

Мы подвергли лечению по методике Румянцева 44 больных красной волчанкой; из них женщин было 33, мужчин—11. Стационарно лечилось 7 больных, амбулаторно — 37. Давность заболевания была различной: до года были больны 6 человек, остальные — от года до 15 лет и больше.

Клинически наших больных можно разделить на две группы: 1) 8 больных с поверхностной формой красной волчанки, с преобладанием эритемы, небольшой инфильтрации, без гиперкератоза; 2) 36 больных с дискоидной формой, с выраженным гиперкератозом, с плотно сидящими чешуйками. У больных первой группы процесс был свежий, у больных второй группы — хронический. У всех 44 больных процесс локализовался на лице. У некоторых из них, помимо лица, была поражена волосистая часть головы, кожа ушных раковин, конечностей и туловища.

Мы применяли методику Румянцева, согласно существующей инструкции. По одной подсадке гетерогенной ткани получило 7 больных, по две подсадки — 17 больных, по три — 14 больных, по четыре — 6 больных. Подсадки делались с интервалами в 1—2 месяца. Из 110 подсадок в 60 была применена ткань семенника животных. Не получив успеха при подсадке одной ткани семенника, мы в 41 случае применяли одновременно две ткани — семенника и селезенки. В противоположность Румянцеву, мы не отмечали обострения очагов красной волчанки после подсадок селезенки. В шести подсадках была применена ткань человеческой плаценты, в трех подсадках — трупная кожа человека.

У 10 больных из 44 наблюдалась по одному разу нагноение и секвестрация подсаженной ткани. Последующие подсадки у этих больных протекали хорошо, и операционная рана заживала первичным натяжением. Нагноение и секвестрацию трансплантата мы наблюдали лишь в начале нашей работы, когда еще не полностью овладели операционной техникой.

Больные обычно переносили подсадки хорошо — у них отмечалось бодрое настроение. У части больных в день подсадки и в ближайшие дни после нее температура повышалась до 37,5—38°, но вскоре приходила в норму. Со стороны крови и мочи мы никаких патологических отклонений не наблюдали и лишь у некоторых больных отмечали небольшое ускорение РОЭ. Не видели мы изменений ни со стороны легких (больных с активным туберкулезом легких мы не брали для лечения), ни со стороны периферических лимфатических узлов. Общее самочувствие наших больных оставалось хорошим, а стационарные больные даже прибавляли в весе.

Что касается терапевтического эффекта, то из 44 больных клиническое выздоровление было отмечено у 6, значительное улучшение — у 5, незначительное улучшение — у 8, отсутствие эффекта — у 25. При этом следует обратить внимание на два обстоятельства: 1) клиническое выздоровление было получено лишь у больных с поверхностной формой красной волчанки, при отсутствии гиперкератоза, с небольшой давностью заболевания: до полугода — у 3 больных, до года — у одной больной, до 2 лет — у 2 больных; 2) клиническое выздоровление было весьма нестойким: из 6 больных рецидивы наступили у пяти в сроки от 1½ до 6 месяцев, одна больная исчезла из-под наблюдения.

17 больных с незначительным улучшением или отсутствием эффекта после тканевой терапии были переведены на лечение кризанолом. Последний оказал благоприятный эффект, ничем не отличавшийся от такового у больных, не получавших предварительно тканевой терапии.

Таким образом, тканевая терапия в виде подсадок гетерогенных тканей оказалась в известной мере эффективной лишь при поверхностной форме красной волчанки (типа центробежной эритемы) и при отсутствии гиперкератоза. Из этого, однако, не следует, что указанный метод лечения должен быть отвергнут. Акад. Филатов совершенно прав, когда пишет: «Как бы успешно ни входила в практику тканевая терапия, нель-

зя считать, что все стороны этого нового метода лечения полностью разработаны. Еще много надо поработать, чтобы довести тканевую терапию до высшей степени ее развития».

