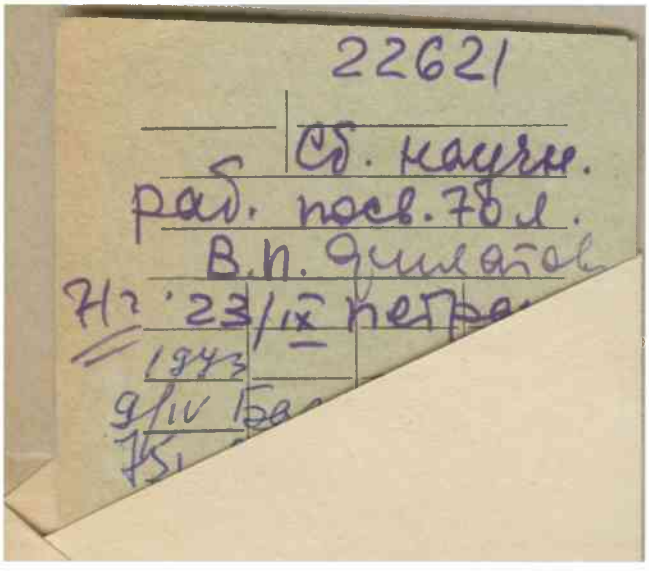
СБОРНИК
К СЕМИДЕСЯТИЛЕТИЮ АКАДЕМИКА
В. П. ФИЛАТОВА



БІБЛІОТЕКА
ім. В.П. Філатова

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П.Філатова

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П.Філатова

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П.Філатова

СБОРНИК НАУЧНЫХ РАБОТ,

ПОСВЯЩЕННЫЙ СЕМИДЕСЯТИЛЕТИЮ

АКАДЕМИКА

ВЛАДИМИРА ПЕТРОВИЧА ФИЛАТОВА

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

Экспер. Институт
Глазных болезней
имени акадек. В. П. Филатова
22621 г. Одесса
БИБЛИОТЕКА

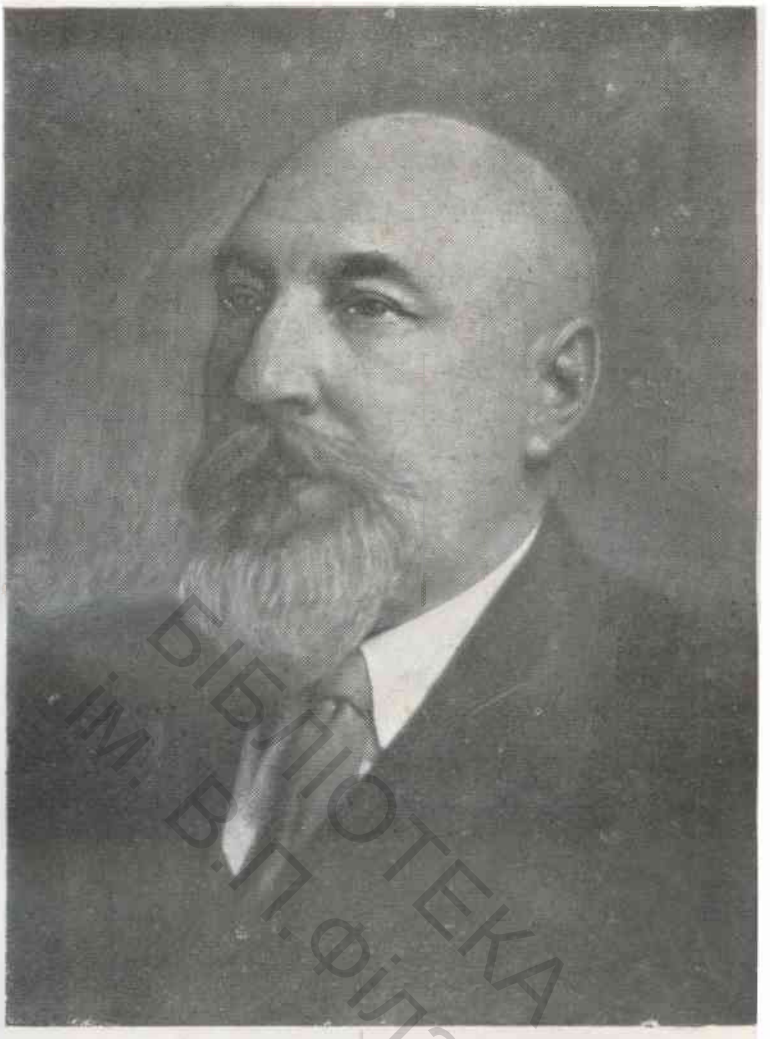
ОДЕССКОЕ ОБЛАСТНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
1946

Ответственный редактор
Профессор С. Ф. КАЛЬФА

Ответственный секретарь
Ст. научный сотр. И. Г. ЕРШКОВИЧ

Редакционная коллегия:
Канд. мед. наук Б. С. БРОДСКИЙ
Ст. научный сотр. Д. Г. БУШМИЧ
Доктор М. И. ГЕЛЕЛОВИЧ
Ст. научный сотр. В. В. СКОРОДИНСКАЯ

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П.Філатова



БІБЛІОТЕКА
ім. В.П. Філатова

ПРЕДИСЛОВИЕ

10 марта 1945 года советская общественность отметила юбилей — 70-летие со дня рождения лауреата Сталинской премии академика Владимира Петровича Филатова.

В ознаменование этой даты Совет Народных Комиссаров УССР, наряду с другими мероприятиями, постановил издать сборник трудов учеников, последователей и друзей юбиляра.

Выход в свет сборника совпадает с моментом полного возрождения деятельности Украинского экспериментального института глазных болезней имени академика В. П. Филатова.

Во время Отечественной войны вместе со своими кадрами и наиболее ценным оборудованием Институт был эвакуирован в глубь страны. Не сворачивая научно-исследовательской работы, Институт развернул свою деятельность, главным образом, в том направлении, чтобы оказать помощь раненым воинам Красной Армии. Многие тысячи раненых бойцов и офицеров, при лечении которых были применены методы акад. В. П. Филатова (круглый стебель, пересадка роговой оболочки, тканевая терапия и др.), возвратились в строй или к труду.

Неутомимо продолжая научную работу, В. П. Филатов и его ученики внесли ценный вклад в область практической и теоретической медицины и, особенно, в разработку гипотезы тканевой терапии. Основные положения этой гипотезы практически применяются не только в медицине, но и в биологии животных и растений и подтвердились на опытах с сельскохозяйственными культурами.

Благодаря неустанной заботе партии и правительства, возвращенный в Одессу Институт в короткое время был восстановлен. Его работа должна развернуться в масштабе, превышающем довоенный уровень. Быстрому восстановлению Института способствовало сохранение в военное время основных его кадров и возвращение из Красной Армии сотрудников, которые, выполнив долг перед Родиной, приступили к работе в мирных условиях.

БИБЛИОТЕКА ГИ ВГ. Філатова

Вновь возобновляется прерванная войной издательская деятельность Института, в результате которой выпускается в свет и этот юбилейный сборник.

В сборнике нашла отражение проблематика, над которой работали и работают много лет юбиляр и его школа: тканевая терапия, круглый стебель, вопросы военной офталмологии, пересадка роговицы, глаукома.

Некоторые статьи, посвященные юбиляру, по техническим причинам не могли войти в этот сборник и будут напечатаны в специальном номере «Вестника офталмологии» и в сборнике санотдела Одесского военного округа.

Редколлегия горячо приветствует дорогого Владимира Петровича и желает ему на многие годы полноценной творческой жизни на благо и процветание нашей великой Родины.

РЕДКОЛЛЕГИЯ

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ АКАДЕМИКА ВЛАДИМИРА ПЕТРОВИЧА ФИЛАТОВА

10 марта 1945 года общественность нашей страны отметила славный юбилей выдающегося представителя советской медицины — 70-летие со дня рождения и 50-летие врачебной, педагогической, научной и общественной деятельности лауреата Сталинской премии, депутата Верховного Совета УССР академика Владимира Петровича Филатова. Это событие — большой праздник не только для медицинских и научных кругов. Чествование юбиляра — дело всей советской общественности.

Жизнь и творчество Владимира Петровича трудно описать в коротком очерке, поэтому мы попытаемся указать только на самое основное из его разнообразной деятельности.

В. П. Филатов родился в 1875 г. в с. Михайловка, Саранского уезда, Пензенской губ., в семье врача. В 1892 году он окончил гимназию в г. Симбирске (ныне Ульяновск), а в 1897 г. — медицинский факультет Московского университета. Отец его работал врачом по глазным болезням в земской больнице г. Симбирска. Это пробудило во Владимире Петровиче интерес к глазным болезням еще тогда, когда он был студентом.

По окончании университета В. П. Филатов был оставлен ординатором глазной клиники проф. Крюкова, а в 1899 г. перешел ординатором в Московскую глазную больницу, где работал до 1903 г.

В 1903 г. В. П. Филатов был переведен в Одессу, в глазную клинику б. Новороссийского университета, с которой связана вся его дальнейшая деятельность. В 1906 г. он уже ассистент клиники. В 1908 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Учение о клеточных ядах в офтальмологии» и через год после защиты, в 1909 г., получил приват-доцентский курс. В 1911 г. Владимир Петрович был утвержден заведующим кафедрой и клиникой глазных болезней Одесского медицинского института, которой он бессменно руководит до настоящего времени (за исключением периода оккупации Одессы немецко-румынскими захватчиками).

В 1936 году, по постановлению СНК СССР, был организован Украинский экспериментальный институт глазных болезней. В это дело Владимир Петрович вложил много труда и энергии.

В 1941 г. В. П. Филатов эвакуировался в г. Пятигорск, где был назначен консультантом и научным руководителем эвакогоспиталя 2172, а затем в г. Ташкент, где Украинский институт глазных болезней был восстановлен на базе глазного эвакогоспиталя 1262.

Будучи директором Института, Владимир Петрович одновременно работал главным консультантом и научным руководителем указанного госпиталя. В сентябре 1944 года, вместе с коллективом Института, Владимир Петрович возвратился в Одессу, где, со свойственным ему энтузиазмом, принялся за восстановление разрушенного немецко-румынскими захватчиками Института.

Красной нитью проходит через всю жизнь и деятельность Владимира Петровича его непрерывная работа над собой, стремление к совершенствованию своих знаний.

Человек исключительно высокой и разносторонней одаренности, которая обнаружилась в разных отраслях его деятельности, он на протяжении всей своей жизни целиком отдается науке.

Всегда полный сил, энергии, трудового энтузиазма, он неутомимо обогащает сокровищницу отечественной и мировой офтальмологии ценнейшими исследованиями, рождающими новые открытия, изобретения и усовершенствования.

Научная продукция Владимира Петровича — 258 работ — богата и многогранна. Почти в каждый раздел офтальмологии он внес много нового и оригинального.

Вследствие обилия и разнообразия работ Владимира Петровича, мы не можем в краткой статье остановиться на каждой его работе в отдельности, поэтому коснемся только отдельных проблем.

I. ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗА

Работами в этой области началась научная деятельность В. П. Филатова. Исследованию экспериментальной и клинической патологии глаза он посвятил много ценных работ. Центральное место среди них занимает «Учение о клеточных ядах в офтальмологии» — капитальный труд, который Владимир Петрович представил в 1908 г. как диссертацию на степень доктора медицинских наук.

В этой области ему принадлежит работа о первичном сапе глаза. Сифилису глаза посвящено две работы. Труд о значении сенной палочки в патологии глаза — наиболее ценное исследование по этому вопросу в русской медицинской литературе. Можно перечислить ряд работ, имеющих большой научный и клинический интерес: «Случай септического тромбоза пещеристых пазух и орбитальных вен», «К вопросу о заболевании глаза при Базедовой болезни», «К вопросу о лимфагранулематозных поражениях органа зрения» и ряд других.

II. МЕТОДИКА КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Владимир Петрович обогатил и этот раздел клинической офтальмологии. Для исследования слизистой оболочки век он предложил оригинальный метод инъекций индиферентной или окрашенной жидкости в переходную складку.

Очень ценным является предложенный им метод исследования помутнения хрусталика в проходящем свете. Этот метод имеет значительные преимущества перед обычно применяемым. В области

исследования внутриглазного давления Владимир Петрович предложил оригинальную методику эластотонометрии при помощи четырех тонометров Маклакова разного веса. Этот метод оказался чрезвычайно полезным для ранней диагностики глаукомы, а также для научной разработки вопросов, связанных с физиологией и патологией внутриглазного давления. Он позволил доказать наличие в глазу рефлекса, регулирующего внутриглазное давление, и значение нарушения его в патогенезе глаукомы.

III. ОФТАЛМОХИРУРГИЯ

Высокоталантливый хирург-виртуоз в области чисто глазных операций, В. П. Филатов блестяще оперирует также в пограничных с глазом областях.

На протяжении многих лет Владимир Петрович со свойственной ему настойчивостью разрабатывал новые оперативные методы и рядом блестящих работ обогатил и усовершенствовал хирургическую технику многих операций.

Им, вместе с профессором Лысенковым, была разработана и описана новая операция при злокачественных новообразованиях орбиты. Эта операция имеет то преимущество перед предложенными ранее, что она позволяет придерживаться основного хирургического принципа — оперировать в пределах здоровой ткани. Большого внимания заслуживает статья юбиляра «Новые пути в борьбе с экспульсивной геморрагией», в которой он предлагает ценный способ борьбы с этим грозным осложнением, ведущим, как правило, к гибели глаза.

Не останавливаясь на других важных предложениях Владимира Петровича в области офтальмохирургии, мы считаем необходимым сказать о наиболее выдающемся его открытии — о пластике на, так называемом, круглом филатовском стебле, предложенной в 1916 г. Суть этого метода заключается в следующем: для закрытия дефектов, которые получаются после удаления рубцов или новообразований, как известно, применяется так называемая свободная пластика или производится пересаживание кожи на питающей ножке. Для обеспечения питания лоскута кожи и предохранения питающей ножки от инфекции Владимир Петрович предложил сшивать края питательной ножки, имеющей форму полосы, таким образом, чтобы превратить ее в цилиндрическое образование — в круглый стебель.

Этот способ был принят хирургами как очень ценный. Много отдельных работ и монографий посвятили этому виду пластических операций как отечественные, так и иностранные хирурги.

Круглый стебель — гордость советской хирургии и открытие мирового значения. По словам видного ленинградского хирурга проф. Петрова, круглый стебель — это новая эпоха пластической хирургии. Особенно ценным этот метод оказался в дни Отечественной войны, когда он широко использовался хирургами для устранения обширных огнестрельных дефектов, причиненных современными орудиями войны. Трудно встретить госпиталь, клинику, больницу восстановительной хирургии, где этот метод не был бы с успехом

применяем. Круглый стебель — ценный вклад, внесенный Владимиром Петровичем в дело восстановления здоровья раненых воинов и инвалидов Отечественной войны.

IV. ГЛАУКОМА

Это заболевание служит первой причиной слепоты, поэтому Владимир Петрович уделял и уделяет ему много внимания и труда. По его предложению, в глазной клинике Одесского медицинского института впервые был организован глаукоматозный диспансер, в котором велась практическая работа по обнаружению ранних форм глаукомы и рациональное лечение ее.

Предложенный Владимиром Петровичем новый метод эластотонометрии оказался ценным не только для ранней диагностики глаукомы, но и для исследования динамики глаукоматозного процесса. Очень интересны работы Владимира Петровича по вопросу о патогенезе глаукомы. На основе клинических наблюдений и экспериментов над животными он доказал влияние мышечной работы на внутриглазное давление в смысле его понижения. Исходя из этого, Владимир Петрович предложил теорию патогенеза глаукомы, как заболевания, связанного с недостачей продуктов, выделяющихся в процессе мышечной работы.

Вопросам оперативного лечения глаукомы В. П. Филатов посвятил ряд ценных статей: «По поводу операции Эллиота», «Материалы для суждения об операции Эллиота при глаукоме», «Как нужно оперировать острую глаукому». В этих работах автор дает ценные научные и практически важные указания о технике антиглаукоматозных операций, устанавливает показания к оперативному лечению и определяет выбор той или иной операции. Одновременно Владимир Петрович разрабатывает новые типы фистулизирующих операций для лечения последовательной глаукомы. Эти операции, простые по технике, но остроумные по своему замыслу и эффективные по результатам, — крупный шаг вперед в борьбе с последовательной глаукомой. Ученики Владимира Петровича опубликовали несколько диссертаций и много работ о проблеме глаукомы, выполненных под его непосредственным руководством.

V. ТРАХОМА

Работы В. П. Филатова, посвященные вопросам трахомы,—ценный вклад в дело борьбы с этим заболеванием. Впервые в Союзе Владимир Петрович предложил лечить трахоматозный паннус аутогемотерапией. Им же предложено оперативное лечение паннуса повторными субконъюнктивальными перитомиями. Наибольшая же заслуга юбиляра в том, что он предложил лечить трахому по методу повторных выдавливаний без медикаментозной терапии в промежутках. Этот метод поставил на реальную почву дело ликвидации трахомы в массовом масштабе. Все существовавшие ранее способы лечения этой болезни надолго приковывали больного к лечебно-профилактическим учреждениям. Метод повторных выдавливаний

в корне изменил систему лечения трахомы. Он освобождает больного от необходимости систематически посещать лечебные учреждения в течение месяцев, а иногда и лет, что часто не под силу больному, особенно на селе.

Примененный в первой стадии трахомы указанный метод резко сокращает срок лечения этого тяжелого заболевания, и им с успехом пользуются врачи-окулисты во всех концах нашей обширной страны. Особенно широко применялся этот метод в дни Отечественной войны, когда необходимо было оздоровить широкие контингенты лиц призывного возраста, больных трахомой.

Наш опыт лечения этой болезни в Средней Азии, где она еще распространена, с несомненностью показал значение предложенного Владимиром Петровичем метода массовой борьбы с трахомой. В последние годы большая эффективность в лечении последней достигнута применением предложенного юбиляром нового метода, так называемой, тканевой терапии, о которой мы скажем ниже.

VI. ПЕРЕСАДКА РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

Наиболее ярко проявился исследовательский талант В. П. Филатова в разработке проблемы пересадки роговой оболочки, что было связано с преодолением ряда трудностей как научного, так и организационного характера. Этой проблеме Владимир Петрович посвятил 75 научных работ.

Его неутомимая энергия, точно намеченная цель и ясно сформулированные предпосылки дали ему возможность в сравнительно короткий срок разрешить целый ряд сложнейших вопросов, касающихся этой проблемы. В настоящее время Владимиру Петровичу принадлежит ведущая роль в пересадке роговой оболочки не только в Советском Союзе, но и далеко за его пределами. Огромное значение имеют работы юбиляра по усовершенствованию и упрощению техники этой операции. Благодаря изобретенным им трепанам ФМ-2 и ФМ-3, устраняющим опасность ранения хрусталика и выпадения стекловидного тела, и ряду других инструментов и технических усовершенствований, указанная операция стала доступной любому окулисту-хирургу.

Большой вклад в это дело внес Владимир Петрович разработкой нового принципа — пересадки консервированной на холоде трупной роговой оболочки. Таких глаз, которые можно было брать для пересадки от живых доноров (при удалении глаза по поводу тяжелых заболеваний или травм), было недостаточно для полного удовлетворения нуждающихся в этой операции. Пересадке роговой оболочки угрожал кризис из-за недостачи «пересадочного материала». Владимир Петрович доказал, что для этой цели можно с успехом использовать роговую оболочку трупных глаз. Таким образом он открыл неограниченный источник получения материала для пересадки, благодаря чему операция стала массовой.

Этими работами Владимир Петрович в значительной мере разрешил проблему борьбы со слепотой и инвалидностью от бельм. Много труда посвятил он разработке мероприятий, дающих воз-

можность расширить показания к пересадке роговицы. В случаях осложненных, грубо рубцовых бельм, ранее непоказанных к операции, Владимир Петрович предложил и разработал технику, так называемой, мелиорации бельм, улучшающей почву для будущей пересадки и способствующей прозрачному приживлению трансплантата. Этим был значительно расширен круг больных, для которых стала возможной пересадка роговицы.

Ряд работ Владимир Петрович посвятил тотальной пересадке роговицы, и ему принадлежит наибольшее число случаев этой операции, опубликованных в мировой литературе.

До Отечественной войны Владимир Петрович и его сотрудники произвели свыше тысячи пересадок роговой оболочки, что превышает число операций, проделанных за все время существования этой проблемы во всем мире.

Особенно ценным оказался этот метод в дни Отечественной войны. Разработке пересадки роговицы при бельмах после военных повреждений, представляющих в большинстве случаев благодарную почву для пересадки, Владимир Петрович уделил много внимания. Можно с удовлетворением отметить, что пересадка роговицы при бельмах, возникших вследствие боевых ранений, поставлена на службу воинам Красной Армии.

Тонкий клиницист и наблюдатель, Владимир Петрович подметил интересный феномен, наблюдающийся при пересадке роговицы: просветление бельм вокруг пересаженного трансплантата. Он использовал этот факт для воздействия на воспалительные процессы в роговой оболочке путем подсадки консервированной трупной роговицы. Резкое противовоспалительное действие такой роговицы при кератитах позволило Владимиру Петровичу сделать обобщающий вывод и создать новый способ лечения патологических процессов — метод тканевой терапии.

VII. ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Крупнейшее достижение научного творчества Владимира Петровича — тканевая терапия. Она была предложена юбиляром в 1933 году и вскоре приобрела значение мощного лечебного фактора не только в области офтальмологии, но и во многих других медицинских специальностях. Этот метод основан на том, что всякая живая ткань, поставленная в неблагоприятные для ее жизни условия окружающей среды, подвергается биохимической перестройке. При этом образуются высокоактивные вещества, так называемые, «биогенные стимуляторы».

Эти вещества стимулируют биохимические процессы в тканях, где они образовались. Неблагоприятные условия для жизнедеятельности ткани животного происхождения — низкая температура, а для зеленых растений — темнота. Если обогащенную биогенными стимуляторами ткань ввести в организм больного, имплантируя куски тканей под его кожу или впрыскивая водный экстракт, то биогенные стимуляторы, возбуждая регенеративные свойства организма, способствуют его выздоровлению. Обычно ткани животного

происхождения, чаще всего трупа, выдерживаются на холоде в течение 6—10 суток, а затем стерилизуются в автоклаве при 120 градусах. Листья растений (алоэ, горох, подорожник и др.) сохраняются в темноте в течение 15 суток, а затем из них приготовляют водный экстракт, который также подвергается автоклавизации.

Тканевая терапия оказалась весьма эффективной при лечении многих тяжелых глазных заболеваний (воспаление роговицы, сосудистого тракта, атрофия зрительного нерва, пигментный ретинит и др.). Получены прекрасные результаты и при лечении неглазных заболеваний (волчанка, лепра, псориаз, язва желудка, астма, гинекологические заболевания, пендинская язва, незаживающие язвы, рубцовые контрактуры, невриты и прочие).

В период Отечественной войны Владимир Петрович широко использовал метод тканевой терапии для лечения раненых воинов Красной Армии и добился в этом деле значительных результатов.

Много внимания уделяет он разработке проблемы тканевой терапии. Вместе со своими сотрудниками он установил, что биогенные стимуляторы активизируют действие ферментов, которые играют первостепенную роль в жизненных процессах организма.

Владимир Петрович близок к открытию химического субстрата биогенных стимуляторов, которые, повидимому, относятся к разряду непредельных кислот. Он считает, что развитие биогенных стимуляторов под влиянием неблагоприятных факторов среды — закон для всей живой природы.

Таким образом, гипотеза выходит далеко за пределы медицины и объясняет многие факторы биохимии, биологии, физиологии, ботаники, агрономии и др.

VIII. ВОЕННАЯ ОФТАЛМОЛОГИЯ

Еще в период мирного строительства Владимир Петрович посвятил значительную часть своей научной деятельности вопросам борьбы с глазным травматизмом и военно-полевой офтальмологии.

По его инициативе в Одессе в 1932 г. была организована впервые в Союзе станция скорой глазной помощи с мощной магнитной установкой, успешно работающая и в настоящее время. В. П. Филатов разработал методику оперативной помощи при тяжелых ожогах глаз, а также опубликовал статью по вопросам военно-полевой офтальмологии, в которой указывается на необходимость приближения специальной глазной помощи к месту боя.

В период Отечественной войны, в условиях эвакуации, научное творчество юбиляра не только не ослабело, но значительно усилилось.

Все свои достижения Владимир Петрович поставил на службу Красной Армии, неутомимо внедряя их в работу госпиталей.

В. П. Филатов опубликовал брошюры и монографии: «Офтальмология — на службу Красной Армии», «Круглый стебель в офтальмологии», «Тканевая терапия» (1943 г.), «Пересадка роговицы и тканевая терапия» (1945 г.), ряд статей в сборнике САВО, посвященном 25-летию Красной Армии, и в других журналах, а также прочитал

много докладов. Все это способствовало быстрейшему восстановлению трудоспособности раненых воинов Красной Армии и инвалидов Отечественной войны.

IX. АКАДЕМИК В. П. ФИЛАТОВ, КАК ВРАЧ И ПЕДАГОГ

Будучи выдающимся ученым с мировым именем, Владимир Петрович прежде всего — врач-клиницист и одаренный педагог. Он привил своим ученикам любовь к больному, стремление во что бы то ни стало помочь ему, не останавливаясь перед трудностями и настойчиво преодолевая их. Осмотры больных и обходы, проводимые юбиляром, служат богатой школой для специалистов. На этих осмотрах, разборах больных ученики, следя за развитием мыслей своего учителя, приучаются к клиническому мышлению, синтезируют отдельные симптомы заболевания в одно целое, делают соответствующие обобщения.

Владимир Петрович считает, что офтальмолог, не владеющий скальпелем, не может быть специалистом, и уделяет много внимания хирургической подготовке своих последователей.

Блестящий хирург, мастерски выполняющий сложнейшие и тонкие глазные операции, он ежедневно передает свои хирургические навыки ученикам. За период полувековой работы он произвел много тысяч операций. Во всей его врачебной работе красной нитью проходит настойчивая борьба за восстановление зрения в самых тяжелых, почти безнадежных случаях. Его здоровым оптимизмом в лечении таких заболеваний проникнута вся деятельность созданной им школы.

Большой интерес представляют беседы Владимира Петровича, которым он уделяет значительную часть своего времени. Нередко такие поучительные беседы превращаются в настоящее творчество, в процессе которого рождается ряд идей, служащих важными проблемами для научной разработки. Слушая Владимира Петровича, трудно провести грань между врачом-педагогом и научным исследователем.

Много молодых поколений прошло школу юбиляра. Значительное число учеников в разных местах нашего Союза успешно борются со слепотой, разрабатывают научные проблемы, непрерывно поддерживая связь со своим учителем и получая от него указания и советы.

Клиника и Институт им. В. П. Филатова—прекрасная офтальмологическая школа, привлекающая к себе окулистов всей страны. В этой школе врачи пополняют свои знания и обогащаются широким и глубоким, строго научным материалистическим мировоззрением. Все ученики Владимира Петровича с первых дней пребывания в его школе приобщаются к науке и получают возможность под его непосредственным руководством выполнять ценные и интересные работы.

Владимир Петрович любовно выращивает кадры, прививает им свойственную ему настойчивость в достижении поставленной перед собой научной задачи. Его ученики за последние годы защитили

27 диссертаций на ученую степень доктора и кандидата медицинских наук и опубликовали около 400 научных работ. Многие стали профессорами и доцентами и сами воспитывают кадры на славных традициях школы юбиляра.

Около 30 учеников Владимира Петровича во время войны в рядах Красной Армии применяли полученные от своего учителя знания для успешного лечения защитников нашей Родины.

X. ОБЩЕСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЮБИЛЯРА

Свою научно-педагогическую и врачебную деятельность Владимир Петрович совмещает с активной общественно-политической работой. С 1911 года он бессменный председатель Одесского офтальмологического общества и почетный член ряда научных обществ.

Будучи членом Ученого совета НКЗ УССР, председателем офтальмологической секции Ученого совета НКЗ УССР, председателем совета профессоров Одесского медицинского института, Владимир Петрович отдавал много сил и энергии работе в этих организациях. В 1936 г. его избирают членом Одесского городского Совета депутатов трудящихся, в 1939 г. — депутатом Верховного Совета УССР. На поприще общественного работника и государственного деятеля В. П. Филатов работает с такой же неутомимой энергией, какую он вкладывает в свою научную и педагогическую деятельность. Владимир Петрович получает от своих избирателей много писем и заявлений, которые тщательно изучает и никогда не оставляет без ответа.

Несмотря на многообразие работы, его нередко можно видеть в учреждениях или на дому у своих избирателей, где он лично разбирает и разрешает интересующие их вопросы. Владимир Петрович — верный слуга своего народа и патриот своей Родины.

Этим далеко не исчерпывается разносторонняя деятельность славного юбиляра. Он проводит большую работу как действительный член двух академий наук: Украинской и Медицинской. За его выдающуюся работу «Пересадка роговой оболочки и тканевая терапия» ему в 1941 г. присвоено высокое звание лауреата Сталинской премии I степени.

Отмечая исключительные заслуги Владимира Петровича, правительство присвоило ему в 1935 г. почетное звание заслуженного деятеля науки и наградило его в 1938 г. орденом Трудового Красного Знамени, в 1944 г. — орденом Ленина, в 1945 г. — орденом Отечественной войны I степени.

Богат и многогранен жизненный путь Владимира Петровича. Это путь человека, который отдал все свои знания и силы на службу народу.

В славный день его 70-летия мы, его ученики, приветствуем юбиляра и желаем ему сил, бодрости, здоровья на долгие годы.

Профессор С. Ф. КАЛЬФА
Доцент И. Г. ЕРШКОВИЧ
Доцент Д. Г. БУШМИЧ

Библиотека имени Филатова

Из челюстно-лицевой клиники Центрального Государственного травматологического института (Зав. клиникой — проф. А. А. Лимберг).

20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕБЕЛЬЧАТОГО ЛОСКУТА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА

Проф. А. А. Лимберг

Многолетний опыт применения стебельчатого лоскута в области восстановительной хирургии лица привел нас к окончательному убеждению в том, что филатовский лоскут для возмещения больших изъянов лица имеет значительные преимущества перед всеми другими известными способами. Поэтому во всех тех случаях, в которых нельзя обойтись местной пластикой или свободной пересадкой тканей, наша клиника переходит к стебельчатому лоскуту.

Стебельчатый лоскут в грубых чертах заполняет изъян мягких тканей лица, после чего окончательная, правильная форма лица восстанавливается дополнительными местнопластическими операциями. Все местнопластические операции, применяемые самостоятельно, без стебля или после пересадки стебля, преимущественно состоят в иссечении рубцов с расправлением краев кожи и в пластике встречным обменом треугольных лоскутов. Встречный обмен треугольных лоскутов применяется для устранения укорочения в рубцах, для устранения или создания вогнутых или выпуклых складок, для перемещения лоскутов слизистой оболочки и кожи лица в те участки, где их не может хорошо заменить кожа стебельчатого лоскута, например, в красной кайме губ. Свободная пересадка тканей дополнительно к пересадке стебельчатого лоскута необходима, чаще всего, в виде пересадки тонких кожных лоскутов, закрепленных на стентовых жестких вкладышах, и в виде пересадки кусочков реберной кости. Свободной пересадкой кожи устраняются рубцовые тяжи слизистой оболочки и восстанавливаются своды преддверия рта. Пересадкой кожи восстанавливается дуга нижней челюсти. Свободная пересадка хряща, в дополнение к стебельчатому лоскуту, нами применяется очень редко, так как в этом не встречается необходимости. При ринопластике опора для спинки и крыльев носа создается избытком кожи для их внутренней выстилки, в других случаях выпуклости частей лица образуются подкожной клетчаткой стебля.

В моей работе, выпущенной в 1943 г., приведены краткие сведения о применении 175 стеблей у 168 больных за 19 лет работы челюстно-лицевой клиники Центрального государственного травматологического института в Ленинграде (1924—1942 г.г.). В дополнение к этому привожу данные о применении стебельчатого лоскута за последние два года в Ленинграде в сфере моего наблюдения.

Применение стебельчатого лоскута

Годы (вкл.)	Учреждение	Количество стеблей		Количество изъянов частей лица	Количество больных
1924—1942 . . .	ЦГТИ	175		189	168
1943—I. 1945 . . .	ЦГТИ	40	64		
XII. 1944—V. 1945 . . .	ГИУВ	11		106	62
XI 1943—II. 1945 . . .	ЭГ	13			
Итого . . .		239		295	30

В последние годы в челюстно-лицевом отделении ЦГТИ производилась концентрация больных, нуждавшихся в применении сложных восстановительных операций лица после огнестрельных ранений. В ноябре 1944 г. в Ленинграде была открыта новая челюстно-лицевая клиника во 2-й клинической больнице Государственного института усовершенствования врачей, куда преимущественно поступали инвалиды Отечественной войны. В челюстно-лицевом эвакуационном госпитале применение стебельчатого лоскута было ограничено условиями эвакуации раненых, нуждавшихся в длительном лечении. Часть больных после образования стеблей была переведена для долечивания в клинику ГИУВ.

Изъяны лица, исправленные стебельчатым лоскутом

Учреждение	Годы	Нос	Щека	Подбородок, подлость рта	Нижняя губа	Верхняя губа	Небо	Веки и глазница	Лоб, скулы, шея	Ушная раковина
ЦГТИ	1924—1942	79	34	16	8	19	15	5	2	11
ЦГТИ	1943—I 1945	18	12	15	14	8	—	—	1	—
ГИУВ	XII. 1944—V. 1945	8	3	1	—	2	1	2	—	—
ЭГ	1943—II. 1945	7	5	4	1	1	2	1	—	—
		112	54	36	23	30	18	8	3	11

В анамнезе у 168 больных (ЦГТИ, 1924—1942 гг.) были следующие причины: травма — 95 раз, нома — 26, волчанка — 21, врожденное обезображивание — 13, сифилис — 9, злокачествен-

ные новообразования — 4. У 64 больных за последние годы в анамнезе были: огнестрельные повреждения — 62 раза, волчанка — 2 раза.

За последние годы стебельчатый лоскут был образован на верхней конечности — в области наружно-передней поверхности локтя — 29 раз, в области передней поверхности грудной клетки — 15 раз, на боковой поверхности живота — 15 раз, на шее — 4 раза, на спине — 1 раз. Применение стебельчатого лоскута во всех случаях закончилось выполнением поставленных задач.

Пластика стебельчатым лоскутом дает большое удовлетворение врачу и больному при гладком послеоперационном течении. Наоборот, большие затруднения возникают при осложнениях, часть которых довольно типична, хорошо изучена и поэтому может быть устранена. Среди типичных осложнений наиболее часты: расхождение краев кожи под ножками стебля, отхождение пересаженной ножки стебля вследствие образования гематомы и затем нагноения, частичный некроз пересаженного конца стебля. Эти осложнения и способы их устранения обсуждались в моих предшествующих статьях

Мало изученным является вопрос об осложнениях, возникающих после образования стебельчатого лоскута у людей, имеющих большое количество жира в подкожной клетчатке. Избыток жировой клетчатки не помещается внутри свернутой кожной трубки, жировые дольки выпячиваются между сближаемыми краями кожи и нарушают их сращение. В коже стебля образуются кольцевые перетяжки, вследствие чего нарушается кровообращение по длине стебля. В участках нарушенного кровообращения на коже появляются пузыри или глубокие очаги тромбоза кровеносных сосудов. Края кожной ленты частично расходятся или секвестрируются, после чего остается зияющая гранулирующая поверхность. Зияние ее увеличивается вследствие сокращения кожи, не растянутой больше швами над стержнем жировой клетчатки. В худшем случае может наступить сквозной некроз части стебля. После отделения некротического куска оставшиеся части его сильно сокращаются и могут оказаться недостаточными для дальнейшего выполнения плана.

Два правила, направленные к тому, чтобы предупредить такие осложнения в стебле, противоречат друг другу. Первое правило состоит в том, чтобы сохранить в ленте кожи и подкожной клетчатки, из которой образуется стебельчатый лоскут, глубокий слой подкожной жировой клетчатки, в котором расположена сеть наиболее крупных сосудов. Второе правило — включить внутрь стебля возможно меньшее количество подкожной жировой клетчатки, чтобы края кожи свободно сближались швами. При средней степени отложения жира в подкожной клетчатке удается достигнуть образования стебля без заметного натяжения ножки путем сужения ширины ленты подкожной клетчатки на одну треть по отношению к ширине ленты кожи. Однако, при

более значительном отложении жира, например, когда пальцами не удается поднять кожу в складку, простое сужение ленты подкожной клетчатки оказывается недостаточным. У таких людей приходится выбирать на теле участки кожи, наиболее подвижные и наиболее доступные для поднятия в складку. Обычно это боковая поверхность туловища, иногда спина. Если сужение ленты подкожной жировой клетчатки все же не дает возможности сблизить края кожи без натяжения, следует еще дополнительно иссекать относительный избыток жировой клетчатки, ни в коем случае не допуская образования заметного сдавления стержня клетчатки внутри кожной трубки стебля. Как при этом наилучшим образом сохранить сосудистую сеть, по которой должно восстановиться сквозное кровообращение в стебле, — вопрос, еще недостаточно разрешенный.

