

изменения фагоцитарно-опсонического индекса (исследованного нами у 37 больных) с эффективностью терапии, мы получили данные, показывающие, что у 23 больных с различными поражениями нервной системы улучшение после применения тканевой терапии шло параллельно с увеличением фагоцитарно-опсонического индекса. Только в одном случае (остаточные явления перенесенного менинго-энцефалита) улучшение состояния больного не сопровождалось повышением этого индекса.

Из 4 больных с функциональными заболеваниями нервной системы фагоцитарно-опсонический индекс несколько увеличился только у одного больного.

Из остальных 9 больных у некоторых тканевая терапия не дала эффекта, а фагоцитарно-опсонический индекс не изменялся или даже несколько понижался.

Таким образом, в большинстве случаев терапевтический эффект при тканевой терапии сопровождается повышением фагоцитоза; поэтому фагоцитарно-опсонический индекс может быть рекомендован как один из объективных показателей эффективности тканевой терапии и целесообразности применения повторных подсадок.

При рассеянном склерозе, а также при остаточных явлениях полиомиэлита с давностью процесса в 5—6 лет тканевая терапия оказалась неэффективной. Неэффективным оказалось лечение и больных с паркинсонским синдромом в связи с сосудистым заболеванием головного мозга.

Ввиду недостаточности нашего материала мы считаем возможным ограничиться лишь предварительными выводами.

1. Весьма хороший терапевтический эффект после подсадки наблюдается при вторичных пояснично-крестцовых синдромах, связанных со спондилартритическими явлениями.

2. Хорошие результаты отмечаются при лечении остаточных явлений травмы головного и спинного мозга, протекающих как с явлениями выпадения (парезы, гипестезии), так и с явлениями раздражения (гиперкинезы, болевые феномены).

3. Лечение подсадкой ткани мало эффективно при рассеянном склерозе, при подкорковых синдромах сосудистого генеза, при полиомиэлите со значительной давностью заболевания, а также при неврозах.

4. Почти у всех больных при благоприятных терапевтических результатах отмечалось повышение фагоцитарно-опсонического индекса.

5. Фагоцитарно-опсонический индекс может быть рекомендован как один из показателей эффективности тканевой терапии.

Поступила 19.V.1952

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

А. Ф. Утев и В. В. Конкина

Мы применяем тканевую терапию с конца 1946 г. В 1947 г. мы пользовались тканями, приготовленными по методу Филатова, применяя консервированную плаценту и водный экстракт из нее. В 1948 г. мы начали пользоваться тканями, приготовленными по методу Краузе и, наконец, в 1951 г. были применены ткани, приготовленные по способу Румянцева.

В 1947 г. под нашим наблюдением находилось 55 больных: 25 с ночным энурезом, 10 — с заболеваниями периферической нервной системы, 6 — с «функциональными» и 4 с органическими заболеваниями нервной системы, 5 — с психогенной импотенцией, 3 — с эндокринными нарушениями и 2 — с эпилепсией.

Из 25 больных с недержанием мочи ночью (в возрасте 19—23 лет) только 5 человек раньше не лечились; неоднократное и разнообразное лечение у 20 больных было безрезультатным. 11 больным до подсадки вводился плацентарный экстракт (по 11—22 инъекций).

Всем 25 больным подсадка ткани производилась 1—3 раза. 5 больным, не леченным ранее, были назначены одновременно атропин и инстилляции ляписом.

В результате проведенного лечения у одного больного отмечено выздоровление (длительность наблюдений — 3 месяца), у 7 — улучшение (стали реже мочиться под себя), у остальных лечение оказалось неэффективным.

Следует отметить, что после подсадки почти все больные ощущали бодрость: улучшался аппетит, повышалось настроение и они настойчиво просили повторить подсадку.

Из 10 больных радикулитами и невралгиями только 2 раньше не лечились; остальные неоднократно подвергались физиотерапии. Давность заболевания — от 6 месяцев до 9 лет. 8 больных после одно- или двукратных подсадок на 2—7-й день отмечали уменьшение боли, улучшение общего самочувствия. Только у 2 больных подсадка не дала никакого эффекта.

