

КРАТКИЕ НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

А. В. Айвазян

Лечение биогенными стимуляторами некоторых урологических заболеваний

Семилетний опыт лечения биогенными стимуляторами некоторых урологических заболеваний позволяет нам дать оценку методу и подвести итог результатам. Основная идея тканевой терапии была опубликована академиком В. П. Филатовым в 1933 г.

Выйдя из рамок Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. Филатова, новый метод лечения, благодаря простой и доступной методике, хорошим результатам, прочно вошел в арсенал медицинских средств как в Советском Союзе, так и далеко за его пределами.

Сущность метода тканевой терапии заключается в следующем: отделенные от организма ткани растительного, животного или человеческого происхождения, будучи сохранены в условиях, неблагоприятных для их существования, но не убивающих их жизнь, образуют биогенные стимуляторы в результате биохимической перестройки в них.

Наиболее изучены «неблагоприятные условия» для тканей животного происхождения—это консервации при температуре  $2+4^{\circ}$  в течение 6—7 дней, для тканей растительного происхождения—сохранение их в темноте в течение 12—15 дней.

При введении в организм больного обогатенных биогенными стимуляторами тканей (или экстрактов из последних) биогенные стимуляторы, влияя на обмен веществ, повышают физиологические функции организма и тем самым усиливают его оздоровительные реакции (процессы рассасывания, регенерации и т. д.). Биогенные стимуляторы действуют на весь организм в целом; этим и объясняется широта диапазона их влияния на организм.

Среди эффектов тканевой терапии мы видим и влияние на воспалительные процессы как инфекционного, так и неинфекционного характера, на эндокринные расстройства. Понятно, что нервная система при тканевой терапии играет такую же руководящую роль, какую она выполняет при лечении другими средствами. Действие биогенных стимуляторов выражается в изменении обменных и энергетических процессов организма.

Исходя из вышесказанной концепции акад. Филатова, мы применили лечение биогенными стимуляторами при следующих заболеваниях: почное недержание мочи, язвенные циститы, стриктуры уретры, гипертрофия

предстательной железы. Биогенные стимуляторы вводились нашим больным как путем имплантации тканей животного и человеческого происхождения, так и путем инъекции суспензий плаценты и селезенки. Методика получения суспензий разработана нами у нас, в лаборатории тканевых препаратов.

По урологическому отделению больные циститом составляют 14%, по урологическому кабинету поликлиники—24,6%.

Большое количество предложенных методов лечения циститов говорит об отсутствии радикального, безопасного метода. При язвенных циститах (цетуберкулезной этиологии) тканевую терапию применяем в случаях, трудно поддающихся лечению общепринятыми методами или в случаях с частыми рецидивами.

Описываем следующее наше наблюдение. Больной М., 24 лет, поступил 20/II—1950 г. В марте 1949 г. стал замечать частое мочеиспускание, болезненное в конце акта; моча была с примесью крови. Лечился в стационаре уротропином, стрептоцидом. В июне развилось более длительное обострение. В октябре лечился в урологическом отделении. Моча кислой реакции, удельный вес 1025, белка—0,25%, эритроциты 3—4 в поле зрения, лейкоциты в большом количестве.

При цистоскопии: моча мутная, отмывается с трудом. На резко гиперемированном фоне слизистой мочевого пузыря имеется много язв; край переходной складки сглажен. Проводилось лечение стрептоцидом, пенициллином, промыванием пузыря раствором грамицидина. Выписан с улучшением. При поступлении в третий раз: больной изнурен частым мочеиспусканием. Исследование мочи: моча кислой реакции, удельный вес 1015, белка—0,40%, лейкоциты покрывают все поле зрения. Трижды произведена имплантация консервированной кожи. Мочеиспускание наступает через 3—4 часа, безболезненное. Моча прозрачная.

Цистоскопия: емкость мочевого пузыря 150 см<sup>3</sup>. Слизистая бледно-розового цвета; устья мочеточников расположены обычно, край переходной складки ровный.

Тканевая терапия была нами применена в 17 случаях язвенных циститов, с быстрым лечебным эффектом. Отдаленные результаты прослежены в течение трех лет. В ряде случаев тканевая терапия в виде инъекций суспензии плаценты применялась амбулаторно.