Осложнения после пересадки ножки стебля в край изъяна чаще всего возникают в области перфорации неба. Причин для этого много: рубцовые тонкие и непрочные края слизистой оболочки неба легко прорезаются швами; раневая поверхность краев изъяна мала и жестка; пересаживаемый конец стебля относительно тяжел и массивен; механическое закрепление пришиваемой ножки стебля трудно выполнимо; носовая сторона изъяна и кожи стебля недоступны для наложения швов; раневые поверхности изъяна и стебля легко могут быть загрязнены бактериями полости рта; швы в полости рта быстро размокают и инфицируются; положение кожи стебля в ротовом отверстии утомительно для больного; покой находящейся в полости рта части стебля нарушается движениями языка.

Чтобы создать наилучшие условия для приживления, необходимо добиваться плотного прилегания раневой поверхности ножки стебля к краям изъяна неба; жировая клетчатка стебля должна проникать в щель между отвернутым краем слизистой оболочки и надкостницы и костной пластинки неба; носовая поверхность ножки стебля на протяжении всего изъяна неба должна быть покрыта кожей, следовательно раневая поверхность на ножке стебля, соединяемая с краями изъяна неба, должна иметь форму кольца, внутри которого остается островок кожи, предназначенный для образования дна носовой полости.

При пересадке ножки стебля в область перфорации неба полезно применить тренировку стебельчатого лоскута предварительным полным отсечением ножки, подлежащей пересадке. При этом стебель переживает затруднения в кровообращении в асептических условиях, а опасность инфекции тканей ножки стебля невелика, когда кровообращение в стебле полностью восстановилось.

Из наблюдений последних лет заслуживает внимания один случай пересадки стебельчатого лоскута в изъян задней части твердого неба. После огнестрельного ранения левой скуловой области, задних отделов альвеолярного отростка верхней челюсти и неба образовались значительный сквозной изъян задней части твердого неба и глубоко втянутый рубец левой щеки. Больной

поступил к нам в эвакогоспиталь (из части) с готовым хорошим стеблем на боковой поверхности живота и обтуратором на небе.

16 января 1943 г. была произведена операция первого промежуточного шага стебля на тыл кисти. Через 20 дней произведена пересадка второй ножки стебля в изъян неба и щеки. Рубец, соединявший втянутую кожу щеки с краем изъяна неба, был иссечен; образовавшееся сквозное отверстие в щеке было расширено до диаметра стебельчатого лоскута. На конце стебля был произведен разрез, отделяющий островок кожи для носа, а на месте соединения стебля со щекой был иссечен поверхностный слой кожи. Рука была укреплена марлевыми бинтами к щеке (рис. 1 и 2). Лоскут хорошо прижил с незначительным осложнением в

Рис. 1

Рис. 2.

виде небольшого краевого некроза кожи ножки стебля в области переднего края изъяна неба. Через 11 дней было произведено отсечение ножки стебля в области промежуточного шага, кожа остатка стебля удалена, а жировая клетчатка стебля заложена под расправленные края кожи щеки на месте бывшего втянутого рубца.

БИБЛИОТЕКА им. В.П. Филатова

Из 2-й хирургической клиники ГИДУВ (Казань)

ПРЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Проф. В. А. Гусынин

I

Всякое новое техническое предложение, ставшее достоянием науки, может дать толчок к раскрытию какой-либо более общей идеи. Научное значение последней определяется широтой практических выводов из нее.

Идея круглого кожного стебля Филатова заключается в новой, более совершенной, форме использования биопластических свойств организма. Филатовский стебель является организованной частью тела с определенными анатомо-физиологическими особенностями. Взятый для пластических формирований, он служит или структурным элементом, готовым для непосредственного включения в органическую связь с краевыми частями дефекта какого-либо органа, или законченным органом связи для кровоснабжения трансплантата в первый период переживания и приживления последнего. Будучи закрытой ножкой лоскута, он исключает гибельное влияние инфекции на процессы приживления. И именно в силу этой анатомо-физиологической законченности филатовский стебель сыграл столь выдающуюся роль в восстановительной хирургии: он обеспечил успех пластических операций и значительно расширил объем конструктивных формирований.

Однако, нельзя ограничивать идею расширенного применения биопластики только конструктивными задачами, построением заново телесных форм при помощи организованного круглого стебля.

В настоящее время в высшей степени актуальна и увлекательна задача более полного использования и мобилизации регенеративных реакций для скорейшего заживления ран.

Дальнейший успех в лечении ран зависит от более полной реализации биопластических резервов живых тканей и органов.

Для заживления повреждений с большой потерей кожи в настоящее время все шире и шире находит свое применение первичная пластика раны. Действительно, что может быть лучше такой естественной повязки на рану, как закрытие ее собственной кожей больного? И если кожа приживает к ране, то не только на много времени сокращается срок лечения раны, но предупреждается также последовательная деформация органа на почве рубцового сморщивания пораженных тканей. Человек часто избавляется от увечья, потери или частичного выпадения функции органа, частичной или полной утраты трудоспособности.

В тех случаях, когда по условиям раны или топографическим особенностям первичная пластика не может быть произведена путем мобилизации краевых лоскутов, она делается посредством заимствования кожи из отдельных частей и пересадки ее, лучше всего, на круглом стебле. Два способа пересадки возможны здесь: немедленная и отсроченная.

Немедленная или первичная пересадка производилась мною нередко при помощи, так называемого, первичного круглого кожного стебля. Первичные стебли — это те, которые образуются одновременно с лоскутом, идущим на замещение дефекта. Образование стебля с лоскутом и пересадка последнего составляют одноактную операцию и выполняются в один момент.

Первичный стебель имеет то преимущество перед открытой ножкой, что представляет собой закрытую ножку, исключающую опасность вторичной инфекции. Последующая организация стебля происходит одновременно с приживлением трансплантата.

Если в порядке первичной пластики не удалось закрыть всю раневую поверхность, то оставшаяся часть раны может быть замещена в период роста грануляций в, так называемый, межуточный период заживления раны. Для этого стоит только развернуть и распластать на ране сохранившийся стебель, теперь уже успевший хорошо васкуляризироваться и организоваться. Так сочетается в некоторых случаях первичная пластика с отсроченной.

Чистым типом отсроченной пластики раны является применение филатовского стебля в собственном смысле слова не на свежую рану, а в межуточный период ее. Пересадка кожи расчленяется на два момента: первоначально, по возможности раньше, до появления грануляций, заготавливается типичный круглый стебель в удобном для последующей трансплантации месте, а затем, после обрастания раны чистыми грануляциями и организации стебля, производится замещение дефекта.

Процесс организации заготовленного «дежурного» стебля идет параллельно и одновременно с очищением раны. Конечно, такая отсроченная пересадка может быть целесообразной только тогда, когда самостоятельное заживление раны требует очень длительного времени и сопряжено с рубцовой деформацией соответствующей части тела.

Отсроченная пластика в межуточном периоде раны отличается от вторичной пластики тем, что последняя, как известно, предпринимается не для заживления раны, а для устранения рубцовых обезображиваний. Так иногда ликвидируются обширные раны, рубцевание которых могло бы угрожать функции и работоспособности органа.

Но это еще не все о реализации биопластических способностей организма и межуточной пластике. Пластический метод лечения ран превращается в перманентную пластику, когда она производится многомоментно — и при первичной обработке ран и в межуточный период — из одной и той же технической основы.

Мною еще в 1939 г. было выдвинуто требование сбережения кожных лоскутов при рвано-ушибленных ранах. Кожные лоскуты — это ценный пластический материал. Нужно только уметь сохранять их до поры, до времени.

Методом сбережения кожных лоскутов является способ пластического сживления их раневых поверхностей в виде дублированных лоскутов, кожных дупликатур. Лоскуты складываются в дупликатуры раневой поверхностью внутрь, кожной поверхностью наружу. При циркулярных ранах на конечностях эти дупликатуры имеют вид засученных внутрь рукавов, чаще не по всей окружности, а только на известной части ее. В зависимости от формы и положения лоскутов можно завертывать их не только по окружности конечности, но и в виде мостовидных стеблей, с одного конца раны на другой, или в виде свободно висящих стеблей.

Так осуществляется идея пластического сбережения кожных лоскутов, идея резервации кожи.

Сложенные в складки или стебли лоскуты организуются и в таком виде могут оставаться в течение более или менее долгого времени, в течение всего того срока, который необходим для образования грануляционного покрова раны. Когда рана покрывается здоровыми грануляциями и, благодаря их бактерицидному действию, раневая микрофлора сводится к минимуму, тогда наступает момент для использования сбереженных кожных лоскутов. Лоскуты снова развертываются путем рассечения и расслаивания сживленных поверхностей складок. В таком развернутом виде они укладываются на рану после предварительного выскабливания грануляций, фиксируются, насколько возможно, подшиванием к краям раны и приживляются на месте дефекта.

Это — межуточный этап пластики раны. Он иногда означает полную ликвидацию раны, закрытие ее кожей, скорейшее восстановление функции.

Метод резервации кожи путем сращивания дублированных лоскутов в рвано-ушибленных ранах позволяет чаще прибегать к, так называемым, экономным ампутациям после травматических повреждений конечностей. Наиболее экономной первичной ампутацией является усечение конечности на месте травматического ее разделения. Такое усечение по типу первичной обработки раны, как наиболее простое и технически легкое, иногда диктуется необходимостью при тяжелом состоянии пострадавшего. И вот тут-то сбережение и использование кожных лоскутов для последующего оформления культи в межуточном периоде может сделать пригодной и опороспособной оставшуюся часть конечности, обреченную при других обстоятельствах на реампутацию. Консервация кожных лоскутов по методу сращивания кожных дупликатур — это новые пути хирургического действия. На этом пути открываются известные возможности успешной терапии ран и профилактики увечья.

Второе чрезвычайно важное преобразовательное значение кожностебельчатой пластики по Филатову заключается в том, что она в значительной степени способствовала установлению более правильных взглядов на задачи пластической хирургии. В связи с повышением функционального эффекта пластических формирований на основе филатовского стебля, в восстановительной хирургии все более и более выдвигается на первый план функция как критерий полноценности пластики.

Для устранения порочных состояний увечного органа, повышение функциональной дееспособности его имеет нередко гораздо большее значение, чем декоративное, фантомное восстановление анатомической целости. Нечего говорить уже о том, что во многих случаях воспроизведение анатомической целости органа становится просто невозможным. В восстановительной хирургии принцип функциональной эквивалентности должен быть решающим. Структурная работа, составляющая существо пластики, к сожалению, далеко не всегда может обеспечить ту гармоническую слитность формы и функции, какую мы наблюдаем в природе.

Даже в пластике лица стремление к наибольшему совершенству формообразования не должно происходить в ущерб функции. Пластическая форма без функции — мертвая маска, и к тому же непрочная.

Когда анатомические особенности утраченного органа не могут быть целиком восстановлены, тогда представляется полезным искусственным построением улучшить служебное его назначение. В основу такого построения кладется иногда не физиологический, а конструктивно-механический принцип. Последний имеет особое значение в ортопедии (ортродезы, анастамозы на сухожилиях, рука Крукенберга и т. п.).

Филатовский стебель сближает чисто пластические задачи с ортопедическими и конструктивно-механическими, давая иной раз более целостное их разрешение на конечностях — в виде повышения локомоторной функции, на лице — в виде мимических движений или активных тонических напряжений. Именно благодаря ему оказалось возможным брать для целей хейломелопластики массивные трансплантаты с толстой фасциальной и жироклеточной прослойкой между двумя кожными стенками.

После вживления таких трансплантатов создаются условия для последующих фасциальных и миопластических операций в межуточном слое клетчатки для улучшения статических моментов во вновь образованной части лица. Поэтому в настоящее время нельзя сказать, что пластика щечно-губной части лица преследует лишь выполнение механической, пассивной роли искусственно созданного заслона для воспрепятствования вытеканию жидкости и выпадению пищи. Мне не раз приходилось, с целью исправления неправильного положения ротовой щели, с целью поднятия инертно опущенного угла рта и вообще для оживления искусственной маски

в сформированной части лица, делать подкожную миопластику путем перемещения отщепленной снизу вверх от жевательной мышцы мышечной ленты и прикрепления нижнего конца ее к углу рта. Там, где сохранилась или восстановилась иннервация мышечного пучка, губная комиссура оказывалась не только приподнятой, но и способной к легким движениям при сокращении жевательной мышцы.

В других случаях, для предотвращения отвисания вновь созданной губы из массивной кожной складки на круглом стебле, проводилась подкожно вдоль верхнего края трансплантата фасциальная лента от одной скуловой кости к другой. Своими концами лента фиксировалась к надкостнице указанных костей.

Функциональные результаты оперативного лечения контрактуры пальцев Дюпюитрена оказались более достижимыми в способе круглостебельчатой пластики дефектов на ладони после иссечения рубцовоизмененных кожи и ладонного апоневроза. Так как при этих иссечениях приходится нередко удалять и сухожилия сгибателей, запаянных в рубцовую массу, то для восстановления движения пальцев требуется последующая тендопластика (лучше всего по методу Биннеля). Последняя операция возможна только при условии предварительной пересадки на ладонь массивного кожного лоскута, в подкожном слое которого производится потом тендопластика. Успех вживления толстого лоскута обеспечивается филатовским стеблем.

Пиерс построил из круглого стебля большой палец, скелет которого был образован посредством имплантации в стебель костной пластинки, взятой из большеберцовой кости. Движение искусственного пальца оказалось возможным за счет сокращения приводящей мышцы. Так, до известной степени, были восстановлены хватательная и удерживающая функции руки.

Вполне успешной с функциональной точки зрения нужно признать реконструкцию полового члена из круглого стебля в способе Богораза. Эрекция промежностного остатка полового члена сопровождается поднятием всего искусственного члена, благодаря подкожному соединению корня члена хрящевым стержнем со стволовой частью его из стебля. В удачных случаях восстанавливается не только facultas coeundi, но и facultas generandi, конечно, если остальная часть полового аппарата не была повреждена.

Из филатовского стебля удобно формируются трубчатые кожные лоскуты, идущие на образование уретры. Такая уретропластика в моем опыте дала положительный функциональный эффект.

Но даже простые кожные замещения дефектов на подошве и ладони обеспечивают более верный функциональный результат — опороспособность стопы и рабочую функцию руки, если эти замещения производятся по методу кожностебельчатой пластики. Тогда служебные поверхности стопы и кисти получают толстые,

выносливые кожные покровы на месте бывших недостач. Они с успехом противостоят рабочей нагрузке, чего нельзя сказать относительно результатов пересадки эпителия, по какому бы способу она ни делалась. Филатовский стебель повысил эксплоатацию биопластических возможностей организма, заставив их служить на пользу человеку. Сказанным далеко не исчерпываются потенциальные возможности использования пластики стебельчатым лоскутом для целей воспроизведения функции. Они получат еще большее развитие по мере организованного сочетания кожнопластических операций с миопластикой для создания активноволевых аппаратов.

III

Кожный филатовский стебель оказал большое преобразовательное влияние на развитие пластической хирургии в методологическом отношении.

Заложено новое начало в технику пластических формирований и оно стало общеприменимым при самых разнообразных восстановительных операциях. Техническое обобщение производства различных реставрационных и конструктивных образований получило значение нормального метода пластики посредством круглого стебля. Этому много способствовала анатомо-физиологическая законченность круглого стебля, как готового структурного элемента.

Историю пластической хирургии можно разделить на два периода: до появления филатовского стебля и после его введения. Пластические операции первого периода большей частью представляли собой атипические вмешательства. Выбор оперативного способа, техническое его выполнение в значительной степени носили случайный, произвольный характер.

Круглый кожный стебель позволил выработать целый ряд восстановительных операций, основанных на едином техническом принципе. Самый оперативный процесс часто многоэтапного формирования органа протекает по определенному конструктивному плану. Операции принимают типовый характер. Возникла возможность разработки стандартных методов пластического образования отдельных органов и их частей на поверхности человеческого тела (восстановительная хирургия Богораза, Карташова, Гусынина и др.). Эти методы становятся доступными для широкой массы хирургов. Совокупность типовых способов пластики должна войти в курсы оперативной хирургии. Обучение основным приемам и плану образования различных пластических форм ставит восстановительную хирургию на путь дальнейших достижений. В связи с этим открываются широкие перспективы излечения различных видов увечья, ликвидации страданий и повышения живых рабочих ресурсов.

Из пропедевтической хирургической клиники Саратовского медицинского института

ФИЛАТОВСКИЙ ЛОСКУТ

Проф. И. Рабинович

Филатовский лоскут стал таким же аппробированным термином в нашей советской хирургии, как герниотомия и аппендектомия. Собирание цифрового материала о числе случаев применения филатовского лоскута потеряло свою остроту, так как чрезвычайно ценное предложение академика Филатова уже переросло тот период, когда рациональность новаторской мысли должна быть доказана статистическими данными. Кажется, нет советского хирурга, который не имел бы опыта в применении филатовского лоскута.

Однако, в процессе клинических наблюдений накапливается заслуживающий внимания материал, который освещает биологические изменения лоскута, сферу его применения, а также детали оперативной техники. В свете этих положений я позволю себе подвергнуть анализу свой восемнадцатилетний опыт применения филатовского лоскута как пластического материала при соответствующих косметических операциях. Мы никогда не прибегали к образованию листа, а пользовались исключительно круглым лоскутом — стеблем. Лоскут готовился из кожи на внутренней поверхности плеча, бедра, передней поверхности груди и живота, боковой части шеи. При выкраивании лоскута из кожи живота слой клетчатки обыкновенно брался тонкий, если последняя была очень развита. Как видно, кожа различных анатомических областей одинаково пригодна для образования лоскута. Обыкновенно объем лоскута равняется 3-4 сантиметрам. Имеет значение, по нашему мнению, и техника завязывания шовных узлов; последние завязываются только до касания краев лоскута, без натяжения. Один раз приготовленный из кожи живота лоскут омертвел в середине на 2-3 см. Лоскут был длиной в 10 см; длина его, как видно, вполне допустимая. Причину срединного омертвения лоскута, нам кажется, следует объяснить чрезмерным натяжением кожи, которое имело место при наложении швов.

Нам приходилось неоднократно наблюдать нагноения кожной раны, а также швов на лоскуте, но мы ни разу не видели образования гнойника в самом лоскуте и полного омертвения лоскута. Выраженные изменения в лоскуте мы довольно часто наблюдаем после первого этапа перемещения и имплантации одной из ножек на новом месте. Лоскут иногда отекает, на ощупь становится значительно теплее, кожа розовеет. Обыкновенно через 3-4 дня эти своеобразные воспалительные явления проходят.

Лоскуты брались различной длины, максимально 14 см. Нижнюю ножку мы пересекаем на 14—16 й день; предварительно, за 3-4 дня до пересадки, лоскут тренируем путем перетягивания ножки на час-два толстой шелковой нитью. Иногда на новом месте имплантированная ножка не приживает; причиной таких неудач является не пониженное питание лоскута, а погрешности в технике пришивания его или трофические расстройства ткани, где лоскут имплантирован. Вторичная пересадка ножки лоскута при соответствующем выборе кожи и соблюдении правил оперативной техники всегда заканчивались успешно.

Иногда ножка лоскута при допущенной технической погрешности получается в объеме значительно меньше брюшка, но и при таком веретенообразном лоскуте мы ни разу не получали зон омертвения.

Лоскут в нашем опыте оказался косметически неудобным для процессе перемещения его к месту пластического применения, но и как замещающая дефект ткань по окончании оперативного вмешательства. Мне приходилось наблюдать пересаженные лоскуты через 10—15 лет; цвет их кожи не отличается от обычного, нет явлений рецидивирующего отека или значительного рубцового сморщивания.

Мы применяли филатовский лоскут исключительно при рино- и хейлопластике. При ринопластике мы иногда имплантировали в лоскут костную пластинку с хорошим результатом. При хейлопластике внутренняя поверхность лоскута — дентальная — месяца через два принимала внешний вид слизистой.

Лоскут в нашем опыте оказался косметически неудобным для замещения дефектов щеки.

Филатовский лоскут оказался наиболее удобным, жизнеспособным из всех предложенных с 1597 года мигрирующих лоскутов. Трудно определить, сколько людей вернулось к общественно-полезной деятельности благодаря филатовскому лоскуту; одно можно сказать, что их много.

Библиотека им. Филатова

Из факультетской хирургической клиники I Киевского Государственного медицинского института
(Директор — заслуженный деятель науки проф. А. П. Крымов)

ПЛАСТИКА КРУГЛЫМ ФИЛАТОВСКИМ СТЕБЛЕМ

Г. М. Коган

Уже на II Всеукраинском съезде хирургов (1927 г.) Н. Н. Петров охарактеризовал стебельчатый лоскут, как эпоху в хирургии. С тем большим правом можно это повторить сейчас. Действительно, за истекший период способ этот получил широкое практическое применение и основательную экспериментальную разработку.

Работами ряда исследователей (Е. Ю. Крамаренко, П. М. Преображенский и др.) были определены основные условия существования тканей лоскута на новой почве, его крово- и лимфообращение. Ряд других авторов (Шамов, Милостанов, Е. Ю. Крамаренко, Рабинович, Ю. Ю. Крамаренко) успешно разработали техническую сторону пользования филатовским лоскутом, наиболее выгодные его формы, обогатив пластическую хирургию новыми приемами, сочетаниями филатовского способа с другими.

В факультетской хирургической клинике I КМИ филатовская методика также нашла довольно широкое применение.

Оставляя в стороне изучение конечного репаративного и косметического эффекта от применения стебля, мы имеем здесь в виду остановиться лишь на некоторых данных, относящихся к характеристике лоскута, как пластического материала, его жизнеспособности, выносливости к инфекции, миграционной его способности в зависимости от некоторых условий.

За рассматриваемый нами 12-летний период (1928 — 1941 г.г.) филатовская методика применялась в клинике у 71 больного — мужчин 17, женщин 54 (1 : 3,2) — в возрасте от 5 до 50 лет.

Поводом для пластической операции служили: неполный дефект носа — 45 случаев, полный дефект носа — 5, дефект губ и щек — 9, рубцовые изменения — 12 случаев.

Этиологическими моментами, повлекшими за собой, в конечном счете, необходимость в пластической операции, были: волчанка — 28 случаев, люэс — 10, травма — 12, ожог — 9, нома — 7, рак — 1, не установлено — 4 случая.

Как правило, исправление существующего дефекта предпринималось нами лишь по истечении более или менее значительного промежутка времени после завершения местных проявлений породившего его основного процесса. Надо оговориться, что сроки эти фиксировались в историях болезни, главным образом, со слов больных.

Этиология	Срок между завершением основного процесса и операцией				
	до 1 года	1—5 лет	6—10 лет	больше 10 лет	неизвестно
Волчанка	—	3	6	19	—
Люэс	—	2	3	5.	—
Травма	1	8	—	3	—
Ожог	—	6	—	3	—
Нома	—	3	1	3	—
Рак	—	—	—	—	1
Не установлено . .	—	1	—	2	1
	1	23	10	35	2

Метод пластики стебельчатым лоскутом, как известно (Филатов, «Вестник хирургии», т. III, кн. 8-9, стр. 33), слагается, в основном, из четырех этапов: 1) образование стебля; 2) вживление одной ножки стебля в подлежащий пластическому закрытию участок; 3) окончательное отделение стебля от материнской почвы с вживлением второй его ножки в подлежащий пластическому закрытию участок; 4) дополнительные видоизменения прижившего на новой почве стебля.

В процессе выполнения пластической задачи некоторые из этих этапов приходится, в свою очередь, расчленять на ряд моментов, отделенных друг от друга во времени интервалами различной длительности. Так, например, при пользовании Т-образной (по Рабиновичу) или крестовидной (по Ю. Ю. Крамаренко) модификацией стебельчатого лоскута, миграция его (II и III этапы) может, в случае необходимости осуществляться не в два, а в три или несколько приемов, особенно, когда лоскуту необходимо проделать не один, а два или более «шагов» (например, живот—предплечье — лицо). IV этап — окончательного формирования создаваемого пластического объекта — в значительной части случаев слагается из целого ряда мелких пластических и вспомогательных операций.

Нами было проведено, не считая амбулаторных, всего 363 операции на 71 больном. Из них выполнено: операций I этапа — 85, II — 93, III — 87, IV — 98. 357 операций произведено под местной новокаиновой анестезией, и лишь в 6 случаях потребовалась общая анестезия (5 раз ингаляционный эфирный и 1 раз ректальный наркоз).

Естественно, не у всех наших больных выполнены все 4 этапа: в одних случаях (их было 3) больные явились в клинику с уже выполненным первым этапом; в других — заканчивали начатую у нас пластику, особенно четвертый этап, амбулаторно и в настоящем материале не учтены; наконец, в третьих — обескура-

женные неудачей на том или ином этапе операции, больные исчезали из нашего поля зрения. Степень выполнения плана операции показывают следующие цифры: все 4 этапа выполнены у 44 больных, 3 — у 14, 2 — у 7, 1 — у 6 больных.

Общее количество операций, перенесенных отдельными больными, слагается из:

1) непосредственных этапов пластики;

2) вспомогательных операций (иссечение рубцов на операционном поле, вживление костного или хрящевого остова и пр.) и, наконец,

3) предшествовавших пластических операций, перенесенных больными по тому же поводу в других лечебных учреждениях.

Это общее количество операций у наших больных колеблется в широких пределах — от 1 до 36 операций, давая среднюю цифру 6,8. Оно заслуживает серьезного внимания с той точки зрения, что больные, подвергавшиеся 10-й, 15-й и больше операциям, по нашим наблюдениям, как правило, являлись субъектами с резко нарушенной нервной системой (истерия, невроз и психостения), чрезвычайно остро реагирующими на всякое новое оперативное вмешательство, как бы незначительно оно ни было. Лишь тяжелый гнет физического уродства заставлял больных этой категории соглашаться на все новые и новые вмешательства хирурга.

Количество одних пластических операций (без вспомогательных) колеблется у отдельных больных от 1 до 28 (в среднем — 5,4); количество вспомогательных — от 0 до 9 (в среднем — 1,3); количество предшествовавших операций — от 0 до 6.

Кожный лоскут мы брали из самых различных областей тела, в зависимости от клинического случая. Последние годы, с началом применения у нас крестовидной модификации стебля для ринопластик, составляющих в нашей клинике основную массу пластических операций, излюбленным местом выкраивания лоскута стала передне-внутренняя поверхность плеча, подходящая для этой цели по структуре покровных тканей и благоприятным условиям выполнения второго этапа пластики, путем фиксации предплечья гипсовой повязкой к голове. (Ю. Ю. Крамаренко. «Сборник Украинской академии наук, посв. юбилею В. П. Филатова». 1938).

Первичная локализация лоскута на нашем материале:

Голова — 1 случай; шея — 9; плечо — 38; предплечье — 3; живот — 17; бедро — 1; голень — 1; не обозначено — 15 случаев.

В 42 случаях лоскуту придавался вид линейного стебля, в 8 случаях — Т-образного, в 11 — крестовидного. В 24 случаях вид лоскута не обозначен.

В зависимости от необходимости варьировались размеры стебля: максимальная длина его была 18 см, минимальная — 5,5 см (в среднем — 10,7 см); максимальная ширина — 6 см, минимальная — 2 см (в среднем — 4 см). Сугубое внимание обращалось на то, чтобы при манипуляциях с лоскутом не допускалось его напря-

жение, перегиб, перекручивание по оси. Для устранения перегибов нами применяется обычно подвешивание склонного к перегибу участка стебля марлевыми полосками, фиксируемыми клеолом.

В ряде случаев применялось при осуществлении второго этапа пластики выкраивание овальным разрезом широкой (5×6 см и больше) пятки у отделяемого конца стебля, с последующим использованием этого пластического материала, проявлявшего, несмотря на свои сравнительно большие по отношению к лоскуту размеры, прекрасные жизненные свойства.

При подготовке операционного поля, особенно перед вторым этапом, нами применялся ряд вспомогательных мероприятий: облучение рентгеновскими лучами, кварцем. Последнее мероприятие (кварц) вошло, можно сказать, у нас в систему, и наряду с открытым ведением послеоперационной раны на протяжении последних лет оказывало самое благоприятное влияние на процесс заживления. В случаях, где в анамнезе фигурирует люэс, мы предлагали больному до начала пластики, из профилактических соображений, провести курс антилюэтического лечения. Если речь шла о ринопластике, то, начиная со второго этапа, больной подвергался до операции систематическим протираниям операционного поля спиртом, в носовую полость впускался 2—3 раза раствор протаргола. При пониженных жизненных свойствах лоскута практиковалось обогревание его окутыванием ватой, применением грелок, а в последние годы — облучение солюксом. В интервалах между I и II и II и III этапами, в случаях, где жизнеспособность лоскута после предстоящего этапа внушала опасения, практиковалось предварительное «воспитание» стебля путем прогрессивно увеличиваемой перетяжки ножки резиновым жгутом.

Заслуживает внимания вопрос о длительности интервалов между отдельными этапами операций. Как известно, для такого интервала достаточно, в среднем, срока, примерно, в две недели. Практически же этот срок оказался значительно больше, в отдельных случаях из-за нагноения в швах или расхождения кожных краев раны, главным же образом из-за того, что больные после осуществления какого-либо этапа операции редко оставались в стационаре до следующего этапа, а по снятии швов выписывались. Повторное же поступление часто задерживалось либо по вине больного, либо из-за отсутствия мест.

Приводим величину интервалов между отдельными этапами на нашем материале:

Интервалы	Длительность в днях		
	минимальная	максимальная	средняя
Между I и II этапом .	9	275	62,5
„ II и III „ .	7	246	25,7
„ III и IV „ .	7	112	28,6

Экспер. Институт
Глазных болезней
им. акадек. В. П. Филатова
г. Одесса
2262
БИБЛИОТЕКА

Небезынтересно остановиться на практически важном вопросе о среднем количестве койко-дней на одного подвергавшегося пластике больного: на нашем материале оно равно 48,5 (минимальное 6, максимальное — 867). Если же из общего количества больных выделить группу (44 чел.), у коей осуществлены все 4 этапа операции, то эта средняя цифра койко-дней возрастает до 71,5 (минимальное — 52, максимальное — 867). Эта цифра в значительной мере объясняет ту неохоту, с которой нередко администрация клиник и больниц принимает эту категорию «залеживающихся» больных.

Перейдем к рассмотрению неудач и осложнений, сопровождавших наши клинические случаи.

Полный некроз лоскута с последующим его отторжением наблюдался на нашем материале: после выполнения I этапа — 1 случай; II этапа — 5, III — 15, IV — 3 случая. Всего на 363 операции 24 случая (6,6 проц.).

Частичный некроз лоскута наблюдался: после выполнения I этапа — 7 случаев; II этапа — 6, III этапа — 4, IV этапа — 4 случая. Всего на 363 операции 21 случай (5,9 проц.).

При этом, из 7 случаев частичного некроза после выполнения первого этапа в 4 случаях некрозом поражалась во всю толщину середина стебля, находящаяся, особенно в первое время, в наихудших условиях питания. Из этих 4 случаев, в двух остатки лоскута все же были с успехом использованы для намечавшейся пластики. Во всех остальных случаях частичный некроз, затягивая, понятно, пребывание больного в клинике, в конечном счете не нарушал намеченного использования стебля.

Резкое побледнение или посинение стебля без наступления, однако, явлений некроза, наблюдалось: после выполнения I этапа 6 раз, II этапа — 4 раза, III этапа — 5 раз, IV этапа — 4 раза. Всего на 363 операции 19 случаев (5,2 проц.).

Трудно, понятно, точно учесть влияние в этих случаях примененных нами вспомогательных мероприятий (облучение кварцем, солюксом, обогревание укутыванием, гелиотерапия) на сохранение лоскутами жизнеспособности. Однако, факт, что влияние это, в основном, было положительным, является для нас, на основе наблюдений, бесспорным, и мы этими средствами продолжаем пользоваться

В 11 случаях мы наблюдали на нашем материале возникновение рожистого воспаления: после выполнения I этапа 1 случай, II этапа — 3, III этапа — 5, IV этапа — 2 случая.

Из них 9 случаев относятся к ринопластикам, т. е. к операциям с заведомым инфицированием послеоперационной раны, начиная со второго этапа.

В 7 случаях из 11 рожистый процесс повлек за собой полную гибель лоскута, в 2 случаях — частичную, и только в 2 случаях лоскут полностью сохранил жизнеспособность.

В ряде случаев нами наблюдалось резкое покраснение как са-

Библиотека им. Ф. Скорины

мого стебля, так и участка, откуда он был взят или куда был имплантирован, не сопровождавшееся, однако, другими характерными для рожи симптомами. Такого рода реакция наблюдалась, в большинстве, непосредственно после операции и продолжалась в отдельных случаях от 1-2 до 6-7 дней, причем характерно, что большинство таких покраснений (9 из 14) наблюдалось при послеоперационном ведении стебля под повязкой и, главным образом, после выполнения первого этапа.

Полное прорезывание швов с последующим расправлением трубчатого стебля в плоский лоскут после первого этапа или отделением его от места имплантации после остальных трех этапов наблюдалось: после выполнения I этапа — 4 случая, II этапа — 18, III этапа — 14, IV этапа — 19 случаев. Кроме того, возникшее в ране нагноение вынуждало распустить швы: после выполнения I этапа (на месте, откуда брался лоскут) — 9 случаев, II этапа — 2, III этапа — 1, IV этапа — 2 случая.

В 3 случаях после выполнения второго этапа операции при ринопластиках отделение конца лоскута от места вживления произошло под влиянием случайной травмы (падение, резкий поворот).

Даже при полном отделении лоскута от места вживления при выполнении II и III этапов все же удавалось добиться, в большинстве случаев, положительного результата сближением раневых поверхностей путем повторного наложения швов.

Наблюдавшееся же в отдельных случаях частичное прорезывание швов, как правило, не оказывало влияния на конечный исход данного этапа операции.

Неудачи при выполнении того или иного этапа операции вынуждали воспроизводить его заново, в отдельных случаях упорно и настойчиво, по несколько раз:

Этап операции	Необходимость повторного выполнения						
	2 раза	3 раза	4 раза	5 раз	6 раз	7 раз	10 раз
I . . .	4	1	3	1	1	—	—
II . . .	10	3	3	1	—	—	—
III . .	11	4	—	—	1	—	—
IV . . .	7	1	4	4	1	1	1
	32	9	10	6	3	1	1

Первый этап операции, помимо приведенных случаев, дублировался у трех больных не из-за гибели стебля, а из-за того, что первоначально взятый лоскут оказывался недостаточным для восполнения всего дефекта.

При производившихся у нас ринопластиках по поводу значи-

Библиотека им. Н. Ф. Гамалеи

тельного дефекта или полного отсутствия носа, вслед за созданием кожного его остова из филатовского стебля, обычно, следовало окончательное его формирование путем вживления в этот остов костной или хрящевой пластинки из реберного хряща (по Израэлю). Операций последнего типа у нас было произведено 24 с 19 удачными исходами. Мы приводим здесь эти цифры потому, что они, до известной степени, характеризуют выносливость не только хрящевого, но и филатовского трансплантата на новом месте и в новых условиях к манипуляциям над ними и к инфицированию.

В 10 случаях выполнение четвертого этапа операции сопровождалось комбинацией филатовской методики с другими; в 5 — с методом перемещения кожных треугольников, в 3 — с трансплантацией эпидермиса по Тиршу, в 2 — со свободной трансплантацией под расправленный стебель кусков подкожной жировой клетчатки.

Длительное наблюдение над нашими больными с пластикой по Филатову, произведенной им в детском возрасте, позволяют подтвердить уже известное положение, что пересаженный лоскут в дальнейшем принимает участие в общем росте организма, подчиняясь его корреляциям, соответственно не отставая от окружающих частей его (носа, щеки и пр.). В такой же мере постепенно возрастает его чувствительность, и даже окраска с течением времени все меньше отличается от окраски окружающей кожи.

Суммируя наш опыт с применением в пластической хирургии круглого стебля по Филатову, мы должны отметить бесспорные его преимущества, по сравнению с другими способами, в одних случаях и буквальную его незаменимость в других.

Наряду с этим, справедливости ради, необходимо отметить, что одно из достоинств филатовского стебля, которое принято считать бесспорным, не всегда оправдывается в достаточной степени. Здесь имеется в виду отсутствие у тканей расправленного после вживления стебля наклонности к последующей деформации вследствие сморщивания. Несомненно, эта наклонность значительно меньше, чем у простого лоскута на ножке. Но на нашем материале мы все же наблюдали в отдельных случаях более или менее выраженную деформацию расправленного стебля от сморщивания, требовавшую иногда дополнительных поправок. И это несмотря на то, что интервал между I и IV этапами на нашем материале достаточно велик (средняя цифра — 116,8 дней) для завершения процессов сморщивания в стебле.

Все же основных достоинств способа этот его недостаток не умаляет и филатовская методика более четверти века своего существования глубоко и прочно внедрилась в повседневную практику каждого хирурга, занимающегося восстановительной хирургией.

