

21474

Из филиальной кафедры пропедевтики внутренних болезней
Омского государственного медицинского института
им. М. И. Калинина

(Зав. фил. каф.—доктор мед. наук Г. Ф. Барбанчик)

Др 17
218

Ассистент Леонова К.И.

Сигнальный
Экземпляр

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПО АКАД. В. П. ФИЛАТОВУ ПРИ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ НАГНОИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

г. Омск,
1954 г.



Защита диссертации состоится

Исторические решения XIX съезда КПСС в области здравоохранения по пятому пятилетнему плану сосредоточивают особое внимание на вопросах профилактики и быстрейшем внедрении в практику достижений медицинской науки.

На сегодняшний день перед работниками советской медицины стоит много жизненно важных и еще нерешенных проблем. Одной из таких актуальных и властно требующих своего разностороннего клинического разрешения — является проблема успешного лечения неспецифических нагноительных заболеваний легких.

Различные формы неразрешившихся пневмоний занимают одно из первых мест после туберкулеза легких — указывает Хазанов (1947). В большом числе случаев эти заболевания приобретают характер страдания, приводящего к инвалидности, и часто являются причиной смерти у людей цветущего, трудоспособного возраста.

Проблема лечения хронических нагноительных заболеваний легких в данный период является одной из наиболее сложных, еще нерешенных и весьма актуальных.

В настоящее время применяются преимущественно три основных метода лечения неспецифических гнойных заболеваний легких: пенициллинотерапия, бронхоскопический метод и хирургическое вмешательство. Наиболее радикальным из них является хирургический, но соответствующие операции очень сложны, требуют точности топической диагностики и пока являются достоянием лишь крупных хирургических клиник, где изучаются вопросы грудной хирургии. К тому же на этот счет нет еще полной договоренности и взаимопонимания между хирургами и терапевтами. Особенно спорен вопрос о показаниях к оперативному лечению вообще.

Бронхоскопический метод, проверенный на довольно большом клиническом материале, имеет хорошие отзывы, но он так же не прост, требует специальной подготовки и, повидимому, не так скоро охватит периферию.

Пенициллин, на основании имеющихся литературных данных, решающего перелома в терапии хронических легочных нагноений не принес. Таким образом, проблема лечения нагноительных забо-

леваний легких попрежнему остается актуальной и неразрешенной.

Тканевая терапия, как новый принцип лечебной медицины, была предложена акад. В. П. Филатовым в 1931 году. Возникнув на почве клинической офтальмологии, она быстро вышла за пределы этой специальности и получила широкое применение при самых различных заболеваниях.

Теоретическое обоснование этого метода вкратце сводится к следующему. Отделенные от организма животные и растительные ткани, находясь в условиях, затрудняющих их жизненные процессы, например, при температуре 2—4° выше нуля, отсутствии света, подвергаются биохимической перестройке. При этом в тканях вырабатываются особые вещества, являющиеся стимуляторами биохимических процессов. Эти вещества были названы В. П. Филатовым —**биогенными стимуляторами**. Эти биогенные стимуляторы образуются в тканях, пока они живы, а не являются продуктами распада мертвых тканей, что доказано многочисленными экспериментальными наблюдениями.

Накопление биогенных стимуляторов с момента консервации увеличивается максимум до 8—9 дней. Биогенные стимуляторы, введенные любым путем в какой-либо организм, активируют в нем жизненные процессы, усиливая клеточный обмен и активность ферментов, тем самым повышают физиологические функции клеток. Этим они увеличивают сопротивление организма к ядам и способствуют выздоровлению. Биогенные стимуляторы действуют весьма нежно, не травмируя организм. «Естественно предположить, что ферменты нервной системы, будучи наиболее активными, являются и наиболее чувствительными и первые испытывают влияние биогенных стимуляторов, чем и обеспечивается руководящая роль нервной системы при тканевом лечении», — пишет Филатов. Биогенные стимуляторы могут возникнуть и в целых живых организмах, подвергнутых неблагоприятным, но не убивающим их условиям среды. Их появление при неблагоприятных условиях среды является общим законом природы. Биогенные стимуляторы теплостойки, они сохраняют свою биологическую активность при температуре + 120° в течение часа, даже повышая ее. Биогенные стимуляторы не являются ни белками, ни гормонами, ни ферментами и ни витаминами, их химическая природа еще окончательно не изучена, однако, уже известно, что в их состав входят ряд кислот (щавелевая и янтарная, яблочная и винная, коричная и оксикоричная, а также ароматические — гуминовые кислоты). Биогенные стимуляторы действуют не на микроорганизм, а на макроорганизм, чем и обясняется широкий диапазон их действия.

