 5 — с другими нервными заболеваниями. Хороший результат получен у 1 больной — исчезновение фантомных болей в течение 6 месяцев; больная, кроме подсадки, ничем не лечилась.

Удовлетворительные результаты — временное исчезновение болей или довольно постоянное уменьшение болей — наблюдалось у 8 больных, 6 из этих больных другими методами не лечились. У 12 больных эффекта от подсадки не наблюдалось, в том числе и у глухонемых. Наши данные резко отличаются от результатов, полученных другими авторами. Например, у Кальфа и Шевелева из 97 леченных больных по поводу невритов и радикулитов различного происхождения улучшение или излечение достигнуто у 81 больного.

18 больных лечились по поводу хронической экземы, стрептодермии и псориаза.

Результаты лечения у 2 больных были хорошие — кожное заболевание прошло, рецидива нет 10 месяцев и 5 месяцев; другими средствами эти больные не лечились.

Удовлетворительные результаты получены у 9 больных (уменьшение процесса и временное исчезновение поражений кожи). 4 из этих больных, кроме тканевой терапии, ничем не лечились. У остальных 7 больных эффекта от подсадки не получено.

Наибольшее количество хороших результатов получено при лечении бронхиальной астмы, спаечных процессов в брюшной полости и при контрактурах суставов.

Худшие результаты нами получены при лечении больных с хроническими воспалительными процессами и нервными заболеваниями. Удо-

¹ Ершкович И. Г. Сб. «К 70-летию акад. В. П. Филатова», стр. 188—195, Одесса, 1946.

² Румянцев Г. Е. Тканевая терапия. Ростиздат, 1950.

влетворительные результаты получены у больных с облитерирующим эндартериитом и при язвенной болезни.

При подсадке тканей по Румянцеву при бронхиальной астме, язвенной болезни, нервных и кожных заболеваниях наблюдалось в некоторых случаях обострение основного процесса. На основании сравнительно небольшого числа произведенных нами подсадов при различных заболеваниях мы не можем прийти к выводу о преимуществе метода Филатова или Румянцева, но тем не менее, нам удалось выяснить, что оба метода наиболее четкий клинический эффект давали при бронхиальной астме и язвенной болезни. К этому заключению мы пришли на основании наблюдения над больными, которым производилась подсадка как по методу Филатова, так и по методу Румянцева.

Мы склонны объяснить это обстоятельство тем, что по методу Филатова подсаживается гомопластическая ткань, имеющая, вероятно, большее биохимическое сродство, чем гетерогенная ткань. Интересно отметить, что и Е. В. Александрович,¹ на основании опытов подсадки кожи, произведенной им 518 больным, также считает, что кожа является более активным и мощным стимулятором.

Выводы

1. Метод тканевой терапии, по нашим данным, в 51,1% случаев дает хороший и удовлетворительный результаты. Лучшие результаты получены при бронхиальной астме, спаечных процессах в брюшной полости, контрактурах суставов. Худшие результаты получены при воспалительных процессах, облитерирующем эндартериите, язвенной болезни, язвах голени и нервных заболеваниях.

Однако этот эффект у большинства наших больных имел временный характер.

2. При подсадке как по методу Филатова, так и по методу Румянцева в некоторых случаях наблюдались местные и общие воспалительные явления. При применении тканевой терапии по методу Румянцева отмечались обострения основного процесса. Других осложнений мы не наблюдали.

3. Одновременное применение физиотерапии и других методов лечения не противопоказано при тканевой терапии.

4. Способ приготовления консервированных тканей прост, операция подсадки технически не сложна, и поэтому тканевая терапия может применяться также и в амбулаторной практике.

Адрес авторов: Ленинград, Бабури пер., 5-а, кв. 53, Н. Г. Сосняков. Ленинград, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 48, кв. 16, А. В. Миклашевская.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕСРАСТАЮЩИХСЯ ПЕРЕЛОМАХ И ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ

(предварительное сообщение)

К. П. Высоцкая

Из госпитальной хирургической клиники Омского медицинского института им. М. И. Калинина (зав. каф. — проф. В. Д. Анчелевич)

Тканевая терапия как биогенный стимулятор заняла прочные позиции в хирургии при многих заболеваниях. Широкий диапазон ее применения вполне понятен, так как, подобно переливанию крови, она носит неспецифический характер. Она повышает реактивные способности орга-

¹ Александрович Е. В., Материалы III и IV съездов сельских врачей Вологодской обл., 1945—1946 гг., 71, Вологда, 1947.