Из госпитальной хирургической клиники Ижевского медицинского института
(Директор — проф. С. Я. Стрелков)

ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬЧАТЫЙ ЛОСКУТ ПРИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВАХ И ДРУГИХ ДЕФЕКТАХ КОЖИ

Г. Г. Стерхов

Пластику кожи по Филатову мы применяем во всех случаях, где требуется прочность и подвижность трансплантата. Сюда относятся значительные рубцовые образования после травматических повреждений и воспалительных процессов, особенно на местах со слабо развитым подкожным жировым слоем и на местах, подвергающихся постоянной травме: голень, стопа, локтевой сустав. На стопе пластика кожи по другим известным способам — Олльe-Тирша, Ревердена, Вольфе-Краузе, Дэвиса — обычно не достигает цели.

Пересаживая тонкий поверхностный слой кожи или всю собственно кожу без подкожного жирового слоя, мы не можем достигнуть подвижности трансплантата и его прочности, что имеет весьма существенное значение в функции органа. Тяжелые страдания причиняют трофические язвы после травматических повреждений. Обычно образуются грубые, плотные, неподвижные рубцы, которые под влиянием даже незначительной травмы склонны к образованию трофических язв, не поддающихся лечению, и лишают больных трудоспособности на годы. Единственный метод, который может привести к стойкому излечению таких язв — это пересадка кожи с подкожным жировым слоем, путем аутопластики. Такую же картину мы наблюдаем и при язвах на разгибательных поверхностях больших суставов (локтевой, коленный). На открытых местах имеют большое значение и косметические соображения.

Пластикой по Филатову можно получить весьма хороший результат независимо от локализации дефекта. Линденбаум находит нежелательным применение ее на лице из косметических соображений, мотивируя тем, что снабженный слоем подкожного жира филатовский лоскут, будучи пересаженным, образует вид некрасивой заплаты. В нашей практике было несколько случаев пересадки кожи по Филатову на лицо при иссечении опухолей и замещении дефектов после номы, при чем мы всегда получали довольно удовлетворительный результат. Пересаживая на дефект лоскут, почти всегда можно придать ему желательную толщину, если подготовить соответственным образом ложе и удалить избыток жирового слоя с трансплантата, не нарушая питания его. Некроз лоскута следует отнести к техническим погрешностям.

Всего мною было сделано 27 пластических операций по Филатову.

Локализация	Диагноз	Количество
Лицо	Кожный рак	2
	Гемангиома	2
	Дефекты после номы	2
Предплечье	Туберкулез кожи	2
Локтевой сустав	Сгибательная контрактура после травмы	1
	Трофические язвы в области локтевого отростка	2
Голень	Трофические язвы на почве варикозного расширения вен	2
	Трофические язвы после травматических повреждений	3
Стопа	Трофические язвы после травматических повреждений	10
	Туберкулез кожи стопа	1

Выкраивание лоскута я произвожу по методу Б. Парина. При пластике на лице он берется с передне-внутренней поверхности плеча; на голени, на стопе — с бедра. Швы на стебель накладываются из тонкого шелка. Для лучшего прилегания краев и уменьшения натяжения, выступающая по краям в виде валика подкожная клетчатка срезывается ножницами. Вилесов предлагает с этой же целью производить рассечение кожи и подкожной клетчатки раздельно: сначала разрезывается только собственно кожа, а затем уже подкожная клетчатка, направляя лезвие ножа от краев кожной ленты в медиальную сторону ее. Иногда после сшивания стебля получается цианотическая окраска на месте швов и может наступить некроз. Во избежание этого, нужно проводить иглу на расстоянии не более двух миллиметров от края и не производить никакого натяжения, слабо завязывая узел. Надо также избегать подкладывания валиков под основания ножек стебля, чтобы не нарушать питания его в первые же дни. Достаточно положить под стебель сложенную в два-три раза полоску марли, плотно прилегающую к углам. С целью уменьшения натяжения кожи при закрытии дефекта после выкраивания стебля, края на значительном расстоянии отсепаровываются от фасции по всему протяжению раны. Этим можно достигнуть, даже при значительно выраженном подкожном жировом слое, сравнительно легкого закрытия дефекта. К дополнительным, ослабляющим разрезам мне прибегать не приходилось, и я ни разу не наблюдал расхождения раны или прорезывания швов. На второй день после операции делается смена повязки и, если лоскут

Библиотека ГомГМУ

находится в надлежащем состоянии и больной не заявляет никаких жалоб, последующие осмотры производятся через три—пять дней. Ежедневного, в первое время, контроля не требуется. Швы снимаю в два приема через 8—10 дней и после этого приступаю к тренировке лоскута в течение 7—10 дней, начиная с 15 минут, а затем увеличивая время до 30 минут.

Какой конец филатовского стебля переносить на дефект — проксимальный или дистальный — существенного значения не имеет. Я часто переношу проксимальный, оставляя в качестве питающей ножки дистальный, и никаких осложнений в отношении питания трансплантата не наблюдал. Обычно, при надлежащей тренировке в подготовительном периоде развивается достаточное кровоснабжение. Во всех случаях я считаю необходимым избегать резкого перегиба кожи стебля и создавать наиболее благоприятные условия для использования его на дополнительную пластику, если в первый момент мы не сможем закрыть весь дефект, как, например, при иссечении больших рубцовых образований.

Точно так же я редко прибегаю к распластыванию стебля, и чаще переношу лоскут кожи, выкраивая его в эксцентричном положении питающего стебля. При этом никаких приемов для подготовки стебля, как-то: периодического сдавливания с боков сосудов кожи по Б. Парину, очерчивания кожного участка по Ситковскому и др., я не произвожу, а ограничиваюсь только тренировкой кожи лоскута у основания ее, и совершенно не могу согласиться с Вилесовым, что «использование жгута здесь недопустимо». У меня только в одном случае получился небольшой некроз с одного края трансплантата, который я объясняю значительным натяжением его вследствие недостаточной величины выкроенного лоскута кожи.

При подготовке ложа для трансплантата нужно лезвие ножа держать строго перпендикулярно к поверхности кожи, что является необходимым условием для тесного прилегания краев его и получения ровной поверхности и тонкого рубца. Перед пришиванием требуется провести некоторый туалет, чтобы трансплантат не имел вид грубой заплаты на подобие подушки. Для этого производится удаление избытка подкожного жирового слоя на самом ложе или трансплантате, придавая ему нужную толщину и не нарушая кровоснабжения в нем. Лоскут нужно пришивать без натяжения и захватывать в шов не более 2 мм от его края только собственно кожу, без подкожной клетчатки. Этим мы достигаем лучшего прилегания краев его и устраняем условия для возможного некроза на месте швов. Само собой разумеется, что тщательный гемостаз здесь особенно обязателен.

При трофических язвах, где полную асептичность провести невозможно, я перед пришиванием лоскута подвергаю ложе его обработке хлорацидом в течение пяти минут. Контроль произвожу на второй день после операции и, если трансплантат находит-

ся в хорошем состоянии, перевязки делаю через четыре-пять дней. Швы снимаю в два приема через 8—11 дней.

В тех случаях, когда имеются большие рубцовые образования, склонные к изъязвлению, я использую, по возможности, весь стебель в два приема. Сначала переношу лоскут кожи на стебле, а после того, как он приживет (при соответствующей тренировке другого конца), произвожу иссечение остальных рубцов и окончательно закрываю дефект отдельным стеблем в распластанном виде.

Осложнения у меня наблюдались в трех случаях: небольшой некроз края трансплантата, частичное нагноение его, когда пришлось снять несколько швов (см. рис. 2), и отек стебля, осложнившийся упорной экземой, потребовавшей лечения в течение двух месяцев. У всех пластика производилась по поводу трофических язв.

Привожу несколько выписок из историй болезни:

1. Ист. бол. № 385. Пономарев Н., 32 лет. Поступил в клинику 20.III 1938 г. В 1929 г. на лесозаготовках ранил гвоздем левую подошву, после чего образовалась флегмона, осложнившаяся омертвлением кожи тыла стопы. Дефект закрылся, но через год на месте рубца появилась язва, которая с тех пор не заживает.

Объективно: В области наружного края тыльной поверхности левой стопы имеется большой плоский рубец, который занимает всю наружную часть ее. В центре рубца глубокая язва около 3-4 см с омозолевшими краями, покрытая вялыми цианотичной окраски грануляциями.

27.III — на передне-внутренней поверхности нижней трети правого бедра образован филатовский стебель. Через три недели иссечение язвы и пересадка лоскута. После приживления трансплантата все рубцовые образования иссечены, лоскут отделен от бедра, распластан и дефект закрыт. Стойкое выздоровление. (Рис. 1 и 2).

2. Ист. бол. № 1281. Багаева Н., 33 лет. Поступила 2.XII 1939 г. Год назад получила на производстве травму, которая сопровождалась обширным повреждением мягких частей левого голеностопного сустава и подошвы. Лечилась в клинике. Рана закрылась, но вскоре после того, как больная начала ходить, открылась язва на подошве. Язва очень болезненна и сильно беспокоит больную.

Объективно: Левый голеностопный сустав отечный. В области пяточной кости на подошве имеется язва, размером 6 × 4 см с весьма вялыми грануляциями, покрытыми серым налетом. Края язвы плотные, омозолевшие. Пересадка лоскута кожи с правого бедра на филатовском стебле после полного иссечения язвы. Стойкое выздоровление; трудоспособность восстановлена.

3. Ист. бол. № 1073. Семечкин К., 36 лет. Поступил 7.X 1939 г. В 1936 г. получил тяжелый ожог правой стопы расплавленным

БИБЛИОТЕКА ВОЕНФИЛИАЛА

металлом. Лечился в хирургической клинике. Выписан на амбулаторное лечение с незакрывшейся раной. В последующие годы поступал на лечение в клинику три раза; подвергался консервативному лечению, блокаде по Вишневскому и пересадке кожи по Тиршу, но улучшения не получил.

Рис. 1.
Трофическая язва правой стопы. Филатовский стебель на левом бедре.

Рис. 2.
После пересадки лоскута по Филатову. Дистальная часть некротизировалась.

Объективно: Правый голеностопный сустав несколько отечный, анкилозирован; пальцы тоже неподвижны. Вся тыльная поверхность стопы и голеностопный сустав покрыты толстым неподвижным рубцом; на наружном и внутреннем краях стопы язвы до 5 см в диаметре каждая, покрытые весьма вялыми, бледными грануляциями с цианотическим оттенком.

Иссечение медиальной язвы и пластика кожи лоскутом с передне-наружной поверхности левого бедра на филатовском стебле; фиксация конечности гипсовой повязкой. Во время лежания с пересаженным лоскутом латерально расположенная язва самостоятельно закрылась под гипсом. Несмотря на уговаривание больного иссечь ее и сделать пересадку кожи с другого конца этого же филатовского стебля, перекинувши его через тыл стопы, он отказался от операции. Через три месяца спять явился в клинику с вновь образовавшейся язвой на латеральном крае стопы еще больших размеров. Трансплантат на медиальной стороне представляет нормальную подвижную кожу. (Рис. 3).

Рис. 3.
Трофическая язва стопы. С медиальной стороны виден пересаженный лоскут кожи.

4. Ист. бол. № 309 Обухов П., 23 лет. Поступил 26.III 1939 г. Год назад попал под трамвай и получил обширную травму правой стопы, после чего осталась большая язва. Сделана была пересадка кожи по Тиршу; язва закрылась, но вскоре после того, как больной начал ходить, вся поверхность опять изъязвилась.

Объективно: На наружно-тыльной поверхности правой стопы язва длиной до 10 см и шириной до 3 см, с омозолевшими краями; грануляции вялые, бледные, покрытые сероватым налетом. Окружность язвы представляет непрочную рубцовую ткань.

На филатовском стебле перенесен с левого бедра лоскут кожи на дистальный отдел стопы после иссечения в этой части язвы и рубцовых образований. Через три недели стебель отделен от бедра, распластан, остальная часть язвы и рубцы иссечены и дефект закрыт.

Рис. 4.
Трофическая язва правой стопы.

Рис. 5.
Отдаленные результаты
после пластики по Филатову.

Через два года больной явился показаться, весьма довольный хорошими результатами. (Рис. 4, 5).

Выводы:

1) Пластика кожи по Филатову при трофических язвах травматического происхождения и после воспалительных процессов на местах, подвергающихся постоянной травме, является единственным способом, который дает стойкое выздоровление.

2) Она может с большим успехом применяться для закрытия всех дефектов кожи после иссечения рубцовых изменений и удаления кожных новообразований, независимо от локализации их.

3) Путем перенесения на стебле лоскута кожи и последующего использования самого стебля пластикой по Филатову можно получить закрытие значительных дефектов.

БИБЛИОТЕКА им. В.П. Филатова

Из Института им. проф. Турнера
(Директор — Н. И. Шнирман; научный руководитель — проф. А. А. Козловский)

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТОТАЛЬНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА 1-го и 2-го ПАЛЬЦЕВ РУКИ

Е. И. Глотова

Отсутствие 1-го пальца значительно понижает трудоспособность кисти. Больной теряет возможность свободно захватывать предметы этой рукой. В основном страдают, так называемые, «цилиндрический» и «щипцевой» захваты, в результате выключения функции пальца, противопоставляемого остальным четырем.

Никакая приспособляемость больных за счет функций сохранившихся пальцев не может полностью заменить утраченной функции кисти.

Подобного рода дефект кисти особенно тягостен для больных, у которых полностью или почти полностью отсутствует другая верхняя конечность, так как у них, кроме того, исключена возможность «плоскостного» захватывания предметов (двумя кистями, кистью и культей предплечья).

Восстановление трудоспособности таких больных всецело зависит от восстановления трудоспособности кисти, в частности, от восстановления функции 1-го пальца, в отношении возможности противопоставления его.

По классификации Гейета, все предложенные для замены 1-го пальца различные способы сводятся к следующим трем:

1) утилизация остатков 1-го пальца указательного и 1-й пястной кости;

2) пересадка пальцев с ноги или здоровой руки;

3) метод реконструкции.

В нашем случае тяжелого травматического дефекта кисти, для восстановления ее трудоспособности, мы воспользовались последним способом.

Для пересадки мягких тканей проф. Э. Ю. Остен-Сакен воспользовался предложенным Филатовым методом кожной пластики — стебельчатым лоскутом.

Б—ной Б. С., 8-ми лет, поступил в Институт им. проф. Г. И. Турнера 23.X 1937 г. (ист. бол. № 37168) по поводу травматического дефекта правой кисти и левой верхней конечности.

Попал под трамвай 3 месяца назад (21.VII 1937 г.). Был оперирован в тот же день дежурным врачом больницы им. Раухфуса. Левая верхняя конечность ампутирована на уровне хирур-

Библиотека Филатова

гической шейки плеча, 1-й палец правой кисти — на границе между средней и нижней третью пястной кости, 2-й экзартикулирован в пястно-фалангиальном сочленении, 3-й в первом межфалангиальном. Рваная рана ладони освежена, промыта риваполем и зашита наглухо. Выписался из больницы через 20 дней с вполне зажившими ранами. (Ист. бол. № 3379).

Наследственность здоровая. Перенес дифтерию, корь, ветряную оспу, коклюш, свинку.

Общее исследование при поступлении в Институт им. проф. Турнера: Окраска кожных покровов и видимых слизистых бледна. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца чисты. Пульс ритмичен, удовл. наполнения, 80 в минуту. Ночное недержание мочи. Гемоглобин — 60 проц., эритроцитов — 4000000, РОЭ — 10 дел. в ч.

Специальное исследование: Характер дефектов верхних конечностей — см. фото и р-ммы, сделанные при поступлении (рис. № 1, 1-а, 2-а, 2-б). Вдоль первой межпальцевой складки тянется плотный малоподвижный рубец, переходящий у основания 1-го пальца в звездчатый рубец, спаянный с подлежащей кистью; у основания 2-го пальца — в менее спаянный с

Рис. 1.

Рис. 1-а.

кожей рубец, продолжающийся отсюда по всей ладони до гипотенара.

Больной очень беспомощен. Не может ни одеться, ни раздеться. Писать не умеет. Может захватывать сохранившимися 4-м и 5-м пальцами только небольшие и нетяжелые предметы, зажимая их между 4-м и 5-м пальцами или обхватывая их этими же пальцами.

Спустя 3 месяца, в течение которых больной подвергался общеукрепляющему лечению и физиотерапевтическим мероприятиям для растягивания малоподвижных рубцов (массаж, горячие ванны), 22.I 1938 г. под эфирным наркозом была произведена

БІБЛІОТЕКА ІМ. В. ПАРУАТОВА

попытка фалангизации оставшейся части 1-й пястной кости по Альбрехту (опер. проф. Э. Ю. Остен-Сакен). Сохранившаяся часть пястной кости была освобождена от рубцовых спаек.

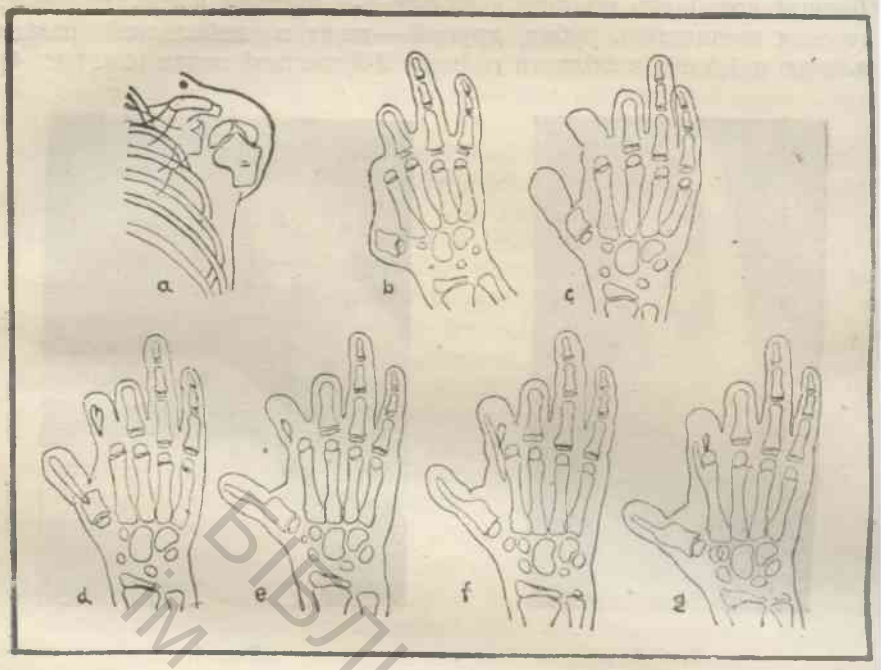


Рис. 2.

Не рассчитывая на успех даже в отношении заживления операционной раны, так как было очень плохое кровоснабжение рубцово перерожденных мягких тканей в области отсепарованных кожных треугольников, проф. Э. Ю. Остен-Сакеном был одновременно приготовлен для последующей пластики филатовский стебельчатый лоскут, как видно из рис. 3.

При осмотре последнего на 7-й день после его образования, на обоих концах стебля была замечена яркокрасная сеть, повидимому, вновь образующихся капилляров. Послеоперационное течение гладкое. Заживление ран первичным натяжением. Швы сняты на 10-й день.

В результате фалангизации сохранившейся части 1-й пястной кости и последующих в послеоперационном периоде мероприятий по углублению первой межпальцевой складки, подвижность культи 1-й пястной кости несколько увеличилась.

Спустя 4 месяца после операции, 23.V 1938 г., под эфирным наркозом, проф. Остен-Сакеном был произведен следующий этап операции: пересадка стебельчатого филатовского лоскута к кисти для реконструкции первых двух пальцев.

За месяц до операции было начато воспитание сосудов стебля ежедневным отжиманием кишечным жомом сначала од

БИБЛИОТЕКА им. В. А. Баранова

ного, затем другого конца его, начав с пятиминутного упражнения и доведя его до получаса. При операции филатовский стебельчатый лоскут был перерезан в центральной его части и один свободный конец его подшит к культе 1-й пястной кости после иссечения звездчатого рубца, другой — вшит в небольшой разрез, длиною в 1,5 см, в области головки 2-й пястной кости (см. рис. 4).

Рис. 3.

Рис. 4.

Тщательная фиксация конечности гипсовой повязкой. Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты на 15-й день. Заживление раны первичным натяжением, за исключением небольшого участка рубца в области реконструируемого 2-го пальца, где не произошло склеивания краев кожи.

Спустя 2 месяца после этой операции, также после предварительного воспитания отжиманием у основания пересаженных стеблей, последние были отсечены от грудной стенки и были сформированы пальцы. Операция производилась под местной анестезией проф. Остен-Сакеном.

Длительная иммобилизация кисти ладонной гипсовой шинкой на предплечье и кисть. В более позднем послеоперационном периоде на послеоперационном рубце у основания 1-го пальца появилась небольшая, но глубоко проникающая ранка, затянувшаяся через два с половиной месяца. Дистальный конец этого же пальца зажил под струпом.

Через полгода после пластики пальцев, когда кожа реконструируемых пальцев совершенно очистилась и наступило прочное приращение стебельчатых лоскутов к кисти (17.II 1939 г.), под эфирным наркозом была произведена костная пластика на реконструируемых пальцах (опер. проф. Остен-Сакен). Трансплантаты взяты из гребешка б. берцовой кости правой голени. В туннель, про-

Библиотека им. В.Г. Галецкого

деланный в 1-м пальце, после иссечения центрального рубца на дистальном конце последнего, введен костно-надкостничный трансплантат размером 3 × 0,5 см, которой внедрен в расщеп, сделанный в оставшейся части 1-й пястной кости.

Через продольный разрез, длиною 1,0—1,5 см, по ладонной поверхности 2-го пальца, в специально приготовленное ложе в мягких тканях уложен небольшой надкостничный трансплантат. Заживление операционных ран первичным натяжением. Швы сняты через месяц. Длительная иммобилизация кисти гипсовой ладонной шинкой на предплечье и кисть (см. рис. 2-d). Костное сращение трансплантата с остатком 1-й пястной кости определялось клинически и было подтверждено рентгенографически через 5 месяцев после костно-пластической операции (см. рис. 2-e).

Результат пластического восстановления, главным образом, 1-го пальца, достаточно эффективен: больной получил возможность захватывать предметы, противопоставляя 1-й палец остальным; свободно берет и удерживает тарелку с супом, бутылку с водой (см. рис. 4). Через 10 месяцев после костной пластики появилось изъязвление дистального конца 1-го пальца, обусловленное более быстрым, по отношению к мягким тканям, ростом костного трансплантата (см. серию рентгенограмм, рис. 2).

Язвочка затянулась вскоре после скусывания дистального конца трансплантата на 0,5 см.

План дальнейших мероприятий по восстановлению функции 2-го пальца остался невыполненным вследствие смерти проф. Остен-Сакена (в ноябре 1939 г.)

Идея превращения пассивно- и избыточно-подвижного 2-го пальца, функционально мало ценного, в неподвижный, но годный для упора палец осуществлена проф. А. А. Козловским.

17.X 1940 г. под эфирным наркозом взят из передней поверхности б. берцовой кости надкостничный трансплантат, размером 4,5 × 0,75 × 0,5 см, со слегка изогнутым концом.

Через продольный разрез мягких тканей по лучевой стороне 2-го пальца пястной кости трансплантат уложен в специальное ложе, изготовленное вдоль пястной кости так, что надкостница трансплантата обращена кнаружи, изогнутый конец его направлен дистально, выпуклость трансплантата обращена в тыльную сторону. Трансплантат фиксирован на месте кетгутовыми швами. Шелковые швы на кожу. Заживление ран первичным натяжением. Швы сняты через 2 недели. Длительная иммобилизация ладонной гипсовой шинкой, захватывающей предплечье и кисть.

Через 2 месяца скушен дистальный изогнутый конец трансплантата, вызывавший пролежень мягких тканей давлением изнутри.

В 1941 г. давность костно-пластической операции на 1-м пальце — 2 года 2 месяца; на 2-м полгода. Кожа вновь образованных пальцев чистая; она продолжает сохранять свойства кожи грудной стенки (волосистость). Чувствительность всех вн

дов восстановлена на всем протяжении, за исключением рубцов. Подвижность 1-го пальца за счет карпо-метакарпального сустава удовлетворительная. Послеоперационный рубец на месте взятия филатовского стебля чистый, мягкий, безболезненный.

Рентгенологически: прочное костное сращение трансплантатов с соответствующими пястными костями; надкостничный трансплантат, свободно располагающийся в мягких тканях 2-го пальца, в значительной мере рассосался (см. рис. 2).

Больному 12 лет. Он учится в 3-м классе. Пишет чернилами довольно быстро и чисто. Результатом операции доволен. Значительно свободнее, чем прежде, захватывает предметы. 1-м и культею 3-го пальца свободно удерживает на весу гирю весом в 1 килограмм. Последний способ захватывания предметов предпочитает всем тем, которыми пользовался до оперативных вмешательств.

В литературе имеются указания на использование филатовского стебля для реконструкции пальцев кисти.

1 апреля 1938 года на заседании Ленинградского об-ва хирургов-ортопедов д-ром М. С. Ерецкой (из ЦГТИ) демонстрировались 2 случая использования стебля с целью удлинения пальцев кисти. В одном из них отсутствовала только ногтевая фаланга, в другом — весь 1-й палец. Стебельчатый лоскут брался с живота, костный трансплантат — из гребня подвздошной кости.

В случае, где отсутствовали 1-й палец и часть пястной кости, костный трансплантат был взят из гребня б. берцовой кости.

По Мутье эта операция производится тремя способами:

1) итальянская пластика с живота кожной трубкой с последующей пересадкой костного трансплантата в прижившийся кожный мешок; 2) пересадка костного трансплантата под кожу живота с последующей кожной пластикой, при одновременной фиксации костного трансплантата к культе 1-го пальца или 1-й пястной кости, 3) кожно- и костно-пластическая операция одновременно при условии взятия лоскута из ключицы.

В нашем случае применения филатовского стебля интересен факт использования одного стебля для одновременной пластики двух пальцев.

Функциональный результат пластики вполне удовлетворителен.

Хорошая подвижность вновь образованного 1-го пальца в значительной мере зависит от разъединения спаек в окружности культи 1-й пястной кости.

Выводы:

1) При первичных обработках травм кисти следует быть очень консервативным и, по возможности, щадить каждый сантиметр-полсантиметра пальцев, в особенности 1-го и 1-й пястной кости, учитывая возможность реконструкции пальцев в дальнейшем.

2) При реконструкции 1-го пальца кисти с успехом может быть использован филатовский стебель.

Библиотека ЛИВ

Из факультетской хирургической клиники Казахского медицинского института им. В. М. Молотова (Директор — проф. С. А. Баккал)

СТЕРИЛИЗАЦИЯ РУК ХИРУРГА НА ФРОНТЕ И В ТЫЛУ

Доктор мед. наук проф. С. А. Баккал

Военный травматизм более сложен и более опасен, чем травматизм мирного времени. Военный травматизм осложнен длительной психической травмой военной обстановки, пониженной сопротивляемостью организма от переутомления и преимущественно рваными инфицированными огнестрельными осколочными ранениями, нередко с анаэробной флорой. Добавочная инфекция в этих случаях может оказаться роковой. Вот почему асептика на войне должна быть более строгой и совершенной, чем в мирное время.

Это, прежде всего, относится к методам стерилизации рук. В обстановке войны уберечь свои руки от мелкой травмы, спороносной и анаэробной инфекции буквально невозможно. Современные асептические, смешанные (комбинированные) и основанные на принципе дубления (Альфельда, Фюрбрингера, Заблудовского-Татарчнова, Покотило, Напалкова, Спасокукоцкого-Кочергина и др.) способы стерилизации рук не обеспечивают стерильности в полном смысле этого слова. Они дают лишь значительное уменьшение количества бактерий и то только для операций небольшой длительности. Все известные нам асептические, смешанные и основанные на принципе дубления способы обработки рук не выдерживают критики при правильной бактериологической проверке. При них, как правило, посевы с рук на диференцированные питательные среды дают через 24—48 часов рост смешанной инфекции.

Хирургическая работа армейской полосы — МСБ, ППГ, эвакоприемников и фронтовых госпиталей — во время боев разворачивается в таких масштабах, что хирургу приходится делать, в среднем, 30 — 40 операций в день. Если тратить на обработку рук перед каждой операцией 5 минут (обработка щеткой, водой и мылом с последующим дублением спиртом и т. д.), то на это должно уйти, в среднем, не менее 3—5 часов, а руки его к концу дня превратятся в сплошную раневую поверхность. Не спасают положения способы Кочергина и Напалкова. И нашатырь и едкий калий при 3-часовом трении марлей создают резкий дерматит. Если же коснуться эффективности этих методов в смысле достижения асептики, то и в этом отношении ценность

их сомнительна. Замуровать бактерии в порах кожи спиртом, так, чтобы они оттуда, при потоотделении, не поступали на поверхность кожи во время хирургической работы, нам до сих пор не удалось. Об этом свидетельствуют бактериологические посевы с рук во время, и, в особенности, к концу операции, когда постоянная флора, находящаяся в толще кожи, выступает на поверхность.

Еще в 1897 г. блестяще разрешил вопрос стерилизации рук наш русский хирург Цеге-фон-Мантейфель, предложивший на обработанные руки надевать стерильные резиновые перчатки. Весь хирургический мир признал этот способ непревзойденным.

Гирголав категорично и точно высказывается по этому вопросу — «при современных условиях хирург может оперировать стерильными руками, только надев на них стерильные перчатки и сохраняя их целыми».

Если по стерильности и по удобству способ Цеге-фон-Мантейфеля в обстановке мирного времени оказался непревзойденным, то в военно-полевой хирургии — как на фронте, так и в тылу — он не оправдал себя. Основными недочетами этого способа являются три следующих обстоятельства:

1) неприспособленность к большому количеству операций,
2) порча резиновых перчаток от стерилизации,
3) отсутствие борьбы с бактериальной флорой перчаточного сока.

Способ Цеге-фон-Мантейфеля при каждой операции требует предварительной подготовки рук тем или иным способом с последующим надеванием и сменой стерильных резиновых перчаток. Как я выше упоминал, кожа поражается, главным образом, при этой подготовке, в особенности, при большой хирургической работе, где она разворачивается в 20 и больше операций в день. Кроме этого необходимо учесть, что при этом способе не предусмотрена борьба с бактериальной флорой перчаточного сока. Между тем, вследствие вирулентности бактериальной флоры перчаточного сока и легкой поражаемости перчаток, от хирурга требуется большое внимание и напряжение. Возможность заноса дополнительной инфекции через незамеченный дефект перчаток во время самой операции особенно легка.

Еще несколько слов о стерилизации перчаток и о необходимом количестве их для хирургического дня армейского госпиталя.

Нельзя поступаться качеством стерилизации перчаток. Нужно всегда иметь в виду, что перчатки инфицированы спороносными культурами. Поэтому в военное время стерилизация их должна быть только автоклавная, как это требуется для стерилизации перевязочного материала, т. е. при одной рабочей атмосфере в течение одного часа.

Для разворота хирургической работы в МСБ или ППГ и в других армейских госпиталях нужно иметь минимум 50 пар перчаток на один операционный стол. При этом следует учесть, что при первой стерилизации за первый день работы хирург лишается,

в среднем, от 30 до 40 проц. перчаток, за второй день — до 90 проц., а на третий день он остается уже без перчаток. Отсюда нужно сделать вывод, что резиновые перчатки не приспособлены для работы в военное время. Они очень тонки, быстро теряют свою эластичность, легко рвутся и не выносят необходимой горячей стерилизации.

Из вышеизложенного совершенно очевидно, что горячая стерилизация перчаток нецелесообразна как на фронте, так и в тылу.

Еще в 1934 г. мною была напечатана работа «Стерилизация рук в экстренных случаях». Совместно с академиком В. П. Филатовым мы предлагали этот способ преимущественно в условиях экстренной хирургии. Прошло уже десять лет, как факультетская хирургическая и глазная клиники Одесского медицинского института и другие широко применяют этот способ в условиях своей повседневной работы. Мне удалось еще раз проверить его на большом травматическом материале от фронтовой полосы до глубокого тыла с неоднократными бактериологическими и клиническими наблюдениями. Ныне мы располагаем операционным материалом в 9462 случая. Материал этот, преимущественно, ППГ (нач. майор мед. сл. М. Г. Любарский), ЭГ (нач. подполковник мед. сл. Е. М. Ланда), ЭГ (нач. майор мед. сл. М. П. Исаханов) и факультетской хирургической клиники Казахского медицинского института (директор проф. И. С. Баккал).

Пользуюсь возможностью выразить свою благодарность за помощь и содействие в работе вышеупомянутым товарищам, а в особенности начальнику ГОПЭП майору мед. сл. Г. А. Хацкелевичу.

Напомню, что антисептический способ стерилизации рук по Филатову—Баккалу выражается в следующем:

Сначала приготовляется, так называемый, «зеленый тальк», т. е. тальк, обработанный бриллиантовой зеленью. Обыкновенный тальк, просеянный через один-два слоя марли, в количестве 100 грамм, насыпается в жестяную коробку от консервов или в эмалированную кастрюльку. Туда же прибавляется 100 куб. см 1-проц. раствора бриллиантовой зелени (оксалат) на спирте. Все это хорошо размешивается деревянной ложечкой или шпаделем в равномерно окрашенную в зеленый цвет кашицеобразную массу. Кастрюлька затем ставится на небольшой огонь и кашицеобразная масса все время помешивается. Зеленая кашицеобразная масса при испарении спирта и воды все более и более сгущается и превращается в зеленый порошкообразный тальк. Приготовляя зеленый тальк, необходимо соблюсти одно важное условие — не пережечь бриллиантовую зелень. Тальк должен быть зеленого цвета. При пережигании его он будет все более и более бледнеть и может исчезнуть зеленая окраска его. Неправильно приготовленный зеленый тальк потеряет свою бактерицидную силу. Из зеленого он превратится в серый.

Бактерицидность зеленого талька проверялась следующими опытами. В стерильный глюкозный бульон насыпался до одной трети пробирки зеленый тальк и в эту пробирку сеялась чистая бульонная культура золотистого стафилококка и гемолитического стрептококка, в количестве нескольких петель (3—4). Эта опытная пробирка ставилась в термостат при температуре 37 град. на 3—5 суток. Затем из нее делался пересев на глюкозный бульон. Таких опытов было поставлено 17, и ни в одном случае мы не обнаружили роста пересеянной культуры. Кроме этих опытов, мы поставили еще 11 опытов другого варианта. Сначала в глюкозный бульон сеялась испытуемая бульонная культура золотистого стафилококка и гемолитического стрептококка. Эти пробирки ставились в термостат при температуре 37 град. на 3—4 суток для выращивания упомянутой бактериальной флоры. После того, когда в опытных пробирках обнаруживался рост бактерий, в них насыпался зеленый тальк в том же количестве. Пробирки ставились в термостат на 3—5 суток. Во всех этих 11 опытах ни разу не был обнаружен рост посеянной культуры.

Этими опытами мы выявили, что зеленый тальк обладает хорошими бактерицидными свойствами. После того, как хирург вымоет руки туалетным мылом в обыкновенной воде для удаления видимого загрязнения, он свои «обывательско-чистые» руки вытирает полотенцем, хорошо обсыпает зеленым тальком и надевает нестерильные резиновые перчатки. Не мешает и во внутреннюю поверхность перчаток насыпать немного зеленого талька. Затем марлей или ватой, пропитанной 0,5—1-проц. спиртовым (90—95-град.) раствором бриллиантовой зелени, хорошо овлажняют наружную поверхность перчаток. На поверхности перчаток бриллиантовая зелень должна высохнуть (1—2 мин.), после чего хирург стирает спиртом с поверхности перчаток бриллиантовую зелень для удаления ее излишка. Перчатки в этом случае будут зеленого цвета и не будут окрашивать при соприкосновении с тканями раневую поверхность. После такой обработки перчаток хирург одевает стерильный халат и может приступить к операции — руки его абсолютно стерильны.

В доказательство стерильности перчаток опыты ставились так: Поверхность перчаток инфицировалась бульонными вегетативными спороносными, анаэробными и аэробными культурами, т. е. стафилококком, гемолитическим стрептококком, кишечной палочкой, сенной палочкой, сибироподобной палочкой, перфригенсом и спорогенсом. Когда через одну-две минуты вышеупомянутые бульонные культуры слегка подсыхали, что определялось липкостью перчаток, их обрабатывали 1-процентным спиртовым раствором (90—95 град.) бриллиантовой зелени. Излишняя краска стиралась спиртом, дабы она при посеве не заносилась в бульон и не задерживала роста испытуемых культур. После этого марлей (2×2 см), увлажненной стерильным физиологическим раствором, обтиралась поверхность перчаток и марля опускалась в глю-

козный бульон. Эти опытные пробирки на 5—6 суток помещались в термостат при температуре 37 град.

Таких опытов было поставлено 97. С золотистым стафилококком — 7, с гемолитическим стрептококком — 12, с кишечной палочкой — 10, с сенной палочкой — 15, с сибиреподобной палочкой — 10, с перфригенсом — 21, и, наконец, со спорогенсом — 22. Во всех опытных пробирках роста не было обнаружено. Только в одном опыте была обнаружена сенная палочка (при посеве гемолитического стрептококка).

Мы этот опыт рассматриваем, как дефект в технике — загрязнение воздушной инфекцией. Приведенными опытами было доказано, что поверхность перчаток, обработанных по нашему способу, абсолютно стерильна. Десятилетнее применение этого способа в условиях клинического испытания (факульт. хир. клиника ОМИ) в мирное время, на фронте и в тылу в условиях современной войны, при большом травматическом материале (9462 случая) дает мне право рекомендовать этот способ стерилизации рук хирурга.

Еще несколько слов о воздействии зеленого талька на перчаточный сок.

Опыты ставились с посевом перчаточного сока на глюкозный агар-агар и на бульон в аэробных и анаэробных условиях. С агар-агаром было поставлено 8, а на бульоне 13 опытов. Опыты ставились так: после операции снимались перчатки; марлей (2 × 2 см) собирался с ладонной влажной поверхности перчаточный сок; эта марля сеялась на питательные среды, т. е. опускалась при помощи стерильного пинцета в глюкозный бульон в анаэробных и аэробных условиях, а на глюкозный агар — размазыванием марлей по поверхности агар-агара; пробирки и чашечки Петри ставились в термостат при температуре 37 град. на 3 суток.

Результаты опытов были следующие: если рука оказывалась почти без перчаточного сока, то как на бульоне, так и на агаре обнаруживался рост смешанной инфекции; если перчаточного сока было достаточно, то зеленый тальк отдавал достаточное количество бриллиантовой зелени, которая убивала в перчаточном соке бактериальную флору; при посевах в этих случаях марли с перчаточным соком, как на бульоне, так и на агаре роста не обнаружено.

На основании вышеизложенного нужно сделать следующие выводы:

1) Рекомендуемый способ проверен практически и строго бактериологически.

2) Перчатки, обработанные 0,5—1-процентным раствором бриллиантовой зелени, спустя 1—2 минуты стерильны.

3) Перчаточный сок стерилен при умеренном и обильном потоотделении.

4) Перчатки при этом холодном способе стерилизации не портятся, т. е. не теряют своей прочности, эластичности и могут служить неопределенно долгое время, пока во время работы хи-

рург не порвет или не проколет их. В последнем случае перчатки нужно сменить и вновь обработать зеленью. Для следующей операции целые перчатки не нужно снимать. Достаточно смыть с них кровь стерильным физраствором, обтереть полотенцем и вновь обработать зеленью. Так стерилизуя перчатки, можно оперировать раненого за раненым в течение всего рабочего дня. При аккуратном пользовании ими можно обойтись одной, максимум, двумя-тремя парами перчаток.

5) Достигаются быстрота обработки (1-2 минуты) и большая экономия времени и средств.

6) Руки совершенно не поражаются и не окрашиваются в зеленый цвет даже при 30—40 операциях в день. Нет никаких признаков раздражения и вредного влияния зелени на хирурга, тем более на больного. После операции достаточно вымыть перчатки водой и мылом.

Рекомендую пользоваться советской бриллиантовой зеленью (оксалат), ибо она своей бактерицидностью и другими качествами (эпителизацией и т. д.) превосходит все другие виды бриллиантовой зелени, сульфатных и двойных солей $ZnCl_2$. Бриллиантовая зелень двойных солей $ZnCl_2$ токсична и почти не бактерицидна, а внешним видом не отличается от бриллиантовой зелени (оксалат). Советская бриллиантовая зелень вырабатывается анилиновым заводом им. Фрунзе в Москве.

БІБЛІОТЕКА ім. В.П.Філатова

Из Украинского экспериментального института глазных болезней им. академика В. П. Филатова (Директор — акад. В. П. Филатов)
и глазного эвакогоспиталя (Начальник — майор мед. сл. М. Я. Тиваровский)

ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА СУБАТРОФИЧЕСКИХ ГЛАЗАХ ПОСЛЕ ВОЕННОЙ ТРАВМЫ

Ст. научный сотр. И. Г. Ершкович и мл. научный сотр. Е. Б. Копельман

Исходы ранений глаза в Великой Отечественной войне отличаются особенной тяжестью. Это объясняется высоким процентом прободных ранений, который, по данным ряда авторов, колеблется от 65 до 72 (Тихомиров, Преображенская, Дашевский и др.).

Если учесть, что удельный вес двусторонней травмы весьма высок (по Дашевскому 65 проц.), а прободные ранения обоих глаз имеют своим исходом слепоту на оба глаза в 77,5 проц. и на один глаз в 21,1 проц. (Дашевский), то не является неожиданным то огромное число ослепших, которое принесла нам последняя война.

По имеющимся в литературе указаниям, процент слепоты на оба глаза по отношению ко всему числу глазных ранений в эту войну составляет от 6 до 9.

Значительная часть случаев такой слепоты является результатом полного разрушения глазных яблок с исходом в атрофию и должна быть отнесена к неустранимой.

Другая часть обнимает случаи, где глазное яблоко сохранено. Среди них привлекают внимание глаза, в которых вследствие глубокого нарушения питания, как результата тяжелого иридоциклита или втянутых рубцов, произошли изменения формы и величины глазного яблока. Эту группу глаз мы обозначаем термином «субатрофические глаза». Сюда мы относим случаи с различной степенью этих изменений — от аппланации роговой оболочки и окружающей ее склеры до уплощения всего переднего отдела глаза и уменьшения в объеме глазного яблока в целом.

Указанные изменения формы и величины глазного яблока комбинируются с рядом других нарушений, вызванных травмой или тяжелым иридоциклитом.

Это чаще всего грубые рубцовые помутнения роговицы, спаянные с радужкой, плотные соединительнотканные пленки в передней камере, резкая атрофия радужки, заращение зрачка, осложненная катаракта, организованный экссудат в стекловидном теле, обширные травматические поражения глазного дна. Нередко при этом устанавливают наличие внутриглазного инородного тела или, в редких случаях, процесс окостенения. Зрение, как правило, падает

до светоощущения, нередко с неправильной проекцией, а внутриглазное давление бывает понижено.

Если такое состояние встречается на одном глазу, в то время как другой не поврежден или обладает достаточно высокой остротой зрения, то ставится вопрос об энуклеации глаза. В тех же случаях, когда эти изменения касаются обоих глаз или последнего глаза, больного, после некоторого пребывания в госпитале, выписывают, как не подлежащего лечению.

Возможность восстановления зрения при тяжелых исходах ранений была отмечена одним из нас (Ершкович) в ряде работ, опубликованных и находящихся в печати в «Вестнике офтальмологии», Сборнике трудов Оборонной сессии госпитального совета СССР, сборнике САВО «Военная медицина глубокого тыла», сборнике Укр. экспер. и-та глазных болезней и в настоящем сборнике. Исходя из указания акад. В. П. Филатова о благотворном влиянии предварительной тканевой терапии на исход внутриглазных операций и из опыта нашего Института в довоенное время, Ершкович, применив на госпитальном материале тканевую терапию как подготовку к операции и в послеоперационном периоде, убедился в возможности восстановления зрения в случаях, считавшихся непоказанными к операции. К числу таких относятся и так называемые «субатрофические глаза».

Акад. В. П. Филатов сообщил («В. О.» 1945 г.) о 25 случаях субатрофии глаз у бойцов, оперированных им после длительной подготовки тканевой терапией. В 7 случаях было получено предметное зрение, в остальных — операция не ухудшила состояния глаза.

В настоящей статье мы сообщим о результатах, полученных при лечении субатрофических глаз в эвакогоспитале 1262 в течение 1943—44 гг.

Всего под наблюдением было 23 больных с явлениями субатрофии на последних глазах (другой глаз либо был удален либо представлялся резко атрофичным со зрением равным нулю). Значительно выраженная субатрофия имела место в 14 случаях, уплощение переднего отдела — в 5, уплощения роговицы и окружающей ее склеры — в 2 и одной только роговицы — в 2 случаях.

У всех больных были осколочные ранения, причем в 13 случаях ранение было причинено осколками мины, в 4 — ручной гранаты, в 3 — снаряда, в 1 — авиабомбы, в 1 — разрывной пули и в 1 — осколками стекла.

Больные поступали в наш госпиталь, в большинстве случаев, спустя продолжительное время после ранения. Так, через 1 месяц после ранения поступил 1 больной, через 3—6 месяцев — 6, через 7—12 месяцев — 5, через 1—3 года — 11 больных. Таким образом, около 70 проц. всех больных поступили более, чем через полгода после ранения.

Несмотря на то, что фактор времени и предшествующее лечение уже оказали свое действие, функции у большинства больных при поступлении оставались резко пониженными. Более чем в половине случаев (14) проекция света была неправильной, в

4 случае она была почти правильной, в 7 — правильной и в 1 — зрение было равно счету пальцев у лица.

После курса тканевой терапии, как подготовки к операции, в зрении больных произошли следующие сдвиги: зрение со счета пальцев у лица до 0,01 повысилось у 1 больного, с почти правильной проекции до правильной — у 1, с неправильной проекции до почти правильной — у 2, с неправильной проекции до правильной — у 7. У остальных 12 больных функции не изменились: неправильная проекция осталась попрежнему у 6, правильная проекция осталась без изменений также у 6 больных.

Тканевая терапия была проведена в виде инъекций автоклавированного экстракта консервированной плаценты, автоклавированного сока консервированных листьев алоэ, пересадки консервированной кожи, имплантации автоклавированной предварительно консервированной кожи и автоклавированных консервированных листьев алоэ. Большинство больных получило по несколько курсов инъекций и повторные пересадки и имплантации консервированных тканей.

Дальнейшее повышение зрения было достигнуто операцией и последующей тканевой терапией.

Из операций были произведены: иридектомия, дисцизия пленчатой катаракты, иридокапсулоектомия — некоторым больным по несколько раз. Все операции были проделаны акад. В. П. Филатовым.

Иридектомия обычно производилась копьевидным ножем, после надреза скребцом. Разрез расширялся тупоконечным копьевидным ножем. Дисцизия пленчатой катаракты делалась по модификации акад. В. П. Филатова, описанной одним из нас (Копельман) в предыдущем томе сборника Института. Иридокапсулоектомия производилась при помощи кусачек Лаперсона или ножниц Веккера.

Из осложнений во время операций следует отметить гифему в результате кровотечения из сосудов радужки, которая имела место в 15 случаях, и выпадение жидкого стекловидного тела в 8 случаях.

Послеоперационный период протекал довольно гладко. Передняя камера быстро восстанавливалась. В случаях, когда после значительной потери стекловидного тела глазное яблоко спадалось, уже на следующий день оно восстанавливалось до прежнего объема. Послеоперационный иридоциклит средней тяжести был отмечен в одном случае. Более частым осложнением была гипотония (в 7 случаях), которая скоро выравнивалась, переходя в единичных случаях в повышение внутриглазного давления. Последнее удавалось привести к норме закапыванием миотиков.

Полученные результаты были весьма благоприятными. Из 23 случаев — повышение зрения, иногда довольно значительное, было достигнуто у 11 больных. В 11 случаях зрение осталось без изменений, а в 1 случае ухудшилось.

Из таблицы (см. стр. 42—44) видно, что повышение зрения от светоощущения (с неправильной, почти правильной и правильной светопроекцией) до 0,02 было получено у 2 больных, до

№	Фамилия	Диагноз	Давность ранения	Зрение при поступлении	Зрение после тканевой терапии и до операции	Операция	Зрение после операции	Срок наблюдения	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Н—в	Уплощение переднего отдела глаза	2 г. 8 м.	Светоощущение с неправильной проекцией	Светоощущение с правильной проекцией	Дисцизия пленчатой катаракты	0,1 с коррекцией	4 мес.	
2	Г—ев	Субатрофия глаза	1 г. 6 м.	Тоже	Тоже	Иридектомия	0,02	4 мес.	После операции видны очаги травматического хориоретинита
3	Г—ов	Уплощение переднего отдела глаза	1 г. 6 м.	Светоощущение с правильной проекцией	Тоже	Иридектомия 2 раза	0,06 с коррекцией	8 мес.	
4	Е—ев	Уплощение роговицы и склеры	1 г. 3 м.	Счет пальцев у лица	0,01	Иридектомия 3 раза и дисцизия	0,06 с коррекцией	1 год	
5	Х—в	Субатрофия глаза	6 мес.	Светоощущение с неправильной проекцией	Светоощущение с почти правильной проекцией	Иридектомия	0,05 с коррекцией	4 мес.	После операции видна атрофия зрительного нерва
6	В—н	Тоже	1 г. 5 м.	Тоже	Светоощущение с правильной проекцией	Иридектомия 2 раза	Светоощущение с правильной проекцией	6 мес.	
7	К—р	Тоже	1 г. 5 м.	Тоже	Светоощущение с неправильной проекцией	Иридектомия	Тоже	3 мес.	

ОНБ ім. В.І. Філатова

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Б—в	Субатрофия глаза	7 мес.	Светоощущение с неправильной проекцией	Светоощущение с правильной проекцией	Иридектомия и дисцизия	0,06 с коррекцией	6 мес.	
9	Ч—в	Уплощение переднего отдела глаза	1 мес.	Тоже	Светоощущение с почти правильной проекцией	Иридектомия	0,04	1 г. 9 м.	После операции обнаружены атрофия зрительных нервов и травматический хориоретинит
10	К—й	Уплощение роговицы и склеры	6 мес.	Светоощущение с почти правильной проекцией	Светоощущение с правильной цроекцией	Иридектомия и дисцизия	0,06 с коррекцией	1 г. 5 м.	
11	П—й	Уплощение роговицы	1 г. 3 м.	Светоощущение с правильной проекцией	Тоже	Иридектомия и иридокапсулоектомия	0,06 с коррекцией	1 г. 6 м.	
12	Т—в	Субатрофия глаза	1 г. 4 м.	Светоощущение с неправильной проекцией	Тоже	Иридектомия	Тоже	2 мес.	
13	К—в	Тоже	1 г. 5 м.	Светоощущение с правильной проекцией	Тоже	Иридокапсулоектомия	Светоощущение с правильной проекцией	1 г. 5 м.	После операции виден экссудат в стекловидном теле
14	О—в	Тоже	7 мес.	Тоже	Тоже	Иридектомия	0,02	2 мес.	После операции видна пленка и экссудат в стекловидном теле
15	Б—и	Уплощение роговицы	2 г. 8 м.	Тоже	Тоже	Иридектомия и иридокапсулоектомия	0,07 с коррекцией	2 г. 6 м.	

БИБЛИОТЕКА им. В.П.Філатова

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	Б—н	Субатрофия глаза	5 мес.	Светоощущение с неправильной проекцией	Светоощущение с правильной проекцией	Иридектомня	Светоощущение с нравильной проекцией	1 год	
17	П—й	Тоже	3 мес.	Тоже	Тоже	Тоже	Светоощущение с неправ. проекцией	7 мес.	
18	С—та	Уплощение переднего отдела глаза	1 г.	Светоощущение с правильной проекцией	Тоже	Дисцизия	Тоже	1 год	Обнаружен экссудат в стекловидном теле
19	А—в	Субатрофия глаза	3 г.	Светоощущение с неправильной проекцией	Тоже	Иридектомия глаза	Тоже	6 мес.	Тоже
20	Ш—в	Уплощение переднего отдела глаза	1 г.	Светоощущение с правильний проекцией	Тоже	Дисцизия и удаление пленки	Тоже	4 мес.	Обнаружен организованный экссудат в стекловидном теле
21	Г—ц	Субатрофия глаза	9 мес.	Светоощущение с неправильной проекцией	Тоже	Двойная иридектомия	Тоже	4 мес.	
22	К—й	Тоже	4 мес.	Тоже	Тоже	Иридектомия	Тоже	1 г. 3 м.	Обнаружен экссудат в стекловидном теле
23	Е—н	Тоже	2 г. 6 м.	Тоже	Тоже	Тоже	Тоже	3 мес.	Тоже

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. філатова

0,03—0,04 — у 1, до 0,05 — у 1, до 0,06 — у 4, до 0,07 — у 1, до 0,1 — у 1 и со счета пальцев у лица до 0,06 — у 1 больного.

Хотя уровень достигнутого зрения был невысок и не превышал 0,1, но в каждом из успешных случаев он являлся достаточным для того, чтобы больной выходил из состояния слепоты и переставал нуждаться в посторонней помощи.

Срок наблюдения колебался от 2 месяцев до 1 года 9 месяцев.

Приведем две истории болезни.

1. Кр-ц Ч—нов, 1910 г. рождения. Ист. бол. № 2127. Правый глаз: атрофия глазного яблока. Левый глаз: уплощение переднего отдела глаза. Травматический иридоциклит. Ранен 10.VII 1943 года осколками снаряда в лицо и оба глаза. Поступил в госпиталь 4.VIII 1943 г.

Объективно: Правый глаз — атрофичен, зрение равно нулю. Левый глаз — дефект края верхнего века. Глазная щель сужена. Значительная перикорнеальная инъекция. Соответственно 9 часам роговично-склеральный рубец в 4 мм, образующий втяжение склеры. Весь передний отдел глаза уплощен. На роговице грубое рубцовое помутнение на всем протяжении, за исключением верхне-наружного квадрата. Камера неравномерна; нижняя часть ее заполнена сгустками крови. Радужка атрофична; зрачок неправильной формы, подтянут к рубцу роговицы и заращен серой пленкой. Рефлекса с глазного дна нет. Зрение равно светоощущению с неправильной проекцией. Тензия понижена (Т—1).

Под влиянием осмотерапии воспалительные явления несколько уменьшились.

2.IX 1943 г. Пересадка консервированной кожи в области левого сосцевидного отростка. Через месяц левый глаз значительно успокоился. Зрение остается равным неправильной светопроекции. Начат курс инъекций автоклавированного экстракта консервированной плаценты по 1,0 куб. см ежедневно. По окончании курса из 30 инъекций явления иридоциклита полностью прошли. Появилась почти правильная проекция света. Тензия стала нормальной.

7.II 1944 г. Операция иридектомии (акад. В. П. Филатов). Образована широкая колобома радужки соответственно 1—3 часам в области прозрачной роговицы. Уже на 8-й день глаз полностью успокоился. Через свободную от пленки колобому возможна офтальмоскопия. Сосок зрительного нерва атрофичен. Видны очаги травматического хориоидита. Зрение равно счету пальцев у лица.

В дальнейшем, под влиянием двух пересадок консервированной кожи и 1 имплантации автоклавированной и консервированной кожи, зрение повысилось до 0,03—0,04 с коррекцией +13,0 диоптрий. Поле зрения резко сужено. 20.VI больной в таком состоянии выписался.

24.IX 1945 г. больной вновь поступил в наш госпиталь, где получил повторный курс тканевой терапии. Зрение повысилось до 0,04 с коррекцией афакии. Поле зрения несколько расширилось

Клиника им. В. П. Филатова

(рис. 1). Несмотря на суженное поле зрения, больной хорошо ориентируется. Свободно ходит в помещении и на улице. Срок наблюдения — 1 год 9 месяцев.

2. Гвардии сержант Б—в, 1907 г. рождения. Ист. бол. № 2625

Правый глаз отсутствует. Левый глаз: субатрофия, бельмо роговицы, заращение зрачка.

Ранен 22.V 1943 г. осколками мины в лицо и оба глаза. Поступил в госпиталь 3.XII 1943 г.

Объективно: Левый глаз уменьшен в объеме. Уплощение нижней половины роговицы и склеры. Грубое рубцовое помутнение роговицы в нижних двух третях, верхняя треть полупрозрачна. Передняя камера мелкая. Радужка атрофична; зрачок неправильной формы, зарощен сероватой пленкой. Рефлекса с глазного дна нет. Зрение равно светоощущению с неправильной проекцией. Тензия понижена (T-1).

После курса из 30 инъекций плацентарного экстракта проекция света стала почти правильной.

16.I 1944 г. Пересадка консервированной кожи в области левого сосцевидного отростка. Через 2 месяца после пересадки проекция света улучшилась и стала совсем правильной. Тензия пришла в норму.

10.II. Операция иридектомии (акад. В. П. Филатов). Образована широкая колобома соответственно 1-2 часам. В послеоперационном течении глаз быстро успокоился. Гифема, возникшая во время операции, рассосалась. Через колобому видна пленчатая катаракта. Кверху от нее с периферии получается слабый рефлекс с глазного дна. Зрение повысилось до счета пальцев на четверть метра. В марте, апреле и мае сделаны 3 тканевых пересадки. Зрение повысилось до 0,01.

25.V. Операция дисцизии пленчатой катаракты (акад. В. П. Филатов). Уже спустя 5 дней после операции зрение повысилось до 0,03 с коррекцией +13,0 диоптрий. К моменту выписки, 13.VI, зрение с коррекцией афакии 0,06. Поле зрения концентрически сужено (рис. 2). Больной вышел из состояния слепоты, самостоятельно ходит и почти не нуждается в посторонней помощи. Срок наблюдения — 6 месяцев.

Аналогично протекали и остальные успешные случаи. У большинства больных, где не было получено результата, равно как и в одном случае ухудшения проекции света, после операции был обнаружен мощный организованный экссудат в стекловидном теле. Не исключалось наличие отслойки сетчатки, что не могло быть окончательно установлено из-за невозможности детальной офтальмоскопии. В этих случаях, нужно полагать, произошли столь глубокие изменения стекловидного тела, а может быть сетчатки и зрительного нерва, что процесс уже стал необратимым.

Наш небольшой, но достаточно показательный материал свидетельствует о том, что борьба с военной слепотой в случаях субатрофии глазного яблока не только возможна, но является на-

стоятельно необходимой. В этой борьбе огромную роль играет тканевая терапия, которая вызывает прекращение воспаления и рассасывание патологических продуктов, а также способствует восстановлению правильного светоощущения и гладкому послеоперационному течению.

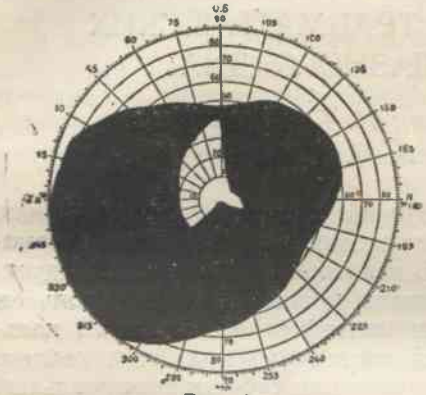


Рис. 1.

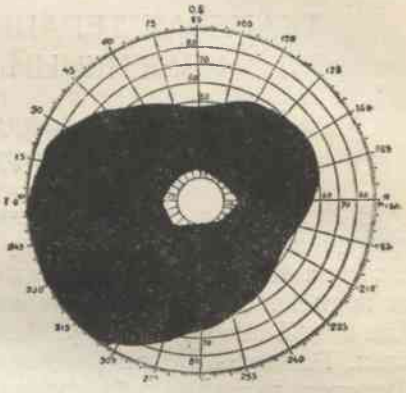


Рис. 2.

При лечении субатрофических глаз мы не можем рассчитывать на такое восстановление зрения, чтобы вернуть пострадавшего к полноценному труду. Однако, то повышение зрения (в пределах нескольких сотых, а иногда и 0,1), которое обусловливало переход больного от слепоты к состоянию, когда он перестает нуждаться в посторонней помощи, является ценнейшей наградой нашей настойчивости в лечении.

Полученные результаты стимулируют нас к дальнейшей еще более упорной борьбе с военной слепотой вследствие субатрофии глаз.

Выводы:

1) При применении тканевой терапии по методу акад. В. П. Филатова и оперативного вмешательства на субатрофических глазах на 23 больных у 11 было получено значительное улучшение зрения, у 11 оно осталось без изменения и у 1 оно ухудшилось.

2) Тканевая терапия является важным фактором в борьбе со слепотой в случаях субатрофии глаза.

3) Субатрофические глаза с сохранившимся, хотя бы и неправильным, светоощущением подлежат настойчивому лечению.

Библиотека Глаз. ин-та им. акад. В.П. Филатова

Из Украинского экспериментального института глазных болезней им. академика
В. П. Филатова (Директор — акад. В. П. Филатов)
и глазного эвакогоспиталя (Начальник — майор мед. сл. М. Я. Тиваровский)

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГЛАЗНОГО ДНА

Ст. научный сотрудник И. Г. Ершкович и
мл. научный сотрудник Н. Г. Гольдфельд

В литературе периода Отечественной войны и послевоенного времени встречается не много работ, посвященных лечению травматических изменений глазного дна. В некоторых из них рекомендуется применение аутогемотерапии, осмотерапии (Гапеев). Кроль и Каминский являются сторонниками ионтофореза хлористым кальцием. Романова-Бохон рекомендует ионтофорез иодистым калием. Имеются указания о благоприятном влиянии субконъюнктивальных инъекций хлористого натра (Кроль, Тихомиров), дионина (Романова-Бохон). Применяются также закапывания дионина, 5-проц. иодистого калия, приемы иодкалия внутрь (Авербах, Герасименко) и ряд других. Большинство из указанных средств недостаточно эффективно.

Данная работа ставит целью изучение лечебного воздействия тканевой терапии по методу акад. Филатова на травматические изменения глазного дна.

Тканевое лечение указанных повреждений проводится нами не впервые. Акад. Филатовым описаны случаи благоприятного влияния тканевой терапии при травматических хориоретинитах на материале военного времени («Оптическая пересадка роговицы и тканевая терапия», Медгиз, 1945). Д-ром Ершковичем на материале эвакогоспиталя приводится 31 случай применения тканевой терапии при контузионных повреждениях глазного дна («Офтальмологический журнал» 1946 г., № 1). Оба автора проводили лечение еще по старой методике, применяя консервированные ткани без последующей стерилизации их в автоклаве.

В настоящей работе мы пользовались тканями, подвергнутыми после консервации автоклавированию.

Наш материал, охватывающий 40 случаев травматических изменений глазного дна, относится, в основном, к «застарелым» последствиям военных травм. Так, из 40 больных у 27 давность ранения превышала 1 год, причем у 13 из них она была свыше 2-х лет. В остальных 13 случаях срок ранения был до 1 года (в 3 случаях от 6 месяцев до 1 года, в 10 — от 3 до 6 месяцев).

Клиническая картина травматических поражений глазного дна описана детально в работах Шершевской, Кроля, Гапеева, Камин-

Библиотека им. В. П. Филатова

ского, Тихомирова и др. авторов, и мы не будем на ней подробно останавливаться.

Отметим только, что и по клинической картине наш материал является очень тяжелым. Это относится как к обширности поражений, так и к локализации изменений на глазном дне. Так, в большинстве наших случаев (в 32 из 40) наблюдались изменения в желтом пятне в виде атрофических очагов с наличием мелкого ретинального пигмента или скоплений пигмента в виде глыбок.

В некоторых случаях на область желтого пятна распространялись очаги пролиферирующего ретинита. В 6 случаях наблюдался дырчатый дефект желтого пятна. Кроме изменений желтого пятна, в 30 случаях (три четверти всего материала) отмечалось поражение зрительного нерва. Последнее, по мнению Плитаса, Шершевской и др., объясняется тем, что при обширных хориоретинитах развивается восходящая атрофия зрительного нерва, которая является результатом гибели большого количества ганглиозных клеток при рубцевании разрывов на глазном дне. В остальном мы наблюдали обычную картину хориоретинита с большими дефектами сосудистой оболочки, чаще белого, а иногда желтоватого цвета. Значительно реже отмечались щелевидные разрывы хориоидеи. Часто встречались очаги пролиферирующего ретинита, местами проминирующие в стекловидное тело. В 1 случае была отмечена поздняя отслойка сетчатки, наступившая через 1,5 года после ранения.

Кровоизлияния на глазном дне наблюдались нами редко, преимущественно в более свежих случаях. Травматические изменения глазного дна с помутнением стекловидного тела в настоящую работу не были включены. В 25 случаях изменения глазного дна наблюдались на последнем глазу. В 3 случаях второй глаз был сохранен, но с очень низким зрением. В 12 случаях зрение другого глаза было нормальным.

По роду ранящего оружия наш материал распределяется следующим образом: ранений осколками мины 15 случаев, пулевых 12, осколками снаряда 8, осколками авиабомбы 1, прочих 4, всего 40 случаев.

При этом верхняя стенка орбиты поражена была в 4 случаях, наружная стенка в 7, нижняя стенка в 7, внутренняя стенка в 3.

В 7 случаях отмечено комбинированное поражение двух или трех стенок орбиты. В 4 случаях — ранение Гайморовой полости и вертикальной ветви нижней челюсти.

У 3 больных были признаки прободного ранения в переднем отделе глазного яблока. Остальные 37 были контузионного происхождения, из них прямых контузий 5 и непрямых 32.

Тканевая терапия проводилась нами в виде инъекций автоклавированного экстракта консервированных листьев алоэ и имплантаций тканевых материалов под кожу боковой стенки грудной клетки. Методика приготовления экстракта и техника имплантации является общепринятой и описана детально в Инструкции Украинского экспериментального института глазных болезней.

В 4 случаях применялись только инъекции экстракта алоэ, в остальных — инъекции и имплантации.

Инъекции проводились ежедневно по 1 куб. см, всего 12—45 инъекций на курс. В 10 случаях инъекции повторялись после перерыва в несколько месяцев. Имплантировались кожа, лист алоэ и плацента, консервированные и автоклавированные по обычной методике. На курс производилось от 1 до 3 имплантаций с перерывами в 10—14 дней. В ряде случаев имплантации повторялись через несколько месяцев. Оценка эффективности проводимой нами терапии определялась по функциям (остроте зрения, полю зрения, цветоощущению) и состоянию глазного дна.

Приводим таблицу эффективности наших случаев.

№ № п. п.	Фамилия	До тканевой терапии		После тканевой терапии		Срок наблюд.	Примечание
		Остр. зрен.	Поле зрения	Остр. зрен.	Поле зрения		
1	2	3	4	5	6	7	8
1	С--в	0,2	Сужено до 20°	0,4	Расшир. на 10—20°	2 мес.	—
2	Т—к	0,015	Центр. скотома в 20—40°	0,09	Скотома уменьш. до 10—15°	4 мес.	Частично рассос. пигментные очажки вокруг дырчатого дефекта
3	Л—ко	0,08	Огранич. до 15-30° сниз. до 5°	0,1	Без измен.	4 мес.	—
4	Б—ко	0,09	Сверху сужено до 5—10°	0,09		1,5 м-ца	Больному на предыдущих этапах проводили лечение консервиров. тканями, в результате которого зрение повысилось от светоощ. до 0,[illegible]
5	П—н	0,03	Сверху отсутств., с других сторон сужено до 20°	0,05	Расшир. на 10—20°	2 мес.	—
6	С—ов	0,05	Носовая часть поля зрен. отсутств.	0,1	Без измен.	7 мес.	Читает крупный шрифт
7	М—к	0,6	Абсол. парацент скотома	0,6	Уменьш. скотома	1 год	Рассос. преретин. кровоизл. и пигментные очаги, размягчился рубец в месте ранения, увеличилось раскрывание рта

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

1	2	3	4	5	6	7	8
8	В - в	Счет пал. на 30 см	Невозм. исслед.	0,04	Сужено до 5—25°	2,5 мес.	—
9	Г—в	0,02	Центр. относит. скотома в 5°; выпад. верх. носовой стороны	0,1	Расшир. границ	2,5 мес.	Улучшилось цветоощущение, уменьшилась отечность соска зрит. нерва, размягчился рубец у угла челюсти, увеличилось раскрывание рта
10	Г—к	0,01	Остался небольш. сегмент с темпор. стороны	0,01	Без изменений	1,5 мес.	
11	Ш—в	0,05	Выпад. верх. половины поля зрен	0,05	"	6 мес.	
12	Ф - в	0,02	Сохран. участок в 5°	Счет пальц. на 30 см	—	7 мес.	Понижение зрения связано с появившейся отслойкой сетчатки
13	З—й	0,01	Отсутств верхняя часть поля зрен.	0,06	Поле зрен. расшир. на 15°	3 мес.	Значительно размягчился рубец в правой скул. области. Появилось цветоощущение
14	Б—ной	Счет пальц. у лица	Центр. абсолют. скотома	0,03	Без измен.	1 мес.	Появилось цветоощущение
15	П—ко	0,1	Центр. абсолют. скотома	0,2	"	1 год 2 мес.	
16	К—к	0,1	"	0,1	"	2 мес.	
17	О—к	0,3	Сужено сверху	0,4	"	1 мес.	Улучшилось цветоощущение, частично рассосался пигментный очаг
18	К—к	0,6	Сужено с темпоральной стороны до 5°	0,6	Постепен. уменьшен. парацентр. скотомы в процессе лечения	2 мес.	"
19	М—в	0,01	Невозможно исслед.	0,09		2 мес.	Читает шрифт № 10 Головина

РЕПОЗИТОРИЙ ГГМУ
ЭБ библиотека им. Ф. Ф. Гилатова

1	2	3	4	5	6	7	8
20	Х—ч	0,01	Невозможно исслед.	0,03	Появился участок с темпор. стороны	2 мес.	
21	Б—й	0,04	Отсутств сверху	0,06	Поле зрен. расширилось	1,5 года	Начал различать цвета. При первом поступлении в госпиталь лечился консервирован. тканями
22	Е—в	0,01	Сверху сужено до 10°	0,04	Расшир. до 40°	7 мес.	
23	А—ко	0,3	Сужено с темпор. стороны до 40°, парацентр. скотома	0,6	Расшир. на 15°. Уменьш. скотома	2 года	
24	Д—ль	0,1	—	0,1	—	2 мес.	
25	Л—ев	Правильн. светоощущ.	—	Счет пальцев	—	2 мес.	Размягчился рубец, увеличилось раскрывание рта
	Ц—ф	0,02	Центр. скотома	0,09	Уменьш. скотома	1 г. 4 м.	Уменьшилась отечность соска зрит. нерва
27	Ш—в	0,1	—	0,1	—	1 год	Кроме тканевой, получал осмотерапию
28	С—в	0,4	Сужено до 25-40°	1,0	Расширилось до нормальных границ, с темпор. стороны без изменения	1 год	Отмечается частичное рассасывание кровоизлияния на глазном дне
29	Б—н	0,04	От поля зрения остался участок в 5°	0,07	Расшир. до 15—20°	1 год	Появилось цветоощущение
30	С—ко	Счет у лица	—	0,04	Появился участок в верхне-наружном квадрате	1 год	Отмечается размягчение рубца в области наружно-нижней стенки орбиты
31	Н—ов	0,35	—		—	5 мес.	—

БИБЛИОТЕКА им. Гефтова

1	2	3	4	5	6	7	8
32	Б—ый	0,03	Сужено до 5°	0,1	Расширилось	1 год	
33	Т—з	0,95	Сужено до 40°	1,5	Расшир. на 15°	1,5 мес.	
34	Г—н	Счет пал. на 30 см	Центр. скотома в 10-30°	0,01	—	1,5 мес.	
35	О—ко	0,04	—	0,06	—	2 мес.	Улучшилось цветоощущение, рассосалось кровоизлияние на глазном дне
36	П—к	0,02	Сужено концентр.	0,09	Расширилось до нормальных границ	2,5 мес.	
37	А--тов	0,1	Сужено до 30° с носовой стороны	0,2	Расшир. на 20°	2 мес.	
38	С—лов	0,1	Сверху сужено до 25°	0,25	Без изменений	2 мес.	
39	Т—й	0,01	Сужено до 15°	0,04	"	2 мес.	
40	Ф—к	0,9	Сужено до 15-20°	0,9	"	2 мес.	

Как видно из таблицы, полное восстановление зрения до 1,0 было только в 1 случае (№ 28). Повышение зрения на 0,1—0,3 отмечено у 8 больных (№ 1, 15, 17, 23, 31, 33, 37, 38).

В подавляющем большинстве случаев зрение повышалось на сотые доли.

Так, повышение зрения на 0,05—0,08 отмечено у 8 больных (№ 2, 6, 9, 13, 19, 26, 32, 36). Повышение зрения на 0,02—0,04 — в 11 случаях. В одном случае (№ 7) зрение не повысилось, но значительно уменьшилась центральная скотома, что дало возможность больному читать более мелкий шрифт. Этот случай мы также отнесли к успешным. Таким образом, на весь материал в 40 больных мы наблюдали улучшение в 29 случаях, причем в 11 из них эффект был небольшой и заключался в повышении зрения на несколько сотых и небольшом расширении поля зрения. Что касается изменения офтальмоскопической картины под влиянием тканевого лечения, то при

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

наличии больших дефектов сосудистой и пролиферирующего ретинита эти изменения трудно было уловить. В некоторых случаях удавалось отметить рассасывание кровоизлияний на глазном дне, частичное рассасывание пигментных очагов, а также уменьшение отечности соска зрительного нерва.

Приведем выписки из некоторых историй болезни:

1. Красноармеец Т—к (история болезни № 71).

Диагноз: Правый глаз отсутствует. Левый глаз: дырчатый дефект желтого пятна. Травматический хориоретинит.

Ранен 6 мая 1945 г. пулей. Входное отверстие — наружная стенка левой орбиты, выходное — правый глаз. В Институт глазных болезней поступил 15.IV 1946 г., через 1 год после ранения.

При поступлении: Левый глаз — передний отдел в норме. Среды прозрачны. Сосок зрительного нерва в норме. В области желтого пятна имеется дырчатый дефект округлой формы, величиной в одну четверть соска, на обнаженной сосудистой в области дефекта видны отдельные белесоватые точки. Парамакулярно заметна мелкая пигментация в виде глыбок. Книзу от соска имеется разрыв хориоидеи. На периферии глазного дна сверху пигментные хориоидальные очаги. Зрение равно 0,015. Поле зрения сужено до 30 градусов, цветоощущение сохранено. После 60 инъекций алоэ и 3 имплантаций зрение повысилось до 0,09. Границы поля зрения расширились. (рис. 1). Центральная скотома уменьшилась в размерах (рис. 2).

Срок наблюдения 3 месяца.

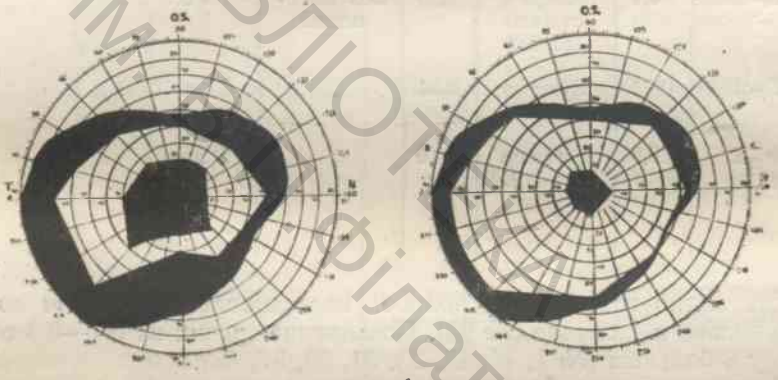


Рис. 1.

Данный случай подчеркивает, что понижение зрения при дырчатом дефекте желтого пятна объясняется не только наличием отверстия, но и хориоретинальными изменениями вокруг дырчатого дефекта, и что попытка воздействия на эти изменения вполне себя оправдывает.

2. Красноармеец П—к (история болезни № 471).

Диагноз: Правый глаз — тотальное бельмо с мутным трансплантатом. Левый глаз — травматический хориоретинит с дырчатым дефектом желтого пятна. Атрофия зрительного нерва. Ампутационная культя правого плеча.

БІБЛІОТЕКА ім. філаторія

Ранен 24.IX 1941 г. в оба глаза и правую руку осколками мины. После ранения на левом глазу возникла глаукома, по поводу которой в Саратове произведены две антиглаукоматозные операции, но давление не урегулировалось. В 1942 г. поступил в ЭГ 1262, где произведена пересадка роговицы на правом глазу и 3 антиглаукоматозные операции (Лагранж-Гольта) на левом. Пересаженный трансплантат помутнел и больной выписался со зрением равным светоощущению на правом глазу и 0,02 на левом.

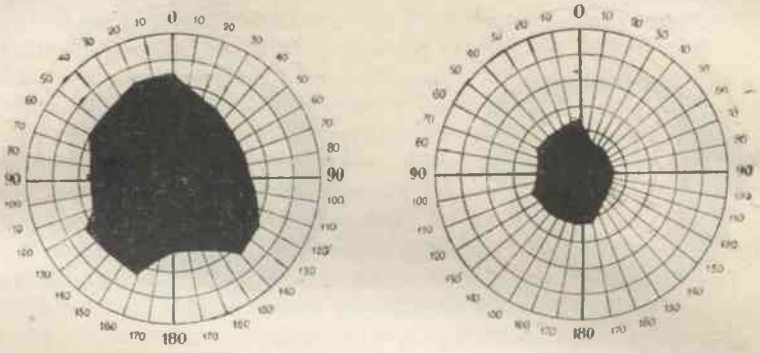


Рис. 2.

Вторично поступил 10.XII 1945 г.

При поступлении: На правом глазу тотальное бельмо с мутным трансплантатом. Зрение равно светоощущению с правильной проекцией. Левый глаз — частичная стафилома склеры на 3-х часах. От 8 до 12 часов широкая колобома радужки. Хрусталик смещен. Сосок зрительного нерва бледен. Имеется круговая краевая экскавация. Вокруг соска и на периферии множество пигментных грубых очагов. В желтом пятне дырчатый дефект величиной в одну четверть соска. Тензия — 25,2 мм по Маклакову. Зрение равно 0,02.

С целью подготовки к повторной операции пересадки роговицы на правом глазу, а также воздействия на изменения в заднем отделе левого глаза, проведен курс инъекций экстракта алоэ. По окончании курса зрение левого глаза поднялось до 0,04. 23.I 1946 г. сделана операция частичной сквозной пересадки роговицы на правом глазу. В послеоперационном периоде больной получил 2 имплантации кожи, 35 инъекций алоэ, 10 внутривенных вливаний хлористого натра. В результате зрение левого глаза поднялось до 0,09, поле зрения расширилось до нормы (рис. 3). На правом глазу трансплантат помутнел, зрение равно 0,01.

Срок наблюдения 2,5 месяца.

В приведенном случае мы имели на левом глазу не только явления застарелого хориоретинита (давностью свыше 4-х лет), но и атрофию зрительного нерва глаукоматозного происхождения и дырчатый дефект желтого пятна. Несмотря на столь неблагоприятные условия, тканевая терапия принесла значительный успех. Быть может, и пересаженный трансплантат также оказал свое лечебное влияние на левый глаз.

3. Капитан М. (история болезни № 132).

Диагноз: Контузионный хориоретинит левого глаза. Правый глаз отсутствует. Ранен был 20 ноября 1944 г. осколками гранаты. Входное отверстие — левая височная область. Выходное — правый глаз. Энуклеация правого глаза сделана на второй день после ранения.

В госпиталь поступил 18 мая 1945 г.

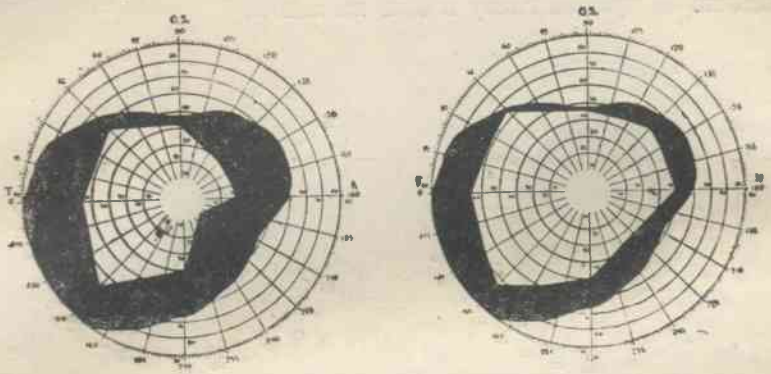


Рис. 3.

При поступлении: Правый глаз отсутствует. В височной области слева имеется звездообразный рубец, спаянный с костью. Раскрывание рта ограничено. Левый глаз — передний отдел в норме. Среды прозрачны. Сосок зрительного нерва в норме. Между соском и желтым пятном имеются желтоватые очажки с нечеткими границами по ходу сосудов — преретинальные кровоизлияния.

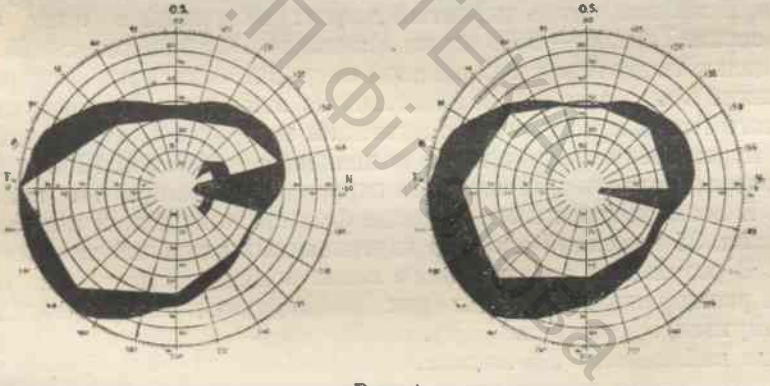


Рис. 4.

Острота зрения 0,5—0,6 (с коррекцией —0,5 диоптрий). В поле зрения с носовой стороны скотома, доходящая до желтого пятна. Больной читает с трудом. После 20 инъекций алоэ зрение не изменилось, но скотома уменьшилась (рис. 4). Больной стал свободно читать шрифт № 6. Преретинальные кровоизлияния рассосались. Ру-

Библиотека им. В. Пфіл...

бец в височной области справа размягчился, раскрывание рта увеличилось. Срок наблюдения 1 год.

Из приведенных историй болезни видно, что повышение зрения под влиянием тканевой терапии может быть и в очень давних случаях ранения, которые обычно рассматриваются как стойкие последствия боевых травм и часто признаются не подлежащими лечению. Хотя процент успешности, полученный на нашем материале, сравнительно высок (72,5 проц.), не все случаи были одинаково эффективны. Как уже упоминалось, из 29 больных с улучшением у 11 мы имели небольшую прибавку зрения, но это не умаляет ценности тканевой терапии, так как незначительное улучшение в этих случаях объясняется давностью ранения и тяжестью самих изменений с поражением желтого пятна и зрительного нерва. Достигнутый нами успех тканевого лечения тем более значителен, что подавляющее большинство больных направлялось к нам после длительного, иногда повторного, лечения в стационаре, где им применялись разнообразные лечебные средства (физиотерапия, инъекции стрихнина, переливание крови, закапывание дионина, осмотерапия и др.) без эффекта или с незначительным улучшением. Интересно отметить, что, наряду с указанным эффектом со стороны органа зрения, мы наблюдали также размягчение рубцов после ранения с последующим восстановлением нарушенной функции.

Так, у 5 больных с рубцовым ограничением движений в челюстном суставе отмечалось размягчение рубца и увеличение раскрывания рта.

Полученные результаты были прослежены в течение следующих сроков наблюдения: до 2,5 месяцев 22 случая, до 6 — 5, до 1 года — 9, свыше 1 года — 4.

Таким образом, свыше 6 месяцев было прослежено около одной трети наших случаев, причем полученный эффект удерживался, как правило, в течение всего срока наблюдения.

Приведенный материал позволяет нам притти к заключению, что тканевая терапия является мощным средством в лечении травматических изменений глазного дна после военных травм.

Тканевую терапию следует применять даже в тяжелых случаях травматического хориоретинита с поражением желтого пятна и зрительного нерва, независимо от давности ранения, если только сохранилось светоощущение.

ИГБ им. Филатова

Из клиники глазных болезней Молотовского медицинского института
(Директор — проф. П. И. Чистяков)

ПРОСТОЙ СПОСОБ-ВЕЛЬТЕРА-ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕСТА ЗАЛЕГАНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ГЛАЗУ

Проф. П. И. Чистяков

Вопрос об определении места залегания инородных тел в глазу всегда имеет большое значение, а в военное время — в особенности.

Методом Комберга в модификации Балтина мы пользовались для извлечения осколков из глаза в течение 1941 г. и получали довольно удовлетворительные результаты.

При пользовании этим способом мы, однако, встретились с одним досадным осложнением, которое иногда затрудняло точную локализацию инородного тела. Оказалось, что алюминиевый протез обладал недостаточной присасываемостью к роговице; в процессе рентгенографии он поворачивался по оси и сдвигался со своего места в сторону. Если к этому присоединялись еще произвольные движения глаз у нервозного больного во время рентгенографии, то определить положение осколка по рентгеновскому снимку было трудно. Могло быть, что глаз вращался в одну сторону, а протез в другую. Производство алюминиевых протезов и схемы для расчета по Балтину перед войной еще не было организовано в массовом масштабе и приобрести то и другое не представлялось возможным.

Учитывая все это, мы хотели бы обратить внимание практических врачей на метод Вельтера для локализации инородных тел в глазу. Этот способ очень простой и подходящий для работы в условиях военного времени. Методом Вельтера мы пользовались с 1935 г. по 1940 г. За это время в клинике произвели 181 магнитную операцию и во многих случаях глубина залегания инородного тела определялась по Вельтеру.

По этому способу две свинцовые дробинки, с пробуравленными в центре отверстиями, пришиваются на крайних точках вертикального диаметра роговицы к лимбу (на 12 и на 6 часах).

По Вельтеру, завязываются оба глаза. Мы применяли легкую повязку только на один глаз и инструктировали больного, как держать глаз при экспозиции. (Рис. 1).

Делается два рентгеновских снимка: в профиль и анфас.

Диаметр каждой дробинки известен: на снимке величина их может быть измерена и можно судить поэтому, каково вообще увеличение объекта.

Первый снимок (рис. 1) — в профиль — показывает глубину залегания инородного тела от лимба в миллиметрах; в данном при-

мере измеряется расстояние между нижней дробинкой и инородным телом — линия «с». На втором снимке — анфас — определяется меридиан, в котором расположено инородное тело «с», измеряется линия «d» — расстояние между вертикальным меридианом и инородным телом.

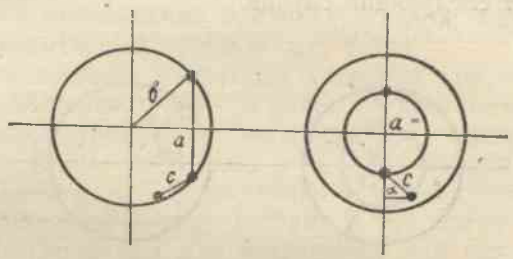


Рис. 1

Все это можно измерить простой миллиметровкой. Можно воспользоваться и схемой по Балтину, если таковая имеется; в ней учтено увеличение, обычно практикуемое при такого рода снимках рентгенологами. Меридиональное положение инородного тела можно определить по циферблату, соответственно тому или иному часу.

Смотря по расположению осколка, по его величине, решается вопрос, удалять ли его передним путем или через меридиональный разрез в склере. Само собой понятно, разрез в склере делается не соответственно расстоянию инородного тела по прямой линии от лимба, а по кругу — в полтора раза дальше. Так, если инородное тело в 7 мм по прямой линии от лимба, меридиональный разрез делается на расстоянии 10,5 мм от лимба.

По двум сделанным рентгеновским снимкам можно решить вопрос и о том, не залегает ли инородное тело экстрабульбарно за глазом (считая передне-задний диаметр равным 24 мм). (Рис. 2).

Если инородное тело на профильном снимке лежит действительно далеко, вопрос решается легко; если же положение его пристеночное, могут быть, конечно, и сомнения, как и при других методах.

Безусловной точности метод Вельтера для локализации инородных тел в глазу не дает, а показывает лишь приближенный результат (по мнению самого Вельтера, ошибка может быть на 0,2 мм), но в нашем опыте при извлечении магнитных инородных тел этот метод дает удовлетворительный результат.

Для примера приведем краткие выписки из историй болезни.

1. Больной Г—нов П. Н. (6.II 1943 г.). Повреждение правого глаза 6.I. Проникающая рана роговицы, выпадение радужной, травматическая катаракта. Металлический осколок, на рентгеновском снимке с дробинками — по меридиану соответственно 6 часам, в расстоянии 4 — 5 мм от лимба.

9.II электромагнитная операция. Осколок легко вышел через роговичную рану. Произведена иридектомия; рана закрыта конъюнктивальным лоскутом.

В случаях свежих ранений сплошь и рядом удается извлечь магнитный осколок, прикладывая наконечник электромагнита не точно в место его расположения в заднем отделе глазного яблока, как показывает следующий случай.

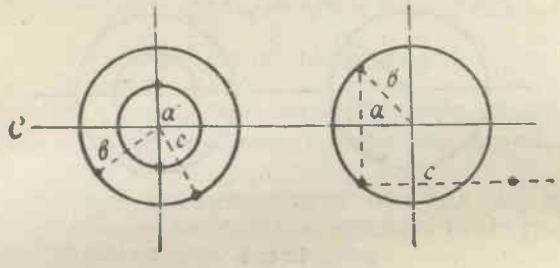


Рис. 2

2. Больной Б—лев (17.XI 1937 г.). Проникающее ранение роговицы правого глаза, разрыв радужки, травматическая катаракта. Рентгеновский снимок в двух проекциях с дробинками на 12 и 6 часах. Осколок находится на меридиане, соответствующем 5 часам, в расстоянии 18—20 мм от лимба. Передним путем осколок не пошел (операция 20.XI); тогда после отпрепаровки конъюнктивы, под ретробульбарной анестезией, на меридиане, соответствующем 5 часам, в расстоянии 20 мм от лимба — разрез в склере. Осколок быстро извлечен.

В данном случае разрез сделан в меридиане расположения инородного тела, вблизи его, но не точно над ним и, тем не менее, осколок легко вышел. Осколок, как и в предыдущих двух случаях, не успел еще осумковаться.

Несколько раз данные локализации инородного тела по Вельтеру мы имели возможность проверить более точным способом по периметру. Полного тождества не было, но получены довольно приближенные цифры, достаточные для правильного расчета. При этом, если инородное тело расположено в косом меридиане, то недостаточно определить глубину его залегания и расположение по циферблату. Желательно рассчитать точнее, где именно делать разрез в склере, в зависимости от положения осколка в косом меридиане, так как расстояние между часами на лимбе (примерно, по 3 мм на каждый час) несколько иное на склере у экватора или за экватором.

В таких случаях, наметив первую точку от лимба, соответственно глубине залегания осколка по горизонтали в направлении наружной или внутренней прямой мышцы, мы для определения второй точки расположения осколка в косом меридиане пользуемся таблицей проф. Г. Г. Логинова, составленной на основании геометрических расчетов («Р.О.Ж.» 1920 г., стр. 200).

В случаях относительной свежести ранения, пока осколок в глазу еще не осумковался, несмотря на некоторую неточность в локализации, магнитные осколки легко извлекаются. Но отсюда следует, что надлежит возможно раньше определять их присутствие и местоположение в глазу и раньше оказывать магнитную помощь. С другой стороны, конечно, желательна также и большая точность в определении местонахождения осколка, чтобы извлечь его с наименьшей травмой для глаза.

Значительный процент магнитных операций при военных ранениях глаза не удается потому, что раненого доставляют с запозданием, когда инородное тело уже обрастает мощной соединительной тканью. Кроме того, уже в первую империалистическую войну было отмечено, что попадающие в глаз осколки от военных снарядов, по химическому составу и по магнитным свойствам, более неблагоприятны для извлечения, чем осколки мирного времени.

Способ Вельтера для определения глубины залегания инородных тел в глазу имеет следующие отрицательные стороны:

1) применяя его, травматизируют конъюнктиву швами для укрепления дробинок;

2) пришивание дробинок не всегда возможно, если глаз тяжело разбит и выпали его оболочки;

3) пришивание дробинок несколько кропотливо — необходимо готовить шприц, анестезирующий раствор, иглы, шелк и пр.

Однако, травматизация конъюнктивы и эписклеры от пришивания дробинок ничтожна, никаких осложнений от этого мы не видели.

Введение протеза Комберга или Балтина значительно легче, но, при выпадении внутриглазных оболочек, вставить его тоже не всегда возможно.

Положительная сторона способа Вельтера в том, что дробинки не смещаются.

На основании нашего клинического опыта мы пришли к заключению, что:

1) Способ Вельтера для определения глубины залегания инородных тел в глазу можно с успехом применять на практике и, пользуясь им, успешно извлекать из глаза магнитные осколки.

2) Для извлечения амагнитных тел из глаза точность локализации инородных тел по способу Вельтера едва ли будет достаточной для оперативного вмешательства.

3) Метод Вельтера в военное время следовало бы применять там, где нет лучшего способа, так как большое количество производимых в госпиталях рентгеновских снимков для диагностики инородных тел в глазу без опознавательных знаков представляет собой малополезную трату материала.

Библиотека им. Н.П. Федорова

Из глазной клиники Хабаровского медицинского института
(Директор — проф. А. Н. Круглов)

ИЗВЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИГЛАЗНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ МОЩНЫМ ЭЛЕКТРОМАГНИТОМ

Проф. А. Н. Круглов

За последние два с половиной года (1941 — 1943) мы имели возможность наблюдать в глазной клинике 60 больных, которые пользовались стационарным лечением по поводу травматических повреждений глаза металлическими осколками.

У 7 больных инородные тела локализовались на роговой оболочке, у 46 — внутри глаза, у 8 — в радужной оболочке, у 38 — в задних его отделах, у 7 — в орбите.

Удаление инородных тел производилось мощным электромагнитом типа Фолькмана и, в отдельных случаях, когда такого электромагнита не было, пользовались внутриполюсным электромагнитом Меллингера— Клингельфуса. Хотя эта модель наиболее удобна, но, при известном навыке, и магнит Фолькмана может удовлетворить практические нужды электромагнитных операций.

Удаление из радужной оболочки металлических осколков в 7 случаях проведено передним путем — через разрез роговой оболочки в области лимба. Но в одном случае инородное тело было удалено диасклеральным способом, когда оно залегло в корне радужной оболочки. Исход этих операций в 5 случаях был блестящим, так как после них острота зрения осталась нормальной, без каких-либо изъянов. В остальных 3 случаях результат операции был вполне удовлетворительным, но острота зрения значительно понизилась, потому что внедрение инородных тел сопровождалось травматической катарактой. Перечисленные больные поступали на стационарное лечение, в большинстве случаев, не позже 4-го дня, и только один больной был принят на лечение через 45 дней после травмы. У последнего больного исход был прекрасным.

В 38 случаях внутриглазные металлические осколки находились в задних отделах глаза, преимущественно в области стекловидного тела. В 20 случаях точная локализация инородных тел в глазу была определена по методу Комберг—Балтина. У 31 больного входным отверстием была роговая оболочка, у 2 — корнеосклеральная граница и у 5 — склера.

У 30 больных инородные тела были удалены мощным электромагнитом: в 4 случаях — передним путем, в 26—диасклеральным методом. Исход травм был следующий: в 14 случаях получен хороший результат, в 8 — удовлетворительный и в 8 — плохой. К хорошим результатам отнесены случаи, где острота зре-

ния была выше 0,1; к удовлетворительным — случаи, где острота зрения была значительно понижена, преимущественно вследствие травматической катаракты. Плохой исход был обусловлен развившимся эндофтальмитом (в 4 случаях) или же организовавшимся в области стекловидного тела экссудатом (в остальных 4 случаях).

Из 30 больных в первые дни после травмы поступило 5 человек; на 3—4-й день — 9 чел.; на 5—6-й день — 5 чел.; на 7—10-й день — 6 чел.; на 11—20-й день — 4 чел.; 1 больной был принят на стационарное лечение через 7 лет после травмы. Последний случай показывает, что нередко инородные тела распознаются слишком поздно, тем более, что больной не один раз пользовался стационарным лечением. Кацнельсон и Смелянский отмечают, что около 5 проц. инородных тел распознаются слишком поздно, а в 5 проц. случаев осколки остаются совершенно не распознанными.

В 8 случаях электромагнитная проба и затем проведенная электромагнитная операция дали отрицательный результат. Нужно думать, что произошло это вследствие наличия в этих случаях амагнитных инородных тел. Трое больных выписались с удовлетворительным результатом при остроте зрения 0,7—0,8 и с незначительным помутнением стекловидного тела; у 4 больных визус был понижен до нескольких сотых нормы при значительном помутнении стекловидного тела; у 1 больного развился эндофтальмит.

У 7 больных были сквозные ранения глаз (двойное прободение глаза) с наличием инородных тел в орбите. Входным отверстием в 6 случаях была роговая оболочка, в 1 — склера. Локализация инородных тел была определена рентгенографией с помощью протеза Комберг—Балтина. В одном случае, когда стоял вопрос, находится ли инородное тело в оболочках глаза или же залегает кнаружи от них, в орбите, эта методика не дала четкого ответа. Безуспешно проведенная в этом случае электромагнитная операция дала нам возможность считать данное инородное тело находящимся в орбите. Все случаи с двойным прободением дали тяжелый исход вследствие глубокого изменения со стороны глаза. Как указывает Медведев, двойные прободения (или сквозные ранения) глаза встречаются, как в военное, так и в мирное время, в 3—10 проц. всех прободных ранений и относятся к самым тяжелым травмам глаза.

Электромагнитные операции нужно отнести к трудным разделам глазной хирургии. Инородные тела, проникающие в глаз, обычно вызывают глубокие изменения в нем. Исход травматических повреждений, обусловленных внутриглазными осколками, зависит от различного рода факторов и, прежде всего, от величины и веса инородного тела, скорости его движения, химического состава, длительности пребывания тела в глазу, места ранения и т. д. Кроме того, в исходе подобных повреждений играет существенную роль и оперативное вмешательство офтальмохирурга. Строго продуманный и индивидуализированный план

действия в каждом отдельном случае и быстрейшее выполнение его обеспечивает наилучший исход.

До сих пор еще не существует единого взгляда о показаниях к применению того или другого метода при удалении из глаза магнитных осколков.

Со своей стороны, мы полагаем, что все инородные тела, находящиеся позади радужной оболочки и хрусталика, должны быть удаляемы диасклеральным методом. Обоснованием для указанного утверждения является тот факт, что при прохождении инородного тела из заднего отдела в передний происходят нарушения целости стекловидного тела, ранения отростков цилиарного тела, цинновых связок, радужной оболочки; при этом не исключена возможнось повреждения хрусталика. Мы являемся сторонниками взгляда Вене, который считает, что диасклеральный метод следует применять при удалении как больших, так и малых инородных тел.

Но для того, чтобы предпринять диасклеральную операцию, необходима предварительная точная рентгенолокализация. Только при точной рентгенолокализации можно наиболее тонко провести диасклеральным путем удаление магнитных осколков, находящихся в задних отделах глаза, не производя излишних нарушений целости прозрачных сред и оболочек глаза. Все исследователи, склоняющиеся к диасклеральному методу, указывают на необходимость предварительной точной рентгенолокализации (Поляк, Колен, Кореневич, Гейликман, Балтин, Кацнельсон, Смелянский и др.).

Для локализации внутриглазных осколков наиболее пригоден, по нашему мнению, метод Комберг—Балтина.

Известным недостатком диасклерального метода является, в отдельных случаях, возможность наступления после операции отслойки сетчатой оболочки в области разреза. Применение, как рекомендует Розенблюм, электрокоагуляции склеры в области разреза до известной степени предотвращает такие осложнения. В своих операциях мы не производили диатермокоагуляции в области разреза и пока еще не наблюдали осложнений в виде отслойки сетчатой оболочки.

Здесь нужно отметить, что, производя операции, мы пользовались не меридиональным разрезом склеры, который делают большинство офтальмохирургов, а экваториальным разрезом склеры, ближайшим к месторасположению инородного тела. Такой разрез применяет Бессо. Мы не имеем возможности отметить преимущества этого разреза перед меридиональным, поскольку мы последнего не применяли.

Какое место должно быть отведено при электромагнитных операциях магнитной пробе? Последняя не должна применяться с диагностической целью, поскольку, проводимая «вслепую», она ведет к нарушению целости стекловидного тела, нежной сетчатой оболочки и других тканей глаза. Магнитная проба может при-

меняться только после проведения точной рентгенодиагностики, «как один из этапов электромагнитной операции» (Кацнельсон, Смелянский). Но она допустима, по нашему мнению, как самостоятельный метод — с диагностической целью — только в том случае, когда рентгенография не дает указаний на наличие внутриглазного инородного тела; здесь магнитная проба может дать очень ценные указания при наличии мелких инородных тел, не обнаруживаемых рентгеном.

Электромагнитную операцию нужно отнести к срочным оперативным вмешательствам, поэтому точная рентгенолокализация здесь должна быть проведена в кратчайший срок. Чем скорее произведено удаление инородного тела, тем безусловно лучше исход. Проф. Варшавский производит эту операцию в срочном порядке и поэтому имеет весьма удовлетворительные результаты.

На основании своего клинического опыта и изучения соответствующей литературы, мы приходим к следующим выводам:

1) Диасклеральный метод при локализации инородных тел в заднем отрезке глаза должен применяться во всех случаях.

2) Точная рентгенолокализация предшествует диасклеральной операции.

3) Способ Комберг—Балтина является ценным методом при определении локализации внутриглазных осколков.

4) Электромагнитная операция должна быть отнесена к срочным, неотложным вмешательствам.

БІБЛІОТЕКА ім. В.П.Філатова

Из Н-ского эвакогоспиталя (Начальник — майор мед. сл. С. Шварц)

ВОЕННО-ПОЛЕВЫЕ СОТРЯСЕНИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Нач. глазного отделения доцент **Л. П. Шмульян**

Я хотел бы, в порядке обсуждения, коснуться одного организационного дефекта в формах отчетности о работе глазных отделений эвакогоспиталей (приказ № 236). Я имею в виду отсутствие в таблице № 1 («Номенклатура глазных отделений»), в которой представлена классификация ранений органа зрения, графы «сотрясение глазного яблока».

Это досадное упущение повлияло и на диагностику глазных огнестрельных травм. Чем другим, в самом деле, можно объяснить то, что глазные врачи тыловых госпиталей совершенно не применяют этот диагноз, как будто указанный вид боевых травм не встречается. Между тем, из опыта первой мировой войны и травм мирного времени следует, что сотрясение глазного яблока не является исключительной, казуистической редкостью. Что касается нынешней войны, то именно в условиях современного боя заложены все условия для массового возникновения таких травм.

По крайней мере, в материале глазного отделения Н эвакогоспиталя частота сотрясений глазного яблока доходит до 1 : 7 случаев огнестрельных повреждений глаза. Глазное отделение нашего госпиталя — общего типа, небольшое, насчитывает 20 коек. За время его существования, с 1.VII 1943 г. по 1.I 1945 г., мы могли из 225 глазных раненых выделить 30 случаев сотрясения глазного яблока, что составляет 13,3 проц. Процент этот, как видно, немалый и дает основание задуматься над такого рода боевыми травмами органа зрения.

Чем другим заменяют окулисты передовых этапов диагноз сотрясения? Почему всегда в историях болезни этих больных проставлен диагноз контузии?

Разница между сотрясением и контузией немалая и, при том, существенная. Сотрясение отличается от контузии как по этиологии, клинике, исходу травмы, так и по механизму ее возникновения и ее профилактике. Поэтому затушевывание разницы создает недопустимую в клинической офтальмологии путаницу, дезориентирует широкие массы глазных врачей.

Причиной возникновения военно-полевых сотрясений глазного яблока (будем впредь сокращенно называть их ВСГ) служат в двух третях случаев минноосколочные травмы, при чем травмы не самого глазного яблока, как такового.

Таблица 1

Орудия первичного поражения	
Осколки мины	19 — 63,3%
Осколки ручной гранаты	5 — 16,7
Осколки артснаряда	4 — 13,3
Ружейные пули и др.	2 — 6,7
	30 — 100,0%

Ранящий снаряд первично поражает наружные края орбиты и прилегающие к ней участки соседних костей лицевого скелета и черепа. Глазное яблоко непосредственно не повреждается. Оно остается извне совершенно интактным, никакой участок наружных его оболочек не указывает на следы или симптомы какого-либо повреждения. Оно страдает вторично. Это и характеризует ВСГ, и в этом его отличие от контузии.

При контузии остаются, большей частью, видимые следы на глазном яблоке. Например: повреждение или эрозия век, эрозия роговицы, ранение конъюнктивы или — как это бывает при грубых, относительно большой силы, ушибах — разрыв стенок глазного яблока.

Сотрясения являются вторичным повреждением глазного яблока, возникшим в результате первичного повреждения ближайших к нему костей.

В военно-полевых условиях настоящие контузии имеют место сравнительно редко. Огнестрельный осколок, ударивший по глазу даже через закрытые веки, обладает столь значительной живой силой, что приводит к разрыву глазного яблока и его разрушению. Контузии глаза в военно-полевых условиях носят, большей частью, характер военно-бытовой травмы.

Сотрясение глазного яблока, в отличие от прямого тупого ушиба его (контузии), является результатом огнестрельного повреждения более или менее отдаленных от глазного яблока участков головы, лица и орбиты. Само сотрясение глазного яблока — травма вторичная. Каков механизм возникновения сотрясения — вопрос, который заслуживает особого интереса и мы коснемся его ниже.

Таблица 2

Локализация первичной травмы		
Верхний лобный край орбиты	10 сл.	Края орбиты 20 случаев — 66,7%
Нижний верхнечелюстный край орбиты	6 „	
Наружный височный „ „	3 „	
Внутренний носовой „ „	1 „	
Лобная кость	3 „	Ближайшие кости к орбите 10 случаев — 33,3%
Скуловая кость	3 „	
Верхняя челюсть	2 „	
Височная кость	1 „	
Затылочная кость	1 „	

Клинически ВСГ проявляется непосредственно после ранения без особой реакции, без резкой боли глаза, обморока, потери

сознания, если только первичная травма сама по себе не причинила каких-нибудь общих явлений. Глазное яблоко не показывает никаких признаков раздражения, инъекции, болей, нет блефароспазма, светобоязни. Единственно, что замечает раненый, это то, что он потерял зрение соответствующего глаза. Глаз и в дальнейшем остается интактным, спокойным и слепым. Слепота эта всегда односторонняя и соответствует стороне первичного повреждения. Зрение лишь редко и мало способно к улучшению. На нашем материале из 30 сотрясений некоторое форменное зрение восстановилось лишь в 3 случаях, да и то не выше 0,1.

Таблица 3

Зрение после сотрясения глаза	
Абсолютная слепота	13 сл.—43,3%
Светоощущение	9 „ —30,0
Счет пальцев перед глазом	5 „ —16,7
Незначительное низкое и форменное зрение	3 „ —10,0
	30 сл.—100,0%

В большинстве случаев (73 проц.) наступившая после травмы слепота остается стойкой и постоянной.

При просвечивании прозрачных сред глаза устанавливается в половине случаев гемофталм. За гемофталмом следует, по частоте, помутнение стекловидного тела (4 случая), ретинальное кровоизлияние (3 случая), отслойка сетчатки (2 случая) и по одному случаю экзофталма, пролиферирующего ретинита, атрофии зрительного нерва, мутности сетчатки и нормального глазного дна. Наиболее частым анатомическим субстратом ВСГ являются кровоизлияния — ретинальные и перересинальные — и помутнение стекловидного тела. Через два-три месяца после ранения офтальмологическая картина несколько меняется, происходит рассасывание всего того, что может рассосаться, соответственно чему порой можно констатировать новые офтальмоскопические картины, которые до того были заслонены.

Таким образом, в результате сотрясения глазного яблока офтальмоскопическая картина, хотя и претерпевает вследствие рассасывания некоторые изменения в сторону улучшения, все же остается тяжелой, и наступившая слепота остается, в значительной части случаев, стойкой.

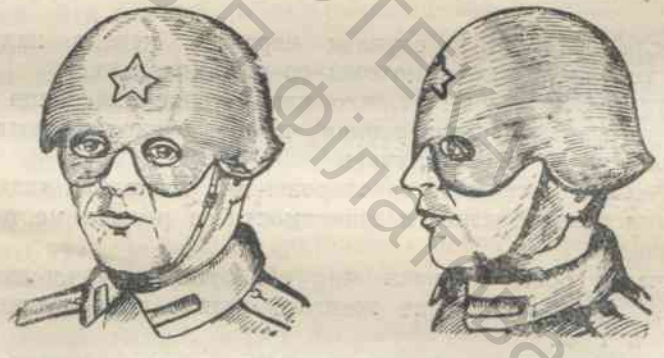
ВСГ являются травмами тяжелыми по своим последствиям, по своему прогнозу и приводят к абсолютной и гражданской слепоте до пяти шестых случаев. К счастью, эта слепота односторонняя — одного глаза.

Механизм возникновения ВСГ, нужно себе представить, состоит в том, что первичное слепое ранение костей окружности орбиты передается на глазное яблоко. Для вторичной травмы — сотрясения — имеется ряд благоприятных условий. Главную роль здесь играет работа, произведенная осколком. Значительная ее доля, оставшаяся неистраченной после застревания осколка в ко-

стях (порядка от 5 до 500 килограммометров), переходит в волны молекулярного сотрясения кости. Эти волны имеют возможность распространяться по твердому веществу кости и заходить дальше места травмы до той поры, пока сила этих волн не будет истрачена целиком. При близости глазного яблока к костной стенке орбиты (расстояние между глазным яблоком и орбитой равно, примерно, 2—3 мм) и глазное яблоко может попасть в зону этих молекулярных волн.

В самом глазном яблоке тоже есть благоприятные условия для дальнейшего распространения этих волн, а именно: механическая плотность склеры, плотность фиброзной капсулы глаза, включающей в себя полужидкую среду под давлением 20—25 мм ртути. Волны, возникшие после слепого ранения, приводят в состояние сотрясения все внутриглазные ткани. Нежность этих тканей — сетчатки, сосудистой оболочки — служит причиной того, что, испытывая сотрясение, они легко травматизируются, легко дают разрывы, отслойки, смещение и пр. Особенно уязвимы в этом отношении внутриглазные сосуды, которые обладают той способностью, что из ткани с относительно небольшим тканевым давлением они входят (респективно выходят) в орган с повышенным тканевым давлением (глаз), поэтому при сотрясении они лопаются в критической точке этого перехода. Перечисленные условия составляют комплекс факторов, определяющих клинику сотрясения.

После изложенного нетрудно составить себе понятие о профилактике сотрясения. Предупреждения сотрясения можно достичь, по нашему мнению, соответственным рациональным изменением защитного шлема бойца. На рисунке представлен проект



такого шлема. Отличие его конструкции заключается в том, что ближайшие к глазу части орбиты защищены прочными заслонками, которые способны защитить костные края орбиты и соседних ее областей от попадания огнестрельных осколков. Это небольшое приспособление окологлазных заслонок может оказать полезную службу в защите окружающих глазницу костей от огнестрельного повреждения.

Из глазной клиники Хабаровского медицинского института
(Директор — проф. А. Н. Круглов)

ИЗМЕНЕНИЯ ДНА ГЛАЗА ПРИ ТРАВМАХ ЧЕРЕПА

Проф. А. Н. Круглов

I

Травмы черепа могут привести к нарушению проводимости нервно-зрительного пути на различных участках его протяжения, начиная с соска зрительного нерва и кончая кортикальным зрительным центром, и нередко сопровождаются многообразными изменениями со стороны дна глаза.

Повреждения черепа, вследствие поражения жизненно важных центров мозга, нередко ведут к летальным исходам. Так, огнестрельные ранения черепа дают от 55 до 61,5 проц. смертности (Волкович, Эдельштейн, Бернштейн, Шимнович). Тяжелое состояние больных и высокая смертность при травмах лишают возможности производить всестороннее функциональное исследование органа зрения у значительного количества больных с травматическими повреждениями черепа.

Огуши в русско-японскую войну отметил повреждения глаз в 2,22 проц. всех повреждений, в 183 случаях на 3093 повреждений глаз находил расстройства зрения вследствие повреждения затылочных долей и абсцесса мозга, в 70 случаях наблюдал поражение зрительного нерва на различных участках его протяжения.

Блакесле (1932) в 610 случаях перелома черепа находил в 78 проц. те или другие симптомы со стороны глаз.

Меркулов (1938) считает, что клинические изменения нервно-зрительного аппарата при травмах черепа обнаруживаются, приблизительно, в 20 проц. случаев.

Клинические изменения со стороны дна глаза при травмах черепа весьма разнообразны, в зависимости от рода и места приложения травмы.

В сетчатой оболочке возможно обнаружить пурчеровское помутнение, продырявливание желтого пятна, кровоизлияния, ее отслойку и т. д.

Нервно-зрительный путь при травмах черепа может терять свою проводимость частично или полностью на различных участках своего протяжения.

1. Повреждение внутриглазного отдела зрительного нерва выражается в виде отрыва головки его от склерального кольца (evulsio nervi optici) (Зальцман, Вагенман, Либрейх и др.).

Механизм повреждения, повидимому, заключается в том, что пуля или осколок снаряда, проходя через глазницу, отклоняет

зрительный нерв в сторону и назад. В то же время глазное ябло ко, под влиянием увеличения содержимого глазницы, отходи вперед, вследствие чего зрительный нерв выскальзывает из сво го склерального кольца без нарушения целости его оболоче (Зальцман).

Самсонова (1929) собрала в доступной ей русской и иностра ной литературе 31 случай полного и 8 случаев частичного отр ва зрительного нерва. Из 39 собранных ею полных и частичн отрывов зрительного нерва в 17 случаях данное повреждени произошло в результате огнестрельного ранения, преимуществе но, в области виска.

2. Повреждение орбитального отдела зрительного нерва пр исходит или между глазом и входом в нерв центральных сосуд сетчатки или, что бывает чаще, по ту сторону входа сосудо (Одинцов). Разрыв зрительного нерва вблизи глазного яблока входа центральных сосудов проявляется офтальмоскопически ка тиной эмболии центральной артерии с последующей атрофи соска зрительного нерва. При нарушении целости зрительно нерва позади входа центральных сосудов отмечается полная сл пота без видимых офтальмоскопических изменений. Через 2—3 н дели в этом случае наступает простая атрофия соска зрительно нерва. Разрывы орбитальной части зрительного нерва возможн при прохождении пули через орбиту позади глаза.

3. Нарушение проводимости внутриканальцевого отдела зр тельного нерва наблюдается при огнестрельных ранениях, а та же при тупых травмах черепа, связанных с переломами основан черепа, когда линии перелома проходят через зрительный кана Ремер указывает, что перелом стенок зрительного канала мож произойти при всех видах повреждений черепа, но чаще все встречается при повреждении лобной кости и орбитального кр Эти наблюдения подтверждает и Роршнейдер (1941).

4. Повреждение хиазмы ведет или к битемпоральной геми нопсии или к слепоте на одном глазу и темпоральной гемианоп на другом (Ремер, Либрейх, Меркулов). При полном разрушен хиазмы наступает слепота на оба глаза, но такого рода повреж ния весьма трудно отграничить от повреждений нервно-зрите ного пути, когда оба зрительных нерва оторваны где-либо на новании черепа или в зрительном канале (Ремер). Атрофия с ков зрительных нервов, после повреждения хиазмы, станови заметной только через несколько недель после повреждени Поражения хиазмы возможны при огнестрельных ранениях (К 1912) и тупых травмах черепа (Коппец).

5. Для повреждения зрительного канатика, пучка Грацио. зрительного центра характерна гомонимная гемианопсия. При мисферной гемианопсии сохраняется нормальный сосок зрит ного нерва, в то время, как при канатиковой через несколько дель после повреждения наблюдается побледнение сосков. К ме того, при поражении зрительного пучка Грациоле и зрител

го центра сохраняется в гемианопической поле зрения макулярная часть. Сохранность последней обусловливается ответвлением отдельных волокон нервно зрительного пути выше коленчатого тела и переходом их через задние отделы мозолистого тела в другую половину мозга (Флексиг, Пфейфер, Дежерин). Зрачковую гемианопическую реакцию Вернике можно отметить только при поражении зрительных канатиков.

Травмы черепа, кроме указанных изменений дна глаза, происходящих вследствие нарушения проводимости нервно-зрительного пути, сопровождаются и другими офтальмоскопическими картинами со стороны дна глаза. Гематомы в межоболочечные пространства зрительного нерва (Давидсон, Фавори, Манес), дуральные гематомы (Лидский), мозговой отек (Корст) при травме черепа нередко сопровождаются развитием застойного соска зрительного нерва.

Необходимо указать, что травмы при переломе основания черепа, а также огнестрельные и колющие ранения иногда ведут к разрыву сонной артерии в пещеристой пазухе. В результате такого разрыва развивается симптомокомплекс травматического пульсирующего пучеглазия (Орлов). Экзофтальм, пульсация глаза, своеобразный дующий шум, ясно выслушиваемый стетоскопом несколько выше глаза, характерны для данного повреждения. Со стороны дна глаза обнаруживаются различные явления, начиная от венозной гиперемии до развития застойного соска (Андогский).

Не подлежит никакому сомнению, что травматические повреждения черепа требуют всестороннего обследования больного со стороны хирурга, невропатолога, отиатра, офтальмолога и рентгенолога. Только при тщательном исследовании всеми специалистами возможна топическая диагностика травматических повреждений черепа. Рентгенография в этом случае является обязательной. Исследование больного со стороны офтальмолога должно производиться в первые часы после травмы, а также и в последующее время впредь до окончания стационарного лечения больного.

II

Мы имели возможность наблюдать травматические повреждения черепа у 52 больных. 13 пострадавших подверглись огнестрельному и 39 неогнестрельному повреждению черепа. Последние, в свою очередь, распределены следующим образом: 13 больных имели перелом основания черепа, 4 — перелом свода черепа и 22 — травмы с превалированием явлений сотрясения мозга.

1. Огнестрельные повреждения черепа в 7 случаях вызваны пулевыми ранениями, в 5 — ранениями осколками гранат, артснарядов и мин и в 1 — ранением зрительного нерва через орбиту при разрыве ружейной гильзы. У большинства потерпевших огнестрельные ранения случайные или же были следствием неосто-

рожного обращения с огнестрельным оружием; двое больных получили ранения в условиях фронта.

Пулевые ранения черепа в 3 случаях были слепыми, проникающими, в 3 — тангенциальными и в 1 — сегментарным. У больных с пулевыми ранениями изменений со стороны дна глаза обнаружено не было.

Ранение гранатой у одного пострадавшего повело к отрыву зрительного нерва в области решетчатой пластинки склеры.

Больной поступил в глазную клинику через 4 года после травмы. 30.III 1938 г. гр. Г., 17 лет, разбирал авиационную бомбу в целях изучения. От разрыва бомбы Г. потерял сознание. Придя в себя, он заметил, что ничего не видит обоими глазами. Травма вызвала повреждение в области корня носа, правой половины лица и нарушение целости костей орбиты. Через 15 дней после травмы левый глаз стал различать свет, а затем предметы. Правый же глаз после травмы перестал видеть полностью. В области правого слезного мешка образовался свищ, из которого выделялся гной, что и привело больного в клинику. В том же году больному была произведена в Томской ринологической клинике пластика носа.

16.III 1942 г. конъюнктива, роговая и радужная оболочки правого глаза без изменения. Сосок зрительного нерва правого глаза с внутренней стороны прикрыт фиксированным беловатосероватым помутнением, находящимся в задних слоях стекловидного тела и имеющим кругловатую форму диаметром в 3 соска. От верхней половины помутнения идет тонкая белесоватая полоса, плотно сращенная с сетчатой оболочкой. Наружная половина соска ясно просматривается и имеет глубокую экскавацию с сероватобелым дном. С нижне-наружной стороны к краю соска подходят три тонких сосуда, делающих резкий перегиб. Сосок с наружной стороны окружен атрофическим поясом сосудистой оболочки. Периферия дна глаза содержит значительное количество атрофических участков и пигментных пятен в виде отдельных точек и полос. Прямая реакция зрачка отсутствует, сочувственная — живая. Зрение — 0. На дне левого глаза отмечаются разрыв сосудистой оболочки и пигментные глыбки разнообразной формы и величины.

Со стороны правого глаза мы в данном случае имеем все признаки отрыва зрительного нерва в области решетчатой пластинки (evulsio nervi optici). Случай — редкий; весьма возможно, что своевременно повреждение не было распознано из-за обильного кровоизлияния в область стекловидного тела. Указанный случай произошел при взрыве гранаты. Отсюда можно сделать вывод, что отрыв зрительного нерва можно наблюдать и в условиях военного времени.

Ранение осколком артиллерийского снаряда в затылочную область в одном случае повело к развитию левосторонней одноименной гемианопсии.

Гр. М., 24 лет, токарь по металлу, в августе 1939 г., во врем

боев на Халхин-Голе, получил ранение в затылочную область справа. В течение 4 месяцев находился на госпитальном лечении; первые 8 дней после ранения был в бессознательном состоянии. Поступил в глазную клинику 3.VII 1942 г. с основными жалобами на то, что во время работы, при фиксированном взгляде на предмет, не видит того, что расположено влево от него. У больного в затылочно-теменной области, справа от средней линии имеется плотный подвижной рубец с вдавлением под ним костного вещества, линейно-округлой формы, длиной в 4 см. На рентгенограмме (профильный снимок) на границе затылочно-теменной области ясно определяется дефект костного вещества неправильной округлой формы, размером около 3 см. Со стороны обоих глаз изменений нет: преломляющие среды прозрачны; дно обоих глаз в пределах нормы; острота зрения — 1,0; рефракция эмметропическая. При периметрии обнаружено выпадение левой половины поля зрения в каждом глазу при сохранности желтого пятна.

Имеющаяся в данном случае левосторонняя одноименная гемианопсия при сохранности желтого пятна, при наличии нормальной остроты зрения, нормального соска и дна глаза, всего скорее, говорит за поражение правого коркового зрительного центра (область 17 поля по Бродману — fissura calcarina).

Известный интерес представляет случай огнестрельного ранения, где травма вызвала повреждение зрительного нерва.

Гр. К., 43 лет, 1.II 1942 г. во время занятий по стрельбе из винтовки, при разрыве патронной гильзы получил ранение во внутренний угол левого глаза мелким осколком. Зрение на этот глаз тут же, после ранения, было потеряно. Одновременно появились опухание век и выпячивание яблока раненого глаза. 7.II 1942 г. больной был положен на стационарное лечение в глазную клинику. Левый глаз: глазное яблоко выпячено вперед; подвижность его ограничена кверху и кнаружи; зрачок широкий, на свет не реагирует; сосок зрительного нерва бледноватый со слегка смытыми контурами; острота зрения — 0. Рентгенография показывает, что инородное тело находится в зрительном нерве в области оптического канала левого глаза. Правый глаз не представляет изменений. Через месяц после лечения (8.II 1942 г.): левое глазное яблоко незначительно выстоит вперед; сосок зрительного нерва бледный с ясными контурами; острота зрения — 0. Инородное тело в данном случае вызвало повреждение зрительного нерва (атрофию соска зрительного нерва) и сосудов — экзофтальм, вследствие кровоизлияния в орбиту.

2. Большая часть переломов основания черепа (10 сл.) были закрытыми, меньшая часть (3 сл.) сопровождались нарушением целости костей черепа и его мягких покровов в различных участках. Причиной таких травм чаще всего служили падения с высоты, из автомашины и, реже, другие причины.

В одном случае при закрытом переломе основания черепа мы

имели возможность наблюдать обоюдостороннюю атрофию зрительных нервов.

Ребенок Эльза Д., 6 лет, в мае 1941 г. упала навзничь при соскакивании с подножки уходящей автомашины. Тут же после травмы потеряла зрение. Только на шестой и седьмой день стала различать свет, сначала правым, затем и левым глазом. Через некоторое время зрение несколько улучшилось. Через 4 месяца после травмы, когда ребенок поступил под наше наблюдение, можно было отметить обоюдостороннюю атрофию сосков зрительных нервов; острота зрения на каждый глаз — 0,06 нормы. На рентгенограмме костных изменений не было обнаружено. В данном случае травма повела, повидимому, к перелому обоих зрительных отверстий, который, в свою очередь, вызвал частичное повреждение обоих зрительных нервов. Ремер указывает, что при двустороннем повреждении зрительных нервов часть зрения обычно восстанавливается; в этих случаях у большинства дело не доходит до полной слепоты.

Во всех остальных случаях переломов основания черепа дно глаза не представляло изменения. В двух случаях этой группы повреждений мы наблюдали субарахноидальное кровоизлияние мозга при наличии расширенного зрачка с одной стороны и живой реакции зрачков на свет. По Ворщнейдеру, одностороннее расширение зрачка при травмах черепа указывает на ограниченное повышение внутричерепного давления на стороне расширенного зрачка. В 4 случаях этой же группы повреждений находим гематомы век обоих глаз в виде очков. Нужно сказать, что данный симптом служит диагностическим признаком перелома основания черепа, если гематома появилась через несколько часов после травмы.

При переломах свода черепа (4 сл.) и травматических повреждениях с превалированием явлений сотрясения мозга (22 сл.) изменений со стороны глазного дна не было. Только в последней группе в двух случаях наблюдалось одностороннее скоропреходящее понижение остроты зрения вследствие отека сетчатой оболочки в виде помутнения Берлина.

На основании литературных данных и собственных клинических наблюдений считаем возможным сделать вывод:

Изучение офтальмоскопической картины глазного дна и исследование его функций при травмах черепа дает указание о состоянии нервно-зрительного пути. При наличии поражения со стороны последнего указанными исследованиями можно выявить локализацию и характер данного повреждения.

Клинические наблюдения травматических повреждений черепа нами проведены в факультетской хирургической клинике (проф. С. В. Гейнац), госпитальной (проф. А. М. Дыхно), в клинике общей хирургии (проф. А. В. Жолондзь), нервной клинике (проф. О. И. Ротенберг) и заведуемой нами глазной клинике.

Из специализированного ППГ (Начальник — гвардии майор мед. службы Н. Б. Гинзбург) и ЭГ (Начальник — майор мед. службы А. К. Тейтель)

ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ЧЕРЕПА

Майор мед. службы Я. С. Шейн

Цель настоящей работы — изучение характера глазного дна при проникающих ранениях черепа и частоты их возникновения на материалах нейрохирургических отделений армейского и фронтового районов.

Клиника огнестрельных и неогнестрельных повреждений черепа и мозга отличается большим разнообразием, обусловленным характером и степенью повреждающей силы, а также местом приложения последней.

Особое значение в патологии повреждений черепа и мозга приобретает знание и учет глазных симптомов при них.

Изменение глазного дна встречается в свежих случаях травмы черепа и в более поздние периоды. Один и тот же симптом со стороны глазного дна имеет различный смысл и значение, в зависимости от того, сколько времени прошло со дня травмы. В свежем периоде симптомы связаны с вазомоторными изменениями, травматическим отеком мозга; в позднем периоде они либо связаны с возникновением процесса в центральной нервной системе, либо являются результатом тех изменений, которые наблюдались уже в раннем периоде травмы.

Травматический отек мозга в первые дни после ранения сменяется в дальнейшем воспалительным отеком его. И в первом и во втором случаях создаются условия для повышения внутричерепного давления, сказывающегося в нарушении притока и оттока крови и лимфы в глазу.

Изменения глазного дна при внутричерепных воспалительных процессах выражаются в виде застойного соска или воспаления зрительного нерва. Застойный сосок наблюдается при менингоэнцефалитах и абсцессах мозга. При менингите преимущественно возникает неврит зрительного нерва.

При застойном соске острота и поле зрения в первое время до наступления атрофических изменений не нарушены, тогда как при воспалении зрительного нерва уже в самом начале зрение понижается, происходит сужение поля зрения и скотомы. Названные изменения глазного дна, вместе с другими перечисленными симптомами, подтверждают диагноз внутричерепного процесса; однако, отсутствие их не говорит против него, так как бывают случаи менингита, абсцесса мозга без изменений на дне глаза.

Для объяснения этого факта обратимся к патогенезу мозговых

опухолей. Застойные соски наблюдаются нередко при опухолях, которые по величине едва достигают размеров лесного ореха; при больших же опухолях иногда застойного соска нет. Очевидно, имеют значение и другие моменты — место опухоли. Чаще всего застойный сосок вызывают опухоли, лежащие в задней черепной ямке (опухоли мозжечка). В задней черепной ямке полость стеснена натянутым над ней малоподатливым tentorium cerebelli. Легко происходит сдавливание Сильвиева водопровода и, вследствие этого, застой цереброспинальной жидкости в передних мозговых желудочках. Опухоли у основания черепа редко приводят к застойному соску, и авторы объясняли это тем, что они могут закрыть впадение межвлагалищного пространства зрительного нерва в черепную полость. Таким образом, цереброспинальная жидкость не может проникать в него. В других случаях происходит скопление жидкости в третьем желудочке, и сильно растянутый передне-нижний конец его давит на хиазму. При этом получается или амавроз без всяких офтальмоскопических явлений или картина простой атрофии.

Иногда описанные изменения могут быть следствием не черепного процесса, а местных изменений в орбите или в придаточных пазухах. Однако, в этих случаях изменения обычно бывают на одном глазу, на стороне повреждения, в то время, как изменения зрительных нервов черепного происхождения — двусторонни. Эти двусторонние изменения могут быть выражены неодинаково в обоих глазах. Более яркая картина застойного соска или неврита не говорит за локализацию черепного процесса на этой стороне. В качестве сопутствующего симптома внутричерепного нагноительного процесса могут наблюдаться параличи двигательных нервов глаз, тройничного и лицевого нервов. Состояние зрачков играет существенную роль в диагностике изменений центральной нервной системы, развившихся после открытой или закрытой черепной травмы. В случаях интрадуральных и церебральных геморрагий анизокория убедительнее указывает на локализацию поражения на стороне расширенного зрачка, чем другие соответствующие симптомы. Некоторые авторы считают, что при травмах черепа в 80 проц. случаев происходят изменения со стороны зрачков уже непосредственно после травмы. Чаще всего зрачки оказываются расширенными, потом постепенно суживаются, чтобы с нарастанием внутричерепного давления снова расшириться. И чем слабее реакция расширенного зрачка, тем серьезнее прогноз в случаях церебральных геморрагий. Точная диагностика характера зрачковых расстройств требует внимания не только невропатолога, но и окулиста, так как формы этих расстройств многообразны, и дифференциальный диагноз не всегда оказывается простым. Поэтому при наблюдении травм военного времени необходима тесная увязка в работе невропатолога и окулиста. Это обеспечит внимательное изучение патологии зрачковых рефлексов, как ориентировочных симптомов для топической диагностики

изменений центральной нервной системы при травмах и определения влияющих на них факторов.

Несколько слов о методике исследования. В каждом случае мы проверяли состояние придатков глаза — подвижность век, наличие лагофтальма, птоза, зияния глазной щели, частоту мигания, наличие синдрома Горнера. По возможности проверяли экскурсию глаз и всегда—положение глазного яблока. Исследовали конъюнктивальные и роговичные рефлексы. Особое значение придавали состоянию зрачковых рефлексов. Определяли величину и форму зрачков, реакцию их на свет, на аккомодацию и конвергенцию (там, где представлялось возможным). Затем проверяли остроту зрения, при этом уточняли вопросы оптической агнозии, агнозии цветов, агнозии формы — микро- и макропсии, метаморфопсии. Поле зрения проверяли ручным периметром Швейгера или ориентировочной пробой, определяли рефракцию. Глазное дно исследовали, как правило, под атропином. Некоторые раненые осматривались в период лечения несколько раз. Всего под нашим наблюдением было 228 раненых с проникающими ранениями черепа. Из них 165 человек исследовано в специализированном ППГ, 63 — в эвакогоспитале. Основная масса этих раненых подверглась операции трепанации черепа. Практически важно и интересно выяснить сроки возникновения изменений глазного дна со дня ранения.

Таблица 1

Дни после ранения	Всего случаев	Обнаружено изменений	Без изменений
1—5	37	9	28
6—10	83	28	55
11—15	41	13	28
16—20	29	7	22
21—30	26	6	20
31 и выше	12	—	12
Итого	228	63	165

Из таблицы 1 мы видим, что на первые 10 дней пришлось 120 человек, т. е. 52,6 проц. всех случаев. Таким образом, раненые осматривались в сравнительно ранние сроки после ранения.

Изменения на глазном дне начинаются довольно рано. Так, на первые 5 дней после ранения приходится 24,3 проц. изменений; 6—10-й день — 33,7 проц.; 11—15-й день — 31,7 проц.; 16—20-й день — 24,4 проц.; 21—30-й день — 23 проц. и на 31-й день и выше изменений не выявлено. (В эту последнюю группу входят 12 человек со сроком после ранения от 31 до 85 дней). Значительный процент (33,7) изменений приходится на группу довольно ранних

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

сроков после ранения — от 6 до 10 дней. Отдельные группы изменений мы рассмотрим ниже. Из приведенной ниже таблицы можно видеть характер изменений глазного дна и других сопутствующих осложнений при проникающих ранениях черепа.

Таблица 2

Виды изменений	Всего случаев	Виды изменений	Всего случаев
Контузии глаз	23	Без изменений	165
Застойные явления . . .	12	Всего . .	228
Застойные соски	10	Сопутствующие изменения:	
Бледность сосков	8	Паралич глазных мышц . .	6
Неврит	5	Лагофталм	5
Гиперемия сосков	5	Анестезия роговицы . . .	4

Из таблицы 2 видно, что первое место по характеру изменений (10 проц.) занимают контузии глаз; застойные явления на глазном дне составляют 5,2 проц., застойные соски — 4,4 проц., бледность сосков — 3,5 проц., невриты — 2,2 проц., гиперемия сосков — 2,2 проц., паралич глазных мышц — 2,6 проц., лагофталм — 2,2 проц., анестезия роговицы — 1,8 проц.

Остановимся на характеристике клинической картины отдельных видов изменений.

Контузии глазного яблока были в большинстве односторонними. Сопровождались они кровоизлияниями на глазном дне, отслойкой сетчатки, помутнениями в стекловидном теле или их комбинацией.

Застойными явлениями на глазном дне мы считали случаи с расширенными, извилистыми венами, незначительной отечностью сетчатки, легкой стушеванностью границ сосков зрительных нервов. Застойные соски были с типично выраженной картиной, острота и поле зрения при них почти не страдали. При невритах отмечалось резкое падение остроты зрения и сужение поля зрения. В двух случаях при отсутствии офтальмоскопически видимых изменений на глазном дне отмечена гомонимная гемианопсия; в одном случае при бледности сосков отмечена полная слепота.

Из 6 случаев паралича глазных мышц в четырех был паралич отводящего нерва и в двух птоз верхнего века. Лагофталм отмечен в пяти случаях периферического паралича лицевого нерва, из них в трех случаях имелся кератит. При анестезии роговицы последняя обращала на себя внимание своей запыленностью, потерей зеркальности. При этом имелось выпадение и нарушение чувствительности других зон тройничного нерва. Следует отметить, что патологии тройничного нерва при черепных ранениях не уделяется должного внимания. Защита роговицы от изъязвлений при двух названных осложнениях требует неотложных мероприятий.

РЕПОЗИТОРИЙ ГомГМУ

Расстройство зрачковых рефлексов отмечено в 45 проц. случаев в виде анизокории, вялой реакции, рефлекторной неподвижности.

На нашем материале изменения глазного дна отмечены в 27,5 проц. всех случаев, а сопутствующие осложнения — в 6,6 проц. Наибольшее число изменений приходится на глазное дно. Эти изменения начинаются уже с первых дней после ранения. У 30,8 проц. раненых в череп они возникают уже в первые 10 дней, в следующие 10 дней — у 28,6 проц., в третий десяток дней после ранения этот процент снижается до 23. Наибольший процент сопутствующих осложнений (4) приходится также на первые 10 дней после ранения. Эти цифры показывают необходимость ранней консультации окулиста при черепных травмах.

Рассмотрим таблицу 3, показывающую связь локализации ранений черепа с изменениями глазного дна при них.

Таблица 3

Локализация ранений черепа и изменения органа зрения

Области черепа / Осложнения	Лобная	Теменная	Височная	Затылочная	Теменно-затылочная	Лобно-теменная	Всего
Контузии глаз	15	3	4	1	—	—	23
Застойные явления	4	2	2	2	2	—	12
Застойные соски	1	3	1	1	3	1	10
Бледность сосков	—	2	2	3	1	—	8
Неврит	1	—	2	1	1	—	5
Гиперемия сосков	—	1	1	3	—	—	5
Сопутствующие осложнения: паралич глазн. мышц	1	4	1	—	—	—	6
Сопутствующие осложнения: лагофталм	1	1	2	—	—	1	5
Сопутствующие осложнения: анестезия роговицы	1	3	—	—	—	—	4
Всего осложнений	24	19	15	11	7	2	78
Без изменений	48	59	20	14	3	6	150
Итого	72	78	35	25	10	8	228
В процентах	31,6	34,2	15,3	11,0	4,4	3,5	100,0

Ранения по областям распределяются так: лобная 72 случая (31,6 проц.), теменная 78 (34,2 проц.), височная 35 (15,3 проц.), затылочная 25 (11 проц.), теменно-затылочная 10 (4,4 проц.), лобно-теменная 8 (3,5 проц.). Наш материал недостаточно велик для того, чтобы можно было сделать какие-либо выводы о связи поражения той или иной области с изменениями на глазном дне. Наибольшее количество контузий глазного яблока (15 из 23) приходится на ранения лобной области. Застойные соски и застойные явления отмечены почти равномерно при ранениях всех областей черепа.

Вследствие небольшого объема нашего материала, выводы, полученные на основе разработки его, можно рассматривать только как предварительные, нуждающиеся в дополнительной

РЕПОЗИТОРИЙ БИБЛИОТЕКА

проверке на большом материале. Тем не менее, анализ 228 случаев ранения позволяет установить ряд особенностей изменений глазного дна при проникающих ранениях черепа и притти к следующим выводам:

1) При проникающих ранениях черепа изменения глазного дна выражаются в виде: контузии глаза, застойных явлений, застойного соска, бледности сосков, невритов и гиперемии сосков зрительного нерва.

2) К сопутствующим осложнениям относятся: паралич глазных мышц — 2,6 проц., лагофталм — 2,2 проц.; анестезия роговицы — 1,8 проц.

3) Изменения глазного дна отмечены на нашем материале в 27,5 проц. Из них: контузии глаза в 10 проц., застойные явления на глазном дне в 5,2 проц., застойные соски в 4,4 проц., бледность сосков в 3,5 проц., невриты в 2,2 проц., гиперемия сосков в 2,2 проц., отсутствие изменений отмечено в 72,5 проц.

4) Изменения глазного дна начинаются уже с первых дней ранения черепа. 33 проц. их приходится на период 6—15 дней (41 случай из 124-х).

5) Повреждение роговицы при параличах тройничного и лицевого нервов требует неослабного внимания к себе в ранние сроки с целью профилактики тяжелых роговичных осложнений.

6) В патологии повреждений черепа и мозга особое значение приобретает знание и учет глазных симптомов при них. Совместная работа и консультация нейрохирурга и окулиста — необходимое и обязательное звено в цепи мероприятий по своевременной диагностике и оказанию квалифицированной помощи раненым в череп.

БИБЛИОТЕКА им. В.П. Філатова

Из специализированного хирургического полевого подвижного госпиталя
(Начальник — майор мед. службы М. И. Пивоварова)

ИЗ ПРАКТИКИ РАБОТЫ ВОЕННОГО ОКУЛИСТА

Капитан мед. службы М. Б. Вургафт

I

К методике первичной обработки ран век

В практике окулиста, работающего в специализированном хирургическом полевом подвижном госпитале (спец. ХППГ), оперативная помощь при ранениях век занимает значительное место. Это обусловливается не только частотой повреждений век среди контингента поступающих раненых, но и тем, что помощь при ранениях век в спец. ХППГ носит восстановительный характер, и доброкачественность этой помощи обусловливает функциональный исход повреждения.

Ранения век требуют срочной хирургической помощи во избежание обезображиваний, для устранения которых в дальнейшем потребуются сложные пластические операции.

Раны век, как и всякие другие военные раны, инфицированы, но, благодаря физиологическим особенностям век (обильное кровоснабжение), их можно сшивать не только в первые часы, но даже и в первые дни после ранения, без широкого иссечения их краев и дна.

Однако, исход первичной пластики век зависит от того, остаются ли в зашитой ране нежизнеспособные ткани или нет. О жизнеспособности кожных краев раны можно судить по ее цвету и характеру краев, для суждения же о жизнеспособности тканей дна раны явного критерия нет.

Способ обработки операционного поля 1-процентным спиртовым раствором бриллиантовой зелени, разработанный под руководством акад. В. П. Филатова и введенный им в офтальмологическую практику, натолкнул меня на метод спределения явно нежизнеспособной ткани в ране.

Академик В. П. Филатов давно обратил внимание на то, что бриллиантовая зелень при соприкосновении с живыми тканями обесцвечивается. Так, ею не удается окрасить маргинальный край века, покрытый малороговевающим эпителием, тогда как другие участки кожи, покрытые ороговевающим эпидермисом, хорошо окрашиваются. Бриллиантовая зелень обесцвечивается кровью во время операции и т. д.

Академик В. П. Филатов предполагает, что под влиянием ферментов живых клеток она переходит в бесцветные лейкосоединения. Применяя 1-процентный раствор бриллиантовой зе-

лени для обработки операционного поля при зашивании ран век в глазном отделении спец. ХППГ, я заметил, что если зелень случайно попадает в рану, то окрашивается не вся рана, а лишь отдельные ее участки. Эти воспринявшие зелень участки ясно видны на фоне оставшейся неизмененной в своей окраске остальной части раны. Рассматривая их в бинокулярную лупу, можно видеть, что эти резко ограниченные, пропитанные зеленью обрывки ткани нежизнеспособны. Вспомнив указания В. П. Филатова об избирательной способности окраски бриллиантовой зелени, я начал систематически применять во время хирургической обработки ран век окрашивание последних 1-процентным спиртовым раствором бриллиантовой зелени и удаление тех участков, которые стойко окрасились зеленью. Это мероприятие положительно сказалось на исходе заживления, и частота нагноения резко снизилась.

Мои наблюдения дают возможность рекомендовать окрашивание раны зеленью и удаление стойко окрасившихся участков ее при обработке ранений век и лица.

II

Энуклеации по Тило в модификации академика В. П. Филатова в условиях спец. ХППГ

Энуклеация, предпринимаемая на ослепшем от ранения глазу,—последнее средство помощи пострадавшему во избежание возможного симпатического воспаления второго глаза.

В истекшую Отечественную войну, вследствие преобладания тяжелых ранений глаз, энуклеация была одной из наиболее частых глазных операций в армейском районе (спец. ХППГ).

В глазном отделении спец. ХППГ энуклеации предпринимаются большей частью, на размозженном глазу, где анатомические отношения резко изменены, глазное яблоко потеряло свою шаровидную форму, зачастую спаяно с окружающими тканями. При таких условиях энуклеация по обычной методике с изолированием и перерезыванием сухожилий всех прямых мышц не всегда представляется легким делом.

Захватывать мышцы крючками очень трудно, так как этому мешают спайки между мышцами. Часто, во время манипуляций крючком, вскрываются склеившиеся было раны склеры и роговицы, из глазного яблока изливается оставшееся в нем содержимое.

Чтобы облегчить проведение энуклеации размозженного глаза, необходимо предварительно сшить рану склеры и роговицы и выполнить (произвести тампонаду) полость глаза кусочками марли до приобретения им шаровидной формы.

Учитывая трудность энуклеации травматизированных глаз, академик В. П. Филатов воскресил и модифицировал давно предложенный, но забытый способ энуклеации по Тило. Этот способ

принес большую пользу в условиях работы в глазном отделении спец. ХППГ, как простой и целесообразный.

К сожалению, в армии, где я работал, о модификации энуклеации по Тило узнали лишь в мае 1944 г., хотя предложена эта модификация академиком В. П. Филатовым еще в 1942 г. С мая 1944 г. энуклеации проводились нами по способу акад. В. П. Филатова.

Ход операции был следующий: после обычной ретробульбарной анестезии, сшивания ран роговицы, склеры и тампонады глазного яблока до приобретения им шаровидной формы, надрезалась конъюнктива над местом прикрепления внутренней прямой мышцы. Эту мышцу захватывали крючком и надрезали в 3—4 мм от места ее прикрепления. Затем, при подтягивании глазного яблока вперед и кнаружи, перерезался зрительный нерв. Хирургическим пинцетом захватывался остаток зрительного нерва у заднего полюса глазного яблока и последнее выворачивалось задним полюсом вперед, что удавалось по мере отсепаровки глазного яблока от спаек. Мышцы глаза отрезались ножницами у места их прикрепления к склере.

Послеоперационная полость засыпалась белым стрептоцитом. Конъюнктивальные швы накладывались не всегда.

В условиях ХППГ энуклеации, проводимые по этой методике, гораздо менее травматичны и производятся легче, чем по обычной методике.

Если учесть, что в военных условиях удаление глаза проводит не всегда опытный окулист, а в отдельных случаях и общий хирург, то предложенная акад. В. П. Филатовым модификация энуклеации по Тило, как более простая, приобретает особенно важное значение.

БИБЛИОТЕКА им. В.П. Філатова

Из Украинского экспериментального института глазных болезней имени академика В. П. Филатова (Директор — акад. В. П. Филатов)

ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛИСТЬЕВ АЛОЭ

Диссертация на степень кандидата медицинских наук

Ассистент В. В. Скородинская

ПРЕДИСЛОВИЕ

В 1933 году академик В. П. Филатов предложил новый метод лечебной медицины — тканевую терапию. Первоначально это была гомопластическая пересадка тканей в организм больного. В последующие годы сущность тканевой терапии состояла в том, что в организм больного вводили животные и растительные ткани, предварительно подвергнутые консервации в состоянии «переживания». При этих условиях в них развиваются биогенные вещества, стимулирующие в организме процессы рассасывания и регенерации.

Тканевая терапия быстро вышла за пределы офтальмологии, и ее стали широко применять при самых различных заболеваниях.

Настоящая работа посвящена одной из глав большой проблемы тканевой терапии. Цель ее — представить все данные, полученные академиком Филатовым и его школой (в частности, лично мной) по вопросу о лечебном значении одного из видов консервированных тканевых материалов, а именно: листьев алоэ, сохраненных в условиях темноты.

Не касаясь биохимической природы самого растения и экстрактов из него, я остановлюсь только на действии водного экстракта из свежих и консервированных листьев.

Алоэ, как лечебное средство, известно на протяжении около 2000 лет. С одной стороны, оно применялось в качестве слабительного в медицине, главным же образом в ветеринарии; с другой стороны, алоэ, как народное средство, используется издавна для лечения ран и туберкулеза.

Разрабатывая вопрос о возможности получения биогенных стимуляторов из зеленых листьев растений, поставленных в неблагоприятные для них условия, академик Филатов избрал для этой цели алоэ, целебные свойства которого доказаны народной мудростью, а отчасти и научной медициной. Можно было взять листья и других известных в народе целебных растений, но алоэ оказалось более удобным, как многолетнее растение с листьями,

содержащими большое количество сока, и культивируемое в домашних условиях.

Изучение лечебных свойств экстракта из листьев алоэ сводилось к сравнительной оценке действия сока из свежих листьев и из таких, которые сохранялись в темноте.

Эти исследования позволили академику Филатову подтвердить его положения в гипотезе о биогенных стимуляторах и при различных глазных и неглазных болезнях организма применять новый вид тканевого лечения — подкожные инъекции водного экстракта из консервированных листьев алоэ.

ВВЕДЕНИЕ

Исторический обзор развития вопроса тканевой терапии

Термином «тканевое лечение» академик В. П. Филатов называет для краткости предложенный им новый метод лечебной медицины, который состоит в следующем: в организм больного вводится какая-нибудь ткань животного или растительного происхождения (per se или в форме дериватов ее), предварительно подвергнутая такому воздействию на нее тех или иных факторов среды, которое затрудняло ее жизненные процессы, но не останавливало их и не убивало ткань окончательно. По предположению академика Филатова, в таких тканях, в ответ на вредные, но не убивающие их воздействия, развиваются вещества, которые являются стимуляторами метаболизма клеток реципиента, что повышает регенеративные свойства последнего.

Этот новый вид лечения возник следующим образом.

Основываясь на данных из области учения о культурах тканей, академик Филатов опубликовал свои наблюдения над влиянием зародышевого сока, вводимого в конъюнктивальный мешок, на помутнение трансплантата (Филатов, 1924 г.). Опираясь на тот факт, что подсадка к культуре ткани кусочка того же вида усиливает рост первой культуры, академик Филатов в 1933 году высказал мысль, что при помутнении трансплантата следует попробовать поднять жизнедеятельность его путем подсадки рядом с ним кусочка консервированной на холоде новой роговицы, по методу частичной трансплантации. В этом направлении началось наблюдение. Так было положено начало тканевой терапии (Филатов, 1933).

В своей статье, посвященной вопросу о так называемой мелиорации бельм путем послойной пересадки роговицы (Филатов, 1937), академик Филатов указывает, что в первоначальном виде идея мелиорации преследовала только цель создать для трансплантата более богатое роговичное окружение за счет пересаженных слоев. К этой основной идее мелиорации академик Филатов присоединил тогда же и дополнительную, связанную с замечательным фактом, отмеченным многократно Гиппелем, Зелербеком, Эльшнигом и его школой, Филатовым, Вельтер, Коппом,

Фельдманом и др., а именно: при частичной пересадке роговицы мутная ткань бельма очень часто в значительной мере просветляется. Этот факт просветления бельма после трансплантации дал основание расширить идею мелиорации в том смысле, что можно рассчитывать на просветляющее влияние пересаженных пластов роговицы на задние тусклые роговичные слои.

В указанной статье академик Филатов пишет: «Наконец, допустима и та мысль, что некоторые формы кератитов или дегенеративных процессов, не поддающиеся лечению, могли бы быть лечимы при помощи послойной пересадки роговицы». И далее, приведя факты, касающиеся просветления бельма и трансплантата при лечебной пересадке роговицы, автор указывает, что он начал практиковать послойную пересадку при некоторых патологических процессах роговицы.

Таким образом, в основу идеи тканевой терапии входят три рода фактов: из области учения о культурах тканей, из области мелиорации и из области просветления бельм после пересадки роговицы.

Когда академик Филатов начал применять для пересадки роговицу трупных глаз, он убедился, что, во-первых, такой консервированный материал дает стойкое прозрачное приживление трансплантата чаще, чем материал, взятый от глаз живых доноров без предварительной консервации на холоде, во-вторых, он нашел, что при употреблении консервированного материала, феномен просветления бельма вокруг трансплантата происходит гораздо чаще и в более резкой форме, чем при использовании свежего материала. Академик Филатов сделал вывод, что консервированный на холоде роговичный материал, очевидно, богат какими-то стимуляторами, которые позволяют ему лучше приживать в новых для него условиях (в бельме хозяина) и сильнее возбуждают в последнем процессы регенерации. На этом основании он стал применять с лечебной целью пересадку роговицы, предварительно консервированной на холоде несколько дней, и производил эту пересадку не только при помутнении трансплантата, но и при различных болезнях роговицы как воспалительного, так, позднее, и дегенеративного характера. Таким образом, лечебная пересадка роговицы из гомопластики свежего материала превратилась в гомопластику консервированного на холоде материала. Первые же пробы, произведенные академиком Филатовым при паренхиматозном кератите (в форме послойной пересадки консервированной роговицы на периферии роговицы реципиента), дали блестящие результаты: течение такой длительной болезни, как паренхиматозный кератит конгенитально-люэтического происхождения, резко укорачивалось (Филатов, 1937).

Академик Филатов распространил результаты наблюдений над тканевой терапией на болезни других тканей и органов.

Так, он с огромным успехом начал лечить туберкулезные заболевания кожи (волчанка, язвы) пересадкой трупной кожи (консервированной 7 дней на холоде) в дефект, образовавшийся в

коже реципиента. Кроме случаев туберкулеза, лечебная кожная пересадка применялась и при других заболеваниях.

Академик Филатов установил следующие важные положения.

1) Материал для тканевого лечения может иметь не только гомопластический, но и аутопластический и гетеропластический характер. Больше того, для воздействия на патологический процесс в животном организме он может быть растительного происхождения.

2) Нет необходимости считаться с тканевой специфичностью, так как на процесс заболевания данной ткани можно влиять введением в организм любой ткани. Так, роговицу можно лечить пересадкой кожи, больную кожу — имплантацией в подкожную клетчатку куска консервированной плаценты и т. д.

3) Пересадка тканевого материала—не единственная форма введения его с лечебной целью в организм пациента. Можно пользоваться различными тканевыми дериватами — вытяжками, кашицами, порошками, лишь бы они происходили из тканей, подвергнутых действию угнетающих, но не убивающих их жизненные процессы факторов.

4) Для животных тканей и по настоящее время главным таким фактором является консервация их на холоде, для растительных же—консервация в темноте. Об этом будет сказано ниже.

В настоящее время академик Филатов исследует значение различных угнетающих изолированные ткани и целые живые организмы факторов, как источников возбуждения тканевых целебных свойств.

5) Кроме тканей как таковых и их дериватов, целебными свойствами могут обладать различные соки и жидкости животных организмов (водянистая влага, спинномозговая жидкость, кровь), если они происходят из трупов (людей или животных) и органов, сохранявшихся на холоде.

6) До настоящего времени академик Филатов и его последователи испробовали очень много тканевых материалов и их дериватов.

Список тканевых препаратов:

Кожа, подкожная клетчатка, мышцы, сосуды, нервы, мозг, хрящ, брюшина, Склера, роговица, сосудистая оболочка, зрительный нерв. Влага передней камеры глаз. Плацента. Биологические жидкости. Кровь и спинномозговая жидкость из трупов, сохраненных на холоде.

Пользуясь теми или иными материалами для тканевого лечения, академик Филатов получил прекрасные результаты при целом ряде глазных и неглазных заболеваний.

Ниже представлены списки заболеваний, для лечения которых успешно применяется тканевая терапия.

Замечательно то обстоятельство, что тканевой терапии поддаются как воспалительные заболевания (конъюнктивы, роговицы, сосудистого тракта и т. д.), так и дегенеративные (пигментный ретинит и кератоконус) и атрофические (атрофии зрительного

РЕПОЗИТОРИЙ ГГМУ им. В.Ф. Філатова

нерва); при этом не имеет значения этиология процесса — ей поддаются инфекции люэтического, туберкулезного и гнойного характера, трахомная и ультравирусная инфекция (герпетический кератит) и аллергическое состояние организма. Очевидно, что тканевая терапия влияет не на этиологический или патогенетический фактор, а на регенеративные свойства организма в целом.

Глазные заболевания:

Воспалительные процессы роговой оболочки различной этиологии. Воспалительные процессы сосудистой и сетчатой оболочки различного происхождения. Кератоконус. Пигментный ретинит. Трахома. Атрофия зрительного нерва и другие.

Лечебное применение консервированных тканей и их дериватов было испытано и при неглазных заболеваниях организма, на которые тканевая терапия оказывала такое же действие.

Общие заболевания организма:

Туберкулезные процессы. Волчанка. Псориаз. Экзема. Язвы кожи различного происхождения. Язвы желудка и 12-перстной кишки. Заболевания центральной и периферической системы. Заболевания женской половой сферы. Контрактура. Сыпной, брюшной тиф. Пендинская язва. Лепра. Эпилепсия. Бронхиальная астма. Облитерирующий эндартерит.

Из представленных списков заболеваний видно, что тканевое лечение (кожа, водянистая влага глаз, экстракт плаценты, брюшина) оказывают могучее и разнообразное влияние на целый ряд процессов, независимо от их этиологии: мы наблюдаем уменьшение воспаления, заживление язв, рассасывание рубцов, изменение обмена сахара и исчезновение аллергических состояний (астма) и т.д.

Резюмируя данные о материале, офтальмологическом и неофтальмологическом, можно утверждать, что тканевая терапия представляет собою лечебный фактор для стимуляции регенеративных реакций организма.

Я не излагаю здесь экспериментально-лабораторных данных, которых мне придется коснуться в дальнейшем. Перейду к гипотезе тканевого лечения, высказанной академиком Филатовым.

Гипотеза тканевого лечения

Академик Филатов в ряде своих докладов и статей построил стройную гипотезу тканевого лечения. Схема ее такова: отделенная от организма кожа (или другая ткань), помещенная на консервацию при относительно низкой температуре (3-4 градуса выше нуля), попадает в неблагоприятные для нее условия. Она лишена кровообращения, лимфообращения, дыхание в ней может совершаться лишь за счет химических перегруппировок, а затем и оно прекращается; иннервации нет. Однако, ткань еще жива. Это доказывается: 1) фактом удачных пересадок (гомопластических для роговицы, аутопластических для кожи), 2) культурами тканей (опыты Морозова, Баженовой и др.), 3) размножением клеток в консервируемой ткани (опыты Пупенко, Бузни) и реактив-

ными процессами консервируемой ткани в ответ на внешние воздействия. В этом отношении заслуживают внимания следующие опыты: если соскоблить эпителий роговицы энуклеированного глаза кролика и сохранять этот глаз при температуре 35—37 градусов выше нуля, то эпителий начинает нарастать на дефект с краев его (опыты Пучковской). В моих опытах, при сохранении глаза после снятия эпителия при температуре 2—4 градуса выше нуля нарастание эпителия тоже начиналось, но лишь через 5 суток. Это можно было истолковать так: жизнь ткани сохранялась и на холоде, но стимуляция размножения появлялась лишь после указанного срока, когда накопление биогенных стимуляторов становилось достаточно интенсивным.

Каким же образом ткань сохраняет жизнь в указанных условиях? Академик Филатов дает такой ответ. И в нормальных для организма условиях все физиологические процессы, все биохимические реакции происходят при участии катализаторов, каковыми служат ферменты.

Протоплазма клеток отделенной от организма кожи, если она жива, должна, очевидно, также иметь стимуляторы своих биохимических процессов и при том более мощные, чем при нормальных условиях. Откуда же они берутся? Они появляются благодаря биохимической перестройке белков протоплазмы. Отщепляющиеся от белковой молекулы вещества и стимулируют жизненные реакции кожи.

Когда кожа пересажена в больной организм, она отдает ему эти сильные стимуляторы и они действуют на организм, усиливая его физиологические клеточные функции. Это возбуждение тканевых клеток организма (в том числе и клеток нервной системы) и способствует выздоровлению, основой которого является рассасывание экссудатов и подъем регенеративных процессов.

Таким образом, действие веществ, образовавшихся в переживающих на холоде тканях, заключается в стимуляции макроорганизма, который уже сам справляется с болезнью. Как известно, макроорганизм может выздоравливать от множества болезней и сам, без лечения. Академик Филатов полагает, что и в этих случаях происходит отделение организмом стимуляторов, но они отделяются под влиянием внутренней патологической среды, т.е. болезни. Так бывает, например, при тифе. Когда наступает отравление организма, и клетки его близки к гибели, они отделяют свои стимуляторы биохимических реакций, как это происходит в сохраняемой на холоде коже, когда она после нескольких дней консервации, почти погибающая, перестраивается и отделяет необходимые ей стимуляторы. Аналогично этому и кризис при тифе выражает перестройку организма в ответ на сильное его «угнетение».

Понятно, что введение в организм консервированной кожи (равно и других тканей и дериватов) — не единственный способ лечения.

Действенными (и притом по различному механизму действия)

оказываются многие лекарственные средства и физические методы лечения, но и при изучении их эффектов надо принимать в расчет их влияние на организм, ведущее к выделению им стимуляторов для тканей и физиологических систем (Филатов, 1943).

Таким образом, по гипотезе академика Филатова, тканевое лечение есть возбуждение макроорганизма веществами, вырабатываемыми тканью при ее консервации, так называемыми продуктами консервации или биогенными стимуляторами.

Академик Филатов считает, что биогенные стимуляторы — это не продукт смерти клетки, а продукт жизненных процессов последней. В ответ на действие среды живая клетка подвергается перестройке и отделяет такие частицы белковых молекул, которые стимулируют ее биохимические процессы при данных неблагоприятных условиях. В этом смысле такие вещества можно, как говорит академик Филатов, назвать «веществами сопротивления». По его мнению, перестройка ткани (а, вероятно, и организмов) происходит при самых разнообразных воздействиях среды, если они достаточно сильны (но не слишком сильны или длительны). Способность клетки к перестройке, может быть, играет роль и в эволюционном процессе. Организмы, клетки которых в процессе эволюции уже выработали способность отделять биогенные стимуляторы, имеют больше шансов на выживание при воздействии среды.

Исходя из этого предположения, а также считая закон перестройки и образования стимуляторов общим для всего живого, академик Филатов проверил свое предположение на растениях, на листьях. Полагая, что для зеленого листа главным фактором его питания и жизни служит солнечный свет, он сохранял листья не в холоде, а в темноте. Для опыта были избраны листья алоэ. И, действительно, из выдержанных в темноте листьев алоэ получился экстракт, действующий на заживление туберкулезных язв у кроликов более сильно, чем экстракт из свежих листьев. Эти опыты академик Филатов производил совместно со мной.

Таким образом его предположение оправдалось. Исходя из него, академик Филатов совместно с проф. Благовещенским исследует возможность получения целебных стимуляторов и в листьях других растений. На очереди также исследование других тканей животного и растительного происхождения.

Что же представляют собой «вещества сопротивления» или биогенные стимуляторы? Может быть, это ферменты? На этот вопрос надо ответить отрицательно. Автоклавированные при 120 град. ткани (1,5 атм. 1 час) и подвергнутые кипячению экстракты из консервированных тканей, в дальнейшем автоклавированные при 120 град., совершенно освобожденные от белков и температурой и химическими препаратами, сохраняют свое целебное действие. Так как при указанных условиях ферменты, представляющие собой белки, разрушаются, то ясно, что стимуляторы — не белки. Есть основание считать их органическими непредельными кислотами. Так, по исследованиям проф. Цуверкалова в лаборатории ака-

демика Филатова, сок свежих листьев алоэ содержит меньше кислот, чем сохраненных в темноте. О том же говорят данные проф. Благовещенского, а также исследования американских авторов по вопросу о стимуляторах эпителия при заживлении ран. Ими установлено, что в живых еще клетках тканей при их ранениях выделяется травматин (предполагавшийся Габерландом раневой гормон), который сильно стимулирует размножение эпителия. Травматин оказался дикарбоновой кислотой довольно простой формулы. Он был синтезирован и применялся для ускорения заживления ран. Стимулом к его появлению послужила травма, поставившая клетки в неблагоприятные условия существования (Филатов, 1945 г.).

Значение травмы как возбудителя процессов деления клеток хорошо известно в биологии, как известно и значение в этом смысле низких и высоких температур, лучистой энергии и других воздействий. Вероятно, и при сохранении тканей на холоде или в темноте (для листьев) вырабатываются непредельные кислоты или целый комплекс их, в состав которого входит, может быть, травматиновая кислота. Этот вопрос нуждается в исследовании.

Но как же действуют эти биогенные стимуляторы, эти теплостойкие небелковые вещества? Ответ на это дают замечательные опыты И. И. Чикалло, ученика проф. Благовещенского (Благовещенский, 1945).

И. И. Чикалло решил воздействовать на ферменты, потерявшие свое протеолитическое действие (не восстанавливавшееся сероводородом), кипяченым, автоклавированным и лишенным белков экстрактом из консервированных листьев. Оказалось, что фермент восстановился. А если фермент был активен, то от прибавления биогенных стимуляторов действие его усиливалось. Данные Чикалло подтверждены и другими учениками проф. Благовещенского (Филатов, «Тканевая терапия»).

По учению проф. Энгельгардта, почти все белки организма — ферменты. Если это так, то действие биогенных стимуляторов, по мнению академика Филатова, сводится, по крайней мере отчасти, к восстановлению или усилению действия ферментов организма.

Факты и гипотеза академика Филатова проливают новый, нежиданный свет на темные вопросы патологии и выздоровления, на различные биологические проблемы, на вопросы физиологии растений. Они находят приложение не только в теоретических вопросах, но и практически применяются в медицине, ветеринарии и даже в агрономии.

Мне пришлось изложить в этой вступительной главе не только фактический материал, свидетельствующий о полезности тканевого лечения по методу академика Филатова, но и гипотезу этого метода, ибо автор его, руководствуясь указанной гипотезой, как рабочей, строит свои исследования в области методики тканевого лечения.

Библиотека Музея Филатова

Ознакомление с нею врачей разных специальностей все более необходимо, поскольку она применяется все шире и шире.

Методика тканевого лечения излагается в данном разделе лишь в отношении тканей животного происхождения и в сокращенном виде, так как Введение содержит материал, достаточный для общего ознакомления читателя с основами и главными типами тканевого лечения. Подробное описание его можно найти в книгах академика Филатова («Тканевая терапия» — изд. Медгиза УзССР, Ташкент, 1943, и «Пересадка роговицы и тканевая терапия» — изд. Медгиза СССР, Москва, 1945), а также в «Инструкции тканевого лечения», Одесса, 1946.

Что касается применения растительных тканей, которому посвящена моя работа, то об этом будет сказано в следующих главах.

Основу тканевой терапии по методу академика Филатова составляет сохранение тканей человека или животных при относительно низкой температуре (2—4 град. выше нуля) в состоянии «переживания». Автор этого метода в своих работах неоднократно указывает на возможность воздействия и других условий среды на развитие биогенных стимуляторов (высокая температура, рентген, ультрафиолетовые лучи и т. п.). Но хранение тканей при указанной температуре наиболее изучено в школе академика Филатова для тканей животного происхождения.

Ткани, получаемые от трупа и от живого донора — человека (при операциях), от трупов и от живых доноров — животных, тотчас же ставятся в указанные выше условия температуры. Если их берут вне лечебного учреждения (например, в морге или на бойне), то необходимо иметь при себе переносный ящик со льдом.

Получение тканевого материала от трупа человека

Этот материал получается либо в патологоанатомических кабинетах больниц и клиник, либо, что предпочтительнее, в судебномедицинских моргах. Необходимо знать «анамнез» трупа (т. е. все, что касается времени смерти, если можно — здоровья субъекта до смерти), условия, в которых находился труп, выяснить, не было ли отравления сильнодействующими ядами, и путем осмотра установить, нет ли повреждений или загрязнений, которые мешали бы взять материал.

Общее правило такое: нам более пригодны трупы людей, погибших от несчастных случаев, если труп пролежал не более 3 — 4 часов летом и не более 10—12 часов зимой. Вопрос о сифилисе стоит не очень остро. В тех случаях, когда имеют в виду пользоваться нестерилизованным материалом, необходимо отказаться от тех трупов, кровь которых дала положительную вассермановскую реакцию или другие положительные реакции на сифилис (реакции эти делаются, пока ткани хранятся на холоде; кровь берется шприцем из сердца); но заражения сифилисом от трупа вообще не должно быть. Дело в том, что при хранении

тканей на холоде (как это доказано Глейберманом и Вельтер для яичка кролика, а Скундиной для крови), спирохеты погибают через 5 дней, и заражения (в условиях эксперимента на кроликах) не происходит. Несколько тысяч случаев применения трупных материалов в школе академика Филатова не дали ни одного случая заражения сифилисом. Никогда не наблюдалось и заражения малярией, хотя возможность занесения инфекции не исключена.

Но если, как теперь принято, материалы от трупа (да и от живых доноров) подвергаются стерилизации в автоклаве, то вопрос о возможности инфекции вообще отпадает.

Из материалов, получаемых от трупа, я укажу здесь подробно лишь на кожу, остальных же коснусь вкратце.

а) Получение кожи

Кожа живота обмывается мыльным спиртом или другой дезинфицирующей жидкостью, смазывается 70-градусным спиртом. По средней линии живота выкраивается узкий и длинный кусок кожи (чтобы рану легко было сшить). Кожа иссекается с тонким слоем жировой клетчатки. Ее кладут в стерильную герметическую банку (не прибавляя никаких жидкостей), которую помещают в ледник, где температура 2—4 град. выше нуля. Если имеется обыкновенный хозяйственный ледник, то банку с кожей помещают в него на дощечку, положенную на поверхность льда. При таянии льда банка спускается вниз вместе с дощечкой, и при этом температура остается все время в пределах 2-4 град. выше нуля. На льду кожа находится 6-7 дней. Ледник должен наполняться льдом бесперебойно. Если кожа применяется для пересадки в нестерилизованном виде, то за несколько минут до операции ее переносят в операционную. Если же она должна быть стерилизована, то ее в банке, закрытой ватным томпоном, ставят на 1 час в автоклав при 120 град. Биогенные стимуляторы эту температуру выдерживают. Если желательно сделать из кожи водный экстракт, то ее употребляют для этой цели до стерилизации.

б) Получение других тканей от трупа

На описании получения от трупа других тканей и органов (печени, селезенки, слизистой оболочки, яичка, мозга, нервов, хряща, мышц, глаз и т. д.) я останавливаться не буду. Хранение их на льду аналогично вышеизложенному.

в) Взятие крови у трупа

Для серологических реакций кровь из сердца берется следующим образом. Иглу шприца, длиной 10—12 см, вкалывают между 4-м и 5-м ребрами, отступя от грудины на 1см, слева перпендикулярно коже. Введя иглу на 5 см, переводят ее в косое положение и набирают 10 куб. см крови для исследования.

Для лечебных целей берется развернувшаяся кровь из верхней полой вены по методике проф. С. С. Юдина.

г) Получение цереброспинальной жидкости

Цереброспинальная жидкость берется при помощи шприца, игла которого проводится между 4-м и 5-м поясничными позвонками, при чем труп находится в сидячем или висячем положении. Жидкость разливают по ампулам. Бактериологический контроль. Возможна пастеризация или автоклавирование.

Получение тканевых материалов от живого донора — человека

а) Гомопластический материал

Глаза получаются от таких пациентов, которым показано удаление глазного яблока по поводу травм. Другие ткани и органы —кожа, мышцы, внутренние органы и т. д. — получаются при хирургических операциях. Дунье настоятельно рекомендует брюшину грыжевого мешка, сохраняемую в жидкости И.П.К. в течение 10—12 дней при температуре 3—6 град. выше нуля.

Очень удобный материал — плацента. Ее берут от здоровых рожениц тотчас после родов. Часть ее хранится на холоде, как кожа, 6—7 суток. Если материал применяется в нестерилизованном виде, то здоровье роженицы до и после родов определяет возможность применения материала (до- и послеродовые заболевания, реакции на сифилис, флора влагалища). Множество имплантаций, сделанных в школе академика Филатова, показало, что заражения не наступало. При автоклавизации плаценты опасность заражения отпадает.

б) Аутопластический материал

От самого пациента можно получить кожу, грыжевой мешок, слизистую оболочку губы и склеры и кровь. Правила консервации те же.

Получение тканевого материала от трупов животных

Глаза животных (быков, баранов и т. п.) получаются на бойне. Там же добываются и другие ткани (кожа, кожа губы, яички и т. п.). Хранение в леднике 6-7 дней. Из глаз можно получать водянистую влагу (которая применяется в пастеризованном виде), а также сосудистую оболочку, сетчатку.

Если ткани животных употребляются в нестерилизованном виде, то нужен контроль бойни на заразные болезни (сап, бруцеллез и т. д.). Автоклавирование устраняет опасность инфекции. Для экстрактов берутся ткани в нестерилизованном виде, но стерилизуются они в процессе приготовления экстрактов.

Для имплантаций ткани автоклавируют при температуре 120° в течение часа. Если желательно сохранять их длительно, то нужно не оставлять в банке много воздуха.

Гетеропластические материалы вполне действенны как в

нестерилизованном, так и в стерилизованном виде. Повторные пересадки или имплантации гетероматериалов, рассуждая теоретически, могут дать повод к анафилактическим явлениям. Поэтому при повторении пересадки или имплантации нужно менять виды животных

Академик Филатов указывает на необходимость при пользовании гетерогенным материалом следить за весом пациента, во избежание первичной токсичности гетерогенных белков. Могут быть применяемы без опасений водянистая влага и цереброспинальная жидкость, которые почти не содержат белка, экстракты из гетерогенных материалов, если они (как это теперь принято) освобождены от белков; рыбий жир, добываемый из печени трески, который хотя и служит гетероматериалом, но почти не содержит белка. Его можно пастеризовать и кипятить. Ампулы или склянки с рыбьим жиром хранятся на холоде.

На получении тканевых материалов от живых животных нет необходимости останавливаться.

Обработка тканевых материалов

Ткани человека и животных после консервации на холоде могут применяться в самых различных формах, а именно:

1) в виде кусков большей или меньшей величины для пересадки в ту или иную ткань: в разрезы и дефекты кожи, в разрезы слизистой оболочки (глаза, вагины и т. д.), в роговицу и т. д.;

2) в виде кусков для имплантаций под покровы тела (в подкожный карман, под слизистую оболочку глаза, в толщу роговицы и т.п.);

3) в виде кашиц для имплантаций под покровы;

4) в виде кашиц для мазей (с вазелином) для наружного употребления (при язвах);

5) в виде выдавленных соков для инъекций;

6) в виде выдавленных соков в смеси с водой для глазных капель;

7) в виде сухих порошков для присыпок и для внутреннего применения;

8) в виде водных и других экстрактов для внутреннего употребления, для клизм и для инъекций под кожу и в вену.

Я остановлюсь здесь только на приготовлении водного экстракта из плаценты.

Новая техника

Измельчив плаценту в фарфоровой чашке до кашицеобразного состояния, прибавляют физиологического раствора или дистиллированной воды из расчета 1:10 и, дав ей постоять 1 час при комнатной температуре и 1 час при 70 град., нагревают ее до короткого кипения (1-2 минуты), фильтруют, снова медленно нагревают до короткого кипения (1-2 минуты) и опять фильтруют. Фильтрат разливают по ампулам, последние запаивают и автоклавируют при 120° 1 час. Хранят на холоде. Приготовленный экстракт слегка опалесцирует.

РЕПОЗИТОРИЙ ГГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Экстракты из других тканей приготовляют аналогичным способом.

Способы применения консервированных тканей

Я приведу здесь способы применения только некоторых тканей.

Кожа

Пересадка консервированной кожи (нестерилизованной). Пациенту удаляют кусок кожи для получения дефекта в 12—16 кв. см. После остановки кровотечения на дефект кладется соответствующей величины кусок консервированной кожи без подкожной клетчатки, обмытый раствором бриллиантовой зелени. Он удерживается перекидными швами. Накладывают сухую клеоловую повязку. Ежедневно сменяют ее с промазыванием трансплантата спиртовым раствором бриллиантовой зелени. Швы снимают через 2-3 дня. Можно не делать дефекта; достаточно сделать один разрез кожи, который должен пройти в жировую клетчатку настолько, чтобы края разреза широко разошлись. Зияющую рану закрывают трансплантатом.

Нет необходимости пересаживать кожу около очага болезни, что некоторые врачи предпочитают. Избранные для пересадки места — ягодица, живот, бок, бедро. Дефект постепенно закрывается с отделением сухого струпа. Через несколько месяцев на месте дефекта остается нежная розовая ткань, не имеющая наклонности к стягиванию.

Имплантация автоклавированной кожи

На боку (или на ягодице) пациента анестезируют кожу (интрадермально) и подкожную клетчатку (4,0 куб. см 1-процентного новокаина). Сделав небольшой надрез до подкожной клетчатки, под кожу вводят плашмя большой скальпель и делают им подкожный карман. В него анатомическим пинцетом вдвигают кусок автоклавированной кожи (величиною в 6—8 кв. см). Поставив между браншами пинцета шпадель (дабы удержать имплантат), извлекают пинцет. На разрез накладывают 2-3 шва, которые проводятся далеко от краев резреза. Швы снимают на 8-й день. Важно во все время операции удерживать кожу в виде складки левой рукой. Завязывает шов помощник.

Аналогично производят имплантацию и других автоклавированных материалов.

Имплантация плаценты под конъюнктиву — довольно распространенный способ тканевой терапии. Впрыснув под конъюнктиву склеры в верхнем отделе глаза 1 кб. см 1-процентного новокаина, оператор захватывает тонким хирургическим пинцетом конъюнктиву, например, на 2 часа, и, прорезав ее ножницами, простригает под нею канал до 11 часов; тонким анатомическим пинцетом он продвигает в конец туннеля кусочек плаценты (нестерилизованный или автоклавированный) размером 6—8 кб. мм. Отпустив бранши анатомического пинцета, но не извлекая его, оператор хи-

рургическим пинцетом схватывает края разреза между браншами анатомического пинцета и извлекает последний. Швов не нужно.

Инъекции водных экстрактов плаценты под кожу делаются ежедневно по 1—4 куб. см, всего 25—30 раз на курс. Аналогично применяют экстракты из других тканей гомо- и гетерогенного происхождения. Предпочтительнее пользоваться автоклавированными экстрактами. Водянистая (тиндализованная) влага впрыскивается по 1—3 куб. см.

Консервированная аутокровь, консервированная (развернувшаяся) гомокровь вводится межмышечно по 5 куб. см.

Рыбий жир вводят в ягодицу межмышечно по 1—2 куб. см через день — 20—25 инъекций на курс. Недопустимо, чтобы хоть одна капля жира попала в подкожную клетчатку при проведении иглы (длиной 6-7 см и тонкой), а также при введении ее.

Клинические наблюдения академика Филатова и его последователей, опыты над животными и биологические исследования показали, что любая ткань (животного и растительного происхождения) может быть целебной, если эту ткань предварительно поставить в неблагоприятные, но не убивающие ее жизнь условия. Все эти исследования и позволили академику Филатову построить оригинальную гипотезу о биогенных стимуляторах и создать целый ряд полезных практических методов обработки и применения автоклавированных и консервированных тканей и их дериватов для лечебных целей в медицине.

В дальнейшем применение биогенных стимуляторов было использовано и в других областях, как-то: в ветеринарии, в сельском хозяйстве.

Глава I

ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНСЕРВИРОВАННЫХ В ТЕМНОТЕ ЛИСТЬЕВ АЛОЭ

Во Введении мне неоднократно приходилось упоминать об эффектах действия экстрактов из консервированных листьев алоэ. Но упоминание это имело только характер иллюстрации к тем или иным положениям из области проблемы тканевого лечения.

Фактический материал по применению с лечебной целью консервированных листьев алоэ очень богат и ценен, и о нем следует сказать подробно по следующим причинам. Консервированные листья алоэ (да и листья других растений), которыми школа академика Филатова пользуется все шире и шире, чрезвычайно удобны для употребления. Пользуясь ими, нам не нужно думать ни о сифилисе, ни о других инфекционных процессах; приходится считаться только с внешними загрязнениями их. Добывать материал крайне легко—это неприхотливое растение можно разводить в комнатных условиях. Получить экстракт тоже очень просто.

ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА им. В.П. Филатова

Сводка клинических и лабораторных исследований школы академика Филатова по вопросу применения листьев алоэ может помочь и дальнейшему изучению многих сторон гипотезы биогенных стимуляторов. Моя работа может представить интерес как новое добавление к славе листьев алоэ — этого народного целебного средства. В этом отношении важным будет вывод о возникновении в листьях алоэ биогенных стимуляторов по гипотезе академика Филатова и о тех новых способах применения этого растения, которые не были известны народной и научной медицине. Выяснение их составляет неотъемлемую заслугу академика Филатова. Немалое значение имеет и то его достижение, что, на основании изучения свойств алоэ, он указал путь к открытию и возбуждению целебных свойств других растений.

Листья алоэ имеют длинную историю в медицине. Первоначальные сведения об этом лечебном растении относятся ко временам Александра Македонского (356—323 гг. до нашей эры). Его учитель и воспитатель Аристотель обратился к нему с просьбой завоевать остров Соккотру, находящийся в Индийском океане, исходя из тех соображений, что на этом острове туземцы разводят растение сабр (алоэ), листья которого имеют большое значение для лечения ран и других болезней.

Александр выполнил просьбу своего учителя, и с этого времени разведение алоэ стало монопольным делом греков. Целый ряд выдающихся медиков и писателей на протяжении веков сообщали о целебном значении листьев алоэ и добываемого из них сока.

Указания на это средство имеются у Диоскирида, Плиния, Цельсия, Галена (130—201 гг. нашей эры), а затем у арабского географа Масуди. Далее идут сообщения араба Эбн Батнера (XIII век), Авиценны (980—1037 гг.) и других авторов. О пользе алоэ говорится в «Русском народном травнике и цветнике» (1892 г.), а также в курсе органической фармакодинамики Соколовского (1869 г.), в фармацевтическом выпуске Клинга (1915 г.), в фармакологиях Кравкова (1924 г.) и Скворцова (1937 г.) и в статьях ряда клиницистов — Блиоха (1924 г.), Колесникова (1928 г.), Собкевича (1931 г.). Многие из перечисленных авторов (я заимствую перечень их из длинного списка литературы, приведенного в статье Н. П. Сидоренко «Исторические сведения о лечебном применении алоэ») характеризуют листья и сок алоэ как ценное средство в следующих отношениях:

1) как слабительное,
2) как заживляющее раны и язвы при наружном применении,
3) как заживляющее язвы пищеварительного тракта,
4) как средство против желтухи,
5) как средство при гнойных воспалениях глаз,
6) при детских заболеваниях,
7) при туберкулезе легких,
8) при рентгеновском дерматите и радиодерматите.

Из указанных эффектов сока алоэ особенно ярки, по данным авторов, такие действия его: как слабительное; ускоряющее

заживление ран при наружном применении (в форме прикладывания листьев, порошков и примочек); при туберкулезе легких (в форме смеси листьев алоэ с салом и медом), что особенно пропагандируется русскими клиницистами — Блиохом, Колесниковым, Собкевичем, Курикиным, Пичугиным. (Цитировано по Сидоренко, 1940 г.).

Оценивая методы применения алоэ, мы можем установить следующий факт. На протяжении веков существовало только два способа его употребления: наружный — для лечения внешних поражений организма (накладывание на раны, примочки) и внутренний — для лечения туберкулеза и некоторых других болезней, а также для послабляющего действия.

О консервации листьев в темноте не упоминалось. Этот метод, как и подкожные, а тем более внутривенные вливания экстрактов алоэ, введен академиком Филатовым.

Алоэ имеет несколько видов. В древности применяли Aloë soccotrina.

Из листьев этого вида и получается продаваемый сгущенный сок алоэ, так называемый, сабур.

В своих исследованиях мы пользовались листьями Aloë arborescens.

Родина алоэ—Южная Африка (Капландия), откуда это растение распространилось на остров Цейлон, в Индостан, Китай и Америку. В Европе оно появилось в 1700 году и известно под названием столетника или мозолистого дерева. Наиболее распространено Aloë vulgaris laminalis и Aloë soccotrina. Кроме того, имеются такие виды, как Aloë ferax, Aloë spicata и другие. Их насчитывают до 200. У нас, и на севере и на юге, культивируется, как комнатное растение, Aloë arborescens Mil. (народное название — столетник). В Батуми алоэ растет в естественных условиях. Оно бывает вышиной от 30 сантиметров до 3 метров. Форма листьев ланцетовидная, с зубчатыми краями, усеянными шипиками. Методом вываривания на огне или выпаривания добывают сгущенный сок.

Изучать химический состав алоэ начали давно, однако и до сих пор это изучение неполно По данным Флюккигера, Чапека и Гандбари, эдинбургский аптекарь Смит открыл производный от антрохинона глюкозид-алоин, каковой и считается главным послабляющим фактором алоэ. Проллиус нашел (1865 г.) в неокрашенной паренхиме алоэ соляную кислоту. Рохмдер и Чумней обнаружили в листьях этого растения хризаминовую, паракумаровую, алоэтиновую, алорциновую и параоксибензойную кислоты (цитировано по Сидоренко).

Алоэ содержит 10—15 проц. глюкозид-алоинов и много деривативов антрохинона. Алоин, расщепляясь, дает алоэ-эмозин, действующий возбуждающе на стенки толстой кишки.

