

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Канд. мед. наук В. П. Михедко и ординатор Н. Н. Рылова

Акушерско-гинекологическая клиника (зав. проф. Д. Е. Шмундак)
Харьковского медицинского института (директор доц. И. Ф. Кононенко)

Имплантация консервированных тканей с лечебной целью, как новый метод неспецифической терапии, разработанный акад. Филатовым и его школой, за последнее время привлекает внимание клиницистов многих специальностей. Ряд авторов занимается изучением этого вопроса. Тканевая терапия вошла в практику многих лечебных учреждений и заслужила признание эффективного терапевтического метода. Хирурги, широко пользующиеся этим методом, главным образом при лечении незаживающих ран и язв и вяло гранулирующих ран, а также с целью ускорения рассасывания неподвижных рубцов, единодушно подчеркивают мощное стимулирующее действие этого сравнительно нового метода лечения. Краузе ввел термин „подсадка тканей“ в отличие от „пересадки тканей“ — трансплантации, которая имеет целью приживление пересаженной ткани. В качестве тканей для подсадок употребляют кожу, плодные оболочки, плаценту, грыжевой мешок, сальник.

В настоящее время, кроме консервации тканей по Филатову, применяют химическую их обработку хлорацидом по Краузе и получают не менее хорошие результаты.

В гинекологии, как и в других областях медицины, применяется подсадка тканей с лечебной целью.

Еще Филатов, делая подсадки кожи по поводу различных заболеваний, наблюдал попутно их влияние на менструальную функцию. Так, у женщины 49 лет со склеродермией, у которой менструации отсутствовали в течение 9 лет, они снова регулярно появлялись четыре раза. У иных женщин исчезали явления дисменорреи.

Ровинская произвела 36 подсадок кожи 34 больным с тяжелыми воспалительными изменениями придатков матки и тазовой брюшины с давностью заболевания от 2 до 18 лет. Объективно констатировались воспалительные опухоли придатков величиной от куриного яйца до головы взрослого человека. До применения тканевой терапии больные лечились различными способами

и, в большинстве случаев, безрезультатно. Автор отмечала выздоровление в 44,2%, значительное улучшение — в 35,4%, улучшение — в 14,8%, эффекта не было в 5,6%. Ухудшение не отмечалось ни разу.

Живатов производил имплантацию плаценты под кожу живота, а также под слизистую оболочку влагалища. Под наблюдением было 36 больных с различными воспалительными процессами придатков матки. Автор получил почти во всех случаях значительный успех.

Даниахий применяла оболочки, обработанные по Краузе 2%-ным раствором хлорацида и предварительно отмытые в течение 10 мин. в стерильном физиологическом растворе. Подсадки производились в подкожную клетчатку под грудной железой. Боли в области пораженного очага уменьшались на второй-третий день, а затем и вовсе исчезали. Подсадка производилась в подострой стадии заболевания только тем больным, у которых имелись в малом тазу обширные плотные инфильтраты воспалительного происхождения, не поддававшиеся обычным методам лечения в течение двух-трех недель (первая группа). Тканевой терапии подвергались также больные с хроническими спаечными процессами, у которых, при отсутствии больших анатомических изменений, отмечались в основном боли и аномалии менструального цикла (вторая группа). Всего наблюдалось 40 больных первой группы и 10 больных второй группы. Полностью рассасывались экссудативные пельвеоперитониты, какой бы давности они ни были. Гораздо медленнее рассасывались параметриты. У больных второй группы исчезли боли и восстановился овариально-менструальный цикл.

Нехаева при лечении гинекологических воспалительных заболеваний пользовалась подсадками консервированной автоклавированной плаценты (3—3,5 г) в подкожную клетчатку живота. Из 60 больных, подвергшихся тканевой терапии, у 34 наблюдалось клиническое выздоровление, у 15 — значительное улучшение, у 9 — улучшение, у двух больных состояние болезни осталось без изменения. Автор отмечает у больных быстрое прекращение болей внизу живота и в крестцово-поясничной области.

Голигорский применил тканевую терапию в 20 случаях каузалгии, причем у 12 больных боли совершенно исчезли, а у 6 уменьшилась их интенсивность.

Филатов считает, что имплантировать ткань вблизи пораженного очага нет необходимости. Однако этот вопрос нельзя считать окончательно решенным. По Пионтковскому, при каждой травме тканей образуются продукты тканевого распада, обладающие высокой биологической активностью, которые повышают местную реактивность клеток. Это привело его к мысли, что нанесение повреждения вблизи пораженного очага повысит реактивную способность тканей.

Производя очередную пересадку эпидермального лоскута

трем больным после неоднократных безуспешных пересадок кожи по Тиршу, Пионтковский сделал вблизи от раны линейный разрез кожи и подкожной клетчатки с последующим его зашиванием. Во всех трех случаях был получен поразительный успех — трансплантат полностью прижил.

Хавкин неоднократно наблюдал интересный факт: при иссечении одной из двух имевшихся ран на бедре, другая рана, неиссеченная, заживала почти одновременно с первой.

Наблюдения Пионтковского и Хавкина приводят к мысли, что следует имплантировать ткань по возможности ближе к пораженному очагу. Указанные соображения заставили нас остановить свой выбор для места подсадок на передней брюшной стенке в *regio inguinalis* на стороне пораженных воспалительным процессом придатков матки. Мы применяли для подсадок плаценту, приготовленную по методу проф. Харченко.

Техника операции сводилась к следующему: под местной анестезией (0,5%-ный раствор новокаина) производился продольный разрез длиной 1 см; в нижнем углу раны, в предварительно сделанный скальпелем карман между кожей и подкожной жировой клетчаткой анатомическим пинцетом вводились кусочки сухой плаценты, размоченные в течение 10 мин. в теплом стерильном физиологическом растворе. На кожу накладывались одна-две скобки. На каждую подсадку мы расходовали 0,1 г сухой плаценты.

На месте подсадки в большинстве случаев в течение нескольких дней наблюдалась небольшая местная реакция: покраснение кожи, припухлость и болезненность. Изредка отмечалась также небольшая общая реакция, проявлявшаяся в незначительном повышении температуры (на несколько десятых градуса) и общем недомогании.

В некоторых случаях, на что указывает и Филатов, при подсадке плаценты на месте прошедшего слипания краев разреза на 7—8-й день появляется отверстие и из него выделяется субстрат кофейного цвета без нагноения. О таком же просачивании упоминает и Даниахий, пользовавшаяся подсадками оболочек, обработанных по Краузе. Мы наблюдали указанное явление семь раз в начале нашей работы, в период выработки техники, и пришли к заключению, что просачивание субстрата зависит от времени снятия швов или скобок, а между тем этому вопросу уделено недостаточно внимания в литературе по тканевой терапии. Филатов рекомендует снимать швы на 6—7-й день. Даниахий снимает кожный шов на 12-й день. В первое время мы снимали скобки на 6—7-й день, а затем начали это делать по истечении 4 суток. С тех пор просачивание субстрата наблюдалось как исключение, и явления местной реакции были выражены слабее. Если просачивание и наблюдается, то эффективность подсадки от этого не уменьшается. Нагноение отмечалось в четырех случаях.

В течение 1½ лет нам удалось отобрать для тканевой терапии 65 больных, из них 61 с воспалительными процессами придатков матки, тазовой брюшины и клетчатки (табл. 1). Все эти больные поступили в клинику с обострением бывшего у них воспалительного процесса. При остром воспалении непосредственных результатов от подсадок, хотя бы уменьшения болей, мы не наблюдали и вынуждены были прибегнуть к обычной симптоматической терапии. Случаи эти нами не описаны.

Таблица 1. Распределение больных по заболеваниям

Заболевание	Число больных
Воспалительная опухоль придатков	19
Аднексит	35
Перипараметрит	4
Параметрит	3
Вторичная аменорея	3
Гиперантефлексия	1
Всего	65

Величина опухолей придатков колебалась от размеров куриного яйца до размеров мужского кулака, причем в большинстве случаев опухоли были окутаны плотными периметритическими сращениями и не обладали подвижностью.

Для выяснения этиологии заболевания мы пользовались анамнезом, объективными данными, бактериоскопическими исследованиями мазков, а также внутрикожным введением поливакцин по Бурлакову.

У 13 человек заболевание явилось следствием перенесенной ранее гонорреейной инфекции, у 11 причиной был аборт (в четырех случаях аборт произведен по медицинским показаниям), у троих заболевание связано с родами и одна больная поступила в клинику с перипараметритом после лапаротомии, произведенной 2 месяца тому назад по поводу кистомы яичника.

Одна из больных со вторичной аменореей семилетней давности считает причиной заболевания попытку прервать беременность приемом внутрь больших количеств акрихина, которые вызвали явления общего отравления. У остальных больных этиология заболевания осталась неясной.

Давность заболевания у наших больных колебалась от 2 месяцев до 20 лет (табл. 2).

Все наши больные жаловались на боли внизу живота и в крестцово-поясничной области, у многих отмечалось нарушение менструальной функции, бели, болезненный coitus. У части больных наблюдались повышение температуры, общая слабость, понижение аппетита, нарушения функции кишечника (чаще

Таблица 2. Распределение больных по давности заболевания

Давность заболевания	Количество случаев
От 2 мес. до 1 г.	39
„ 1 г. до 2 лет	9
„ 4 л. „ 6 „	8
„ 7 „ „ 9 „	6
„ 18 „ „ 20 „	3

запоры). Большинству больных до тканевой терапии применялись разнообразные методы лечения.

Мы проводили клинические наблюдения; кроме того, изучались лейкоцитарная формула, реакция оседания эритроцитов и функциональное состояние ретикулоэндотелиальной системы путем определения коэффициента кожной пробы с трипановой синью.

Во всех случаях, кроме двух, уже на второй-третий день после подсадки больные отмечали уменьшение болей, а через 5—6 дней полное их исчезновение. Таким образом, мы можем подтвердить высказываемое авторами мнение о болеутоляющем действии тканевой терапии.

Через 10—12 дней при объективном исследовании можно было установить наличие четких контуров опухоли, исследование в большинстве случаев было уже безболезненным или имелась еще небольшая болезненность, опухоли становились плотными наощупь, однако в течение этого срока в размерах не уменьшались. В последующие 10 дней, даже если вторичная подсадка и не производилась, при наличии периметритических сращений придатки и матка становились более подвижными, опухоли уменьшались в размерах, но очень незначительно. В течение 20—25 дней мы ни разу не наблюдали полного рассасывания опухоли. Инфильтрат в параметрии делался только плотным и безболезненным, но величина его не изменялась. Больная с гиперантефлексией страдала дисменореей. После двух подсадок менструации у этой больной прошли безболезненно.

Известно, что для течения воспалительного процесса большое значение имеет состояние общей и местной реактивности организма. Эта реактивность, по Богомольцу, обусловливается в большой мере состоянием физиологической системы соединительной ткани. Исходя из предпосылок, что имплантируемая ткань является физиологическим стимулятором для организма, можно допускать, что под влиянием подсадок должны происходить сдвиги в этой системе.

Тестом, дающим представление о функциональном состоянии физиологической системы соединительной ткани, может

служить кожная проба с трипановой синью. Мы производили эту пробу до начала тканевой терапии и при выписке больной из клиники и получили следующие данные: повышение коэффициента кожной пробы наблюдалось в 59 случаях, в двух случаях он остался без изменений и в четырех случаях отмечалось его уменьшение. Таким образом, в большинстве случаев коэффициент кожной пробы увеличивался, что указывает на стимуляцию физиологической системы соединительной ткани. Из четырех случаев, в которых наблюдалось уменьшение коэффициента, в двух тканевая терапия эффекта не дала.

Исследования крови производились при поступлении больной в клинику, а затем через 8—9 дней после подсадки. В течение первых 10 дней изменения в крови были очень незначительны, но все же при наличии лейкоцитоза количество нейтрофилов несколько уменьшалось, при лейкопении — несколько увеличивалось. В последующие 10 дней уже можно было наблюдать более значительную разницу. Если при поступлении в клинику у больной наблюдался сдвиг лейкоцитарной формулы белой крови влево, то по истечении указанного срока этот сдвиг выравнивался. Большинство авторов указывает на увеличение числа моноцитов под влиянием тканевой терапии. Мы этого подтвердить не можем, так как каких-либо определенных сдвигов нам заметить не удалось.

РОЭ при поступлении больных в клинику была в большинстве случаев резко ускорена: у 9 больных она была от 15 до 20 мм по Панченкову, у 14 — от 20 до 30 мм, у 18 — от 30 до 40 мм, у 24 больных свыше 40 мм. Заметное замедление реакции наблюдалось в течение второй декады. У тех больных, у которых реакция оседания эритроцитов при поступлении была в пределах нормы или даже несколько замедлена, после применения тканевой терапии она оставалась без изменения либо наблюдалось незначительное ускорение.

Среднее количество койко-дней на больную у нас составляло 23,8. Ввиду того, что в течение этого сравнительно небольшого срока полного клинического выздоровления не достигалось, а между тем больная не нуждалась в стационарном лечении, дальнейшие подсадки мы производили амбулаторно в клинике и получили значительно лучшие результаты (табл. 3).

Из 65 больных 22 была произведена одна подсадка, 19 — две, 16 — три и 8 — четыре. Повторные подсадки мы производили в большинстве случаев через 10—12 дней, а иногда через 15—17 дней, в зависимости от интенсивности рассасывания имплантированной ткани.

Все больные выписались из клиники с нормальной температурой, в удовлетворительном состоянии, а между тем у многих из них при поступлении была повышенная температура и нарушено общее состояние; у всех больных исчезли боли. Таким образом, казалось бы, все случаи следует отнести в графу

Таблица 3. Результаты лечения в зависимости от количества подсадок

Число больных	Количество подсадок	Клиническое выздоровление	Значительное улучшение	Улучшение	Без изменений
22	1	—	2	15	5
19	2	—	13	4	2
16	3	2	6	5	3 (аменоррея)
8	4	5	2	1	—
Всего 65	10	7	23	25	10

„улучшение“. Исключение должны составлять только три больных со стойкой вторичной аменорреей давностью от 7 до 9 лет, причем у двух из этих больных матка значительно уменьшена в размерах по сравнению с нормальной. У этих больных тканевая терапия (трехкратная подсадка) и одновременное применение половых гормонов улучшения не вызвали.

Мы приняли за основу оценки результатов лечения исключительно данные объективного исследования. В графу „клиническое выздоровление“ мы отнесли только те случаи, в которых в результате лечения полностью исчезли воспалительные изменения пораженных органов.

Эту группу составляют семь больных с давностью заболевания от двух месяцев до одного года. У пяти больных заболевание наступило в результате аборта. В одном случае причиной заболевания являлась гонорреальная инфекция. У последней больной из этой группы установить этиологию заболевания не удалось; больная связывает начало заболевания с охлаждением ног. В тех случаях, когда наблюдалось значительное улучшение, мы отмечали достаточно ощутимое уменьшение воспалительных опухолей и инфильтратов, а также появление их подвижности. Графа „улучшение“ отражает те случаи, когда болезненность при исследовании уже отсутствовала, контуры опухоли или увеличенных придатков были четкими, консистенция их становилась плотной, но уменьшения не отмечалось. Наилучший эффект наблюдался в группе больных, которые страдали болями при отсутствии больших анатомических изменений со стороны половых органов. У одной больной с перипараметритом тканевая терапия не дала эффекта, в дальнейшем развился нагноительный процесс и пришлось прибегнуть к хирургическому вмешательству (колопотомия). Две больные с двусторонними аднекситами, которые выписались с улучшением, поступили в клинику снова (одна — через 5 месяцев, другая — через 11 месяцев) с рецидивом заболевания. У пяти больных с воспалительными опухолями придатков и обширными сращениями не было получено эффекта от тканевой терапии.

Эти больные в дальнейшем получили курс лечения физическими методами (кварц и диатермия), после чего отмечалось значительное улучшение. Правда, эти данные настолько немногочисленны, что не позволяют сделать какие-либо выводы, однако можно считать вполне целесообразным применение наряду с тканевой терапией физических методов лечения.

На основании наших наблюдений мы приходим к заключению, что метод тканевой терапии—подсадки сухой плаценты—может быть рекомендован при лечении воспалительных гинекологических заболеваний наряду с другими методами неспецифической терапии. При длительном применении он дает хороший терапевтический эффект. Необходимо продолжать изучение этого метода и, что особенно важно, выработать показания и противопоказания к нему.

Сухая плацента является особенно удобным материалом для подсадок, так как представляет собой уже готовую стерильную ткань, запаянную в ампулах и годную в любой момент для подсадки. Она приобретает особо важное значение для амбулаторной практики. При хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы, когда больные не нуждаются в стационарном лечении, применение сухой плаценты дает возможность производить амбулаторно многократные подсадки. Очень важно, что это можно делать на протяжении большого отрезка времени без отрыва больной от постоянной работы до полного ее излечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УМБИГЕМА В ДЕРМАТОЛОГИИ

Проф. И. С. Попов и З. С. Бондарь

Дерматологическая клиника (зав. проф. И. С. Попов) и кафедра фармакологии (зав. проф. Н. С. Харченко) Харьковского медицинского института (директор доц. И. Ф. Кононенко)

Тканевая терапия нашла применение при многих заболеваниях, как неспецифический лечебный метод, обладающий общим стимулирующим воздействием на организм. В литературе отмечена также эффективность тканевой терапии и при некоторых кожных заболеваниях. Так, В. П. Филатов сообщает о благоприятном влиянии тканевой терапии на волчаночный туберкулез кожи, болезнь Боровского, проказу, фурункулез, акнэ обычное, склеродермию, псориаз, нейродермит, кожный рак. Румянцев (1950) отмечает хорошие результаты тканевой терапии консервированными органами молодых животных при волчаночном туберкулезе кожи, при экземе, акнэ обычном, пигментациях кожи лица.

Но одновременно в литературе отмечены и неуспехи при тканевой терапии кожных заболеваний. Так, Елкин (1947) лишь в части случаев наблюдал улучшение от тканевой терапии при волчаночном туберкулезе кожи консервированной кожей; отмечены также и случаи ухудшения. При лечении туберкулезной волчанки и красной волчанки внутримышечными инъекциями экстракта алоэ и плаценты Елкин не отмечал положительных результатов.

Колбошина (1947) применяла при псориазе тканевую терапию в виде пересадки кожи и внутримышечных инъекций экстракта плаценты. При использовании первого метода отмечены случаи улучшения этой болезни. Но при внутримышечных впрыскиваниях экстракта плаценты положительные результаты не наблюдались. Козин изучал влияние подсадок сухой плаценты и инъекций плацентина при ряде кожных заболеваний, в том числе при волчаночном туберкулезе. Отмечено некоторое временное улучшение при некоторых дерматозах. Но в общем результаты были в большинстве случаев неутешительными.

Профессор Н. С. Харченко в 1948 году предложил новый тканевой препарат — умбигем, представляющий собой спиртно-