

ионов введено будет сюда наибольшее количество. Это мы видим простым глазом после снятия прокладки, благодаря анемическим коагулированным участкам белого цвета.

В результате такого элективного действия электрического тока, электрохимическому некрозу при указанных дозировках подвергаются главным образом пораженные участки ногтевого аппарата и в незначительной степени участки окружающей видимо здоровой кожи ногтевой фаланги. При указанной дозировке осложнений в виде деформаций мы не наблюдали. Ногтевые пластинки отрастают правильной формы, так же как и ногтевые валики.

В ы в о д

Излечение поверхностного blastomycosis ногтей и ногтевых валиков возможно путем одного сеанса электрофореза сернокислого цинка (на каждый ноготь в отдельности).

ОБЗОР СТАТЕЙ, ПОСВЯЩЕННЫХ ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ

М. И. Багаева и Л. Я. Трофимова (ЦКВИ), А. Н. Бессонова (Чита), И. Л. Болотин и Г. В. Ростовский (Ашхабад), М. Т. Брилль и А. М. Лецко (Сталинград), К. П. Венедиктова (Ростов-на-Дону), И. В. Виноградова (Горький), Ю. С. Гилевич (Каахка), И. И. Гительзон, А. М. Батраков, А. Ф. Николаева, М. Н. Некрасов и А. Г. Суховская (Красноярск), В. Ф. Груздев (Ленинград), Н. К. Иванова (ЦКВИ), В. А. Игошин и Л. И. Кузнецов, И. И. Ильин, Ю. Ф. Королев (Ленинград), А. Я. Креймер (Криволуцкая больница), Г. В. Кротенкс (Киев), В. П. Ленартович (Алма-Ата), Т. Н. Либерман (Ленинград), И. А. Липский (Архангельск), П. М. Мирецкий, О. В. Петрова (Куйбышев), В. М. Савокина (Свердловск), И. А. Сагал (Ленинград), Н. А. Супрун (Ленинград), А. Я. Торгашов (Саратов), О. С. Троенкина, Р. С. Бабаян, С. М. Калтград и Р. Н. Порядина (Москва), А. А. Фельдман и И. Д. Перкель (Одесса)

Тканевая терапия — новый принцип лечения, созданный в СССР В. П. Филатовым. Исходя из практических результатов, полученных в процессе работы над пересадкой рога, В. П. Филатов в 1933 г. положил начало тканевой терапии. Теоретические основания и практические результаты ее были впоследствии развиты как самим автором, так и его многочисленными учениками и последователями.

Согласно учению В. П. Филатова, всякая ткань человека, животного или растения, будучи отделена от организма и сохранена даже в неблагоприятных, но не убивающих ее условиях, подвергается биохимической перестройке с образованием биогенных стимуляторов неспецифического характера, которые, будучи введены в организм тем или иным путем, возбуждают его жизненные реакции. Биогенные стимуляторы неспецифичны, и в подходящих условиях их вырабатывает любая ткань животных или растений. В. П. Филатов применял для тканевой терапии многие ткани: рога, кожу, селезенку, печень, мышцы, яичко, плаценту и т. д. Из растений он использовал алоэ, агаву, свеклу, подорожник и др. Несколько позже биогенные стимуляторы были обнаружены в лиманной грязи и других продуктах. В дальнейшем Г. Е. Румянцев, наобо-

рот, пришел к выводу о специфичности действия разных тканей; он считает, например, что ткань половых желез специфически стимулирует сосудистую систему, ткань надпочечников — вегетативную нервную систему, ткань селезенки способствует более успешному рассасыванию рубцов и воспалительных инфильтратов, но зато вызывает обострения при красной волчанке. Одновременно Г. Е. Румянцев предложил новый метод обработки тканей, так называемую «подкормку», и перешел преимущественно на гетерогенные ткани.

Применяя тканевую терапию, В. П. Филатов, его ученики и последователи получили хорошие результаты при лечении больных туберкулезом кожи, с различными язвенными процессами, больных склеродермией, псориазом и красной волчанкой.

Тканевая терапия привлекла внимание большого числа советских ученых. В настоящее время насчитывается свыше 400 печатных научных работ, посвященных данной проблеме. Дерматологи также много занимались тканевой терапией, причем ими были получены противоречивые результаты. Например, при туберкулезе кожи А. А. Фельдман, Б. Р. Рахматов, Л. Д. Бутовецкий и др. получили хороший эффект, но Е. Д. Ашурков и М. В. Олонцева, Д. А. Елкин и др. не смогли его подтвердить в своих работах.

При псориазе хорошие результаты получили В. П. Филатов, Г. И. Ланда, Г. Е. Румянцев, Л. Д. Бутовецкий. Наряду с этим, Н. И. Колебошина, В. Д. Макеев и др. получали только улучшение и то у небольшого числа больных.

Вполне понятно, что проблема тканевой терапии кожных болезней продолжает привлекать внимание советских дерматологов. В портфеле редакции собралось 25 научных работ на эту тему. Кроме того, в редакцию поступило свыше 20 писем, в которых авторы сообщают о полученных ими результатах и излагают свои соображения по поводу тканевой терапии. Не имея возможности напечатать все эти материалы, редакция решила опубликовать обзор их.

Авторы статей и писем уделяют главным образом внимание непосредственным практическим результатам, полученным при применении разных методов тканевой терапии. В основном тканевая терапия была применена при лечении псориаза, красной волчанки, экземы. Нижеприведенные табл. 1, 2 и 3 дают представление о результатах, полученных авторами, имеющими наибольшее число наблюдений.

Чтобы упростить таблицы, в них исключены графы «небольшое улучшение» и «без результата», а оставлены только графы «выздоровело», «значительное улучшение» и «ухудшение», которые достаточно характеризуют полученный эффект. Некоторые авторы отмечали «улучшение», не выделяя при этом значительного улучшения от небольшого. В таких случаях цифра, обозначающая количество больных с улучшением, взята в скобки.

При наличии бригады авторов в таблицах и в дальнейшем изложении будет упомянута фамилия только одного автора из данного коллектива; фамилии остальных членов коллектива будут помещены в списке авторов, приведенном в подзаголовке обзора.

Как показывает табл. 1, в отношении результатов у авторов имеются большие расхождения. В то время как Королев, Петрова, Заславский, Троенкина, Тульский венерологический диспансер не насчитывают ни одного случая клинического выздоровления и имеют лишь ничтожное число хороших результатов, И. И. Гительзон наблюдал выздоровление у 46% своих больных, а В. А. Ленартович — у 10 из 15 больных. Н. А. Супрун получил у 23 из 46 больных большое улучшение (50%), а И. И. Гительзон достиг аналогичных результатов у 97% больных.

Столь разноречивые результаты нельзя объяснить примененным методом или какими-либо особенностями, присущими наблюдаемой группе

больных, так как большинство авторов строго придерживалось метода Румянцева, стараясь выполнить все указания инструкции.

Таблица 1
Сводные результаты тканевой терапии псориаза

Автор	Метод и ткань	Число больных	Число выздоровевших	Большое улучшение	Ухудшение
Бржеский	Филатова; алоэ	19	1	(8)	0
Бриль	Румянцева; яичко	68	6	9	2
Виноградова	Румянцева; разные ткани	30	4	13	2
Королев	Румянцева; разные ткани	23	0	3	3
Петрова	Румянцева; Краузе	9	0	0	5
Заславский	Румянцева	11	0	(5)	—
Троенкина	Румянцева; яичко, селезенка	19	0	(5)	—
Тульский кожно-венерологический диспансер	Румянцева	25	0	2	—
Гительзон	Филатова; разные ткани	107	49	43	3
Каплун	Румянцева	44	0	(33)	5
Ленартович	Оболочки и пуповина	15	10	3	0
Липский	Румянцева; яичко, надпочечники	42	3	(13)	4
Супрун	Румянцева; разные ткани	46	5	18	0

М. Т. Бриль придает большое значение стадии заболевания и считает, что лучшие результаты лечения получаются при прогрессивной стадии. Иногда после первой подсадки он наблюдал обострения, продолжавшиеся 1—2 недели и сменявшиеся дальнейшим улучшением.

