

опубликовать более подробные и широко изученные данные по этому вопросу.

В качестве примера приведу два из 5 наших случаев пересадки трупной консервированной почки.

1. А. Е. М., 47 лет, поступила в больницу 21/V-1949 г. с диагнозом: хронический нефрит, миокардиодистрофия, анасарка. Тяжело больна с 1 января 1949 г. Лежала в терапевтическом отделении Житомирской городской больницы в течение 3 месяцев. Выписалась с улучшением, но дома сразу же появились отеки. Состояние не улучшалось, несмотря на продолжавшееся лечение. В конце мая направлена в урологическое отделение. Улучшения не наступило. Через 3 недели отек всего тела еще увеличился, обнаружился резкий ацид и полисерозит: из правой плевральной полости извлечена ежедневно 500—600 мл трансудативной жидкости. Мочи за сутки выделяется 300—400 мл. удельный вес — 1005, белка — 3,99^{0/100}, в осадке 10—20 лейкоцитов, реакция кислая, эритроцитов выщелоченных — 4—5, эпителий плоского — 2—3, цилиндров зернистых — 6—8, глиановых — 4—5 в

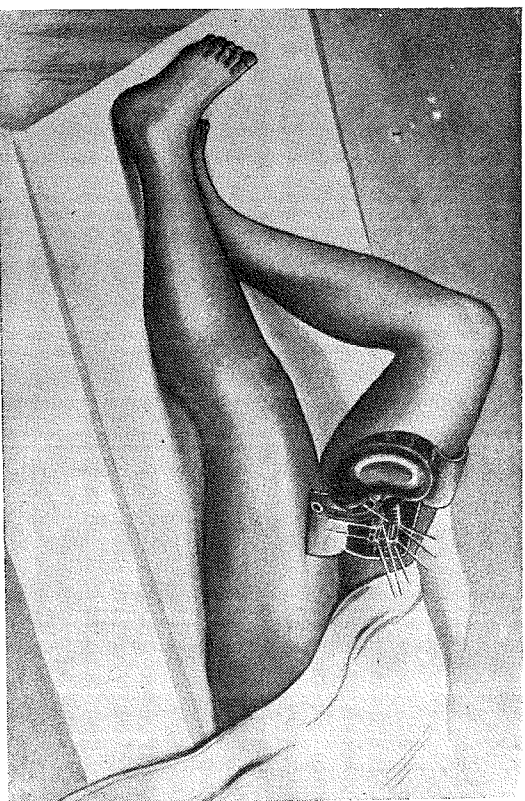


Рис. 1.

поле зрения. Артериальное давление — 175/115, пульс — 84 в минуту, слабо наполнения, ритмичный. Левая граница сердца расширена влево на 2 см, правая не определяется из-за тупости в правой половине грудной клетки (в пазухе обширный транссулат). Первый тон на верхушке усилен, второй тон акцентирован на аорте. Справа дыхание не выслушивается, слева — жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы. Печень увеличена, выступает на три пальца из-под реберной дуги, резко болезненна, из-за ацидта пальпируется с трудом. Отек более выражен на правой половине тела.

11/VI начаты подсадки консервированной трупной кожи в области подчревья живота. После трех подсадов состояние не улучшилось. 5/VII сделана операция пересадки трупной консервированной почки (срок консервации — 24 дня). Почки взята от погибшего от травмы черепа при автомобильной катастрофе 28-летнего мужчины через 7 часов после смерти. За полчаса до операции введен подкожно 1,0 скофетала. Местное обезбоживание раствором новокаина (1/4% — 200 мл). На левом бедре сделан разрез, начинающийся ниже середины плутовой связки и кончающийся на середине бедра; выкроен языкообразный лоскут 12 × 10 см. Артерия и вена бедра выделены ниже места отхождения глубокой артерии бедра. Сосуды пересечены, периферические концы взяты на две лигатуры. Центральный конец бедренной артерии шит с почечной артерией, а центральный конец вены — с почечной веной трансплантата. Мочеточник трансплантата шит в кожную манжетку, выкроенную по типу постоянного противестественного анауса. Почки укрыта выкроенным заранее кожным лоскутом. Для ослабления давления на почку по бокам основного разреза снаружи и снаружи сделаны два послаблающих кожных разреза по 6 см длиной. В рану введено 100 тыс. ед. пенициллина. Сосудистые швы наложены по нашей модификации, разработанной и описанной в 1930 г. В момент восстановления кровотока в почке наблюдалась активная перистальтика мочеточника трансплантата и периодическое выделение из него капель мочи.