При сравнительной оценке эффективности лечения язвенных циститов тканевой терапией и общепринятыми методами, при равных условиях, лечение биогенными стимуляторами наиболее эффективно и может быть проведено амбулаторно.

Сужение мочеиспускательного канала, наступившее в результате перенесенной гонорреи и травмы, требует длительного лечения. Если вопрос устранения сужения и тех осложнений, которые образовались в результате долгого существования сужения, решены в настоящее время более или менее удовлетворительно, то вопрос о сохранении в течение продолжительного времени достигнутых результатов, т. е., другими слова-

ми, вопрос о предотвращении рецидивов стриктур уретры, в настоящее время еще полностью не разрешен.

Предложено множество методов как консервативного, так и оперативного лечения. Консервативные методы рассчитаны на то, чтобы бужированием расширить суженную часть уретры. Все время больные должны бужироваться и находиться под наблюдением уролога.

По нашей клинике за 10 лет прошло 79 больных со стриктурами уретры. Средний койкодень при лечении постгеморройных стриктур равен 30,6 дням, при лечении же стриктур, наступивших после травмы, равен 54,4 дням. Из опубликованных работ как самого акад. Филатова, так и его учеников и последователей явствует, что биогенные стимуляторы способствуют размягчению и рассасыванию рубцов. Особенно показательны случаи лечения рубцов тканевой терапией, приведенные акад. Филатовым в своей монографии «тканевая терапия», где он совместно с д-ром Вельтер наблюдал рассасывание келлоидных рубцов после туберкулеза. Размягчение и рассасывание рубцов тканевой терапией отмечает проф. Соколов, Баккал, Свердлов, доц. Шмульян и др. Сужение мочеиспускательного канала вызывается рубцовыми изменениями стенки уретры. С 1948 г. мы начали применять тканевую терапию при лечении сужений мочеиспускательного канала. Полученные результаты позволяют нам высказать предположение, что тканевая терапия при стриктурах уретры дает размягчение рубцов, суживающих мочеиспускательный канал, после чего становится доступным бужирование, и результат бужировки стойкий. Для иллюстрации приводим одну из историй болезни:

Больной Д. Х., 17 лет. В 1946 г. получил травму с переломом тазовых костей и повреждением уретры. Непосредственно после травмы в течение нескольких дней была уретропегия. Был стационаризован. Выписавшись из больницы, стал замечать утолщение мочевого струи. В 1948 г. обратился в урологическую клинику с жалобами на утолщение мочевого струи, затрудненное мочеиспускание. Попытка бужирования не увенчалась успехом.

13.1—1949 г. произведена операция насильственной тоннелизации. Трижды сменен катетер *a'demeure* с промежутками в 10—12 дней. По удалении катетера больной самостоятельно не мочится.

Выписан с катетером Петцера. Провел 157 койкодней. Вторично поступил через 6 месяцев; вновь была произведена операция насильственной тоннелизации, но также без эффекта.

При поступлении в третий раз больному наряду с тоннелизацией произведена тканевая терапия. При выписывании: мочеиспускание полной струей, резиновый катетер № 18 свободно проходит через уретру в пупыр. Больной явился на осмотр в 1952 г. Жалоб не предъявляет, уретра проходима для катетера № 18.

Наши наблюдения над больными с сужениями уретры позволяют сделать вывод о стойкости полученных результатов, в то время как другие методы лечения стриктур уретры дают до 40% рецидива. Ночное

недержание мочи—одно из заболеваний, лечением которого заняты и терапевты, и невропатологи, и урологи.

До сих пор с одинаковым правом существовала масса теорий, пытающихся объяснить этио-патогенез ночного недержания мочи. Павловская материалистическая физиология пролила свет на этио-патогенез данного заболевания. Тканевую терапию мы применили у 20 больных, страдающих ночным недержанием мочи. В стационарных условиях проводились следующие исследования: цистоскопия, рентгенография мочевого тракта и пояснично-крестцового отдела позвоночника, исследования крови, мочи, реакция Мак-Клюр-Олдрича. Все больные отмечали, что ночным недержанием мочи страдают с детства. Возраст больных был от 16 до 24 лет. Клинический анализ мочи не давал отклонений от нормы. При цистоскопии мы в некоторых случаях отмечали незначительную гиперемию области Льебодова треугольника.

В 7 случаях рентгенологически было выявлено незарращение дужки пятого поясничного позвонка.