Отсутствие высокоэффективного консервативного метода лечения неспецифических нагноительных заболеваний легких привело нас к задаче тщательной клинической проверки филатовской тка-

невой терапии, как основного лечебного фактора, при различных формах этих тяжелых страданий.

Патогенез этих заболеваний изучен еще далеко не полностью, однако, на основании многочисленных экспериментальных, гистологических и клинических исследований (Сперанского, Тонких, Лашкова, Михайлова, Лебединской и Чернухи, Агалецкой и Шульги, Альперн, Акатова и Гогуш, Лукомского, Осипова, Молчанова, Редкова, Истмановой, Постолова, Гольника и Трейстера, Горбенко и др.) можно предполагать о нейротрофической природе данной патологии.

Линберг (1947—51), Зислинг и Штейнберг, Вышегородцева, Лукомский и другие авторы подходят к вопросу лечения нагноительных заболеваний легких, с точки зрения целостности организма и ведущей роли при этом центральной нервной системы, и рекомендуют укреплять защитные силы организма путем применения стимулирующей терапии. Учитывая повышенную возбудимость вегетативной системы, следует применять более щадящие методы лечения, а также влиять не только непосредственно на микроорганизмы в легких, но и на нервную систему больного, изменяя реактивность организма.

Учение великого физиолога И. П. Павлова дает нам ясное представление о целостности структуры организма, управляемой центральной нервной системой, и находящейся в тесной связи с внешней средой. Причем патологическое состояние им рассматривается как «встреча, соприкосновение организма с каким-нибудь чрезвычайным условием или, вернее, с необычным размером ежедневных условий», в силу чего «естественно начинается и особенно серьезная борьба организма с этими условиями, т. е., во-первых, пускается в ход оборонительные приборы тела» и т. д. В свете этого передового направления физиологии и лечебной медицины — метод тканевой терапии по В. П. Филатову находит свое как теоретическое, так и практическое обоснование.

Все это, вместе взятое, и служит теоретической основой наших попыток перенести тканевую терапию по В. П. Филатову в область лечения острых и хронических форм неспецифических нагноительных заболеваний легких.

СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 60 человек с неспецифическими нагноительными заболеваниями легких, в возрасте от 15 до 65 лет. Правое легкое было поражено в 2½ раза чаще левого, причем в половине наблюдений процесс локализовался в верхней и средней долях. В 3-х случаях — имел место односторонний тотальный процесс и в 7-двухсторонний.

При распределении своего материала мы пользовались в основном классификациями Хазанова и Лимберга.

Весь наш материал делится на 2 группы. 1-я — сливная форма абсцедирующих пневмоний — 53 человека (что до некоторой степени соответствует старой клинической номенклатуре — абсцесс легкого), 2-я — рассеянная форма хронических пневмоний (бронхоэктатическая болезнь) — 7 человек.

34 человека — с прогрессирующей тяжелой формой клинического течения процесса, со склонностью к частым обострениям и рецидивам, 25 человек — представляли стационарные формы со стойкими патологоанатомическими изменениями средней тяжести, и 1 человек — имел регрессирующую форму клинического течения.

По давности процесса — 18 больных представляют острые формы и 42 больных — хронические формы, с давностью процесса в отдельных случаях до 15 лет.

Наиболее частой причиной заболевания, по данным анамнеза больных, является грипп и простудный фактор. В целом ряде случаев в анамнезе указаны ранее неоднократно перенесенные пневмонии, хронический бронхит, а из детских заболеваний — корь (чаще), коклюш (реже).

