

ОПЫТ ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ АКАДЕМИКА ФИЛАТОВА ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Док. О. А. Рабинович и Н. А. Бабицкая (Киев)

Тканевая терапия академика Филатова применялась в клинике нервных болезней преимущественно при заболеваниях периферической нервной системы (каузальных, протравляющих невритах, язвах, контрактурах и т. д.). При заболеваниях центральной нервной системы тканевую терапию применяли Баккад и Патагато, отметившие эффективность метода при джексоновской эпилепсии.

Нами произведена тканевая терапия по Филатову для лечения 75 больных с различными заболеваниями центральной нервной системы по следующей методике. В области наружного отдела плеча под кожу подается кусочек консервированной (автоклавированной) палочки. Повторные подкладки производились через каждые 10—12 дней на протяжении 11 $\frac{1}{2}$ —2 месяцев (всего 4—6 подкладок).

Из 27 больных с последствиями открытой травмы черепа с припадками ми эпилепсии джексоновского типа (нерезко в сочетании с гемипарезами и в некоторых случаях с афатическими расстройствами) у 6 отмечено исцеление припадков (наблюдение до одного года), у 6 — заметное улучшение (уменьшение приступов), у 7 — улучшение умеренное и незначительное и у 8 больных — сомнительные результаты и отсутствие успеха.

У значительного числа больных после подкладок уменьшилась частота и интенсивность судорожных разрядов. Припадки становились реже, нередко приобретали abortивный характер, иногда легче купировались больными. Эффект проявлялся чаще всего после второй и третьей подкладок. Длительность наблюдения над больными этой группы колебалась от 6 месяцев до полутора лет. Одновременное улучшение двигательной функции отмечено у 4 больных с гемипарезами. У некоторых больных уменьшилась также афатическая расстройство, обычно в позднем периоде, после окончания курса подкладок. Сравнительно рано (в среднем уже после двух подкладок) можно было отметить уменьшение головных болей, шума в ушах, улучшение самочувствия.

1. Больной С., 27 лет, поступил 5.IV 47 г. с жалобами на частые судорожные припадки без потерь сознания. Получил травму 12.II 45 года. Через 2 дня удалены костные осколки в левой лобновисочной области. Через 3 месяца после ранения появились типичные припадки джексоновского типа, начинавшиеся с подергивания пальцев правой кисти. Частота припадков в дальнейшем нарастала и в последнее время достигла 30—40 раз в сутки.

Объективно. Правосторонний гемипарез центрального типа с выраженным ограничением объема активных движений, в особенности в дистальных отделах. Справа повышение рефлексов и наличие клонуса стопы. Патологических рефлексов нет. Расстройство речи преимущественно моторно-афатического типа. Глазное дно без изменений. РВ крови отрицательна. На рентгенограмме — костный дефект левой лобновисочной области (размером 4—5 см).

Энергичное фармакологическое лечение (люминал, бромиды, глюкоза) не дадо результатов. 9.VI 47 г. произведена подкладка консервированной автоклавированной палочки (кусочек размером 1×1 $\frac{1}{2}$  см). Число припадков через 5 дней уменьшилось. Через 3 недели после третьей подкладки припадки совершенно прекратились. Через 6 недель после курса лечения значительно улучшилась речь, движения в правых конечностях усиллись. Через 8 месяцев речь восстановилась почти полностью, заметно нарастала сила в паретичных конечностях.

Больной наблюдался до 15.VII 48 г. За это время не было ни одного припадка. Выписался домой в хорошем состоянии.

При травматической эпилепсии (закрытые травмы черепа) — тканевая терапия применена нами у 11 больных. При этой форме метода оказалась менее эффективной, чем при джексоновской эпилепсии как в отношении частоты приступов, интенсивности судорожного разряда, так и стойкости полученных результатов.

Следует отметить, что эффект тканевой терапии был лучше у больных с более частыми приступами.

2. Больной С., 27 лет, диагноза: травматическая эпилепсия. Поступил 21.XI 47 г. в тяжелом состоянии, с частыми (до 30—40 раз в сутки) припадками. Через 5 дней произведена подкладка консервированной палочки. На 4-й день число припадков уменьшилось до 5—6 в сутки. Через две недели припадки прекратились.

У 6 больных с энцефало-миео-радикулоневритами (больные с подостропрогрессирующими формами заболевания различных отделов цен-

тральной и периферической нервной системы) был достигнут разительный стойкий эффект. Некоторые больные, доставленные в стационар на носилках, через несколько месяцев покидали его самостоятельно. Уже после первых 2—3 подкладок можно было отметить улучшение, уменьшилась и исчезала боль, в дальнейшем проходили парезы, атрофии, восстанавливалась чувствительность.

3. Больной Э., 35 лет, заболел остро 20.I 47 года. Высокая температура в течение 7 дней с потерей сознания, перестал владеть руками и ногами. Поступил в стационар 20.II 47 г. с жалобами на резкие боли и слабость конечностей.