Больные неврастенией — 6 женщин — до применения подсадок неоднократно подвергались медикаментозному лечению и физиотерапии, но без существенных результатов. После 1—2 подсадок 4 больных стали значительно спокойнее, прибавили в весе, у них появилось ощущение бодрости, улучшился аппетит и сон. У остальных 2 больных улучшение было менее выраженным.

Из 5 больных с органическими заболеваниями центральной нервной системы у 3 диагностирован паркинсонизм после эпидемического энцефалита и у 2 — рассеянный склероз.

У больных паркинсонизмом отмечалась выраженная скованность, амимия, гиперкинез, гиперсаливация. Давность заболевания — от 4 до 10 лет. После 2—3 подсадок наблюдалось уменьшение скованности: больные стали свободно одеваться, ходить, уменьшилась гиперсаливация, гиперкинез. Сами больные отмечали значительное улучшение самочувствия. Однако это улучшение сохранялось лишь в течение 1—3 месяцев.

У 2 больных с рассеянным склерозом субъективно наступило улучшение, но объективно в картине болезни изменений не произошло.

Из 3 больных (в возрасте 17—27 лет) со струмой 1—2-й степени и с легкими явлениями гипertiреоза улучшение после подсадки отмечено лишь у одного: уменьшилась потливость, сердцебиение, исчезло чувство жара и стеснения в груди; струма от подсадок не уменьшилась.

У 4 больных с психогенной импотенцией была применена одно-двухкратная подсадка в сочетании с 15—25 инъекциями плацентарного экстракта. Однако положительных результатов не отмечено.

Результаты применения нами тканевой терапии в 1947 г. представлены в табл. 1.

Таблица 1

Результаты применения тканевой терапии по способу Филатова

Заболевание	Общее число больных	Результаты лечения			
		выздоровление	улучшение	без изменения	ухудшение
Ночного энурез	25	1	12	12	—
Заболевание периферической нервной системы	10	1	7	2	—
„Функциональные заболевания“ нервной системы	6	—	5	—	—
Органические заболевания центральной нервной системы . .	5	—	3	2	—
Импотенция	4	—	1	3	—
Эндокринные нарушения	3	—	1	2	—
Эпилепсия	2	—	1	1	—
Всего . . .	55	2	31	22	—

Таким образом, наиболее благоприятные результаты применения подсадки отмечены в группе больных с «функциональными заболеваниями» нервной системы и у больных с заболеваниями периферической нервной системы. У остальных больных подсадка сказалась лишь в повышении общего тонуса, но не повлияла на самый патологический процесс.

В 1948 г. мы применили для подсадки у 173 больных ткани, приготовленные по методу Краузе. По заболеваниям больные распределялись следующим образом: у 51 больного диагностированы заболевания периферической нервной системы, у 43 — «функциональные» и у 14 — органические заболевания нервной системы, у 37 — энурез, у 13 — вегетативно-эндокринные нарушения, у 12 — импотенция и у 3 — эпилепсия.

Из 32 больных с пояснично-крестцовыми радикулитом и пояснично-крестцовой невралгией 29 ранее неоднократно получали диатермию, гальванизацию, ультрафиолетовое облучение, грязи и пр., причем у 7 человек улучшения не наступило; у остальных оно было лишь временным.

Больным этой группы было сделано от 1 до 5 подсадок. Все больные, за исключением 5 человек, на 2—7-й день после подсадки отмечали значительное улучшение: уменьшались или прекращались боли в пояснице, ногах, увеличивался объем движений в пояснице, улучшался аппетит, сон, появилось ощущение бодрости.

У 6 больных с параличом лицевого нерва давность заболевания колебалась от нескольких дней до 3 месяцев. Ранее они не лечились. Было проведено от 1 до 5 подсадок. Тканевая терапия сочеталась с физиотерапией и медикаментозным лечением. У 4 человек наступило выздоровление,

у 2 остались явления пареза. У больных с плекситами и невритами различных нервов отметим лишь, что, сочетая тканевую терапию с другими видами лечения, мы у 90% больных этой группы наблюдали более быстрое уменьшение болей.

Основную группу составляли больные (28 человек) с функциональными заболеваниями нервной системы. Давность заболевания колебалась от одного месяца до 7 лет. Больные жаловались на вспышчивость, раздражительность, плаксивость, плохой аппетит, нарушение сна, снижение работоспособности, памяти и др.

Всем больным было произведено от 1 до 5 подсадок. Из 28 больных только у 3 не наблюдалось улучшения. Остальные 25 больных после первой же подсадки отметили улучшение самочувствия, которое наступало в различные сроки (от 2 до 10 дней) и неуклонно прогрессировало: улучшалось настроение, появлялся аппетит, нормализовался сон; больные становились спокойнее, прибавляли в весе.

Из 37 больных с недержанием мочи ночью 35 человек ранее безуспешно лечились инъекциями стрихнина, атропином, получали различные физиотерапевтические процедуры. Больные мочились под себя от 2 до 10 раз в неделю.

Лечение 1—3 подсадками в сочетании с другими видами терапии не дало эффекта. Больные после подсадок отмечали бодрость, улучшение общего самочувствия, но на основное заболевание тканевой терапия существенного влияния не оказала. Только один больной из 37 перестал мочиться ночью под себя и 8 человек стали мочиться под себя реже.

В группе больных с органическими заболеваниями нервной системы было 5 больных с рассеянным склерозом, 3 — с остаточными явлениями травмы головного мозга, 3 — с церебральным и спинальным арахноидитом, 2 — с остаточными явлениями перенесенного полиомиэлита и один больной — с сирингомиэлией.

Тканевая терапия дала у ряда больных субъективное улучшение, но не оказала влияния на основное заболевание.

У 12 больных с импотенцией (в возрасте 25—50 лет и с давностью заболевания от 10 месяцев до 6 лет) 3 ранее лечились, но безрезультатно.

Таблица 2

Результаты применения тканевой терапии по способу Краузе

Заболевание	Общее число больных	Результаты лечения			
		выздоровление	улучшение	без изменения	ухудшение
Заболевания периферической нервной системы	51	15	30	6	—
Функциональные заболевания нервной системы	43	—	35	8	—
Органические заболевания центральной нервной системы . .	14		10	4	—
Энурез	37	1	8	28	—
Вегетативно-эндокринные нарушения . . .	13	2	10	1	—
Импотенция	12	2	3	7	—
Эпилепсия	3	—	2	1	—
Всего . . .	173	20	98	55	—

у 7 больных импотенция развилась в связи с психической травмой, у остальных 5 — в связи с переутомлением.

После проведения тканевой терапии у последней группы отмечено улучшение; 2 считали себя вполне выздоровевшими. У больных с психогенной импотенцией тканевая терапия улучшения не дала.

Заключений в отношении больных эпилепсией мы не делаем, так как число наблюдений здесь недостаточно.

Результаты применения нами тканевой терапии в 1948 г. представлены в табл. 2.

В 1951 г. мы пользовались тканями, приготовленными по способу Румянцева (56 больных). Результаты лечения приведены в табл. 3.

Таблица 3

Результаты применения тканевой терапии по способу Румянцева

Заболевание	Общее число больных	Число подсадок	Ткань		Результаты лечения		
			селе-зенка	яичко	выздоравление	улучше-ние	без из-менения
Заболевания периферической нервной системы	19	20	17	3	3	7	9
Функциональные заболевания нервной системы . .	16	24	18	6	—	10	6
Органические заболевания центральной нервной системы	8	12	12	—	—	—	8
Энурез	8	11	11	—	—	3	5
Вегетативно-эндокринные нарушения	1	1	1	—	—	—	1
Импотенция	1	3	—	3	—	1	—
Эпилепсия	3	4	4	—	—	—	3
Всего . . .	56	75	63	12	3	21	32

Тканевая терапия не являлась у нас единственным методом лечения и оценка эффективности ее может быть сравнительно (в сопоставлении с теми группами больных, где в комплекс лечебных мероприятий тканевая терапия не входила) показана в табл. 4.

Таблица 4

Сравнительная оценка результатов тканевой терапии

Способ тканевой терапии	Результаты лечения (в % к общему числу больных)		
	выздоровление	улучшение	без изменений
По Филатову	3,6	56,4	40,0
По Краузе	11,5	56,5	32,0
По Румянцеву	5,3	37,6	57,1

Данные этой таблицы показывают, что ткани Филатова с их «биогенными стимуляторами» и «мертвые» ткани Краузе, и «подкормленные» ткани Румянцева при нервных заболеваниях действуют достаточно эффективно.