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

(Предварительное сообщение)

Р. М. Брейман и Я. В. Ермалович (Одесса)
Посит. терапевт. клиника педиатр. и сан.-гиг. факультетов (зав. — проф. А. А. Окс) и факульт. хирург. клиника (зав. — проф. Я. М. Волошин)
Одесского мед. института (дир. — доц. А. Н. Мотченко)

В середине прошлого столетия делались попытки лечить эндокринные расстройства гомо- и гетеропластическими пересадками различных желез внутренней секреции. Трансплантирование тканей при гетеропластических пересадках подвергалось более или менее быстрому рассасыванию. Кратковременный эффект гомопластических пересадок держался только до тех пор, пока происходило рассасывание трансплантата, которое связывали с недостаточным питанием последнего. Это обстоятельство, а также успехи техники сосудистого шва привели к пересадкам щитовидной железы на сосудистой ножке (Ботгораз).

Через сутки рана обильно промокла. Отек у больной резко уменьшился. Наблюдается перистальтическое движение выведенного наружу мочеточника и выделение капель соломенно-желтой прозрачной мочи. В этот же день через катетер из мочеточного пузыря за сутки вышущено 300 мл мочи (реакция кислая, удельный вес — 1020, белка — 1,485^{0/100}, эритроцитов выщелоченных — 2—3 в поле зрения, глиановые, зернистые цилиндры отсутствуют).

Через 2 суток состояние больной значительно улучшилось, отек ликвидировался, дыхание стало свободным, тупость в правом боку исчезла. Мочеточник заметно перистальтирует. Извлечено через катетер 350 мл мочи (удельный вес — 1023, белка — 0,316^{0/100}). На 4-е сутки диурез из мочеточного пузыря достиг 1200 мл за сутки (удельный вес — 1020, белка — 0,099^{0/100}, лейкоцитов — 4—5 в поле зрения). Общее состояние вполне удовлетворительно, отеков нет, появился выраженный аппетит. Мочеточник выведенное мясо в значительном количестве с добавкой соли. Мочеточник пересаженной почки со стороны слизистой потерял блеск; перистальтика и выделение мочи из него отсутствуют, что позволяет заключить о гибели пересаженной почки. Швы на кожном лоскуте сняты, бедренные сосуды в ране провисноно лигированы. Видна пульсация бедренной артерии. Медленнее почечные сосуды в трансплантате тромбированы.

После удаления трансплантата края раны зашили. Послеоперационный период протекал гладко. Артериальное давление снизилось до 125/95. Через два месяца больная выписалась. В настоящее время работает. От предложенных повторных исследований отказалась.

2. М. Н. И., 23 лет, колхозница; год тому назад удалена левая почка в связи с туберкулезным процессом. Вначале больная чувствовала себя удовлетворительно, а затем появились боли справа, тной и кровь в моче, значительно повысилась температура. Больная поступила в урологическое отделение Житомирской областной больницы 8/VIII-1949 г. Цистоскопия невозможна. Введение индигокармина внутримышечно и метиленовой синьки через рот не дало окрашивания мочи. Применено введение внутривенно малых доз хлористого кальция, перманганата, глюкозы, в промежутках между курсами — метиленовой синьки. Периодически тной в моче исчезла, и тогда повышалась температура и резко нарастали боли в правом боку. Появление тной в моче сопровождалось падением температуры и уменьшением болей. Туберкулезные бациллы в моче не найдены. В легких и других органах отклонений от нормы не установлено. Через два месяца заметно улучшение не наступило, частые припадки болей в правом боку совершенно извели больную. Решено провести тканевую терапию.

В течение двух месяцев трижды произведена пересадка консервированной трупной кожи, после чего состояние больной несколько улучшилось. 18/X сделана пересадка трупной почки (срок консервации — 12 дней), взятой через 8 часов после смерти от 25-летней женщины, погибшей от внематочной беременности. За полчаса до операции введен подкожно 1 мл скофетала. Местное обезбоживание 1/2% раствором новокаина (180 мл). Разрез сделан на бедре справа с образованием языкообразного лоскута 12 × 10 см. Артерия бедра, взятая ниже отхождения глубокой бедренной артерии, шита с почечной артерией трансплантата. В том же месте шиты бедренная вена и почечная вена трансплантата. Мочеточник выведен в щель кожи с образованием кожной манжетки. После восстановления кровотока в почке началась перистальтика мочеточника, выделялась выделенная бесплодная капля мочи, а затем периодически выделялась моча соломенно-желтого цвета. Рана обработана пенициллином (100 тыс. ед.). Выйто 200 мл консервированной крови и 20,0 раствора глюкозы (40%) с дозированием оксигенала.