Помимо красной волчанки, мы решили испытать тканевую терапию по методике Румянцева также при папуло-некротическом туберкулиде и уплотненной эритеме. Всего нами было взято на лечение 15 амбулаторных больных: с папуло-некротическим туберкулидом — 6, с уплотненной эритемой — 4, с обеими указанными формами — 5. Давность процесса была различной — от 1 года до 10 лет. Из 15 больных 13 получили по две подсадки гетерогенной ткани, 2 больных — по одной подсадке. Все 15 больных вместе получили 28 подсадок: 10 подсадок ткани семенника, 11 подсадок одновременно ткани семенника и селезенки, 7 подсадок человеческой плаценты. Подсадки делались обычно с промежутком в один месяц, реже — в 1½ месяца. Нагноения и секвестрации подсаженной ткани не наблюдалось ни разу. Общее самочувствие больных после подсадок было хорошим. Как и при красной волчанке, мы не видели изменений со стороны легких и лимфатических узлов.

Из 6 больных папуло-некротическим туберкулидом клиническое выздоровление было отмечено у одного, значительное улучшение — у трех, отсутствие эффекта — у двух. Особенно благоприятный результат был получен у 4 больных с уплотненной эритемой — у всех отмечено значительное улучшение процесса. Наконец, из 5 больных, страдавших папуло-некротическим туберкулидом и уплотненной эритемой, у двух было отмечено клиническое выздоровление, у двух — значительное и у одного — незначительное улучшение. Если объединить все три вышеуказанные группы больных, что составит 15 человек, то клиническое выздоровление было отмечено у трех, значительное улучшение — у девяти, незначительное улучшение — у одного, отсутствие эффекта — у двух.

Приведенные данные хотя и малочисленны, но тем не менее дают известное основание утверждать, что тканевая терапия в виде подсадок гетерогенных тканей по методике Румянцева дает некоторый эффект при поверхностной форме красной волчанки и значительный эффект при уплотненной эритеме и папуло-некротическом туберкулиде. Тканевая терапия обогащает арсенал наших средств в отношении этих заболеваний. Необходимо дальнейшее изучение затронутого вопроса.

## К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДСАДКОЙ КОНСЕРВИРОВАННОЙ ТКАНИ

В. Д. Макеев (Кронштадт)

Мы поставили перед собой задачу изучить эффективность тканевой терапии ряда кожных заболеваний (псориаз, экзема, акне, невродермит, хроническая пиодермия, красная волчанка) у возможно большего количества больных, состоявших у нас под длительным наблюдением. Работа была начата в апреле 1950 г. Материалом для подсадки служила оболочка плаценты (467 подсадок) и различные ткани молодого крупного рогатого скота (135 подсадок), половые железы, щитовидная железа, надпочечник. Ткани консервировались и обрабатывались по методу Г. Е. Румянцева. Кусочек ткани весом в 3—5 г подсаживался под кожу боковой поверхности грудной клетки по средней подмышечной линии на уровне VIII—IX ребра. Под местной анестезией 0,5% раствором новокаина производился небольшой разрез с последующим наложением двух

Таблица

Наименование заболевания	Количество больных	Количество садочных подсадок	Из них				улучшение
			выздоровление	значительное улучшение	улучшение	без изменений	
Псориаз . . . . .	59	128	—	3	5	44	7
Экземы:							
истинные . . . . .	32	64	—	4	7	20	1
микробные . . . . .	48	92	—	2	3	40	3
микотические . . . . .	18	27	—	—	—	18	—
Обычные угри . . . . .	102	234	—	3	14	85	—
Хроническая пиодермия	18	39	2	—	3	13	—
Невродермит . . . . .	4	11	—	—	—	4	—
Красная волчанка . . . . .	3	7	—	—	1	2	—
<b>Итого . . . . .</b>	<b>284</b>	<b>602</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>33</b>	<b>226</b>	<b>11</b>

При псориазе обострение процесса наступало как в прогрессивной, так и в стационарной стадии, при экземе — чаще в острой стадии.

Наша работа безусловно не может считаться законченной. Изучение метода тканевой терапии при лечении кожных заболеваний должно продолжаться как в отношении выбора подсадочной ткани, так и в отношении воздействия последней на организм больного человека.

## К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Э. С. Раскина

Из Ленинградского научно-исследовательского туберкулезного института  
(дир. А. Д. Семенов)

В дерматологической литературе имеются весьма разноречивые теории этиопатогенеза острой красной волчанки, причем большинство авторов отказалось от признания не только острой, но и хронической красной волчанки к туберкулезу кожи.