Расхождения выявились и в отношении рецидивов. По наблюдениям М. Т. Бриля, из 16 больных, у которых отмечалось клиническое выздоровление или значительное улучшение, у 8 рецидивы наступили в течение первого полугодия, а у четырех — во время второго полугодия, т. е. у 12 больных из 14 псориаз рецидивировал в течение года. По данным И. И. Гительзона, из 42 больных, прослеженных в течение 2—3 лет, рецидив отмечен только у одной трети.

В табл. 2 мы также ясно видим две группы авторов: одна из них либо не получала никаких результатов, либо получала ничтожные результаты; а другая отмечает большое число хороших результатов, достигающее у А. Н. Бессоновой до 100%.

Табл. 3 показывает обычные расхождения в результатах, полученных разными авторами. Согласно М. Т. Брилю, лучший эффект получается при «истинных» и «микробных» экземах; при себорройной экземе ни у одного из 7 больных терапевтический эффект не был достигнут. Более благоприятный результат получается при лечении в острой стадии.

Приведенные расхождения между данными разных авторов можно до некоторой степени объяснить увлечением автора тем или иным методом, а также неодинаковыми требованиями, предъявляемыми к оценке понятий «выздоровление» и «значительное улучшение». Имеет значение и проводившаяся рядом авторов одновременная общая и местная терапия. Впрочем, многие авторы сами подчеркивают необходимость комп-

Таблица 2
Сводные результаты тканевой терапии красной волчанки

Автор	Метод и ткань	Число больных	Число выздоровевших	Значительное улучшение	Ухудшение
Багаева	Румянцева; гомогенное яичко	10	0	0	0
Бриль	Румянцева; гетерогенное яичко	18	0	2	3
Виноградова	Румянцева; разные гетерогенные ткани	30	4	6	0
Заславский	Румянцева; яичко	22	2	(5)	—
Королев	Румянцева; разные гетерогенные ткани	37	2	3	3
Либерман	Румянцева; разные гетерогенные ткани	20	1	7	3
Петрова	Румянцева; гетерогенное яичко	15	0	2	5
„	Краузе; околоплодная оболочка	11	0	0	3
Самокина	Румянцева; разные гетерогенные ткани	18	3	2	2
Троенкина	Румянцева; яичко, селезенка	23	0	4	0
Тульский кожно-венерологический диспансер	Румянцева	17	0	5	—
Шашина	Румянцева	27	0	7	0
Бессонова	Краузе; околоплодные оболочки	49	12	37	0
Каплун	Румянцева	25	0	(22)	2
Липский	Румянцева; гетерогенное яичко, надпочечники	36	5	(21)	3
Сагал	Филатова; плацента. Румянцева; яичко, надпочечники	11	3	(4)	—
Хацкелевичус	Румянцева	27	5	7	0

лексной терапии, включающей в себя не только тканевую терапию, но и другие методы лечения.

К сожалению, большинство авторов мало останавливается на вопросе о причинах успеха или неудачи тканевой терапии, ограничиваясь подсчетом полученных результатов.

Следует отметить, что многие авторы, получившие даже положительные результаты, осторожны в своих выводах. Например, М. С. Каплун, отмечая улучшение у 80% леченных больных, считает, что «временные сдвиги должны быть подкреплены дальнейшими общепринятыми мероприятиями». И. А. Липский, получивший из 129 больных у 78 (60%) хорошие результаты, отмечает «относительную эффективность» метода, длительность лечения (3—4 месяца), медленную ликвидацию болезненных явлений, нестойкость получаемых результатов, неизвестность точных показаний и противопоказаний. М. Т. Бриль, не отрицая возможности получения эффекта, пишет, что клиническое выздоровление достигнуто в очень небольшом проценте. М. И. Багаева, Ю. Ф. Королев и др. считают метод мало эффективным, а Л. Н. Машкиллейсон пишет: «Тканевая терапия в той форме, в которой она в настоящее время применяется, в дерматологии себя не оправдала».

Многие авторы сообщают о положительных результатах лечения склеродермии, о чём еще раньше писали В. П. Филатов и Г. И. Ланда. К. П. Венедиктова лечила 12 больных склеродермией: подсаживая одно-

Автор	Метод и ткань	Число больных	Число выздоровевших	Значительное улучшение	Ухудшение
Бриль	Румянцева; гетерогенное яичко	42	2	9	2
Виноградова . .	Румянцева; разные гетерогенные ткани	19	2	2	3
Петрова	Румянцева; гетерогенное яичко	11	0	0	8
"	Краузе; околоплодная оболочка	18	0	2	8
Самокина	Румянцева; разные гетерогенные ткани	33	4	14	3
Тульский кожно-венерологический диспансер	Румянцева;	14	0	4	—
Заславский . . .	Румянцева; яичко	26	2	(15)	—
Ленартович . . .	Оболочки и пуповина	12	6	—	2
Липский	Румянцева; гетерогенное яичко, надпочечники	33	12	(15)	3
Мирецкий	Румянцева; гетерогенные ткани	45	13	(25)	—
	Краузе; шприцевый метод				
Торгашев	Румянцева; гетерогенные надпочечники, селезенка	17	6	—	—

временно ткань селезенки и яичка. В среднем она делала 3—4 подсадки. Из 10 больных очаговой склеродермией у шести явления склероза окончательно исчезли, а у четырех наступило значительное улучшение. Сдвиг в сторону улучшения был отмечен после первой же подсадки, причем обратное развитие процесса шло от периферии к центру. По краю формировался буровато-коричневый атрофический ободок, постепенно захватывавший весь очаг. Больные были прослежены до 2 лет. У 2 из них с генерализованной склеродермией было отмечено только улучшение. Г. Н. Либерман наблюдал выздоровление одной больной очаговой склеродермией; при генерализованной склеродермии особых сдвигов в сторону улучшения достигнуто не было. И. В. Виноградова также наблюдала значительное улучшение: уменьшение плотности, появление эластичности и мягкости, большую свободу движения после подсадок селезенки и яичка.

Попутно следует отметить положительные результаты при лечении больных, страдавших *induratio penis plastica*. Н. А. Супрун наблюдал выздоровление одного больного, И. И. Ильин — двух. После двух-трех подсадок уплотнение стало еле заметным, искривление члена при эрекции исчезло, боли прекратились.

Многие авторы описывают хорошие результаты при лечении больных разными формами хронической пиодермии. В. Ф. Груздев при подсадках яичка, селезенки, надпочечника в разных комбинациях получил хороший эффект у 34 больных, страдавших хронической пиодермией (*aspe conglobata*). Из 28 человек, прослеженных в течение 2—8 месяцев, эффект удержался у 18. П. М. Мирецкий получил выздоровление у двух и улучшение у четырех из 7 леченных больных хронической пиодермией. Применяя одновременное местное лечение, М. И. Багаева получила выздоровление у четырех и улучшение у пяти из 17 больных сикозом.

При хронических язвах голени («трофические язвы») многие авторы отмечают положительный результат (И. С. Попов, Г. В. Кротенко, Ю. Ф. Королев, И. А. Сагал и др.). К сожалению, далеко не все приведенные ими данные достаточно убедительны. Г. В. Кротенко считает, что в отношении эффективности тканевая терапия при язвах голени превосходит все другие методы. Вместе с тем он же отмечает, что «в большинстве случаев язвы осложняются невритом, поддерживая дистрофию тканей, что влияет угнетающим образом на регенерацию». В подобных случаях автор рекомендует иссечение с последующей тканевой терапией. О количестве таких случаев и сроке заживления язв он не сообщает. О. В. Петрова и Н. А. Супрун наблюдали хорошие результаты при лечении больных упорными рентгеновскими язвами.

Т. Л. Болотин и Г. В. Ростовский (Ашхабад) применили аппликации околоплодных оболочек, выдержанных 6—7 дней в 2% хлорамине, на язвы при болезни Боровского. Лечилось 279 больных. Авторы получили заживление язв в среднем на протяжении 31 дня. К сожалению, проведенный ими анализ недостаточен; кроме того, они не учитывают возможности естественного заживления язв и не приводят контрольных наблюдений. Ю. С. Гулевич также лечил больных с язвами второго типа при болезни Боровского впрыскиванием консервированных по Румянцеву и измельченных тканей селезенки, яичек, щитовидной железы. Одновременно применялось местное лечение. Средний срок лечения с подсадками — 43 дня, без подсадок — 71 день.

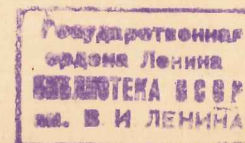
Сообщаются некоторые данные о применении тканевой терапии при сифилисе. В отношении тканевой терапии А. А. Фельдман и И. Д. Перкель пришли к следующим выводам: 1) тканевая терапия — хорошее вспомогательное средство при лечении сифилиса; 2) может дать клинические и серологические обострения в начале лечения; 3) сама может устранить клинические явления сифилиса; 4) полезна при сифилисе, резистентном к специфическому лечению; 5) может перевести стойкую положительную реакцию Вассермана в отрицательную. Как часто наблюдается последнее, не указано. Отдельные случаи подобного рода наблюдали М. М. Желтаков и Воронежский кожно-венерологический институт.

Н. К. Иванова получила положительный результат лечения сифилитического паренхиматозного кератита у кроликов 15—20 впрыскиваниями 1% экстракта плаценты. Из 16 кроликов у девяти явления кератита исчезли. Однако автор подчеркивает, что кератит у кроликов протекает гораздо легче, чем у человека.

Т. Ф. Заварова (Киевский кожно-венерологический диспансер) у 29 больных хронической гонореей получила значительное улучшение в результате подсадки плаценты по Румянцеву: рассасывались воспалительные инфильтраты, нормализовалась РОЭ, увеличивался вес. Н. С. Рапопорт (Киевский кожно-венерологический диспансер) также получил хорошие результаты при подсадке яичка в случае осложненной гонореи у мужчин.

Помимо непосредственных результатов лечения, авторы статей останавливаются на разных вопросах тканевой терапии.

На вопрос, какую ткань нужно подсаживать, отвечают немногие. Видимо, большинство авторов, следуя указаниям В. П. Филатова, не придает этому вопросу значения и, употребляя разные ткани, не может отметить ясных преимуществ каких-либо из них. Однако Ю. Ф. Королев отрицает значение выбора ткани на результаты подсадки. Наряду с этим, высказываются и другие соображения. Так, И. В. Виноградова считает, что при красной волчанке надо подсаживать яичко, при псориазе — надпочечник, при склеродермии — селезенку + яичко. И. И. Гительзон указывает, что щитовидная железа, селезенка, плацента, печень и легкое плода как подсадочный материал более эффективны, чем кожа, грыже-



вой мешок и пуповина. И. А. Липский предпочитает подсаживать одно яичко, чем одновременно разные ткани.

Следует отметить, что как первые, так и последние заключения авторов не подтверждены достаточно убедительными данными, а основаны лишь на личных впечатлениях.

Расхождения, причем также мало мотивированные, имеются и относительно числа подсадок. Например, М. Т. Бриль считает, что достаточно двух-трех подсадок, Н. А. Супрун нередко получал результаты только после трех-четырех подсадок.

Работа в направлении изыскания новых методов тканевой терапии продолжается.

Так, В. Я. Арутюнов ввел «кровяные подсадки»: он делает 5—8 инъекций иногруппной крови по 3—20 мл. Из 36 больных, страдающих разными дерматозами, у восьми наступило выздоровление.

А. Я. Креймер консервирует при 2—6°, а затем растирает в фарфоровой ступке икру щуки или муксуна, после чего добавляет равное количество воды, фильтрует через марлю, снова добавляет воду, фильтрует, прибавляет новокаин, расфасовывает по флаконам и автоклавирует. Препарат впрыскивают подкожно в дозе 6—10 мл.

И. Л. Козин отмечает недостаточный эффект, полученный в связи с применением «плацетина». Н. С. Харченко, Е. Я. Несмачная, применявшие этот препарат, получили в среднем за 40 дней выздоровление у 10 из 14 больных трофическими язвами. И. С. Попов и Бондарь в среднем за 40 дней получили выздоровление 24 из 32 больных трофическими язвами, применяя «умбигем» Н. С. Харченко.

Меньше всего разработан самый важный вопрос — механизм действия тканевой терапии. Большинство авторов присоединяется к высказываниям по этому поводу В. П. Филатова, и лишь некоторые из них добавляют, что это один из видов протеиновой терапии (Королев), неспецифическая терапия, которая, действуя на нервнорефлекторные механизмы, изменяет реакции организма в сторону нормализации (Мирецкий), усиливает регенераторные процессы, активизирует защитные силы организма. Последней точки зрения придерживаются многие авторы. А. Я. Торгашев пытается объяснить получаемые результаты с точки зрения учения И. П. Павлова об отрицательной индукции. Однако все эти теоретические соображения, не подкрепляемые новыми доказательствами, сводятся только к умозрительным соображениям и отнюдь не являются научно обоснованными теориями.

Многие авторы отмечают положительное влияние тканевой терапии на общее состояние больного (Н. А. Торсуев, А. Я. Торгашов, И. А. Сагал, Ю. Ф. Королев, Т. Н. Либерман, И. А. Липский и др.). У больных понижается нервная возбудимость, улучшается сон, аппетит, появляется хорошее самочувствие, бодрое настроение, отмечается тонизирующее влияние на весь организм, нарастает вес тела.

Очень немногие авторы предостерегают от возможности развития нежелательных побочных явлений и осложнений. Наблюдались случаи эритродермии при подсадке по поводу псориаза (И. И. Гительзон, И. А. Липский, Т. Н. Либерман), сепсис при подсадке по поводу пиодермита, рецидив пиелиты (Т. Н. Либерман).

Много внимания уделяется изучению разнообразных функциональных сдвигов в организме. Больше всего в этом направлении сделали В. П. Филатов и его ближайшие ученики и последователи. В ответ на введение в организм людей и животных биогенных стимуляторов наблюдалось увеличение количества и кислотности желудочного сока (Файтельберг), повышение остроты зрения нелеченного глаза (Филатов и Бушмич), усиление активности ферментов и т. д. Водный экстракт из биостимуляторов действует на работу изолированного сердца, снижает кровяное давление (М. Э. Кашук), нормализует гликемические

кривые (В. В. Андреева), оказывает тормозящее или возбуждающее влияние на изолированную кишку, существенно изменяя при этом действие вегетотропных веществ (Н. Б. Медведева и Н. В. Ермакова) и т. д.

Дерматологи продолжали подобные исследования, хотя и получали непостоянные результаты.

О. В. Петрова исследовала сахар, калий, кальций, холестерин, остаточный азот, хлориды в крови и отмечает, что колебания не выходили за пределы нормы. И. А. Сагал отметил небольшое увеличение содержания кальция в крови (на 1—3 мг%), нормализацию холестерина и сахарной кривой. Работники Воронежского венерологического диспансера наблюдали, что клиническое улучшение при лечении псориаза и красной волчанки сопровождалось увеличением остаточного азота и повышением кальция крови.

М. Т. Бриль пишет о нормализации парасимпатической нервной системы, но особых сдвигов в этом отношении не отмечает.

М. Э. Каплун исследовал нервно-вегетативный статус, гемограмму, РОЭ и наблюдал весьма противоречивые результаты, не поддающиеся обобщению.

Многие авторы изучали изменения крови. И. А. Сагал отмечает увеличение гемоглобина, М. Т. Бриль при экземе и красной волчанке — уменьшение числа эозинофилов. Ю. Ф. Королев через 4—5 дней после подсадки тканей наблюдал повышение числа лейкоцитов, ускорение РОЭ, через 2—3 недели — лимфоцитоз до 35—40%, через 4—6 недель — возврат к исходному состоянию. Н. А. Торсуев, Н. А. Супрун, А. Я. Торгашов, И. А. Липский пишут, что наблюдавшиеся изменения в составе крови — несущественны и непостоянны.

М. И. Багаева у больных сикозом отмечает снижение сопротивления кожи электрическому току, а А. Я. Торгашов — повышение сниженной до подсадки кислотности желудочного сока.

Т. И. Либерман у 10 больных нашла более быстрое наступление нулевой плетизмограммы, снижение сосудистых реакций на ацетилхолин, изменчивые реакции на гистамин и адреналин, снижение количества никотиновой кислоты в первые дни после подсадки.

Таким образом, многими методами исследования подтверждается активность тканевой терапии, наличие разнообразных сдвигов в организме больного, возможность излечения от многих болезней, в том числе и от некоторых дерматозов. Однако законченной стройной теории, которая могла бы связать воедино все наступающие в организме изменения, до сих пор еще нет, как нет и возможности предсказать, каковы будут результаты лечения. Эта невозможность предсказания свидетельствует о недостаточной ясности механизмов действия тканевой терапии.

Одним из существенных недостатков предшествующих работ по тканевой терапии является то, что они производились в отрыве от изучения состояния высшей нервной деятельности больного человека. Между тем последняя, как показал И. П. Павлов, играет решающую роль как в норме, так и в патологии.

Некоторые авторы в своих работах уже начинают касаться этого важного вопроса. С. А. Поплавский пишет: «Повидимому, кроме всего прочего, значительную роль играют психогенные моменты: уменьшение врача подойти к больному, внушить ему доверие к себе и методу лечения».

В. А. Игошин и Л. И. Кузнецов придают решающее значение подготовке больного к тканевой терапии. Авторы отмечают у многих больных кожными заболеваниями наличие явлений возбуждения в коре головного мозга: бессонницу, общее возбуждение, повышение сухожильных рефлексов, учащение пульса и т. д. Биогенные стимуляторы, по мнению авторов, также вызывают повышение возбудимости головного мозга. Поэтому они считают необходимым предварительно снять явления

возбуждения головного мозга, применяя бромиды, новокаиновую блокаду, назначив соответствующий режим дня, успокаивающую терапию. Из 10 больных псориазом и 5 больных экземой лучшие результаты получены у 9 больных, которым была предварительно проведена успокаивающая терапия. Малое количество наблюдений пока недостаточно для выводов.

Применяя впрыскивания рыбьей икры, А. Я. Креймер получал улучшение сна, общего самочувствия и кожного процесса, но зуд не прекращался. Придавая большое значение коре головного мозга, автор решил ввести добавочно гипнотерапию и получил лучшие результаты: из 45 больных экземой хороший эффект отмечен у 23; из 26 больных хроническим пиодермитом излечение наступило у 17 и значительное улучшение у 8 больных.

На основании наших наблюдений мы также пришли к выводу о решающем значении состояния коры головного мозга при лечении подсадками тканей. Отмечая недостаточное теоретическое обоснование тканевой терапии дерматозов, мы долгое время скептически относились к практическим результатам, полученным другими авторами. В 1949—1950 гг. под нашим руководством в женском кожном отделении Республиканского кожно-венерологического института было проведено лечение подсадками тканей более чем 50 больных. Одновременно с тканевой терапией, мы не прекращали обычного общего и местного лечения. Действительно, мы не отметили никакого видимого эффекта от тканевой терапии. Процесс выздоровления протекал, как обычно, так, как будто тканевой терапии и не производилось. Никаких изменений ни в течении заболевания, ни в сроках выздоровления мы не отмечали. Это дало нам основание считать, что наша рабочая гипотеза о малой эффективности тканевой терапии нашла подтверждение.

Однако в 1951 г. ординатор Ленинградского венерологического диспансера № 17 Н. А. Супрун решил заняться тканевой терапией. Не разубеждая Н. А. Супруна, мы наметили систему наблюдения за больными. Через месяц после изучения первой группы больных мы были поражены результатами лечения. В дальнейшем Н. А. Супрун убедился в том, что без применения других форм общего и местного лечения, в амбулаторных условиях, почти у всех больных псориазом наступил больший или меньший эффект; из 46 больных, леченных подсадками тканей, у пяти было достигнуто клиническое выздоровление, у 18 — большое улучшение, у 17 — улучшение. Надо подчеркнуть, что ткани для подсадов получались из одного и того же источника. Методика лечения подсадками, состав больных как в клинике, так и в диспансере были примерно одинаковыми. Одновременно в Ленинграде работали Ю. Ф. Королев и Т. Н. Либерман, а несколько ранее в Кронштадте — В. Д. Макеев, получившие, как и мы в клинике, весьма скромные результаты. Очевидно, наличие одного раздражителя или «стимулятора», каким является подсаженная ткань, недостаточно. Решающее значение имеет состояние коры головного мозга. Возможно, что в клинических условиях наше скептическое отношение к данному методу передавалось не только всем работникам клиники, но и больным. Н. А. Супрун сам был уверен в большой эффективности метода лечения, и эта уверенность передавалась больным. В дальнейшем она подкреплялась рассказами больных о полученном эффекте лечения. Даже наблюдавшиеся у некоторых больных обострения после первых подсадов воспринимались ими как показатель эффективности лечения, за которыми должно последовать излечение.

Выводы

1. Подсадки тканей и другие методы тканевой терапии вызывают некоторые изменения в организме, которые остаются до настоящего времени

недостаточно изученными. Однако тех всеобъемлющих лечебных свойств, которые им приписывали некоторые авторы, эти методы не имеют.

2. Многочисленные поиски новых модификаций тканевой терапии, не сопровождающиеся глубоким изучением наступающих при этом изменений организма, не оправдали себя в практике лечения кожных болезней.

3. Большие расхождения между результатами, получавшимися разными авторами при лечении кожных болезней, подтверждают решающее значение состояния коры головного мозга в течении заболевания.

4. Отмечающийся некоторыми авторами положительный результат, полученный в связи с применением тканевой терапии при склеродермии, *induratio penis plastica*, хронических язвах, в том числе при рентгеновских язвах, требует дальнейших исследований.

П. В. Кожевников

К СТАТЬЕ ПРОФ. П. В. КОЖЕВНИКОВА «НЕОБХОДИМОСТЬ ПЕРЕСМОТРА НОМЕНКЛАТУРЫ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ»

Проф. А. С. Зенин

Необходимость пересмотра номенклатуры кожных болезней в сторону ее упрощения и сокращения числа столь многочисленных наименований совершенно бесспорна. Действительно, номенклатура кожных болезней представляется крайне запутанной и излишне детализированной.

В предлагаемой номенклатуре можно согласиться с терминами: «атрофирующая эритема» (желательно добавить «сквамозная» или «гиперкератозная»), «грибовидный пиодермит», «грибовидный ретикуло-эндотелиоз». Вместе с тем предлагаем внести некоторые изменения. Так, наименование саркома Капоза заменить термином «множественный саркоидоз», разноцветный лишай — «отрубевидный лишай», слоистая пузырчатка — «отслаивающаяся пузырчатка», свиная рожа — «эризипеллоид», парша, проказа — «фавус», лепра, сетчатый пигментный дерматит — «сетевидная пигментация кожи», гемосидерозы — «геморрагические пигментации кожи», акродерматит атрофирующий — «прогрессивная атрофия кожи», красный плоский лишай — «красный плоский лишай», акантома заразительная — «заразительный моллюск».

В проекте номенклатуры пропущены: мягкий шанкр, формы кожного туберкулеза, почесуха, фолликулярный дискератоз, лимфангиомы, склеродема взрослых и некоторые другие¹.

Дерматитами следует называть, как справедливо указывает П. В. Кожевников, такие заболевания кожи, которые возникают на месте нанесения на кожу какого-либо наружного раздражителя — химического, термического или механического. Одновременно необходимо назвать этот раздражитель, например: урсоловый дерматит, дерматит от никеля, дерматит от керосина, солнечный дерматит и т. д.

Выделение солнечной экземы от солнечного дерматита вряд ли необходимо. Ведь то же можно сказать и в отношении дерматита экзематозного. Если это дерматит контактный, то зачем же его отделять от других дерматитов, разве они не контактные?

Сальварсанный дерматит следует называть «сальварсанной токсикодермией», понимая под токсикодермией обычно распространенную, а не локализованную остро воспалительную реакцию организма на раздражители, действующие на интерорецепторы.

¹ Напечатан сокращенный проект. Ред.