Объективно. Черепномозговые нервы без изменений. Мышечная сила в конечностях резко понижена. Перкуторные рефлексы на руках снижены, конечные и ахилловы отсутствуют, брюшные снижены. Диффузная атрофия мышц конечностей, резкое западение межкостных промежутков на кистях. Патологических рефлексов нет. Произведены 4 подкладки консервированной палочки. В процессе лечения заметно восстановились движения в руках, позже и в ногах. Через 2 месяца больной встал с постели, еще через 3 недели начал работать в мастерской. В дальнейшем отмечалось нарастающие силы в конечностях.

У другого больного с так называемой псевдоменингеальной формой полирадикулоневрита с тяжелыми двигательными расстройствами, прикованным его к постели, через 5 месяцев можно было отметить выраженный улучшение двигательной функции.

Мы считаем нужным подчеркнуть ценность тканевой терапии при вирусных заболеваниях нервной системы, при которых, как известно, возможны успехи терапевтического воздействия весьма ограничены. Это относится в особенности к энцефалитам с подострым и субхроническим течением и к бенности, к энцефалитам с обратному развитию расстройства.

Из 11 больных с экстрапиримидными расстройствами (гиперкинезы, сквозняние инферокиной, травматической и токсической этиологии) отмечено некоторое, довольно умеренное улучшение у 5 больных, незначительное и преходящее — у 2, сомнительные результаты и отсутствие результатов — у 4.

Улучшение выражалось в уменьшении интенсивности и амплитуды гиперкинетических расстройств; при паркинсонизме уменьшалась скованность, улучшалась ходьба и речь.

Таким образом, в некоторых случаях получен несомненный эффект, но в целом по этой группе эффективность метода невысока.

Демонстрацией был эффект у больного, у которого, помимо травмы, имелась указание на бруцеллез.

4. Больной В., 35 лет, поступил 11.IV 46 года. Диагноз: экстрапиримидный гиперкинез хорезанджского типа, бруцеллез. Через 3 месяца после полученной травмы появились хорезанджского типа размашистые подергивания всего тела, которые делали больного совершенно беспомощным, лишили его сна, затрудняли прием пищи.

Лечение состояло из большой пробы в стационаре 10 месяцев. Пронзаведено 6 подкладок консервированной палочки по Филатову. После второй подкладки больной стал спать без сновидных, самостоятельно держать ложку (ранее кормился из рук). После 4 подкладок улучшилась функция ходьбы, уменьшились хорезанджские подергивания, речь стала разборчивой.

При множественном рассеянном склерозе и амиотрофическом боковом склерозе тканевая терапия эффекта не дада.

У одного больного с постконтузионным судумутизмом наступило значительное улучшение, у другого — незначительное.

Из 6 больных с каталонической формой шизофрении улучшение отмечено у 4. Сомнительные результаты — у 2. Улучшение выражалось в повышении активности больных, некоторым их расстройство явилось, уменьшилась и бедности движений, ослабление повышенного пластического тона са мышц.

Наряду с этим улучшились и соматические функции.

Из 3 больных с паранойальной формой шизофрении у одного отмечено улучшение, у двух — сомнительный эффект.

Мы полагаем, что приведенные нами данные служат достоянием основным для дальнейшего применения этого ценного метода при ряде заболеваний не только периферической, но и центральной нервной системы.

## ТЕРАТОБЛАСТОМАТОЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ЯВЛЕНИЯМИ ЧАСТИЧНОЙ ГАСТРАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. А. Сеевров (Харьковская область)

Хирургическое отделение Ставеровской районницы,

Тератобластоматозное перерождение лимфичков встречается очень редко, ввиду чего нижеприводимый случай представляет известный интерес.

Больная К., 35 лет, колхозница, поступила в Ставеровскую район больницу 20.II 51 г. с жалобами на резкое увеличение размеров живота, обильную слабость, одышку, плохой аппетит, боли внизу живота, иррадиирующие в поясничную область. Считает себя больной с февраля 1951 г. До этого чувствовала себя хорошо, была занята физическим трудом. С февраля стала отмирать слабость. С марта не смогла выполнить работу. Наследственная отечность без отягощения, росла и развивалась нормально, боледа малярной, дождич заболеланий, в том числе венерических, не отмечает, трудная деятельность — с 17 лет, все годы жила в деревне. Замужем с 20 лет. Беременностей — 3, рожала три раза (последние роды в 1940 г.). С 1943 г.

Харьковской области (главный врач — Д. И. Сеевров)

половой жизнью не живет (после смерти мужа), дети здоровы. Менструации — с 17 лет, по три дня, обильные, безболезненные, регулярные, последние менструации в первых числах марта. Не курит, алкоголь употребляет в больших количествах, матерьяльно-бытовые условия жизни удовлетворительные. При поступлении состояние удовлетворительное, питание полноценное, видны слизистые и кожные покровы лимфичны, чистые. Лимфатическая система без патологических изменений. Температура 37,6°, пульс 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Кровяное давление 110/80. Со стороны сердца и легких без патологических изменений. Живот резко увеличен в объеме и ассиметричен за счет четко обрисовывающейся дужки брюшной стенку бурлистых образований различной формы и величины. При пальпации определяются множественные округлые, плотные,