Между хронической и острой красной волчанкой имеется сходство как в локализации и течении кожных поражений, так и в патологической гистологии последних. Кроме того, острая красная волчанка иногда развивается как обострение хронической формы. Близость обеих форм красной волчанки дает основание рассматривать их как проявления одного страдания и искать в их основе единый патогенетический механизм.

Попытка нового подхода к объяснению патогенеза красной волчанки была сделана Бортняевым и Чиркиной, описавшими больную, страдавшую хронической красной волчанкой 1½ года. Наступившее за 10 дней до смерти обострение болезни сопровождалось клиникой сепсиса. На вскрытии была обнаружена септикопиемия. Авторы предложили искать объяснение происхождения поражений кожи в изменении солнечного сплетения, где ими были обнаружены отчетливые атрофические и дегенеративные изменения. Давыдовский исследовал нервную систему в случае симметричного воспаления кожи лица при сепсисе. Гистологические изменения кожи напоминали то, что встречается и при острой красной волчанке (острый дерматит, гиперкератоз). При подробном исследовании нервной системы максимальные поражения были обна-

щелковых швов. Операция почти всегда протекала с первичным натяжением раны. Швы снимались на 8-й день. В 2% наблюдалось нагноение и секвестрация подсадочного материала. Подсадки проводились стационарно и амбулаторно. Всего было сделано 602 подсадки 284 кожным больным.

Результаты тканевой терапии больных чешуйчатым лишаем характеризуются следующими данными: из 59 леченных больных значительное улучшение наблюдалось у трех, улучшение — у пяти, причем у всех этих больных через 2—3 месяца наступил рецидив. Улучшение не наступило у 51 больного, из которых у семи было отмечено обострение процесса (появление свежих псориатических элементов и распространение процесса). В большинстве случаев обострение начиналось с появления свежих псориатических элементов на месте разреза при подсадках.

Больных, страдающих экземой, было 98: 86 мужчин и 12 женщин. Мы наблюдали следующие формы заболевания: истинные экземы — 32, микробные экземы — 48, микотические экземы — 18 больных.

Резкое улучшение наступило у 4 больных истинной экземой и 2 больных микробной экземой, улучшение — у 7 больных истинной экземой и у 3 больных микробной экземой.

Терапевтический эффект не был достигнут у 78 больных; у 4 больных отмечалось обострение экзематозного процесса и появление новых очагов на других участках кожи.

Больных, страдающих обычными угрями, было 102. В подавляющем большинстве это были молодые люди в возрасте 18—25 лет. У всех у них давность заболевания была от 2 до 5 лет. Срок наблюдения около года. Значительное улучшение наступило у 3 больных, временное улучшение у 14 больных (через 1½—2 месяца после подсадок появлялись свежие угри). Улучшение не было достигнуто у 85 больных.

Больных хроническими пиодермиями, протекавшими по типу язвенных (эктима), было трое и больных диффузно-инфилтративными и узловатыми формами пиодермии — 15. Давность заболевания во всех случаях была от 1 года до 3 лет. Возраст больных от 22 до 26 лет. У 2 больных эктимой наступило выздоровление, у одного больного — улучшение. Из всех больных диффузно-инфилтративной и узловатой формой улучшение было достигнуто только у двух. У 4 больных невродермитом улучшение достигнуто не было.

Мы лечили 3 больных красной волчанкой лица. Из них только у одного было отмечено улучшение.

Всем нашим стационарным больным до и после подсадки производился клинический анализ крови, мочи, у некоторых исследовалась кровь на остаточный азот. Каких-либо изменений в крови и моче отмечено не было.

Наш опыт лечения кожных заболеваний подсадками отображен в таблице, из которой видно, что у 2 больных наступило выздоровление (0,7%), значительное улучшение было достигнуто у 12 больных (4,3%), улучшение — у 33 больных (11,1%); никаких изменений не было у 226 больных (79%) и ухудшение наступило у 11 больных (4,9%). Каждому больному было сделано не менее двух подсадок. Больных, подвергавшихся тканевой терапии, мы наблюдали около года.

На основании изложенного мы полагаем, что метод тканевой терапии при кожных заболеваниях надо считать мало эффективным, так как хороший лечебный эффект наблюдался лишь у небольшого числа больных (16%) кожными заболеваниями, а у 11 больных (4,9%) наступило обострение кожного процесса.

Что касается выбора подсадочного материала, то этот вопрос особой роли не играет.