До поступления в нашу клинику 28 больных уже неоднократно находились в стационарах, где им проводились различные методы лечения, в том числе и пенициллинотерапия (17 человек) без заметного эффекта, или же наступало лишь кратковременное улучшение.

Свои наблюдения мы начали с 1947 года. В начале мы пользовались одними подсадками гомокожи, но вскоре перешли к имплантации консервированной плаценты в сочетании с подкожными инъекциями экстракта алоэ и межмышечными инъекциями рыбьего жира. При проведении данной терапии мы строго придерживались всех указаний акад. В. П. Филатова. Плацента бралась в роддоме от молодых здоровых родильниц, в стерильных условиях и консервировалась при температуре $+2 + 4^{\circ}$ в течение недели, затем стерилизовалась в автоклаве при $+120^{\circ}$ в течение 1 часа. Готовую для имплантации ткань мы разрезали на отдельные кусочки и один из них (2×1 см) имплантировался в подкожный карман реципиента, преимущественно по средней подмышечной линии. Количество подсадок вариировало от 1 до 10 с промежутками между ними в 2—4 недели. Всего произведено 260 имплантаций.

Листья алоэ консервировались в темноте в течение 7—15 суток при $+2 + 4^{\circ}$, затем из них готовился 20 проц. водный экстракт (строго по инструкции), разливался по ампулам и автоклавировался при температуре $+120^{\circ}$ в течение часа. Инъекции алоэ производились по 2 мл ежедневно до 60—80 на курс.

После алоэтерапии — в ряде случаев нами назначались межмышечные инъекции рыбьего жира. Для этой цели брался обычный

аптечный рыбий жир, разливался по ампулам и также автоклавировался в течение 1 часа. Инъекции производились через день по 0,5—1 мл, всего на курс 10—15 инъекций.

Из 53 больных со сливными формами абсцедирующих пневмоний — одна часть (6 человек) лечилась только подсадками; вторая часть (27 человек) — комплексной тканевой терапией, т. е. имплантациями в сочетании с алоэтерапией и инъекциями рыбьего жира, причем, ряду этих больных назначались в небольших дозах сульфамидные препараты. Третья часть (20 человек) подвергалась филатовской тканевой терапии в комбинации с пенициллином и другими видами терапии. Кроме того, всем больным по мере надобности назначалось симптоматическое лечение.

При выписке в графу — «клинического выздоровления» мы назначали тех больных, у которых прекращались все жалобы, стойко нормализовалась температура и РОЭ, и полностью исчезала пневмоническая инфильтрация по данным рентгена, стойко прекращался запах изо рта. Те же случаи, где какое-либо из вышеперечисленных условий отсутствовало (чаще всего это касалось еще несколько ускоренной РОЭ), а общее состояние больного представляло резкое улучшение, относились нами к графе — «значительного улучшения». Определение исхода как «улучшение» мы применяли в тех случаях, где в итоге применявшейся нами терапии были достигнуты некоторые положительные результаты, однако, имелись значительные остаточные проявления хронического процесса. Наконец, в отдельных единичных случаях мы имели и такие исходы, как «без перемен», ухудшение и смерть.

По окончании клинического периода наблюдения мы во всех случаях, где это представлялось возможным, проводили систематические дальнейшие наблюдения за отдаленными результатами на протяжении от 1 до 6 лет.

Результаты лечения в зависимости от вида применявшейся терапии получались следующие.

1. а) ГРУППА БОЛЬНЫХ СО СЛИВНЫМИ ФОРМАМИ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИИ, ЛЕЧЕННЫХ ТОЛЬКО ИМПЛАНТАЦИЕЙ ПО ФИЛАТОВУ.

В эту группу входило всего 6 человек, из которых 5 являлись хрониками, и 4 из них имели тяжелое прогрессивное течение. Количество подсадок вариировало от 1 до 4. Всего этой группе произведено 16 имплантаций, 10 из которых вызвали временное обострение процесса в виде повышения температуры, учащения кашля, увеличения количества отделяемой мокроты, усиления запаха изо рта и т. д. Однако анализ крови, мочи и рентгенограммы оставались без перемен. Местной реакции не наблюдалось. Рассасывание происходило в течение 2—3 недель. В итоге лечения — у четырех больных нормализовалась температура, у пяти — исчез зловонный

запах изо рта и в мокроте. Прибавка в весе варирировала от 2 до 5 кг. Резко сократилось суточное количество мокроты, улучшилось общее самочувствие, появилось бодрое настроение. Рентгеноскопически в одном случае рассосалась инфильтрация, в трех отмечено уменьшение величины и плотности тени инфильтрации. В двух случаях рентгенологическая картина не изменилась. К моменту выписки мы у трех больных наблюдали значительное улучшение, у двух — улучшение, и 1 умер в периоде клинического наблюдения.

При проверке отдаленных результатов оказалось, что у 2 — наступило клиническое выздоровление, у 1 — лишь восстановилась трудоспособность и у 2 — имел место рецидив, в результате которого 1 из них умер.

Мы пришли к заключению о необходимости начинать имплантации с малых доз во избежание временного обострения процесса.

б) ГРУППА БОЛЬНЫХ СО СЛИВНЫМИ ФОРМАМИ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИИ, ЛЕЧЕННЫХ КОМПЛЕКСНОЙ ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ ПО ФИЛАТОВУ.

Данная группа охватывает 27 человек в возрасте от 20 до 64 лет с давностью процесса от 2 мес. до 6 лет. 12 больных из 27 имели тяжелое прогрессирующее течение болезни.

Методика лечения производилась следующим образом. Вначале назначался курс ин'екций экстракта алоэ по 2 мл ежедневно под кожу, до 50—60 ин'екций на курс. Далее, спустя 6—8—14 дней (чем выше температура больного, тем больше предварительных ин'екций алоэ), производилась первая подсадка, обычно в малой дозе (0,5x0,2x0,2 см). В последующем мы не увлекались числом имплантаций, считая основным лечебным фактором алоэттерапию, и повторяли подсадки лишь в тех случаях, когда во—1) они не вызывали резкого обострения процесса; во—2) отмечалось благоприятное влияние на общее состояние больного и местный легочный процесс, но выздоровление наступало медленно; в — 3) имплантированная ткань рассасывалась. После курса алоэттерапии — назначались ин'екции рыбьего жира (если больной оставался еще в стационаре). Всего больным этой группы произведено 110 подсадок, 1380 ин'екций экстракта алоэ и 50 ин'екций рыбьего жира. Помимо тканевой терапии всем больным назначалось симптоматическое лечение, а 13 человек получали в период высокой температуры сульфонамиды, в небольших дозах и на короткий срок. В результате лечения к моменту выписки у 8 человек наступило клиническое выздоровление, т. е. температура установилась стойко нормальной, жалобы прекратились, самочувствие стало хорошим, больные значительно прибавились в весе, настроение у них стало бодрым; РОЭ замедлилась до нормы, в легких рассосалась пневмоническая инфильтрация. У 13 человек наступило значительное улучшение, т. е., чаще всего у этой группы при выписке

8

еще оставалась ускоренной РОЭ, хотя самочувствие было также хорошим, и жалобы почти у всех отсутствовали. У 5 человек было достигнуто лишь улучшение, и 1 больной выписан без перемен.

При проверке отдаленных результатов оказалось, что 5 человек, выписанных со значительным улучшением, в дальнейшем выздоровели, трудоспособность же восстановлена была у 20 человек, у 4 имели место рецидивы, и двое умерло — один от присоединившегося бронхогенного рака, а другой от присоединившегося туберкулеза легких.

На основании наблюдения этой группы больных, у нас сложилось впечатление, что наиболее эффективна комплексная тканевая терапия, причем ин'екции экстракта алоэ значительно сокращают количество обострений после подсадок и делают их менее выраженными.

в) ГРУППА БОЛЬНЫХ СО СЛИВНЫМИ ФОРМАМИ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИИ, ЛЕЧЕННЫХ КОМПЛЕКСНОЙ ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ ПО ФИЛАТОВУ В СОЧЕТАНИИ С ПЕНИЦИЛЛИНОМ.

