

11 521

ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

56
P 726

Г. П. СЕРЕБРЕННИКОВА

**Опыт тканевой терапии некоторых
заболеваний нервной системы**

по методу В. П. ФИЛАТОВА

**Автореферат
диссертации на соискание
ученой степени кандидата
медицинских наук.**

На правах рукописи.

Г. Пермь—1958 г.

Из кафедры нервных болезней (зав. кафедрой доктор медицинских наук проф. Визен Э. М.) Пермского медицинского института (директор доктор меднаук, проф. Косицын И. И.).

Официальные оппоненты: профессор Т. А. Яценюк

проф

Дата защиты

Дата рассылки



59-23804

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

Проблема профилактики и лечения является наиболее актуальной и трудной в медицинской науке. Наиболее актуальной потому, что она является основной целью врачевания, и трудной потому, что только глубокое знание этиологии и патогенеза могут обеспечить плодотворные искания рациональной профилактики и терапии.

Изучение этой проблемы со времен глубокой древности на разных этапах клинического мышления шло по разным путям. В связи с тем, что господствующее представление о болезни менялось в зависимости от новых достижений в науке, менялось и направление в лечении болезней. Современный уровень наших представлений об этиологии и патогенезе болезней связан с ценными исследованиями наших отечественных ученых.

Труды И. П. Павлова и его многочисленных сотрудников являются основой понимания патогенеза многих заболеваний и соответствующего патогенетического принципа лечения их. Эти труды дали обоснование рефлекторному механизму действия лечебных факторов на организм больного человека. Кроме того, И. П. Павлов и М. К. Петрова установили, что дозировка некоторых лекарств должна исчисляться по типу высшей нервной деятельности. Эти работы послужили основанием к ревизии всех старых положений фармакодинамики и установлению новых принципов понимания действия внешних агентов на организм человека и животных. Наряду с этим под влиянием работ И. П. Павлова и его школы современное представление о значимости реактивных сил организма в борьбе с патогенным началом все больше и больше расширяется и углубляется. В свете приведенных данных представляет большой интерес учение нашего соотечественника академика В. П. Филатова о биогенных стимуляторах как о существен-

Из кафедры нервных болезней (зав. кафедрой доктор медицинских наук проф. Визен Э. М.) Пермского медицинского института (директор доктор меднаук, проф. Косицын И. И.).

Официальные оппоненты: профессор Т. А. Яценюк

проф

Дата защиты

Дата рассылки



59-23804

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

Проблема профилактики и лечения является наиболее актуальной и трудной в медицинской науке. Наиболее актуальной потому, что она является основной целью врачевания, и трудной потому, что только глубокое знание этиологии и патогенеза могут обеспечить плодотворные искания рациональной профилактики и терапии.

Изучение этой проблемы со времен глубокой древности на разных этапах клинического мышления шло по разным путям. В связи с тем, что господствующее представление о болезни менялось в зависимости от новых достижений в науке, менялось и направление в лечении болезней. Современный уровень наших представлений об этиологии и патогенезе болезней связан с ценными исследованиями наших отечественных ученых.

Труды И. П. Павлова и его многочисленных сотрудников являются основой понимания патогенеза многих заболеваний и соответствующего патогенетического принципа лечения их. Эти труды дали обоснование рефлекторному механизму действия лечебных факторов на организм больного человека. Кроме того, И. П. Павлов и М. К. Петрова установили, что дозировка некоторых лекарств должна исчисляться по типу высшей нервной деятельности. Эти работы послужили основанием к ревизии всех старых положений фармакодинамики и установлению новых принципов понимания действия внешних агентов на организм человека и животных. Наряду с этим под влиянием работ И. П. Павлова и его школы современное представление о значимости реактивных сил организма в борьбе с патогенным началом все больше и больше расширяется и углубляется. В свете приведенных данных представляет большой интерес учение нашего соотечественника академика В. П. Филатова о биогенных стимуляторах как о существен-

ном факторе воздействия на реактивные силы организма. Идея учения о биогенных стимуляторах зародилась в недрах офтальмологической клиники. В. П. Филатов разработал метод пересадки роговицы, который признан всеми специалистами офтальмологами как совершенный способ в борьбе с поражением роговицы.