Поступила 6.XII.1952

П. И. УСПЕНСКИЙ — ВЫДАЮЩИЙСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕВРОПАТОЛОГИИ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ
XIX ВЕКА

(К 60-летию со дня смерти)

Г. В. Архангельский

Петр Иванович Успенский был одним из первых врачей, специализировавшихся по невропатологии, которые использовали идеи И. М. Сеченова для раскрытия патогенеза нервных болезней человека.

Успенский родился 27.VII.1837 г. в г. Телцецк; по окончании Тверской семинарии он отправился в Петербург, где в 1862 г. окончил с золотой медалью Медико-хирургическую академию и по личному представлению С. П. Боткина был оставлен при его клинике в качестве ординатора. В 1866 г. он защитил диссертацию на степень доктора медицины „Ataxie, locomotorice progressive”. С 1863 г. П. И. Успенский по вечерам два раза в неделю принимал больных по нервным болезням. В 1868 г. он был избран приват-доцентом курса нервной патологии и электротерапии. В 1870 г. П. И. Успенский был командирован за границу; вернувшись через год, он до самой смерти (1893) вел приват-доцентский курс нервных болезней и электротерапии при кафедре, руководимой С. П. Боткиным. Одновременно он консультировал в больницах при общинах святого Георгия, святой Ольги, в Максимилиановской больнице.

Первые научные работы П. И. Успенского посвящены патологии спинного мозга¹. В работе «К патологии спинного мозга», оформленной в виде 5 статей, описываются два случая: 1) отравление мышьяком, 2) жировая атрофия мышц, развивающаяся, по мнению П. И. Успенского, после травмы спинного мозга. На основании анализа этих наблюдений П. И. Успенский приходит к выводу, что патологический процесс в этих случаях распространяется не только на задние и передние столбы спинного мозга, но и на передние корешки. Таким образом, П. И. Успенский был одним из первых невропатологов, изучавших изменения корешков при различных нарушениях со стороны нервной системы. В третьей статье работы «К патологии спинного мозга» П. И. Успенский определяет, он высказывает мысль о наличии в коже пяти ощущений: осознания, боли, щекотания, температуры и чувства давления, считая, что для каждого из этих чувств существуют особые нервные веточки.

В том же году П. И. Успенский опубликовал замечательную работу «К патологии головного мозга».

Свой труд П. И. Успенский начинает следующими словами: «Знаменитое открытие центров, задерживающих рефлексы в головном мозгу лягушки, сделанное профессором И. М. Сеченовым, возбудило живейший спор о том, существуют ли подобные центры у человека» (стр. 415). П. И. Успенский приводит ряд наблюдений над больными, которые, по его мнению, доказывают наличие в головном мозгу человека центров, задерживающих рефлексы. У одного из описанных им больных наблюдался паралич правой половины тела с ослаблением чувствительности в этой половине после кровоизлияния в головной мозг. Рефлексы на парализованной стороне были повышенны, а ощущение температуры понижено по сравнению с непарализованной половиной тела.

«Разбирая этого больного,— писал П. И. Успенский,— проф. С. П. Боткин, первый после открытия проф. Сеченова, обратил внимание своих слушателей на следующее весьма любопытное явление у этого больного, именно при постукивании различных мест на туловище всегда выывается сокращение тех или других мышц в парализованной половине тела, но не в здоровой» (стр. 416). При подробном исследовании данного больного П. И. Успенский установил, что у него всегда сокращались mm. deltoideus, lev. scapul. и triceps. С. П. Боткин высказал мнение, что эти сокращения имеют рефлекторное происхождение. Некоторые из присутствующих врачей стали ему возражать, говоря, что это механическое сокращение или местные мышечные сокращения. П. И. Успенский подчеркивает в статье несостоятельность этих возражений. По мнению С. П. Боткина и П. И. Успенского, усиление рефлексов (повышенное сокращение мышц) объясняется поражением центров головного мозга, «которые препятствуют

¹ В настоящей статье рассматриваются работы только по невропатологии. Исследования по физиологии и фармакологии должны быть подвергнуты разбору физиолога (Г. А.).