Ежедневно, в течение месяца, всем больным вводился подкожно экстракт плаценты по 2—3 см<sup>3</sup>, двум больным суспензия плаценты по 3 см<sup>3</sup> раз в неделю.

В 16 случаях получен хороший результат, а в 4—лечение оказалось безуспешным. Часть больных с гипертрофией простаты не подлежит оперативному лечению в зависимости от общего состояния больного, стадии заболевания; поэтому с момента сознательного лечения данного заболевания красной нитью проходит искание не оперативных методов лечения.

Наблюдение ассистентки Равинской, из акушерско-гинекологической клиники Одесского мединститута, над больными, имеющими опухоли в женской половой сфере, лечение биогенными стимуляторами дало нам основание испробовать тканевую терапию при гипертрофии предстательной железы.

Тканевую терапию мы применили при лечении 14 больных гипертрофией предстательной железы. Среди наших больных 4 были в третьей стадии заболевания, 7— во второй стадии и в первой стадии—трое.

Больным с гипертрофией простаты мы производили по три имплантации с промежутками между ними в 12—15 дней. Подсаживалась обычно гомоткань.

Через определенное время всем больным пришлось провести или оперативное лечение, или гормональную терапию.

Заключивая в части лечения гипертрофии предстательной железы биогенными стимуляторами, мы должны отметить, что эффекта от данного метода лечения мы не получили. Впоследствии рядом работ также было доказано отсутствие эффекта при лечении гипертрофии предстательной железы биогенными стимуляторами.

Резюмируя полученные результаты лечения биогенными стимуляторами некоторых урологических заболеваний, мы делаем следующие выводы.

1. Тканевая терапия является хорошим подсобным методом как при

копсервативном, так и оперативном способах лечения сужений мочеиспускательного канала.

2. Результаты лечения труднолуждающихся обычным методом лечения и часто рецидивирующих язвенных циститов дают нам основание рекомендовать тканевую терапию, особенно в амбулаторной практике суспензии плацентарной и селезеночной ткани.

3. Лечение биогенными стимуляторами ночного недержания мочи эффективно.

4. Применение тканевой терапии при гипертрофии предстательной железы безуспешно и не должно применяться.

Урологическое отделение  
I-и клинической больницы  
г. Ереван

Поступило 19 VII 1953 г.

**Ա. Վ. Ալվազյան**

**ՈՒՐՈՒԼՈԳԻԱԿԱՆ ՄԻ ՔԱՆԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՍԸ  
ԲԻՈԳԵՆ ԱՏԻՄՈՒԼՅԱՏՈՐՆԵՐՈՎ  
Ա. Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ**

Բիոզեն ստիմուլյատորներով ուրոլոգիական մի քանի հիվանդությունների բուժման յոթամյա փորձի հիման վրա հնարավորություն ստեղծվեց տալու առաջադրած մեթոդի գնահատականը և ստացված արդյունքները հանրագումարի բերելու Հյուսիսափայտյան տերապիայի հիմնական դասախոսը հրատարակված էր ակադեմիկոս Վ. Պ. Ֆիլատովի կողմից 1933 թ.:

Ուրոլոգիական մի քանի հիվանդություններ բիոզեն ստիմուլյատորներով բուժելու հղանակով ստացած արդյունքներն ամփոփելիս կարելի է գալ հետևյալ եզրակացությունների:

1. Հյուսիսափայտյան տերապիան հանդիսանում է լավ օժանդակ մեթոդ միզատար ուղիների նեղացման ինչպես կոնսերվատիվ, այնպես էլ օպերատիվ բուժման ժամանակ:
2. Սոսիորական մեթոդներով դժվար ևնթարիվույ բուժման գեյքերի արդյունքները և հաճախակի ռեցիդիվ խոցային ցիստիտների բուժման արդյունքները հիմք են ծառայում առաջադրելու հյուսիսափայտյան տերապիան առաջիկ ևս ամբուլատոր պրակտիկայում: Այստեղ ուղիքի նպատակահարմար են փոյժախի հյուսիսափայտյան պրանցենտար սուսպենդիաները:
3. Գրչերը մեզ չպահելու հիվանդության բուժումը բիոզեն ստիմուլյատորներով էֆիկտիվ է:
4. Շագանակաղեկծի գերաճման ժամանակ հյուսիսափայտյան տերապիան անարդյունք է և չպետք է կիրառել: