

Лизототерапия при заболеваниях нервной системы.

А. И. Шейкин.

На основании имеющихся литературных данных следует прийти к заключению, что механизм действия лизатов сложен и полностью еще не выяснен. До сих пор остается спорным, что является действующим началом лизатов: гормоны, высокомолекулярная или низкомолекулярная фракция белкового распада.

Не подлежит сомнению наличие гормонов в целом ряде лизатов—положение, подтверждаемое фармакологическим исследованием различных фракций лизатов в процессе их получения. Для каждого лизата, повидимому, есть свой способ приготовления, при котором сохраняется наибольшее количество гормонов. Причем наименьшее количество гормона обнаруживается при кислотном, щелочном и автоклавном способах получения лизатов, наибольшее же—при пепсинном и трипсинном гидролизе.

Хотя органоспецифичность лизатов нельзя считать пока экспериментально вполне доказанной, однако следует признать, что каждый лизат обладает относительной специфичностью, принимая во внимание различие химического состава в различных лизатах и наличие гормонов в целом ряде лизатов.

Нами на лизототерапии проведен 281 больной. Из них: с климактерическими расстройствами 62, с половой слабостью 32, с истощением нервной системы 71, с врожденной неполноценностью нервной системы и „неврозами развития“—26, с начальной формой церебросклероза 19, с вегетоневрозами 23, эпилепсией 17 и с инфекционными заболеваниями нервной системы 31.

1. Климактерические расстройства у женщин: 1) с своевременно наступившим климактерием 41, 2) с неустановившимся климактерием 12, 3) климах praecoх—9 (4 вследствие операционной кастрации, 2—иррадиационной).

Давность заболевания: до 1 года—21, от 1 г. до 3 лет—23, от 3 до 5 лет—11, свыше 5 лет—7.

С умеренно выраженными явлениями климактерия—35, тяжелыми—27.

У 50 больных мы имели обычный климактерический симптомокомплекс, как следствие нарушенного равновесия вегетативной нервной системы, в связи с выпадением функции яичников, нарушением корреляции между эндокринным и нейровегетативным аппаратами и недостаточностью компенсаторных реакций организма. У 2 больных, помимо обычных жалоб на неустойчивость нервной системы, нарушение сна, склонность к депрессии, частично идеогенного происхождения в связи с мыслями о начинающейся старости, головные боли, головокружение, ощущение жара, познбливания, приливы с последующими потами, боли в суставах и различных частях тела, были также жалобы

на универсальный зуд, у 6—зуд вульвы и вагины, у 4— ангиноидные припадки. Симптомы отличались лабильностью и находились в зависимости от психического и соматического состояния больных. Отчетливо выраженной лабильностью отличалось также и кровавое давление.

Исследование крови обнаружило явления нерезкой гипохромной анемии у 27, уменьшение количества эозинофилов у 7 и увеличение лимфоцитов у 33. Результаты исследования механических вегетативных рефлексов (Ашнер, ортостатический, клиностатический, Эрбен), пиломоторной реакции, наличие резко выраженного дермографизма, у части больных—мраморности кожи на конечностях и побледнения кистей и стоп—в совокупности с субъективными жалобами свидетельствовали о явлениях вегетативной дистонии большей или меньшей тяжести.

У 42 больных кроме климактерического симптомокомплекса никаких других существенных отклонений от нормы не было обнаружено. У 20 больных мы имели дело с так называемым осложненным климактерием: у 14 мигрень с прямой наследственной передачей заболевания (первые приступы мигрени появились у одной в возрасте 14 лет, у другой—18 лет, у третьей—23 лет и у четвертой—в преклимактерическом периоде), у 2 компенсированный продуктивно-фиброзный туберкулез легких, у 2 хронический, временами обостряющийся полиневрит, преимущественно нижних конечностей, у 2 гипертония (220 и 190 систолическое давление), ведущая свое начало за несколько лет до наступления климакса, у одной—аортальный порок сердца с указанием на перенесенный в далеком прошлом острый суставной ревматизм, у одной—митральный порок сердца, с указанием на ряд перенесенных ангин, у одной—психастения значительной тяжести, у одной—Базедова болезнь с нерезкими функциональными нарушениями и калькулезный пиелит, у одной—легкие явления гипотиреоза, у 2—ожирение тиреогенитального типа, у одной—хронический субацидный катар желудка, у одной—гепатит и у одной—конституциональная истерия с наличием редких истерических припадков. У 47 больных с климактерическими расстройствами были указания на элементы большей или меньшей невротической реактивности до наступления климакса, у 8—отягощенная в нервно-психическом отношении наследственность.

Исследование основного обмена по формулам Рида и Джейла обнаружило колебания в пределах нормы у 38, повышение основного обмена у 14 и снижение у 7. Так как гипертония свыше 160 (систолическое давление) и недостаточность аортальных клапанов являются противопоказанием для исследования основного обмена по формулам Рида и Джейла, то 2 больных с гипертонией и одна с недостаточностью аортальных клапанов не были подвергнуты этому исследованию. Среди 14 больных с повышенным основным обменом (Рид от +14 до +25, Джейл от +12 до +30) мы имели одну больную с Базедовой болезнью (Р +25, Д +30), двух—с явлениями истощения, одну с истерией, 5—

с тяжело протекавшим климактерием и 5—с умеренно выраженными явлениями климактерия. Среди 7 больных со сниженным основным обменом (Рид от —11 до —13, Джейл от —21 до —26) мы имели одну больную с легкими явлениями гипотиреоза, двух—с ожирением, трех—с тяжело протекавшим климактерием и одну с умеренно выраженными явлениями климактерия. Здесь следует отметить, что мнение различных исследователей по вопросу о возможности пользования для определения основного обмена формулами Рида и Джейла, основанных на параллелизме процессов кровообращения, дыхания и газообмена, весьма разноречивы. Однако многие авторы (Умбер, Рахман, Аносова и др.) считают эти формулы пригодными особенно в тех случаях, когда нет аппаратуры для определения основного обмена, тем более, что исследования, произведенные с помощью аппарата, также далеко не всегда безупречны.

II. Половая слабость—отсутствие и вялость эрекции, ejaculatio praecox, снижение либидо и оргазма. В возрасте от 23 до 30 лет—5, от 30 до 40 лет—11, от 40 до 50 лет—14 и от 50 до 54 лет—26-ных. Из них работников физического труда 21 и служащих 11. Женатых—23, имеющих постоянную половую связь—5, случайную—4. Давность заболевания: до 3 м-цев—4, до 6 м-цев—7, до 1 года—10, до 3 лет—7 и более 3 лет—4. Все больные с нормальным половым аппаратом, нормальной половой функцией в прошлом и без указаний на перенесенные ранее венерические болезни и незадолго до наступления половой слабости—инфекций. Половая слабость наступила постепенно, без видимых причин и в сравнительно короткий срок, несмотря на наличие адекватного раздражения. Никаких указаний на какую-либо хроническую интоксикацию и ранние и чрезмерные половые эксцессы в прошлом. Внутренний статус без существенных отклонений от нормы. Никаких признаков органического заболевания нервной системы, никаких существенных отклонений со стороны психики. Налицо были только явления реактивной депрессии в связи с наступившей половой слабостью и неуверенностью в своей половой способности, а также явления нерезкого истощения нервной системы с склонностью к неврастеническим реакциям. Бытовые условия (жилище, питание) удовлетворительные, в части случаев—хорошие.

III. Истощение нервной системы у лиц с относительно полноценной нервной системой и здоровой наследственностью. В возрасте от 27 до 30 лет—8, от 30 до 40 лет—36 и от 40 до 50 лет—27 б-ных. Умеренной тяжести—52, значительной—19. Давность заболевания: до 6 месяцев—9, до 1 года—23, до 3 лет—26 и более 3 лет—13.

IV. Врожденная неполноценность нервной системы и „неврозы развития“. 1) Конституциональная нервность различной тяжести и те или иные дефекты нервной системы, как результат патогенного воздействия среды и вредных соматических факторов в процессе формирования личности—11, в возрасте от 26 до 42 лет. 2) Конституциональная истерия различной тяжести—8,

с наличием редких припадков у 2 и частых у одной, в возрасте от 33 до 43 лет. 3) Психастения—7, в возрасте от 28 до 51 года. Из них 6 умеренной тяжести и 1 значительной.

V. Начальная форма церебросклероза с жалобами на головные боли, головокружения, шум в голове, снижение памяти, в особенности к новым восприятиям, снижение работоспособности, легкое снижение гибкости мозговой деятельности, повышенную эмотивность и раздражительность, нарушения сна и т. д., в возрасте от 48 до 57 лет. Давность заболевания: до 1 года—7, до 3 лет—9, более 3 лет—3. Обследование этих больных обнаружило артериокардиосклеротические изменения, легкие изменения в рефлекторной сфере и у 8—пониженную функцию почек.

VI. Вегетоневрозы у больных в возрасте от 18 до 45 лет, с жалобами на головокружение, периодические обмороки, переходящий ангиоспазм различных частей тела, шум в ушах, парестезии, различные кожные изменения (urticaria, эритема, экзематозные высыпания), наступавшие под влиянием незначительных раздражений различными факторами, и т. д. Из них умеренной тяжести—17 и значительной—6 случаев. Давность заболевания: до 1 года—4, до 3 лет—12, более 3 лет—7. Обследование этих больных обнаружило у 9 явления повышенной возбудимости вестибулярного аппарата.

VII. 1) Генуинная эпилепсия. С припадками большой эпилепсии умеренной тяжести, умеренной и большой частоты 12, в возрасте 23—37 лет и с давностью заболевания от 2 до 8 лет. 2) С припадками малой эпилепсии различной частоты—5, в возрасте от 12 до 32 лет и с давностью заболевания 2—7 лет.

VIII. Инфекционные заболевания нервной системы. Рассеянный склероз—2. Больные в возрасте 29 и 36 лет, с давностью заболевания 7 м-цев и 1 г. 3 мес, со скандированной речью, нистагмом, выраженным интенционным тремором и анизорефлексией брюшины. Кроме того, у одной больной—спастический паразез нижних конечностей, умеренной тяжести, с легкими тазовыми расстройствами, поперхивание и легкое затруднение глотания, у другого—спастический гемипарез, умеренной тяжести. Постэнцефалитический паркинсонизм, умеренно выраженный—4, в возрасте от 26 до 38 лет и с давностью заболевания от 4 до 11 лет. Рассеянное заболевание типа энцефало-миелита через 2 месяца после начала заболевания—1, в возрасте 33 лет, с выраженной гипомимией, парезом VI п. слева, диплопией, парезом VII п. справа, легким отклонением языка вправо, анизорефлексией на верхних конечностях ($d > s$), анизорефлексией брюшных ($d < s$), спастическим паразезом нижних конечностей незначительной тяжести, больше справа, легкими тазовыми расстройствами, отчетливой локомоторной атаксией верхних конечностей, больше справа, и слабо положительными белковыми реакциями в ликворе при нормальном цитозе.

Полиневриты—6 б-ных в подостром стадии, в возрасте от 21 до 37 лет, четверо из них умеренной, один незначительной и один случай заболевания значительной тяжести.

Сухотка спинного мозга—18, в возрасте от 38 до 57 л., начальной формы—12, с нерезко выраженными атактическими явлениями—4 и с значительными нарушениями статики и динамики—2.

Терапия проводилась амбулаторно полилизатами и у громадного большинства больных при обычных условиях труда и быта. Уже в начале пользования лизатами я убедился, что полилизатная терапия целесообразней и эффективней монолизатной. Инъекции производились в начале пользования лизатами под кожу плеча, в дальнейшем внутримышечно в ягодичную область. Дозировка каждого лизата 0,3—1,0. Инъекции производились ежедневно, через день или через 2 дня. Количество инъекций 15—30 в течение 20—40 дней, смотря по случаю и в зависимости от эффективности лечения. Конечно, как при всякой терапии, дозировку, интервалы и количество инъекций следует строго индивидуализировать, учитывая реактивность больного и стараясь найти каждый раз оптимальную дозу. Пользовался я лизатами, частью приготовленными по методу Тушнова, преимущественно же лизатами Московского института экспериментальной эндокринологии. Здесь следует отметить, что методика приготовления тех и других лизатов очень близка (Скворцов, Тимофеева). Реактивных явлений, как общих, так и местных, повышения температуры и каких-либо других отрицательных явлений нам при пользовании лизатами не приходилось наблюдать. Единственно, что отмечалось часто больными, это болезненность во время самой инъекции, большая при подкожных и меньшая при внутримышечных.

В своих назначениях тех или иных лизатов мы руководствовались данными клинического обследования больного, гормональными взаимоотношениями и относительной специфичностью лизатов. У больных с климактерическими расстройствами терапия состояла из овариолизата и лизата передней доли гипофиза. У 2 больных с климактерием, осложненным ожирением, кроме того добавлялись тирео-и гепатолизат. Гепатолизат назначался из тех соображений, что химический состав позволяет отнести его к категории препаратов, повышающих окислительные процессы в организме, и что гепатолизат (Моргенштерн) вызывает в щитовидной железе картину повышенной функции. У 2 больных с климактерием, осложненным гипертонией, добавлялись панкрео-и миолизат: панкреолизат—из-за ваготропного его действия, которое, повидимому, связано с содержанием в нем обломков инсулина, и из-за наличия каликреина, оказывающего специфическое сосудорасширяющее действие; миолизат—потому, что он содержит азотистые экстрактивные вещества (типа адеинозинфосфорной и инозиновой кислот, карнозина), которые оказывают сосудорасширяющее действие. У больной с климактерием, осложненным гипотиреозом, добавлялся тиреолизат. У больной с климактерием, осложненной Базедовой болезнью, терапия состояла из оварио-, паратирео, панкрео и кортиколизата. У больных с климактерием, осложненным продуктивно-

фиброзным туберкулезом легких, мы добавляли лиенолизат, богатый холином и гистамином (Степпун, Губарев, Угарова), имея в виду воздействовать на ретикуло-эндотелиальную систему (Гольдберг, Миесерова). У больных с климактерием, осложненным хроническим субакидным катаром желудка и гепатитом, мы добавляли гепатолизат, принимая во внимание его сокогонное действие на пищеварительные органы, особенно в отношении желчеотделения (Жмурова и Хворов).

При половой слабости терапия состояла из тестолизата или зата передней доли гипофиза.

При истощении нервной системы, врожденной неполноценности ее, „неврозах развития“ и начальной форме — церебросклерозализат половых желез, церебро-, мио-и гепатолизат. У больных с вегетоневрозами — лизат половых желез, мио-, кортико-и панкреолизат. Лизат коры надпочечника назначался по тем соображениям, что в нем находятся вещества (ацетилхолин), которые являются антагонистами адреналоподобных веществ. У больных с эпилепсией — лизат половых желез, церебро-, мио-, панкрео-и гепатолизат. При инфекционных заболеваниях нервной системы — лизат половых желез, мио-, панкрео-и гепатолизат. Все истощенные, малокровные больные, кроме того, получали гепатолизат, поскольку под его влиянием происходит увеличение гемоглобина, количества эритроцитов и ускорение регенерации крови (Гольдберг, Полякова).

Роль липоидного обмена в патогенезе артериосклероза, а также эндокринной системы, регулирующей этот обмен — моменты, побудившие меня испытать лизатотерапию при начальной форме церебросклероза.

Роль биохимического фона организма (кроме низкого порога раздражения и в связи с этим повышенной судорожной готовности очага раздражения в каком-либо участке организма) в патогенезе судорожного эпилептического припадков, новые пути лечения эпилепсии, направленные к изменению химизма тканей, а также роль спастического состояния сосудов головного мозга и симпатической нервной системы в патогенезе эпилепсии — моменты, побудившие меня испытать лизатотерапию при эпилепсии.

Кроме лизатотерапии никаких других методов лечения не применялось.

Результаты терапии таковы: в тех случаях, где под влиянием лизатотерапии наступило улучшение, оно, обычно, начиналось после 5—10 инъекций и постепенно прогрессировало. Больные прежде всего отмечали улучшение общего состояния, которое выражалось в улучшении самочувствия, сна, аппетита и повышении работоспособности. Вместе с тем больные отмечали также смягчение и постепенное исчезновение тягостных ощущений. Некоторые больные прибавили в весе до 2 кг за месяц. В значительной части случаев (около 80%) больные отмечали явления эротизации, которое выражалось в эротических снах, оживлении полового чувства и повышении либидо. Явления эротизации держались, обычно, недолго и исчезали вскоре после окон-

чения лечения. Улучшение можно было также констатировать объективно, в частности исследованием дермографизма и механических вегетативных рефлексов.

В 23% случаев отмечено незначительное увеличение гемоглобина и в 27%—количества эритроцитов. Со стороны белой крови у 11 больных во время лизатотерапии наблюдался нерезкий сдвиг вправо (уменьшение количества палочкоядерных и увеличение моноцитов), который быстро выравнивался. У 17 больных во время лизатотерапии наблюдались небольшой гиперлейкоцитоз со сдвигом влево и незначительное ускорение РОЭ, которое также быстро выравнивалось. У громадного же большинства больных существенных изменений со стороны крови во время и после лизатотерапии не было обнаружено.

Исследование основного обмена у больных с климактерическими расстройствами по формулам Рида и Джейля во время и после лизатотерапии, а также кальция в крови у 8 больных с эпилепсией и 15 б. с климактерием—существенных изменений не обнаружило.

Полученные результаты приведены в следующей таблице.

	Общее число	Значит. улучшение	Улучшение	Без изме- нений
Климактерий	62	42	17	3
Половая слабость	32	5	7	20
Истощение нервной системы	71	41	23	7
Врожденная неполноценность нервной системы и „неврозы развития“	26	—	5	21
Церебросклероз	19	6	12	1
Вегетоневрозы	23	7	13	3
Эпилепсия	17	—	—	17
Инфекционные заболевания нервной системы	31	—	11	20
	281	101	88	92

У больных с климактерическими расстройствам, получивших „значительное улучшение“ наблюдалось почти полное исчезновение тягостных ощущений, у больных с „улучшением“—смягчение и более редкое их проявление.

У 2 больных с климактерием, осложненным гипертонией, при улучшении общего состояния, кровяное давление осталось без изменений.

У 4 больных с климактерием, осложненным мигренью, отмечено уменьшение тяжести, длительности и частоты приступов мигрени.

У 2 больных с климактерием, осложненным хроническим полиневритом, мы наблюдали почти полное исчезновение тягостных ощущений, а также уменьшение болей в конечностях, улучшение походки, движений, уменьшение чувствительности к дав-

лению мышц и нервных стволов и смягчение симптомов Нери, Ласега, Вассермана и др. У больных с климактерием, осложненным хроническим субакидным катаром желудка и гепатитом, отмечено улучшение также со стороны желудка и печени: уменьшение болей, отрыжки, тяжести в подложечной области, тошноты, меньшая болезненность при пальпации и т. д.

У больных с климактерием, осложненным Базедовой болезнью и гипотиреозом, мы наблюдали незначительное улучшение.

У 2 больных с ожирением тиреогенитального типа, при рельефно выраженном улучшении, вес остался тот же.

У больных с климактерием и универсальным зудом, зудом вульвы и вагины и ангиноидными припадками мы имели почти полное исчезновение тягостных ощущений.

Отрицательные результаты у 3 больных с климактерием относятся к одной с тяжело протекавшим неосложненным климактерием, одной — с климактерием, осложненным конституциональной истерией с редкими припадками, и одной — с климактерием, осложненным психастенией значительной тяжести.

У 9 больных с установившимся климактерием, давностью 1—4 года, были констатированы повторные менструации.

У 51 больной с климактерическими расстройками рецидивы наступали через 3—8 м-цев, причем повторный курс лизатотерапии, в сравнении с первым, давал обычно несколько худшие результаты.

В качестве яркой иллюстрации благоприятного результата лизатотерапии привожу выдержку из истории болезни.

Больная Ц., 33 лет, домохозяйка, обратилась в ноябре 1936 г. с жалобами на 5-месячную аменоррею с ярко выраженным климактерическим симптомокомплексом значительной тяжести.

Менструации с 12 лет, тип их установился сразу, через 3 недели, по 3—4 дня. Половая жизнь на 24 году. Бесплодие. В 1930 г. оперативное пособие — удаление правого и резекция левого яичников по поводу кистозного перерождения их. Менструации после операции имели правильный тип до января 1934 г. Вслед за тем начинаются аменорреи по 2—3 месяца до июня 1935 г. После проведенной в июне 1935 г. урогравидатерапии менструации, появившиеся после 4-ой инъекции, приняли прежний нормальный тип в течение последующего года. В июне 1936 г. вновь аменоррея, по поводу которой приняла грязелечение на одесских лимнах, но без результата.

Пикничка с наклоном к общему ожирению. Со стороны внутренних органов существенных отклонений от нормы не обнаружено. Резко выраженная гипоплазия матки. Воспалительных изменений нет.

Назначены инъекции овариолизатов (1,0), лизат передней доли гипофиза (0,5) и гепатолизат (0,5).

После двух инъекций значительное улучшение: количество приливов с 15—20 в день уменьшается до 4—5. После 4-й инъекции предъявляет жалобу лишь на аменоррею. Приняла 20 инъекций. Чувствует себя прекрасно, аменоррея держится. Результат стойкий на протяжении 6 м-цев (срок наблюдения).

В группе больных с половой слабостью результаты выразились в улучшении у 27 общего состояния и у 12 из них в повышении потенции, увеличении длительности полового акта и оказались стойкими на протяжении года (срок наблюдения). У 5 больных с значительным улучшением из этой группы мы имели почти полный возврат их прежней нормы.

В группе больных с истощением нервной системы отрицательные результаты и незначительное улучшение относятся в большинстве к больным с большой давностью и тяжестью заболевания при не вполне благоприятных бытовых условиях. Результаты лечения у большинства больных этой группы оказались довольно стойкими (срок наблюдения 6—10 м-цев).

Улучшение, полученное после лизатотерапии, у 3 больных с конституциональной нервною и 2 с „неврозами развития“ было весьма незначительным, оказалось очень нестойким и исчезло вскоре по окончании лечения.

У больных с эпилепсией лизатотерапия не изменила характера, тяжести и частоты припадков, улучшив лишь на время лечения общее самочувствие больных.

Значительное улучшение, полученное у 7 больных с вегетоневрозами, выразилось в почти полном исчезновении головокружений, обмороков, парестезий, спазмов и кожных изменений. Улучшение у 13 больных—в смягчении всех симптомов. Результаты оказались нестойкими, рецидив через 2—6 месяцев.

Лизатотерапия при начальной форме церебросклероза дала довольно стойкий результат (наблюдение 7—11 м-цев). Причем менее всего уступали воздействию головные боли и ослабление памяти.

В группе больных с инфекционными заболеваниями нервной системы мы имели улучшение: у больного с рассеянным склерозом, со спастическим гемипарезом (улучшение общего самочувствия, речи, походки, уменьшение нистагма и интенционного тремора), у трех больных с постэнцефалитическим паркинсонизмом (поднятие общего тонуса, уменьшение тремора, саливации, легкое оживление мимики, некоторое уменьшение скованности, и более редкое наступление судороги взора у одного из них), у больного с энцефаломиелитом (заметное улучшение общего самочувствия, оживление мимики, уменьшение пареза лицевого нерва, исчезновение отклонения в сторону языка, уменьшение локомоторной атаксии, анизорефлексии и тазовых расстройств). У больных с полиневритами (1 незначительной и 3 умеренной тяжести) улучшение выразилось в поднятии общего тонуса, уменьшении болей, улучшении походки и движений, уменьшении чувствительности к давлению мышц и нервных стволов, смягчении симптомов Нери, Ласега и Вассермана, улучшении чувствительности и появлении ахиллова рефлекса у одного из них. Терапевтический эффект лишь у паркинсоников оказался нестойким и исчез вскоре после окончания лечения.

У всех больных с инфекционными заболеваниями нервной системы с отрицательным результатом мы имели субъективное улучшение в смысле поднятия общего тонуса при прежнем объективном статусе, за исключением 2 больных с начальной формой сухотки спинного мозга, вошедших в рубрику „улучшение“, где отмечено значительное смягчение ланцинирующих болей.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что лизато-

терапия является активным и довольно эффективным методом лечения при климактерических расстройствах, истощении нервной системы, начальной форме церебросклероза и вегетопатиях.

Лизатотерапия оказывает прежде всего общестимулирующее и тонизирующее действие на организм.

Действие лизатов на организм, надо полагать, является комплексным, состоит из действия гормонов, высоко- и низкомолекулярных продуктов белкового распада, липондов, солей и осуществляется по всей вероятности через вегетативную нервную систему.

При истощении нервной системы лизатотерапия может быть применена наравне с медикаментозным лечением и физиотерапией.

Из Института экспериментальной эндокринологии НКЗдрава (директор заслуженный деятель науки проф. Н. А. Шерешевский).

Лизатотерапия при кожных болезнях

А. В. Устиновский.

Метод лечения лизатами, продуктами расщепления белка или „физиологическим лекарством“, как его называют, получил всеобщее признание. Нет в настоящее время ни одной группы больных, на которых бы не испытывалось терапевтическое действие лизатов, урогравидана и гормональных препаратов.

Прежде чем перейти к обзору кожных болезней, наблюдавшихся в клинике и поликлинике Ин-та, изложу те общие положения, которых мы в настоящее время придерживаемся. Во-первых, мы отказались от применения лизатов при острых воспалительных дерматозах, ибо, усиливая кровонаполнение периферической сети капилляров, они увеличивают секрецию эпидермальных клеток и тем поддерживают воспалительный процесс. Здесь мы расходимся с мнением проф. Кричевского („Лизаты и лизатотерапия“, Харьков, стр. 216), у которого „наиболее демонстративные результаты от лизатотерапии получены у б-ных с острыми обостренными генерализованными формами псориаза“. Работникам Ин-та памятен случай с б-ным Т., у которого лизаты, назначенные в стадии острого высыпания псориазических бляшек, неизменно, с каждой инъекцией, усиливали болезненный процесс, перешедший в распространенную эритродермию, купированную энергичным применением десенсибилизирующих средств. Это же положение поддерживает и проф. Мещерский в своем докладе на съезде эндокринологов (март 1935 г.). Напротив, инвентаризованные дерматозы, где необходим усиленный приток крови к имбибированным лимфоидными элементами участкам кожи, хорошо поддаются действию лизатов.

Лизаты применимы там, где рентгенотерапия, по тем или иным соображениям, противопоказана.

За последние два года (1934—1935 гг.) через лизатный инъек-