После операции в течение суток отмечалось резкое повышение температуры, а затем устойчивое падение ее до нормы к 8-му дню. Некроз пересаженной почки наступил через 7 суток; трансплантат удален.

Через 2 месяца и 6 дней после операции больная выписана в удовлетворительном состоянии: боли в боку исчезли, температура нормальная, емкость мочеточного пузыря восстановилась до 120 мл. Красочный феномен после введения раствора индигокармина появился на 6-й минуте, интенсивность его удовлетворительна. Реакция мочи кислая, удельный вес — 1020, белка — 0,099^{0/100}, лейкоциты единичные, эритроциты выщелоченные — 5—6 в поле зрения.

До сих пор мы произвели 5 операций пересадки трупной почки при тяжелых болезнях почек. Наши наблюдения в клинике и проводимые эксперименты еще не закончены. В правильности намеченного пути нас убеждают результаты использования в нужном направлении в клинике метода воздействия на отдельные звенья висцеро-кортикально-висцеральных рефлексов и приращивания для этой цели мощного фактора — тканевой терапии.

Надежды, возлагавшиеся на этот способ, однако, также мало оправдались.

Накопившиеся наблюдения над больными с пересаженными эндокринными железами показали, что стойкий эффект получается в тех случаях, когда собственные эндокринные железы сохраняют способность к функционированию. Трансплантат оказывает, повидимому, стимулирующее действие на слабо функционирующие железы больного (Мартинов, Немцов и др.). Тканевая терапия, предположенная акад. В. П. Филатовым, активизирует жизненные процессы и повышает физиологиче-

ские функции организма. Учитывая стимулирующее действие тканевой терапии, а также отдельные сообщения об эффективности ее при эндокринной патологии, мы на протяжении трех лет пользовались этим методом для лечения ряда заболеваний эндокринной системы (гипофизарная карликовость, тиреоидарная недостаточность, недостаточность половых желез, склеродермия).

К первой группе можно отнести 7 больных в возрасте от 14 до 25 лет с типичной картиной гипофизарной микросомии (6 женщин и 1 мужчина). Эти больные в раннем детстве развивались вполне правильно, но с 7—9-летнего возраста рост у них замедлился, и ко времени поступления в клинику они отличались выраженной отсталостью в росте (больная 25 лет — рост 124 см, больная 20 лет — рост 123 см, больной 14 лет — рост 111 см и т. д.). Они подвергались в различных лечебных учреждениях гормональной терапии, оказавшейся мало эффективной. Для больных этой группы характерны пропорциональное сложение, наклонность к ожирению, некоторые половые признаки, менстуральной. У мальчика отмечалось недоразвитие яичек, у девочек — инфантильное состояние половых органов. Турецкое седло на рентгенограмме у 3 больных имело нормальные размеры, у 4 — было уменьшено. Наблюдались также нарушения окостенения, длительное незакрытие эпифизарных линий. Основной обмен был несколько понижен. Изменений в составе крови и мочи не обнаружено.

Тканевая терапия проводилась по методу акад. В. П. Филатова. Для имплантации применялась взятая во время операции, а затем консервированная на холоду и автоклавированная кожа. В ряде случаев использовались приготовленные тем же способом взятые во время операции кусочки щитовидной железы. Обычно каждому больному производились 3—4 подсадки с промежутками в 15—20—30 дней. Помимо этого, проводился курс терапии алоэ — 50—60 инъекций. Техника имплантации: под местной анестезией по средней подмышечной линии на уровне V—VII ребра производился разрез кожи и подкожной клетчатки, длиной 3—3,5 см. В карман подкожной клетчатки помещалась имплантат размерами 2×2 см. На рану накладывались 2—3 кожных шва, которые снимались на 7—8-й день. Общей и местной реакции после подсадки мы не отмечали. Эффект от применения консервированной кожи и консервированной щитовидной железы был одинаков, какого-либо специфического действия последней мы не наблюдали.

У 6 больных этой группы результат лечения оказался положительным: наблюдались увеличение роста, появление вторичных половых признаков, восстановление менстуральной функции, повышение активности, умственной и физической трудоспособности, отмечались потеря в весе и повышение основного обмена. У больной Ф., 16 лет, лечение оставалось безрезультатным; при дальнейшем обследовании у нее диагностирована опухоль гипофиза.

Особый интерес представляет влияние тканевой терапии на рост и половую функцию. У больных с незаконченными процессами окостенения в трубчатых костях мы отмечали увеличение роста до 4—6 см, которое определялось на 3—5-м месяце лечения. У других больных влияние тканевой терапии сказалось в оживлении половой функции — появлении менстурации, вторичных половых признаков (увеличение грудных желез, рост волос в подмышечных впадинах и в надлобковой области, повышение либидо).

Следует также отметить, что за время проведения курса тканевой терапии у ряда больных уменьшался вес в пределах 3—4 кг, несмотря на увеличение роста. Это уменьшение веса связано с повышением процессов обмена. Приведем некоторые примеры.

1. Т., 14 лет, поступила в клинику 10/XI-1949 г. При поступлении рост — 129 см, вес — 54 кг, чрезмерное отложение жира в области живота и бедер; отсутствие вторичных половых признаков, заторможенность психики. На рентгенограмме основания черепа определялись малых размеров турецкое седло с уплощенным дном.

В данном случае рост формально соответствует низкому женскому. Учитывая, однако, что больная последние два года плохо растет, отстает в физическом и умственном развитии, мы применили тканевую терапию. После трехкратной подсадки консервированной кожи (25/XI-1949 г., 13/I и 3/II-1950 г.) отмечено повышение основного обмена с —12 до +4. Увеличение роста на 6 см за 4 месяца, понижение веса на 4 кг. Больная стала значительно более активной и работоспособной.

2. Д., 14 лет, поступила в клинику 1/XI-1949 г. Отмечается прекращение роста за последние 2—3 года. При поступлении рост — 111 см, т. е. соответствует 8-летнему возрасту, телосложение пропорциональное. Основ-

4. Врачебное дело.

ной обмен +8, вес 26 кг. На рентгенограмме основания черепа отмечается уменьшение размеров турецкого седла и уплощение его дна. На рентгенограмме трубчатых костей бедра окостенения и эпифизы трубчатых костей нормально выражены.

После курса тканевой терапии (3 подсадки консервированной кожи и 1 подсадка консервированной щитовидной железы) отмечается увеличение роста на 5 см за 5 месяцев. Мальчик начал хорошо и охотно учиться, весьма активен.

Следует также обратить внимание на то, что у ранее не менстурировавших больных (Г., 26 лет, П., 24 лет) после курса тканевой терапии установились нормальные месячные, увеличились грудные железы, появилась растительность в области лобка и подмышечных впадин. У больной У., 20 лет, также раньше не менстурировавшей, после каждой подсадки наблюдалось резкое набухание желез.

Тканевой терапии мы подвергли также 3 больных с недостаточностью щитовидной железы. Известно, что в большинстве случаев тиреоидная недостаточность устанавливается посредством систематического применения внутренних препаратов щитовидной железы. Однако в некоторых случаях такая терапия бывает недостаточной. Это побудило нас искать стимуляторы гормональных препаратов. В клинике проводилось испытание ряда средств (сочетание тиреоидина с другими органопрепаратами, с физическими методами лечения), но оно не дало положительных результатов. В поисках более активного стимулятора применяемых гормональных препаратов мы обратились к комбинированному применению при гипотиреозах органопрепаратов и тканевых препаратов. Во всех случаях выраженной тиреоидной недостаточности мы получили вполне удовлетворительный результат.

У больной Д., 38 лет, с тиреоидной микседемой и выраженным угнетением половой функции уже после первой подсадки консервированной кожи прием тех же доз тиреоидина дал заметное улучшение общего состояния. Больная стала более активной, проявляла живой интерес к окружающему, появилась блеск глаз, отеки подкожной клетчатки конечностей и лица стали исчезать. Основной обмен у нее повысился на 7%, месячные стали регулярными, более обильными. Такое действие продолжалось около 2 месяцев, затем больная снова явилась в клинику с просьбой повторить лечение. Подобный же эффект наблюдался у больной Х., 37 лет, также страдавшей тиреоидной микседемой. В случае недостаточности щитовидной железы у больной И., 14 лет, с явлениями деформирующего полиартрита на почве эндокринопатии длительно проводившееся лечение органопрепаратами не давало эффекта. Троекратная подсадка значительно изменила реактивность организма больной по отношению к органопрепарату. Стали исчезать явления тиреоидной недостаточности, установилась менстуральный цикл, движения в суставах совершались более свободно.

Особенно благоприятные результаты получены при тканевом лечении больных со склеродермией. Патогенез склеродермии не вполне ясен. Большинство современных авторов рассматривает это заболевание как результат расстройства функции эндокринно-вегетативной системы. Систематическое исследование эндокринной системы у больных со склеродермией позволяет определить у них недостаточность ряда желез внутренней секреции. У всех подвергнутых нами тканевой терапии больных со склеродермией наблюдалась недостаточность щитовидной железы, гипофиза, надпочечников. Исходя из этих данных проводилась органотерапия различными гормональными препаратами, но эффективность ее была весьма незначительна. Различные физические методы лечения, направленные на повышение функции системы желез внутренней секреции, не давали удовлетворительных результатов. После опубликования акад. Филатовым 4 случаев успешного тканевого лечения склеродермии и 1 случая Дембо мы применили в госпитальной терапевтической клинике этот метод к 5 больным в возрасте от 16 до 62 лет. У одной из больных были локальные поражения верхних конечностей и плечевого пояса, у 4 — разлитая склеродермия, распространяющаяся на конечности, грудь, живот и лицо. Длительность заболевания — от 1 года до 10 лет. Все применявшиеся на протяжении ряда лет у этих больных методы лечения (витаминотерапия, гормонотерапия, грязелечение) эффекта не давали.

Для подсадки мы брали препараты щитовидной железы, кожу, для инъекций — алоэ. Уже после одной-двух подсадок ткани и 10—15 инъекций алоэ кожа пораженных участков стала более мягкой, начала собираться в складки, появилась исчерченность кожи, уменьшились скованность движений и тугоподвижность суставов, угол сгибания в суставах увеличился на 15—20°. У двух больных, находившихся под нашим наблюдением более года, реидида и ухудшения не наблюдалось, несмотря на то, что повторное лечение не проводилось.

Полученные при целом ряде тяжелых эндокринных заболеваний благоприятные результаты от применения тканевой терапии, метода простого, общедоступного, уже широко внедренного в практику, позволяют нам привлекать внимание к использованию его при функциональных нарушениях эндокринной системы, трудно поддающихся гормональным и другим известным мето-

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Л. С. Джржава (Одесса)

Гинеколог. отд. (зав. — Ю. Т. Коваль) Одесского научно-исслед.

радио-рентген-онкологического института (дир. — доц. А. П. Кушнев)

Из всех воспалительных процессов в организме человека воспалительные процессы женской половой сферы стоят особняком. Они специфичны по своему течению. Острая фаза воспаления генитальной системы является многолетним хроническим процессом с частыми и тяжелыми обострениями. Хроническая фаза от рецидива до рецидива часто бывает без выраженных субъективных страданий, поэтому нередко больные не проводят нужного лечения. Все это в последующем усугубляет трудность терапии воспалительного процесса гениталей. Кроме того, что проявляется в виде аменореи, дисменореи, болезненных менструаций, аменорей и т. п.

Ободрающие результаты тканевой терапии по методу акад. В. П. Филатова при ряде заболеваний (рассасывающее или аналезирующее действие) побудили нас проверить ее лечебный эффект и на больных с воспалительными заболеваниями женской половой сферы. Такая проверка была оправдана еще и потому, что тканевая терапия, являясь простым и доступным методом, вполне отвечает запросам современной гинекологии.

Тканевая терапия нами применялась методом подсадки плацентарной ткани. Подсадочный материал мы получали из тканевой лаборатории офтальмологического института им. акад. Филатова. Пластины подвергались консервации 7—9 дней, после чего кусочки плаценты весом 2—3 г подсаживались в подкожно-жировую клетчатку передней брюшной стенки. Край раны фиксировался двумя шелковыми швами по Донати. На рану накладывалась сухая стерильная повязка. Швы снимались на 9—10-й день.

Подсадка плаценты сделана нами 173 больным с различными воспалительными заболеваниями, всего подсадок произведено 239. Заживление первичным натяжением отмечено в 218 случаях, вторичным — в 21. Позднее снятие швов обеспечивало максимальное всасывание внесенных с трансплантатом биостимуляторов. Воспалительная реакция в ране бывала, как правило, слабо местной, без особых общих явлений.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТРЕЩИНАХ СОСКОВ У РОДИЛЬНИЦ

Доц. И. И. Литвишко (Харьков)

Акуш.-гинеколог. клиника (зав. — проф. И. И. Грищенко) Харьковского мед. института (дир. — доц. И. Ф. Кононенко)

Трещины сосков являются порой серьезным осложнением периода лактации; иногда приходится переходить даже к искусственному вскармливанию ребенка. Трещина соска — это ворота для проникновения инфекции, для инфицирования молочной железы.

Частота этого заболевания достаточно велика: по данным Павловой (клиника Скробанского) — 55,3%, по Брауде, Строганову, Румянцеву и др. — от 11,2 до 40%.

По вопросу о профилактике трещин сосков литературные данные разноречивы, а порой диаметрально противоположны. Так, например, такие авторитеты, как Грудзев, Яшке, Гентер, Скробанский и Штекель, рекомендуют подготовку (правда, тоже разными способами) соски к кормлению еще во время беременности. Ряд других авторов — Крюгер, Павлова — не только не придает никакого значения этому фактору, но доказывает, что трещины сосков встречаются даже чаще там, где была проведена предварительная подготовка сосков.

Мы считаем, что соски нужно готовить, индивидуализируя каждый отдельный случай и направляя подготовку сосков по пути устранения всех причин, могущих способствовать образованию трещин при кормлении. Вторым этапом профилактики (после родов) должна быть организация правильного кормле-

ния. Однако применение тканевой терапии не должно исключать других методов лечения, так как, на наш взгляд, тканевая терапия не только стимулирует деятельность недостающих функционалирующих желез внутренней секреции, но также изменяет реактивность организма, делает его более чувствительным к орально- и гормонопрепаратам, вводимым извне.

Наблюдаемые нами случаи в основном относились к тяжелым, протекавшим с высокой температурой, значительными субъективными страданиями. Кроме того, у многих больных было отмечено расстройство менструально-овариальной функции (меноргии и дисменореи, бесплодие).

Среди наших больных самую большую группу составляли больные с воспалительными заболеваниями придатков (аднекситом — у 64, аднекситы — у 41, сальпингооофориты — у 19). В результате подсадки улучшение общего состояния наступало в среднем на 4-й день, исчезали боли, на 3—5-й день падала температура, в дальнейшем устанавливался менструально-овариальный цикл и появлялись другие признаки улучшения.

При пилосальпингитах тканевая терапия в большинстве случаев не давала заметного улучшения, однако воспалительные явления заметно уменьшались, а окружающие спайки рассасывались. В таких случаях тканевая терапия давала возможность переводить процессы из неоперабельных в операбельные.

У 2 больных, леченных по поводу воспаления околоматочной клетчатки, также получен хороший лечебный эффект.

При параметритах, одной из частых форм воспалительных процессов, трудно поддающихся консервативному лечению, тканевая терапия дает высокий процент выздоровлений.

Тканевая терапия первесооперитонитов дала положительный лечебный эффект в 91,3%.

Непосредственный исход лечения во всех наших 173 случаях следующий: выздоровление наступило в 20 случаях, неполное выздоровление — в 19, значительное улучшение — в 93, улучшение — в 31, значительное улучшение — в 5, результат не достигнут — в 5; ухудшения не было ни в одном случае.

Наш опыт показывает, что метод подсадки обеспечивает длительное благоприятное действие на болезненный очаг. Поэтому мы считаем возможным рекомендовать тканевую терапию как метод, дающий высокий терапевтический эффект при лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы.

Необходимо обследовать состояние груди и сосков, количество молока у матери, активность ребенка к сосанию. Исходя уже из этих данных, нужно инструктировать мать, как кормить ребенка, как вводить сосок в ротик ребенка, как поддерживать грудь, сколько времени держать ребенка у груди и пр. Наконец, необходимо прививать роженице навыки по уходу за руками, грудью до кормления и после. Учет всех факторов и несоразмерностей, постепенное систематическое устранение их во время пребывания роженицы в роддоме, наконец, в дальнейшем наблюдение консультанта позволяют не только резко снизить достаточно высокую частоту трещин сосков, но и значительно уменьшить количество маститов у кормящих женщин.

Лечению трещин сосков уделялось и уделяется огромное внимание. Несмотря на это, мы до сих пор не имеем еще надежных методов лечения этого страдания.

Занимаясь тканевой терапией по методу акад. Филатова воспалительных заболеваний женской половой сферы, мы решили выяснить влияние консервированной плаценты на заживление трещин сосков, учитывая, что в эксперименте на животных установлено благотворное влияние консервированной плаценты на заживление ран и при местном ее применении.