В состав этой группы больных в основном входили тяжелые хроники в возрасте 35—55 лет с подорванным питанием, утолщением концевых фаланг пальцев, с суточным количеством зловонной мокроты, в отдельных случаях доходящим до 700—900 мл. У 14 из 20 была обнаружена полость рентгенографически. Методика лечения заключалась в следующем. Всем больным проводилась комплексная тканевая терапия по Филатову. В случаях, где температура не имела тенденцию к снижению, состояние не улучшалось, а назначенные сульфонамиды или не переносились, или были также безэффектными — назначался пенициллин внутримышечно в сочетании с алоэттерапией.

Определенной зависимости лечебного эффекта от количества введенного пенициллина мы не наблюдали.

В результате указанного лечения у подавляющего большинства этой группы уменьшался кашель, улучшалось общее состояние, появлялся аппетит, исчезали боли в груди. У 6 из 20 исчезло укорочение перкуторного звука. У 15 из 20 прекратился зловонный запах мокроты, однако, полного рассасывания пневмонической инфильтрации к моменту выписки мы не наблюдали ни в одном случае, а у большинства оставалась также ускоренной РОЭ.

В итоге мы наблюдали к моменту выписки у 8 больных значительное улучшение; у 6 — улучшение; у 3 — ухудшение, и 3 умерло в. период клинического наблюдения.

В последующем — 4 выздоровело; 4 человека восстановили свою трудоспособность, но полного клинического выздоровления дости-



гнuto не было; у 4 человек имели место повторные рецидивы с последующими временными улучшениями, 1 больной, выписанный со значительным улучшением, выпал из поля нашего зрения, и 4 человека умерли в разные сроки после выписки (2 — от рецидива, 1 — от абсцесса мозга, и 1 от присоединившегося туберкулеза легких).

Из наблюдений данной группы у нас сложилось впечатление, что к подсадкам необходимо подходить строго индивидуально, как в смысле интервалов, так и дозы, а также производить их при нормальной температуре. Наилучшим вариантом тканей терапии по Филатову, по нашим наблюдениям, является — алоэтерапия.

II. ЛЕЧЕНИЕ РАССЕЯННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ ПО МЕТОДУ В. П. ФИЛАТОВА.

В состав этой группы вошло 7 человек с давностью процесса от 1 года до 18 лет. Общее состояние этих больных оставалось удовлетворительным, и в большинстве они являлись ограниченно трудоспособными, однако, наблюдался кашель, суточное количество мокроты вариировало от 15 до 400 мл, с запахом. У всех — ускоренная РОЭ, а также наблюдалась бледность кожных покровов, пониженное питание, утолщение концевых фаланг пальцев.

Тканевая терапия в этих случаях оказала безусловно благоприятное влияние на всех больных. Температура установилась стойко-нормальной, появился хороший аппетит, все они прибавили в весе (от 2 до 6 кг). У 6 из 7 несколько замедлилась РОЭ и у 3 исчез ранее наблюдавшийся сдвиг лейкоцитарной формулы влево, сократилось суточное количество мокроты. Рентгеновские же данные оставались без изменения. Полного выздоровления не наступало.

При выписке больные чувствовали себя практически здоровыми, вскоре приступили к своей обычной работе, однако, в последующем у четырех из них вновь наступила волна обострения процесса.

Резюмируя наши данные применения тканевой терапии по Филатову (как в чистом виде, так и в сочетании с сульфонамидами и пенициллином) при неспецифических нагноительных заболеваниях легких, мы можем отметить следующее.

Из 60 наблюдавшихся больных непосредственно при выписке или же в последующем, в качестве отдаленных результатов лечения, — у 19 наступило клиническое и рентгенологическое выздоровление (причем 14 из них имели хроническую форму заболевания, а у 6 из 19 процесс локализовался пригильярно). Трудоспособность восстановлена у 37, четверо больных умерли в период клинического наблюдения (6,6 проц.), а 9 человек — в дальнейшем, спустя различные сроки; при этом 2 из них умерли от присоединившегося туберкулеза легких, 1 — от осложнения бронхогенным раком, 1 — от осложнения абсцессом мозга, 1 — от тяжелой уличной травмы, а 4 — от дальнейших рецидивов процесса.

С целью сопоставления полученных нами результатов лечения с таковыми при различных других консервативных методах лечения (пенициллинотерапия и др.), нами были изучены 450 историй болезни лиц с неспецифическими нагноительными заболеваниями легких трех других терапевтических клиник г. Омска за период с 1946 по 1950 год, в которых тканевая терапия не применялась.

Это сопоставление результатов показало, что в итоге консервативного лечения, по данным ряда клиник г. Омска при среднем пребывании больного в стационаре 35,3 дня получено 4,2 проц.—выздоровления, 4,2 проц.—значительного улучшения, 63,3 проц.—улучшений, 12 проц.—без перемен, 4,4 проц.—ухудшение и 11,8 проц.—смертельных исходов. При этом отдаленные результаты, как правило, не учитывались.

Судя по литературным данным, процент смертельных исходов при хронических нагноительных процессах в легких (без учета отдаленных результатов лечения) по различным авторам представлен от 7,7 проц. до 80 проц.

Сравнивая приведенные лечебные итоги в наших наблюдениях с конкретными исходами лечения таких же больных в ряде других терапевтических клиник нашего же г. Омска (в которых тканевая терапия не применялась), а также принимая во внимание статистические данные, приведенные в литературе различными авторами, мы приходим к выводу о безусловном преимуществе рационально применяемой комплексной тканевой терапии по В. П. Филатову при неспецифических легочных нагноениях как острых, так и хронических.

Этот вывод, как нам кажется, имеет особо важное значение для большого числа тех больных хроническими неспецифическими нагноительными заболеваниями легких, которые, в силу определенных противопоказаний, не могут расчитывать на оказание им столь действенной помощи, как современные радикальные хирургические операции — лобэктомия и пневмонэктомия.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ВЫВОДЫ

1. Неспецифические легочные нагноения являются тяжелыми и часто встречающимися заболеваниями, дающими большой процент смертности и инвалидности. Проблема их профилактики и лечения решена еще далеко неполностью.
 2. Радикальное хирургическое вмешательство является пока до-
стоянием лишь больших, ведущих хирургических клиник, система-
тически изучающих вопросы грудной хирургии.

так и по материалу ряда клиник г. Омска, следует признать — неудовлетворительными.

4. В свете передового отечественного направления лечебной медицины на основе учения Ивана Михайловича Сеченова, Ивана Петровича Павлова и Сергея Петровича Боткина о целостности организма, метод тканевой терапии по В. П. Филатову находит свое как теоретическое, так и практическое обоснование.

5. В состав наблюдавшихся нами больных входило 60 человек, из них — 49 мужчин и 11 женщин в возрасте от 15 до 65 лет. По давности процесса 16 больных относятся к острым формам, а 44 к хроническим. У 53 человек имела место, согласно классификации Хазанова, сливная форма абсцедирующей пневмонии и у 7 человек — рассеянная хроническая форма. По характеру клинического течения, согласно классификации Лимберга, 34 человека представляли прогрессирующие формы, 25 человек — стационарные формы и 1 человек — регрессирующую форму.

6. Тканевая терапия по Филатову применялась нами в виде подсадок, ин'екций экстракта алоэ и межмышечных ин'екций рыбьего жира. При этом для лечения одной группы больных применялись только имплантации гомоткани, другой группы — комплексная тканевая терапия, для третьей — комплексная тканевая терапия в сочетании с пенициллином.

7. Наши клинические наблюдения на материале 60 больных привели нас к выводу о том, что тканевая терапия по Филатову может быть рекомендована во многих случаях неспецифических легочных нагноительных заболеваний как в качестве основного терапевтического фактора, так и сочетании с сульфонамидами и антибиотиками (пенициллином). В частности, наши наблюдения выявили в значительном числе случаев в качестве особенно эффективной комбинации — систематическое применение комплексной терапии по Филатову с кратковременным сочетанием малых доз сульфопрепараторов (по 0,5 з. р. в день) с целью ускорения снижения повышенной температуры. Сказанное особенно относится к ин'екциям экстракта алоэ по Филатову, между тем как тканевые подсадки имеют несколько менее широкие показания.