Наблюдая за больными с пересадкой роговицы, В. П. Филатов заметил просветление бельма вокруг трансплантата, что наблюдалось каждый раз после пересадки роговицы, предварительно консервированной на холоде. Эти наблюдения послужили исходным пунктом ряда экспериментов, а также теоретического обоснования применения тканевой терапии. Тканевая терапия В. П. Филатова получила всеобщее признание и широкое применение. Она с успехом применяется в практике глазных болезней при кератитах, увеитах, симпатическом воспалении глаз, атрофии зрительных нервов, туберкулезе глаз, пигментном ретините и многих других глазных болезнях.

В терапевтической клинике тканевая терапия получила распространение при лечении бронхиальной астмы и язвенной болезни.

В хирургии подсадки ткани применяются при облитерирующем эндартериите, спайках брюшной полости, трофических язвах.

В дерматологии этот метод получил распространение при лечении пендинской язвы, экземы и других болезнях кожи.

И наконец тканевая терапия начала применяться в невропатологии. Первые результаты этим методом лечения больных травматической эпилепсией сразу обратили на себя внимание невропатологов и хирургов (С. А. Баккал и Л. Л. Пападато). В последующее время в литературе освещались лишь первые и немногочисленные опыты лечения заболеваний нервной системы консервированными тканями (А. Ф. Утеев, В. В. Копкина, Ф. А. Поемный, О. Р. Улит, В. М. Угрюмов, М. С. Архангельский, И. А. Пацкова, Е. И. Строганова, И. И. Лукомский, Л. В. Догель и другие).

Один из виднейших невропатологов нашей страны, С. Н. Давиденков в книге «Клинические лекции по нервным болезням» — 1952 года свою последнюю лекцию, посвящен-

ную тканевой терапии арахноидитов, завершает указанием на то, что этот вид лечения заслуживает самого пристального внимания со стороны врачей, занимающихся изучением органических заболеваний периферической и центральной нервной системы. Эту же точку зрения разделял и мой покойный учитель В. П. Первушин, предложивший мне для разработки изучаемую мною тему. Кроме того, имеющиеся весьма немногочисленные работы о применении тканевой терапии при заболеваниях нервной системы содержат малое количество наблюдений, посвященных отдельным нозологическим формам заболевания без учета катamnестических данных.

Таким образом, наша задача заключалась в том, чтобы на возможно большем и разнообразном числе наблюдений построить выводы о целесообразности применения этого вида лечения при заболеваниях нервной системы.

СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Тканевую терапию мы применяли больным, страдающим заболеваниями периферической и центральной нервной системы, находившимся в нашей клинике последние пять лет. Только в редких случаях тканевая терапия применялась амбулаторно. Всего под нашим наблюдением было 187 больных. До подсадки ткани все больные подвергались клиническому исследованию: общему исследованию крови, мочи, биохимическому исследованию крови, рентгеноскопии органов грудной клетки, рентгенографии позвоночника и рентгенографии черепа, исследованию спинномозговой жидкости, исследованию глазного дна, кроме того, проводилась проба на гидрофильность кожи. После подсадки ткани больные находились под нашим наблюдением, которое позволило судить на основании систематических обследований об эффективности проведенного лечения. До тканевой терапии вначале больные получали курс лечения другими методами и только при отсутствии положительного эффекта применялась тканевая терапия. Мы пользовались кусочками консервированной и автоклавируемой ткани селезенки крупного рогатого скота, исходя из указаний В. П. Филатова о неспецифичности действия тканей, и, что для подсадок годится любая ткань животного или человека.

Приготовление ткани производилось согласно инструкции № 1, предложенной В. П. Филатовым (Одесса, 1950 г.).

Техника операций была обычной. Подсадка производилась в область подреберья, швы снимались на 8-й день. Осложнений в форме нагноений среди наших больных не наблюдалось.

Повторные подсадки производились нами по показаниям через 21—30 дней.

Первую группу наших больных составляют больные с поражением периферических отделов нервной системы — 80 человек. По формам болезни они распределялись следующим образом.

1. Пояснично-крестцовый менингоградикулит — 13 чел.
2. Первичный пояснично-крестцовый радикулит — 24 »
3. Вторичный пояснично-крестцовый радикулит — 17 »
4. Неврит седалищного нерва — 15 »
5. Невралгия тройничного нерва — 4 »
6. Плечевой плексит — 5 »
7. Полиневрит — 2 »

Из них мужчин было 57 чел., женщин — 23 чел.

По возрасту больные распределялись:

П о л	В о з р а с т				И т о г о
	от 20 до 30 лет	от 30 до 40 лет	от 40 до 50 лет	свыше 50 лет	
Мужчины	9	10	30	11	60 чел.
Женщины	2	3	6	9	20 »
Итого:	11	13	36	20	80 чел.

По срокам заболевания:

П о л	С р о к и б о л е з н и					Итого
	до 1 года	от 1 до 2-х лет	от 2 до 3-х лет	от 3-х до 4-х лет	свыше 4-х лет	
Мужчины	25	3	8	4	20	60 чел.
Женщины	8	2	—	—	10	20 чел.
Итого:	33	5	8	4	30	80 чел.

По социальному положению больные подразделялись: рабочих 31 чел., служащих 39 чел., колхозников 10 чел.

В преобладающем большинстве тканевая терапия нашим больным применялась в комплексе с другими лечебными мероприятиями в виде подкожных инъекций 0,5 проц. раствора витамина В₁ и тепловых процедур. Но при этом следует иметь ввиду, что и до тканевой терапии лечение проводилось комплексно, но эффекта не было. Всего больные данной группы получили 126 подсадок:

по одной подсадке получили	26 чел.
по две подсадки получили	14 »
по три подсадки получили	12 »
по четыре подсадки получили	7 »
1 больной получил 8 подсадок.	

Двое больных получили 40 инъекций алоэ, и 14 больных получили 140 инъекций стекловидного тела. Эффективность при заболеваниях периферической нервной системы выразилась в том, что в 74 случаях из 80 достигнуто выздоровление или улучшение, и лишь в 6 случаях лечение было безрезультатным.

Выздоровление достигнуто у 28 больных, значительное улучшение — у 26 больных, улучшение — у 20 больных.

Проведенный анализ шести безуспешных случаев показал, что сюда вошли больные с поражением позвоночника, со вторичным пояснично-крестцовым радикулитом (расщепление дужки I-го крестцового позвонка, спондилолистез), или тяжелое поражение поясничных корешков с образованием рубцовых тканей вследствие длительного воспалительного процесса. К этой же группе относится больная с тяжелой формой токсического полиневрита, связанного с расстройством обмена (диабет).

Не лишено интереса, что первым признаком, который служил прогностическим показателем лечения в этой группе, был симптом уменьшения боли. Как известно, в клинической картине периферических заболеваний нервной системы болевой симптом играет обычно первенствующую роль не только потому, что он приносит больным тяжелые страдания, но и нарушает сон, аппетит и другие функции организма.

Больные с пояснично-крестцовым менингоградикулитом, бывшие под нашим наблюдением, длительное время проходи-

ли амбулаторное лечение, а также лечились в условиях стационара. Проводимая медикаментозная терапия физическими методами, облучение рентгеном, результата не давала. Тканевая терапия значительно изменила состояние больных, способствовала уменьшению болевого синдрома, что удавалось констатировать в преобладающем большинстве случаев в первые или вторые сутки после подсадки. В некоторых случаях после подсадки удавалось только уменьшить болевой симптом. Однако повторное применение подсадки дало хороший терапевтический эффект. Эффективность тканевой терапии прослежена нами у леченных больных в течение двух и трех лет.

После исчезновения болей постепенно ослабевала клиническая картина болезни, исчезали патологические симптомы. Обычно на первой, второй неделе после первой подсадки уменьшалась степень выраженности болевых рефлексов натяжения, затем суживалась зона расстройств чувствительности.

К концу 2, 3-й недели восстанавливались вазомоторные, а затем и трофические расстройства, нормализовалась электровозбудимость нервов и мышц, восстанавливался мышечный тонус и последними постепенно возвращались к норме глубокие рефлексы.

Кроме того, у всех больных, леченных подсадкой, как правило, улучшалось общее состояние, прекращалась бессонница. Больные прибывали в весе, вследствие того, что улучшался аппетит, повышался общий тонус нервной системы, что сказывалось в значительном улучшении настроения больного. Параллельно с этим шло изменение картины крови. Здесь можно отметить некоторую закономерность нормализации крови при инфекционном процессе (при первичном пояснично-крестцовом радикулите и пояснично-крестцовом менинго радикулите) после лечения подсадками. Одновременно биохимические исследования крови обнаруживали уменьшение количества сахара. Наконец следует остановиться на реакции гидрофильности кожи. Если до лечения подсадкой ткани эта реакция в данной группе больных была замедлена до 56—48 минут, то после применения подсадки, там, где быстро снимался болевой синдром, реакция во времени сокращалась до 34—28 минут.

В некоторых случаях нами применялась не подсадка ткани, а препарат стекловидного тела и алоэ в инъекциях. В срав-

нении с хирургическим методом подсадки, метод инъекций тканевых экстрактов оказывает более слабое действие и не всегда стойкое. Если сравнить действие экстракта алоэ и стекловидного тела, то действие и эффективность последнего в группе заболеваний периферической нервной системы выражена больше.

Особенно обращает внимание уже отмеченный в литературе хороший результат применения инъекций стекловидного тела при невралгии тройничного нерва, где после 4, 5-й инъекций наблюдалось ослабление боли, а затем и прекращение ее на относительно длительный срок.

Результаты лечения подсадками ткани по способу В. П. Филатова больных с заболеванием периферической нервной системы.

	Заболевания периферической нервной системы							
	Менинго- радикулит пояснично- вый	Первич. пояснич. крестцов. радикулит	Вторичный пояснично- крестц. радикулит*	Невроит седалищно- го нерва	Плечевой плексит	Невралгия тройнич. нерва	Поллиневрит	Итого
1. Выздоровление	5	10	1	9	2	—	1	28
2. Значительное улучшение	2	7	10	5	—	2	—	26
3. Улучшение	4	6	4	1	2	2	1	20
4. Без изменений	2	1	2	—	1	—	—	6
5. Ухудшение	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего:	13	24	17	15	5	4	2	80

Вторую группу наблюдений составляют больные с поражением центральной нервной системы 107 чел. По формам болезни они распределялись следующим образом. Острые инфекционные заболевания центральной нервной системы составили 45 человек:

*) К группе вторичного пояснично-крестцового радикулита отнесены случаи страданий корешков в связи с некоторыми заболеваниями позвоночника (легкие формы спондилартрита).

1) Энцефалит клещевой	8 чел.
2) Энцефалит гриппозный	10 »
3) Энцефалит эпидемический	6 »
4) Оптикоэнцефалит	9 »
5) Энцефаломиелит	2 »
6) Полиомиелит	2 »
7) Миелит	4 »
8) Острый рассеянный энцефаломиелит	2 »
8а Арахноидит спинальный	2 »

Хронические и дегенеративные заболевания центральной нервной системы — 37 чел.:

9) Хронический рассеянный энцефаломиелит	23 чел.
10) Боковой амиотрофический склероз	6 »
11) Миопатия	3 »
12) Сирингомиелия	5 »
13) Эпилепсия	14 »
14) Неврозы	5 »
15) Травмы	6 »

Из них было 50 мужчин и 57 женщин.

По социальному положению: рабочих—44 чел., служащих — 46 чел., колхозников — 17 чел.

По возрасту:

П о л	В о з р а с т					Итого
	от 10 до 20 лет	от 20 до 30 лет	от 30 до 40 лет	от 40 до 50 лет	свыше 50 лет	
Мужчины	7	18	16	4	5	50
Женщины	10	17	22	4	4	57

По срокам давности заболеваний:

П о л	С р о к и б о л е з н и						Итого
	от 1 года	от 1 г. до 2 л.	от 2 л. до 3 л.	от 3 л. до 4 л.	от 4 л. до 5 л.	свыше 5 лет	
Мужчины	15	9	8	2	—	16	50 чел.
Женщины	11	13	9	2	—	22	57 »

Больные 2-й группы с заболеванием центральной нервной системы получили 173 подсадки ткани селезенки:

по одной подсадке получили	38 чел.
по две подсадки получили	26 »
по три подсадки получили	21 »
по четыре подсадки получили	5 »

Весьма эффективной оказалась тканевая терапия в группе больных с остаточными явлениями острых инфекционных заболеваний центральной нервной системы.

Из восьми больных с остаточными явлениями клещевого энцефалита у двух больных наступило выздоровление, у трех больных—значительное улучшение и без изменений было трое больных. Анализ этих трех случаев показал наличие большой давности заболевания, что вызвало грубые нарушения центральной нервной системы.

Следует отметить, что хороший результат лечения наблюдался у больных с бульбарной и полиомиелитической формой клещевого энцефалита. Тканевая терапия проводилась после противовоспалительной и сывороточной терапии, давших незначительный результат. Мы полагаем, что у этих больных тканевая терапия активировала защитные силы организма и способствовала быстрому восстановлению нарушенных функций.

Больные с кожевниковской эпилепсией, бывшие под нашим наблюдением, в поздние сроки болезни, у которых под действием тканевой терапии удалось отметить ослабление интенсивности гиперкинезов (по их частоте и амплитуде колебаний), генерализованные припадки не прекращались.

Не менее эффективна тканевая терапия больных с подострым течением послегриппозного энцефалита, где из 10 больных, бывших под нашим наблюдением, у 5 наступило выздоровление, у 3-х—улучшение, и в двух случаях тканевая терапия оказалась неэффективной.

Анализ последних двух случаев показал, что, во-первых, больные поступили в позднем периоде болезни, во-вторых, дополнительными методами исследования было установлено грубое нарушение со стороны мозгового вещества и ликворсодержащих полостей в форме закрытой гидроцефалии.

Менее эффективна тканевая терапия у больных с остаточными явлениями эпидемического энцефалита. Выздоровле-

ний нами не отмечено, улучшение наблюдалось у 3-х больных из 6. Улучшение выразилось в уменьшении скованности, временном снижении мышечного тонуса, улучшении походки, уменьшении гиперкинезов. Следует отметить, что чем больше срок от острого периода болезни и выраженнее нарушения функции нервной системы, тем слабее эффективность тканевой терапии.

Благоприятное действие тканевая терапия оказала у больных с оптикоэнцефалитом, несмотря на то, что больным применялся экстракт алоэ и стекловидное тело в инъекциях, из 9 бывших под наблюдением больных у 1-го наступило выздоровление с полным восстановлением остроты зрения от степени светоощущения до 1,0. У 2-х больных отмечено значительное улучшение, у 2-х больных — улучшение и у 4-х больных тканевая терапия оказалась неэффективной. Алоэ применялось по 1 мл подкожно 10—15 инъекций. В 2-х случаях с острым рассеянным энцефаломиелитом тканевая терапия способствовала полному выздоровлению. Также эффективна тканевая терапия в восстановительном периоде полиомиелита и миелита. В случаях хронических и дегенеративных заболеваний нервной системы тканевая терапия совершенно не эффективна, также как и большинство других лечебных мероприятий.

Следует с осторожностью отметить, что благоприятное действие тканевая терапия оказывает и при некоторых формах эпилепсии, но степень ее эффективности находится в зависимости в каждом конкретном случае от этиологии и патогенеза заболевания.

По нашим данным удовлетворительный терапевтический эффект достигается у больных травматической эпилепсией. У 2-х больных, бывших под нашим наблюдением, припадки прекратились полностью. Срок наблюдения за больными 2,5 — 3 года. В 6 случаях отмечено значительное улучшение, у 6 больных терапевтического эффекта не получено. Совершенно неэффективна тканевая терапия у больных генуинной эпилепсией.

Таким образом, терапевтический эффект во второй группе больных достигнут у 60, и безуспешной тканевая терапия оказалась у 47 больных. Проведенный анализ этих случаев

показал, что, во-первых, в данную группу вошли больные с большими сроками заболевания, во-вторых, в преобладающем большинстве случаев, вследствие длительного течения болезни, произошли грубые изменения в мозговом веществе в форме рубцовых и спаечных процессов. Кроме того, вошли больные с дегенеративными изменениями центральной нервной системы. В случаях с благоприятным течением после подсадки вначале улучшалось общее состояние больного, а затем наступали изменения в неврологической картине болезни. Первым, что удавалось отметить, это — улучшение в сфере чувствительности. В таких случаях уменьшалась зона расстройства чувствительности, затем постепенно нормализовался мышечный тонус, восстанавливались движения, восстанавливалась функция черепно-мозговых нервов, повышалась острота зрения, нормализовалось состояние глазного дна, появлялись поверхностные и глубокие рефлексы.

Параллельно улучшению общего состояния у больных шло улучшение картины крови, при этом можно отметить, правда не во всех случаях, некоторую закономерность при инфекционных процессах, когда снижалась реакция оседания эритроцитов, уменьшался лейкоцитоз. При анализе результатов биохимических исследований крови можно установить, что общее количество белка крови не увеличивалось; что касается качественного изменения белкового состава плазмы крови, то наблюдалось некоторое повышение количества альбуминов.

Снижение остаточного азота наблюдалось в преобладающем большинстве случаев. Закономерности в изменении количества сахара крови после подсадки отметить не удалось. Опыт изучения действия подсадки ткани при заболеваниях нервной системы свидетельствует об определенной динамике восстановительного процесса. В значительном количестве случаев применения тканевой терапии можно было отметить влияние ее на общее состояние организма, на изменение тонуса нервной системы, что выражалось в восстановлении сна, аппетита и улучшения общего самочувствия больных. Восстановление же утраченных функций нервной системы протекало в известной последовательности, упомянутой выше. Изучение опыта действия подсадки ткани показывает, что улучшение состояния больного должно быть объяснено повышением защитных сил организма.

Результаты лечения подсадками ткани по способу В. П. Филатова больных с заболеваниями центральной нервной системы.

Формы заболеваний	Группа больных с острым инфекц. заболеванием Ц. Н. С.	Группа больных с хронич. дегенеративн. заболеваниями Ц. Н. С.	Эпилепсия	Неврозы	Травмы Ц. Н. С.	Итого
Выздоровление	10	—	2	4	—	16
Значительное улучшение	6	2	6	—	1	15
Улучшение	15	10	—	1	3	29
Без перемен	14	25	6	—	2	47
Ухудшение	—	—	—	—	—	—
Всего:	45	37	14	5	6	107

ВЫВОДЫ

1. Метод тканевой терапии В. П. Филатова зародился в недрах офтальмологической клиники, получив в дальнейшем широкое распространение и признание за пределами ее.

2. Несмотря на то, что тканевая терапия применяется в течение 10—15 лет в разных клиниках и больницах, до сих пор не подитожен опыт по вопросу об эффективности ее в клинике нервных болезней. Нет установленных показаний к применению ее.

3. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что тканевая терапия является активным методом лечения острых и подострых форм, главным образом, инфекционных заболеваний нервной системы и их последствий.

4. Наиболее эффективна тканевая терапия при лечении инфекционных заболеваний периферической нервной системы особенно небольшой давности. Характерным в лечении подсадками ткани для этой группы болезни является то, что болевой симптом, наиболее тягостный для больных, снимается или значительно снижается уже после первой подсадки.

5. Одновременно с устранением или ослаблением болевого симптома значительно улучшается общее состояние больных. У них появляется сон, аппетит и улучшается самочувствие. Вслед за этим наступает период восстановления нарушенных функций: чувствительной, двигательной, вазомоторной, трофической и рефлекторной.

6. В случаях заболевания периферической нервной системы вторичного характера (при спондилопатиях) также снимается болевой симптом, но значительно меньше, чем при первичных заболеваниях периферической нервной системы.

7. При острых инфекционных заболеваниях центральной нервной системы с остаточными явлениями относительно небольшой давности тканевая терапия приносит значительный лечебный эффект.

8. При хронических инфекционных заболеваниях центральной нервной системы результаты лечения тканевой терапии менее выражены, чем при острых инфекционных заболеваниях центральной нервной системы.

9. Тканевая терапия при эпилепсии дает небольшой лечебный эффект, выраженность которого находится в зависимости от характера патологического процесса, лежащего в основе каждого случая.

10. Тканевая терапия не дает улучшения при дегенеративных заболеваниях нервной системы.

11. Ввиду того, что прием больных с функциональными заболеваниями нервной системы в клинику крайне ограничен, наши наблюдения в отношении эффективности тканевой терапии этой группы больных невелики. Однако первое впечатление от применения тканевой терапии у больных невротическими расстройствами вполне благоприятно.

12. Тканевая терапия в форме инъекций алоэ и стекловидным телом действует заметно слабее подсадки ткани. Согласно литературным данным и нашим наблюдениям алоэ следует рекомендовать при оптикоарахноидите, а инъекции стекловидного тела — при невралгии тройничного нерва.

Работа напечатана в сб. «Вопросы клинической медицины» Труды Пермского Государственного медицинского института, вып. 28, 1958 г.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ ДИССЕРТАЦИИ

1. Г.П. Серебренникова — Тканевая терапия некоторых заболеваний центральной нервной системы.
"Вопросы клинической медицины"
Выпуск 28.1958 г.
Труды Пермского государственного медицинского института. Стр. 130-135.
- II. Г.П. Серебренникова — Тканевая терапия при заболеваниях периферических отделов нервной системы.
"Вопросы клинической медицины"
Выпуск 28-1958 г.
Труды Пермского государственного медицинского института. Стр. 135-139.