8. Какой-либо местной реакции ни имплантации гомоткани, ни ин'екции экстракта алоэ не вызывают. Общая реакция на подсадку ткани в тех случаях, где эта реакция отчетливо наблюдается, выражается в следующем: а) на второй—третий день, реже в тот же день, повышается температура с последующим лихорадочным падением; б) в первые дни после подсадки увеличивается количество отделяемой гнойной мокроты, усиливается ее запах, затем наступает уменьшение ее суточного количества, и, вместе с тем, исчезает запах; в) со стороны крови и мочи каких-либо заметных реакций не наблюдается; г) наряду с благотворным влиянием подсадок на течение легочного процесса, у большинства больных отмечалось

также значительное улучшение их общего состояния: повышался аппетит, улучшалось общее самочувствие, появлялась бодрость, исчезала наблюдавшаяся ранее повышенная раздражительность и подавленность.

9. Тканевую терапию по Филатову следует прежде всего применять комплексно, сочетая ин'екции экстракта алоэ (или другие рекомендованные Филатовым экстракты) с имплантациями, причем, первые подсадки должны производиться малыми дозами (начать с 0,5 см²). Интервалы между отдельными имплантациями должны соблюдаться строго индивидуально, в зависимости от общей реакции и местной резорбции.

10. В случаях бурной общей реакции в ответ на подсадку следует от повторных имплантаций воздержаться, применяя тканевую терапию в дальнейшем лишь в виде курсов ин'екций экстракта алоэ.

11. Собственные наблюдения привели нас к выводу, что тканевая терапия по Филатову, главным образом, показана при так называемых (по классификации Лимберга) — стационарных формах клинического течения сливных абсцедирующих пневмоний.

12. В тяжелых случаях с прогрессирующей формой течения процесса и явлениями резко выраженной общей интоксикации, тканевую терапию следует начинать с 10—15 ин'екций экстракта алоэ, как одного из наиболее нежно действующих видов тканевой терапии по Филатову. В этих случаях оказывается полезным одновременное сочетание ин'екций экстракта алоэ с сульфонамидами; в случаях же непереносимости или безэффектности сульфонамидов — в комбинации с пенициллином до наступления нормальной температуры тела. И только после такой предварительной подготовки можно перейти к подсадкам, начиная с малых доз (0,5 см²).

13. При интерстициальных формах хронической пневмонии тканевая терапия, по нашим наблюдениям, к выздоровлению не приводит и не гарантирует от рецидивов. Однако эта терапия действует благоприятно на общее состояние больного и приводит к временно му улучшению легочного процесса. Это дает нам право рекомендовать тканевую терапию как подготовительное мероприятие к последующему радикальному хирургическому вмешательству.

14. Исходы клинического лечения у наблюдавшихся нами 60 больных, получивших курс филатовской тканевой терапии, определились следующим образом:

А. При выписке из клиники:

- а) клиническое выздоровление у 8 человек;
- б) значительное улучшение у 29 человек;
- в) улучшение у 15 человек;
- г) без перемен у 1 человека;

- д) ухудшение у 3 человек;
- е) смертельный исход у 4 человек.

Б. При проверке отдаленных результатов лечения: клиническое выздоровление наступило всего — у 19 человек; смертельные же исходы отмечены еще в 9 случаях.

Таким образом, суммарный терапевтический эффект различных степеней получен непосредственно при выписке у 52 больных из 60. Рецидивы процесса наблюдались в дальнейшем у 14 больных. Трудоспособность же восстановлена всего у 37 человек (однако, двое больных по восстановлении трудоспособности, спустя год, умерли: одна—от тяжелой уличной травмы, другой—от рецидива болезни). Эффективные исходы тканевой терапии отмечались у наших больных не только в молодом и цветущем, но и в преклонном и старческом возрасте.

15. Тканевая терапия по Филатову является эффективной не только в острых, но и в хронических случаях неспецифических гноитальных заболеваний легких и часто дает хорошие отдаленные результаты, прослеженные нами в отдельных случаях до 6 лет.