Из наиболее популярных трактатов по китайской медицине видно (цитировано по Cole, 1943 г.), что алоэ широко распространено и в медицине и в быту. Свежее растение (mussbar, народное

название алоэ) высушивается и прибавляется к лекарственным смесям. Кроме внутреннего употребления им пользуются для примочек при экзематозных поражениях кожи.

Повидимому, то же растение употребляется в Индии. Оно описано Хопра в его книге «Туземные лекарства в Азии». Алоэ употреблялось как слабительное, а также при воспалительных процессах.

Первоначальное применение алоэ относится к IV веку до нашей эры.

По данным классической китайской медицины, оно имеет следующую историю: В период династии Танга (618—905 гг.), им пользовались для местного лечения синуситов и как противолихорадочным средством в педиатрии. Ученый Лю-Ю-Ши (772—842 гг.) получил поразительные результаты, прикладывая свежие листья алоэ к экзематозным поражениям своей кожи во время тибетской экспедиции. В период династии Сунга (960—1276 гг.) этим растением лечили зубные болезни, а также экзему. В период династии Кинга (1368—1649 гг.) алоэ прописывали в качестве слабительного и глистогонного, а также при детских судорожных припадках.

В отношении применения этого средства народная медицина на много лет опередила научную медицину. Так, американские врачи только за последние годы познакомились с использованием Aloë vera при лечении радиодерматитов и некоторых хронических изъязвлений. Полковник Теу (Tehou, 1943 г.) сообщает, что в 1939 г. доктор Кол, прикладывая разрезанные свежие листья алоэ, вылечил ему обширную язву на подошве, образовавшуюся после применения большой дозы радия при лечении кожного поражения.

Сок из свежих листьев алоэ, как и самые листья, употреблялись, главным образом, при лечении ран и язв. Использование соков из свежих растений при лечении ран и язв явилось новым способом в хирургии. Этому вопросу посвящен целый ряд экспериментальных и клинических исследований (Коздоба, Соколов, Узбеков, Снежков, Билаховский). Авторы этих исследований базировались на том, что в области ранения сильно разрушается витамин С. Сидоренко (1940 г.) при местном лечении ран свежими листьями алоэ также придавала большое значение наличию витамина С. Академик Филатов для своих исследований по изучению биогенных стимуляторов остановился на алоэ лишь потому, что из его листьев легко получать сок. Биохимический состав растения для его исследований не имел значения, так как в основном необходимо было выявить действие экстрактов из консервированных в темноте и из свежих листьев алоэ на различные биологические процессы. Этим самым академик Филатов поставил совершенно по-новому исследование целебных свойств экстрактов из листьев не только алоэ, но и других растений. Полученные им факты послужили дальнейшему развитию предложенного им нового принципа лечебной медицины — тканевой терапии.

Применение в приводимых ниже исследованиях консервированных листьев алоэ основано на гипотезе академика Филатова о сущности тканевой терапии. В частности, оно обосновано следующими данными. Полагая, что активные вещества, стимулирующие жизнь консервируемой ткани, появляются в результате реакции последней на затрудненные условия жизни, академик Филатов предположил, что такой феномен имеется в тканях не только животного, но и растительного происхождения, и даже в целых животных и растительных организмах.

Академик Филатов поставил себе задачу доказать, что при условиях, затрудняющих метаболизм растений, в них накопляются активные вещества, действующие аналогично образующимся в животных тканях факторам консервации.

Так как главным условием процесса синтеза растения есть свет, то академик Филатов полагал, что при лишении листа этого фактора в нем должны развиваться активные для его жизни вещества.

Академик Филатов совместно со своими учениками проделал ряд опытов над листьями алоэ. В 1-й серии опытов исследователи убедились, что сок из свежего листа, введенный каплями в конъюнктивальный мешок кролика, у которого соскоблен эпителий всей роговицы, ускорил эпителизацию по сравнению с контрольным опытом; сок из листа, консервированного в темноте в течение 10 дней, подвергнутый тиндализации, дал полную эпителизацию скорее, чем сок из свежего листа.

С ассистентом Назаренко были проведены следующие опыты: кусочки эмбрионального листа сирени помещались в смесь равных объемов раствора Кнопа и неразведенного экстракта из свежих листьев алоэ, а также в смесь равных объемов раствора Кнопа и неразведенного экстракта из листьев алоэ, консервированных 25 дней в темноте в температуре 2-4 градуса выше нуля. Экстракты были тиндализованы.

Оказалось, что на 7-й день длина клеточных агрегатов, появившихся на краю листа, была в 50-проц. смеси раствора Кнопа с неразведенным соком из консервированного листа значительно большей, чем в смеси с неразведенным соком свежего листа. То же относится и к количеству клеточных агрегатов. Пробовали также определить, как влияет удобрение почвы экстрактом из свежих и экстрактом из консервированных листьев алоэ на показатели роста семян овса. Оказалось, что прибавка сока консервированных листьев на 6-й день дала всходов по количеству значительно больше, чем при удобрении соком свежих листьев и в контроле. Листиков, вышедших из гипокотилей на 7-й день, также было больше. То же получилось и с высотой, с количеством растений, вступивших в фазу двойного листа (на 13,14,15, и 17 дни) и с весом убранных растений (зеленой массы и воздушносухой массы).

Аналогичные результаты получены в опыте с клубнями картофеля. Клубни картофеля «эпикур», помещенные в экстракт сока консервированных листьев алоэ, дали значительно большее коли-

чество глазков и большую длину ростков, чем контрольные клубни на соке из свежих листьев.

Академик Филатов совместно со мной испробовал влияние лечебных соков неконсервированных листьев алоэ на течение туберкулезных язв у кроликов сравнительно с таким же соком из консервированных 10 дней листьев. 5 II.1941 г. 4-м кроликам в кожу спины введена культура ВК humanus 1 миллион в 1 куб. см. Через 20 дней образовались язвы. У контрольного кролика через месяц и 10 дней язва оказалась незаживающей. У кролика, которому около язвы впрыснули сок свежего листа алоэ (по 0,5 10 раз), язва через 40 дней зажила только отчасти (площадь в 7×5 см уменьшилась до 4×3 см). У двух других кроликов язвы (размером 7×5 и 5×4) после инъекций сока алоэ из консервированных листьев в той же дозировке к 40-му дню совершенно зажили.

Приведенные только что опыты, как недостаточно многочисленные, я считаю предварительными, но так как они разнообразны по постановке и указывают на один и тот же результат — на большую активность сока консервированных листьев алоэ, то они заслуживают внимания.

Интересно сопоставить с этими данными факты, приводимые Благовещенским (цитировано по Филатову, 1943 г.): «Лист Atropa Belladonna, будучи помещен стебельком в воду и сохраняем при низкой температуре в темноте, продолжает вырабатывать атропин, т. е., жизнь листа поддерживается уже не светом, а другими стимуляторами».

В некоторой близости с данными академика Филатова стоят данные академика В. И. Палладина. Цитирую их со слов проф. Благовещенского, выступавшего в прениях по докладу Филатова в ВИЭМ (1938 г.): «Академик Палладин сообщал лет 16 тому назад о медленном отмирании растительных тканей. При этом образуются совершенно своеобразные продукты, которые вызывают энергичное образование ферментов в тканях. Академик Палладин предполагал, что образуются вещества гормонального типа и какие-то вещества, которые он называл осколками протоплазмы».

Раневые раздражители и влияние их на растительные клетки, как и природа самих раздражителей, еще мало изучены.

В этом отношении работы академика Филатова о биогенных стимуляторах жизненных процессов представляют особый интерес. Его гипотеза о биогенных стимуляторах, основанная и разработанная как в экспериментах, так и в клинике, объединяет и обобщает вопросы, касающиеся животного и растительного мира. Основное в гипотезе академика Филатова то, что условия, неблагоприятные как для всего организма, так и для части его, способствуют выработке активных веществ. Эти вещества проявляются и накапливаются в процессе жизни в затрудненных условиях, т. е., как академик Филатов называл раньше, в процессе консервации. Консервированные ткани и препараты из них

при введении в организм более действенны по сравнению со свежими тканями и препаратами из них.

Действие свежих листьев тоже несомненно, но подлежит исследованию вопрос о том, каков химизм этого действия. Содержатся ли биогенные стимуляторы в листьях или они появляются в них в процессе обработки и применения? Допустимо, как думает академик Филатов, что биогенные стимуляторы могут весьма быстро появляться в живых тканях, подвергаемых неблагоприятным условиям. Для этого достаточно и того времени, которое идет на экстрагирование и растирание листьев. Если из листа приготовляется мазь (например, с салом и медом), то и в мази частицы листа подвергаются некоторой консервации, пока сопротивление их условиям среды не будет прекращено высокой температурой. Если листья кладут на рану, то опять-таки они находятся под повязкой в неблагоприятных для себя условиях (тепло около 37 градусов, температура и химизм раны) и могут отвечать на них выработкой биогенных стимуляторов, которых раньше в них, может быть, и не было. Этот вопрос подлежит дальнейшему исследованию. В данное время нам важны наблюдения над консервированными листьями: они действуют сильнее свежих — это важно в практическом и ценно в теоретическом отношении, как довод в пользу гипотезы академика Филатова.

Глава II

МЕТОДИКА КОНСЕРВИРОВАНИЯ ЛИСТЬЕВ АЛОЭ, ОБРАБОТКА ИХ, ПРИГОТОВЛЕНИЕ ЭКСТРАКТОВ И ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ АЛОЭ В МЕДИЦИНЕ

Консервация листьев алоэ

Листья алоэ отрезают от их основания у стебля, кладут на плоские тарелки, а при большом количестве — в ящики, прикрывают бумагой и помещают в темноту при прохладной температуре (8—10 градусов выше нуля) на 12—15 суток.

Консервация в темноте представляет собой основной акт методики применения алоэ с лечебной целью.

Дальнейшая обработка листьев совершается различно, в зависимости от того, предполагается ли подвергать их или их дериваты стерилизации высокой температурой или нет. В дальнейшем я буду описывать методику в следующих формах: а) без стерилизации, б) со стерилизацией бактериальными фильтрами, в) пастеризацию, г) тиндализацию и д) стерилизацию в автоклаве.

Обработка листьев алоэ

а) После консервации отвешивают необходимое количество листьев. Их обмывают кипяченой водой и дают им обсохнуть

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

на салфетке или на сите, затем каждый лист смазывают со всех сторон полпроцентным раствором бриллиантовой зелени в 70-градусном спирту и оставляют полежать 20 минут, после чего смывают бриллиантовую зелень кипяченой водой. По исследованию проф. Баккала, спиртовой раствор бриллиантовой зелени в полминуты убивает даже споры бактерий, будучи нанесен на зараженную ими поверхность. Широкое применение этого метода показало, что препараты, приготовленные таким образом из листьев алоэ, никогда не давали заражения.

б) Для сугубой осторожности обработка зеленью необходима и в тех случаях, когда в дальнейшую обработку листьев вводится тиндализация или пастеризация.

в) Уже несколько лет назад академик Филатов ввел в методику пользования алоэ стерилизацию листьев и их дериватов в автоклаве при 120 градусах. При такой методике смазывание бриллиантовой зеленью отпадает.

Приготовление водного экстракта из консервированных листьев алоэ

Общие условия. Когда не имеют в виду никакой стерилизации экстракта, то все процедуры должны производиться при условиях тщательной асептики, установленных в серологических лабораториях. Если нет специальной лаборатории, то для приготовления препаратов алоэ должна быть выделена такая комната, в которой накануне наводят порядок и чистоту и запирают. Накануне заготовляют и стерилизуют посуду (колбы, бутыли, воронки, фарфоровые ступки с пестиками), измерительные стаканы или цилиндры, ампулы или флаконы (в 1-4-10 куб. см), резиновые пробки, фильтровальную бумагу, компрессную бумагу для пробок, марлевые салфеточки, вату. Стерилизуют эти предметы в автоклаве (при 1,5—2 атм. в течение часа) или в сухом стерилизаторе. Кроме этого необходимы: кипяченая вода, дистиллированная вода, полпроцентный раствор бриллиантовой зелени (в 70-градусном спирту), наклейки для бутылок, стерильные ножницы, пинцеты. Из прочей обстановки назову кипятилку, спиртовые лампочки, примус, пробирки для посевов с питательными средами и т. д. Лица, приготовляющие экстракты, должны иметь маски и работать в перчатках,

В тех случаях, когда предстоит та или иная стерилизация экстракта, обстановка соответственно упрощается, и при применении автоклавизации экстракта в процессе приготовления его не требуется, по существу, никаких предосторожностей. Но при стерилизации экстрактов фильтрацией, тиндализацией или пастеризацией следует соблюдать указанные выше условияа асептики для профилактики каких бы то ни было случайностей..

а) Приготовление экстракта без стерилизации

Определенное количество обработанных бриллиантовой зеленью листьев (скажем, 10 грамм) измельчают в ступке ножницами

и растирают пестиком до кашицеобразного состояния. К этой массе прибавляют пятикратное количество стерильной дистиллированной воды (в нашем примере 50 кубиков) и всю массу сливают в колбу, отверстие ее закрывают ватным тампоном или крышечкой и оставляют при комнатной температуре на 1 час.

Массу несколько раз пропускают сквозь фильтровальную бумагу. Порции фильтрата проверяют на наличие белка. Когда реакция с азотной кислотой покажет, что его меньше, чем 0,06‰, фильтрация прекращается. Экстракт разливают по ампулам или склянкам. Выборочная проверка стерильности по правилам бактериологии. Хранение на льду. Приготовление нестерилизованного экстракта для клинических целей теперь почти не применяется. Таким экстрактом можно пользоваться только для внутреннего употребления или для лабораторных исследований (для наружного применения на дефектах у животных и для инъекций им), а также для опытов с вымачиванием растений или для удобрения почвы.

б) Приготовление экстракта со стерилизацией бактериологическими фильтрами

1) Определенное количество листьев измельчают и растирают в ступке до кашицеобразного состояния, как сказано выше, и разбавляют пятикратным количеством дистиллированной воды (50 куб. см на 10 г листьев).

2) Всю массу сливают в колбу, в которой она стоит при комнатной температуре (12—15 градусов) 1 час.

3) Фильтрация несколько раз через бумагу.

4) Фильтрация через фильтр Зейца или Шамберлана в стерильные флаконы.

5) Выборочная бактериологическая проверка.

6) Хранение на холоде.

Этот метод представляет много удобств, но требует много фильтров. Он мало изучен в практике применения алоэ.

в) Приготовление экстракта, стерилизуемого пастеризацией

Измельчив, как сказано выше, листья алоэ и разбавив кашицу пятикратным количеством воды, дают ей постоять 1 час при комнатной температуре и, профильтровав несколько раз (с контролем количества белка), фильтрат подвергают нагреванию при температуре не выше 70 градусов на водяной бане или в термостате, где он и стоит 3 часа.

г) Приготовление экстракта, стерилизуемого по методу тиндализации

Измельченную и растертую в ступке кашицу из листьев алоэ, смешанную с пятикратным количеством дистиллированной воды, выдерживают при комнатной температуре (12—15 градусов) 1 час, а затем фильтруют несколько раз. Фильтрат разливают в склянки или ампулы и держат 1 час при температуре до 60—65 градусов С, а затем оставляют в комнатной температуре. На следующий день склянки с экстрактом опять держат 1 час при

РЕПОЗИТОРИЙ ГГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого

температуре 60—65 градусов С, на третий день повторяется то же. Выборочная бактериологическая проверка.

Эта техника широко применялась в школе академика Филатова и она сохраняет свое значение и до настоящего времени. Практика показала, что она вполне обеспечивает стерильность экстракта для подкожных и даже для внутривенных инъекций. Действенность экстракта при хранении его на холоде не теряется, по крайней мере, в течение трех месяцев. Появление осадка на стенке ампулы или склянки при прозрачности раствора значения не имеет. При помутнении раствора им лучше не пользоваться.

Так как высокая температура, как будет сказано ниже, не уничтожает эффективности биогенных стимуляторов, то можно отступить от чистого типа пастеризации или тиндализации: кашицу из листьев, разбавленную пятикратным количеством воды и простоявшую 1 час при комнатной температуре, профильтровать несколько раз, фильтрат нагреть до короткого кипения (1—2 минуты) и профильтровать горячим. Разлить по ампулам или склянкам, которые держать 1 час при температуре 70 градусов. На другой и на третий день склянки снова держать по 1 часу при 70 градусах.

д) Приготовление экстракта со стерилизацией в автоклаве

Значительное упрощение методики приготовления экстракта произошло после установления того факта, что биогенные стимуляторы выдерживают стерилизацию в автоклаве при температуре 120 градусов в течение часа. Эта новейшая техника такова:

Измельчив листья и растерев их пестиком в ступке, разбавляют массу пятикратным количеством дистиллированной воды и выдерживают смесь 1 час при комнатной температуре, а затем нагревают ее до короткого кипения (2—3 минуты). После этого массу пропускают через бумажный фильтр. Фильтрат опять нагревают до короткого кипения и снова пропускают через бумагу. Этот второй фильтрат нагревают до кипения и фильтруют. Разливают по склянкам или ампулам и запаивают последние. Стерилизуют в автоклаве при 120 градусах 1 час. После стерилизации склянки надо завязать бумагой или заклеить. Проверка бактериологическая. Хранение на холоде. Появление осадка при прозрачности раствора значения не имеет. При помутнении его данную ампулу лучше не применять. Эта методика вполне гарантирует стерильность материала. Вместе с тем, благодаря нагреванию до автоклавизации и фильтрованию, экстракт в значительной мере свободен от белка. Количество его не превышает 0,06 проц.

Практика показала, что такой экстракт не вызывает никаких явлений анафилаксии как во время данного курса инъекций, так и при повторении их после долгого промежутка.

Склянки с экстрактом и коробки с ампулами должны иметь этикетку с обозначением названия препарата, даты приготовления и с указанием «стерильный». Регистрация процесса производится в книге, в которой отмечается: 1) дата начала и оконча-

ния консервации листьев; 2) дата изготовления препарата; 3) количество листьев, взятых для приготовления; 4) количество приготовленного экстракта; 5) методика стерилизации; 6) бактериологический анализ.

Выдают экстракты из лаборатории под расписку заведующего лечебным отделением учреждения.

Экстракт не теряет своей эффективности, по крайней мере, 3 месяца. Этот факт был установлен мною путем опытов на белых мышах. Я производила им дефекты одинаковой величины на спинке вблизи начала хвоста. У тех мышей, которым вводился под кожу автоклавированный экстракт алоэ, сохранявшийся при температуре 10—12 градусов 3 месяца, дефекты зажили так же скоро, как и у тех, которым вводился экстракт 10-дневного хранения.

Методика применения экстрактов алоэ

До настоящего времени еще не существует хорошего способа стандартизации экстракта*). Не удается сделать этого ни по количеству белка, ни по Pb, и академик Филатов довольствуется только учетом весового количества листьев и количеством воды, взятым для разбавления кашицы. Практически такая неточность стандартизации не имеет существенного значения. Но, конечно, в будущем ее необходимо устранить.

Дозировка колеблется между 1—4 куб. см экстракта. При впрыскиваниях под кожу лечение начинается с 1 куб. см, а через несколько дней количество впрыскиваемого экстракта доводится до 3—4 куб. см. Инъекции производятся, по возможности, ежедневно. Нет необходимости делать их вблизи места болезненного фокуса. Болезненности и инфильтрата почти никогда не бывает. Но если болезненность есть, то следует либо переменить данную серию ампул, либо впрыскивать сперва 1 куб. см 1-процентного новокаина и после этого — алоэ. В ряде случаев, когда больные жаловались на боль, причиной ее была тупая, толстая игла.

Обычный курс лечения — 25—30 инъекций. Курс повторяется через 2—3 недели. Но приходилось делать и до 60 инъекций подряд без всякого вреда для больного как в отношении самочувствия, так и в отношении почек.

Для лечения больных туберкулезом легких и гортани (а иногда и инфильтрации желез) нужна несколько большая осторожность. Академик Филатов рекомендует начинать с очень малых доз экстракта и для первых 10 инъекций довольствоваться тремя делениями шприца; дозу постепенно повышать до 1—4 куб. см.

Академик Филатов довольно часто применяет комбинированное тканевое лечение, схема которого такова: 12—15 инъекций алоэ, имплантация под кожу консервированной автоклавирован-

*) В настоящее время в Украинском экспериментальном институте глазных болезней доц. Бибером и Скородинской вырабатывается стандарт экстракта алоэ.

ной кожи (плаценты, листа алоэ) и затем опять инъекция экстракта алоэ.

Вполне возможны инъекции экстракта алоэ в вену. При введении кролику весом в 2,5 килограмма одного куб. см экстракта, никаких осложнений не наблюдалось. Самой себе, а также академику Филатову я вводила в вену 3 раза по 2 куб. см без каких-либо неприятных реакций со стороны организма. Внутривенные инъекции алоэ были производимы мною без каких-либо осложнений двум больным с атрофией зрительного нерва (на почве отравления метиловым спиртом) и двумя лепрозным больным.

а) Приготовление водного экстракта из листьев алоэ для микроклизм

В свое время академик Филатов указал на возможность введения тканевых экстрактов (плаценты, рыбьего жира и др.) в форме микроклизм. При таком способе биогенные стимуляторы, несомненно, всасываются слизистой оболочкой прямой кишки и проходят в геморроидальные вены, а затем дальше, в поток кровообращения, минуя систему воротной вены и печень. Этот путь можно рассматривать как «парэнтеральный».

Микроклизмы были испытаны с положительным успехом академиком Филатовым и Драгомирецким (Драгомирецкий, 1940 г.). Такой способ введения экстракта, если он действенен, может быть доступным там, где инъекции почему-либо невыполнимы. Особенно удобны клизмы в детской практике. Для клизм приготовление экстракта может быть упрощено, а именно:

1) Листья алоэ после 15-дневного хранения в темноте (в бумаге или между двумя тарелками) обмывают водой, измельчают ножницами и растирают ложкой в тарелке или ступке.

2) К 100 граммам (¼ фунта) листьев прибавляют 3 стакана воды и оставляют на 1 час для настаивания.

3) Нагревают массу до кипения и кипятят 2-3 минуты, затем процеживают ее сквозь 2-3 слоя марли или чистую тряпочку.

4) При охлаждении набирают в детскую резиновую клизму 2 чайных ложки этого профильтрованного экстракта и 2 чайных ложки теплой воды (порция для взрослого). Больного укладывают на левый бок, наконечник клизмы смазывают жиром или вазелином и, взболтав содержимое клизмы, вводят наконечник в прямую кишку на глубину 8—10 см; сильно сдавив баллон, выпускают экстракт в кишку. Чтобы удержать его, больной должен полежать минут 10.

Для детей до 10 лет берут 1 чайную ложку экстракта и 1-2 чайных ложки теплой воды. Ставить клизмы можно ежедневно, 20—25 раз на курс. Повторяют курс через 2-3 недели.

Эта методика лечения очень проста и удобна, особенно для детей, и доступна в любых условиях.

б) Приготовление водного экстракта алоэ для глазных капель и примочек

Экстракт готовят так же, как для подкожных инъекций, но на половину разводят дистиллированной водой.

От времени до времени капли кипятят. Впускают капли и кладут примочки 2-3 раза в день.

в) Приготовление водного экстракта для полоскания полости рта и горла и для примочек

Экстракт готовят так же, как для клизм. Полоскание применяется в стоматологии. Тем же способом приготовляют экстракт для компрессов на раны и для тампонирования глубоких ран или свищевых ходов (что практикуется в ветеринарии).

г) Экстракт для внутреннего применения

Его готовят, как для подкожных инъекций или для клизм. Дозировка — по 0,5-1 чайной ложке 2-3 раза в день.

д) Приготовление и применение порошков и мазей

Приготовлять порошки можно так: измельченной массе из листьев с прибавкой равного количества воды дают постоять, фильтруют и жидкость стерилизуют, затем высушивают при помощи вакуума или в сушильном шкафу. Можно и просто измельчить листья (обрезав шипики), сильно растереть, простерилизовать и высушить массу.

Порошки можно применять для присыпки на раны и язвы. Тонкий порошок, описанный выше, пригоден и для присыпок в глаз.

Употребляют порошки и внутрь. Из них можно приготовить мазь (1-2 проц.) на вазелине или на другой основе. В смеси с маслом (например, касторовым или миндальным) можно получать взвеси.

е) Подготовка листьев для имплантаций под кожу и применение их

После механической обработки кипяченой водой листья алоэ стерилизуют в чашках Петри в автоклаве. Перед операцией края листа срезают ножницами. Для имплантации берут кусок листа в 6 — 8 кв. см. Кожа пациента на боку обезболивается 1-процентным новокаином. Сделав надрез кожи у начала складки, нож проводят плашмя под кожу и пилообразными движениями образуют карман. Не выпуская складки кожи, оператор вводит в карман анатомическим пинцетом кусок алоэ. Слегка ослабив пальцы и переместив их ближе к разрезу, он вынимает пинцет. 2-3 шва на рану. Швы удобнее проводить заранее, до введения куска алоэ.

Имплантированное под кожу алоэ не вызывает воспаления. Метод имплантаций, как показали наблюдения академика Филатова, дает терапевтический эффект. Консервированный в темноте лист алоэ после обеззараживания его бриллиантовой зеленью можно закладывать в распластанном виде (и без шипиков) между щекой и десной при альвеолярной пиоррее.

Перечисленные выше методы обработки листьев алоэ, консервированных в темноте, и способы приготовления препаратов из них не исчерпывают всей методики. Можно варьировать их и дальше. Я привела лишь основное в этом вопросе.

Техника консервирования листьев алоэ, обработка их для различных форм препаратов (экстракт, порошки, мази, листья для имплантации под кожу) очень проста, доступна и может быть использована в любых условиях для лечебных целей, а также для экспериментов.

По аналогии с алоэ можно применять с лечебной целью и листья других растений. По предположению академика Филатова, всякий лист при хранении в темноте может выработать в себе биогенные стимуляторы. До сих пор испробованы были с положительным результатом листья: агавы (Филатов, Костенко), подорожника, свеклы, кукурузы (Филатов, Скородинская), проростков гороха, выращенных в темноте и холоде и в атмосфере углекислоты (Благовещенский, Филатов), проростков ячменя (Лубенцов, Благовещенский). Ведутся исследования и других листьев.

Методика подготовки, приготовления препаратов из других растений и применения их приблизительно такая же, как для алоэ.

Глава III

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Применение и изучение активных свойств животных тканей, сохраненных на холоде, дало академику Филатову возможность сделать вывод, что при хранении на холоде в ткани происходят биохимическая перестройка и накопление активных веществ — биогенных стимуляторов. Эта реакция ткани на затруднительные условия жизни (низкая температура, нарушение дыхания, иннервации и кровообращения) — основное условие для выработки стимуляторов жизненных процессов. В этих затрудненных условиях ткань не погибает, она продолжает жить и только перестраивается, накопляя в себе высокоактивные вещества — биогенные стимуляторы (Филатов). В опытах Филатова и Баженовой с культурами тканей эпителий консервированной роговицы давал рост и особенно интенсивно рос при воздействии на него подсадки консервированной и убитой высокой температурой ткани. Опыты Пупенко показали размножение клеток в тканях при консервации их на холоде. Доктор Вельтер своим экспериментом доказала, что при пересадке консервированной роговицы трансплантат приживал после хранения роговицы при температуре 2—4 град. выше нуля в течение 15 и даже 30 дней.

В моих опытах по изучению регенерации эпителия на изолированных глазах животных и человека клетки эпителия начинали размножаться и наползать на дефект через 5 — 6 дней хранения на холоде.

Все эти опыты и клинические данные по пересадке консервированной роговицы показывают, что отделенная от организма ткань не погибает, а живет. Дальнейшие опыты и наблюдения показали, что такая ткань в процессе консервации обогащается высокоактивными веществами — биогенными стимуляторами. Пересадка консервированных тканей, а затем и имплантация этих

тканей, подвергнутых действию высокой температуры, дали прекрасный лечебный эффект и убедили нас в активном действии биогенных стимуляторов на процессы рассасывания и регенерации.

Биогенные стимуляторы, по предположению академика Филатова, имеются в изолированных тканях не только животного, но и растительного происхождения и даже в целых организмах. Интересно привести здесь высказывания проф. А. В. Благовещенского о природе биогенных стимуляторов: «Способность организма приспособляться к неблагоприятным условиям среды — факт хорошо известный в биологии. Достаточно вспомнить пустынные растения, вырабатывающие мясистые органы, как приспособления к засушливым условиям; альпийские растения, накапливающие желтые пигменты для борьбы с ультрафиолетовым излучением. Значительно менее известна физиология и биохимия этих процессов, природа защитных веществ и реакций, ведущих к их образованию. Однако, постепенно накапливается материал и в этом направлении. В 1921 году академик В. И. Палладин на съезде ботаников и физиологов растений в Ленинграде сообщил о своих опытах с новообразованием ферментов при сохранении в замкнутых пространствах разрезанных помидор и вывел заключение, что ферменты — осколки протоплазмы. Подобные наблюдения были сделаны в то же время и В. И. Любименко. Эти явления можно было, конечно, объяснить тем, что в условиях опыта клетки изучавшихся растений могли частично отмирать и автолизироваться. Процесс же автолиза в ряде случаев освобождает ферменты из их связанного состояния, и увеличение активности может быть результатом только этого процесса. Здесь нельзя еще говорить о чем-то принципиально новом, что позволило бы биохимически подойти к проблеме приспособляемости. Это принципиально новое было дано в работах академика В. П. Филатова о трансплантации тканей, консервированных на холоде. Ткань при этом не подвергается посмертному автолизу, она остается живой, но в ней протекают процессы, приводящие к образованию каких-то веществ, резко стимулирующих обмен в клетках организма при введении их в него».

Академик Филатов высказал предположение о накоплении или выработке биогенных стимуляторов в тканях растительного происхождения, провел ряд работ, связанных с изучением действия экстрактов из листьев алоэ (свежих и консервированных). Сюда относятся: работа Филатова и Скрипченко об активном действии сока из листьев алоэ, сохранявшихся 10 суток в темноте, на заживление дефекта в эпителии роговицы у кролика; опыты Филатова и мои по заживлению туберкулезных язв в эксперименте на кроликах, показавшие более быстрое заживление туберкулезных дефектов под влиянием инъекций экстракта из консервированных листьев алоэ; работы Филатова и Назаренко на растительных объектах, которые ясно подчеркнули более активное действие на рост и развитие растений сока из листьев алоэ, сохранявшихся 10 суток в темноте, по сравнению с дей-

ствием сока из свежих листьев. Исследования по изучению накопления активных веществ, как в животных, так и в растительных тканях в процессе их консервации, дали академику Филатову возможность в дальнейшем перейти к вопросу о природе этих веществ, так называемых биогенных стимуляторов.

В 1940 г. на Всесоюзном совещании ботанико-физиологов в Москве проф. Благовещенский выступил по вопросу о временном воздействии неблагоприятных условий на энергетическое состояние ферментов в проросших семенах. Многочисленными опытами проф. А. В. Благовещенский показал, что при всех различных условиях качество ферментов выше в тех случаях, когда растение приспособляется к неблагоприятным условиям (высокогорье, пустыня, охлаждение). Примером могут служить следующие опыты Благовещенского. Только что проросшие семена огурцов с едва пробившимися корешками помещали в чашке Петри на влажной бумаге при температуре 1 град. выше нуля на 5 суток. Внешний вид охлажденных листьев оставался совершенно неизмененным, нельзя было заметить ни малейших признаков отмирания. После охлаждения ростки продолжали развиваться при температуре 20—22 град. выше нуля. Оказалось, что, по сравнению с контролем, активность каталазы подвергавшихся охлаждению ростков увеличивалась.

Эксперимент академика Филатова подтвердил его предположения о накоплении в консервированных тканях активных веществ — факторов консервации. Экстракты из этих тканей академик Филатов стал применять с лечебной целью в клинике. Вследствие войны разработка этих вопросов временно прекратилась и была продолжена в период эвакуации на базе эвакогоспиталей в г. Пятигорске, а затем в г. Ташкенте в Узбекской научно-исследовательской ветеринарной станции (директор Мусерская) и в эвакогоспитале (начальник майор Тиваровский).

Одна группа опытов была проведена с целью еще раз сравнить влияние водного экстракта из консервированных и свежих листьев алоэ на заживление дефекта кожи. Эта работа оказалась необходимой потому, что опыты довоенного периода были недостаточно многочисленны.

Целью моих экспериментов было установить влияние на регенеративный процесс водных экстрактов из свежих листьев алоэ и экстракта из тех же листьев, но предварительно подвергнутых консервации, т. е. хранению в темноте 15 суток.

Опытными животными были белые мыши, по возможности, одного и того же помета, весом 17—20 грамм. Животные находились в одинаковых условиях, на одинаковом пищевом режиме. Накануне опыта или в день операции на спине мышки, возле хвоста, выщипывалась шерсть, краской делались пометки (на головке, хвосте или в другом месте). После образования дефекта, на технике которого я остановлюсь отдельно, дефект измерялся по двум взаимно перпендикулярным меридианам. Данные заносились на карточку, в которой, кроме величины дефекта, отмеча-

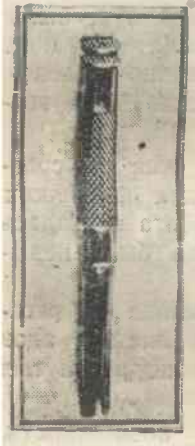
лись и другие показатели наблюдения: состояние края дефекта, начало и ход эпителизации, отделяемое и образование корки на дефекте, поведение животного, рост волос в области операционного поля вокруг дефекта.

Для записи мы пользовались условными знаками: $>$ (увеличение), $<$ (уменьшение), — (отсутствие), $=$ (без изменений), $+$ (появление нового факта), $\times$ (образование корки), Σ (отхождение корки), ровные или неровные края дефекта отмечались сокращенно: р.к., н. к.

Такого рода запись на карточке давала нам ежедневно сравнительную картину дефекта в опыте и в контроле.

Для изображения на кривой мы отмечали площадь дефекта по дням для каждого животного (средняя величина двух диаметров измерения определяла площадь круга по формуле πR^2). Среднее из данных общего числа наблюдений изменения величины дефекта давало возможность изобразить это на кривой. Окончательная проверка закрытия дефекта определялась раствором метиленовой синьки. В первых опытах экстракт вводился вблизи дефекта по 0,3 куб. см через день.

Чтобы получить однотипные по величине дефекты, мы иссекали кожу с помощью трепана диаметром в 5 мм. Круглым трепаном указанного диаметра иссекали кусок кожи на спине у хвоста при фиксации мышки за ушко и за хвост на столике. Высеченный кружок отделяли ножницами. Образовывался дефект круглой формы с ровными краями, причем он получался большего размера (диаметром 6—7 мм). Иссекалась только кожа. В отдельных случаях наблюдалось кровотечение из края дефекта, которое быстро прекращалось. Дефект измерялся с помощью измерительной стеклянной линейки под контролем бинокулярной лупы. Пользуясь такой методикой, мы в дальнейшем провели ряд опытов. Они были начаты 21.VII 1942 г.



Трепан.

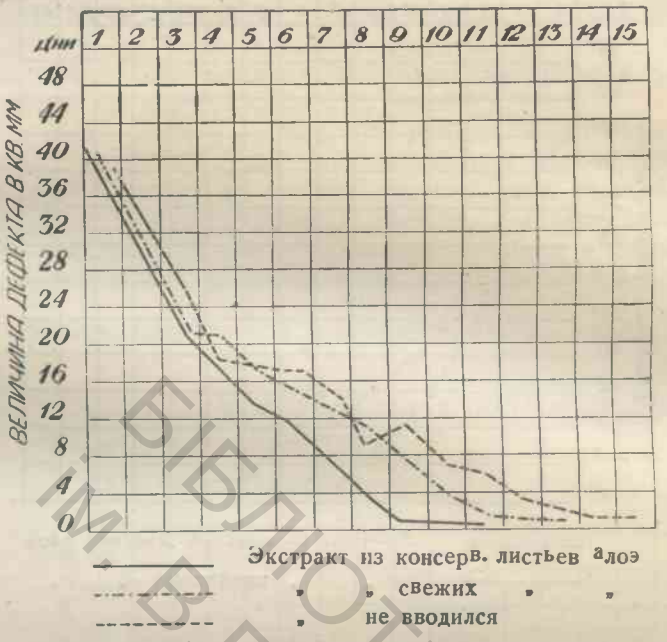
Дефект кожи у мышки.

В одной из серий, 25.X 1942 г., опыты сводились к сравнительной оценке влияния водного экстракта из свежих и из консервированных листьев алоэ на заживление дефекта у белых мышей. Всего под опытом было 15 мышей, из них 5 — контрольных, которым не вводили экстракта, 5-и животным вводили экстракт из свежих листьев алоэ и 5-и — из консервированных листьев (хранились в темноте 15 суток).

Как первоначальные опыты (18 мышей), так и эта серия опы-

тов с образованием дефекта с помощью трепана убедила нас в том, что под влиянием экстракта из консервированных листьев дефект закрывался быстрее, по сравнению с дефектом у контрольных животных и тех, которым был введен экстракт из свежих листьев.

Действие экстракта алоэ на заживление дефекта у белых мышей



Эксперименты для выяснения сравнительной эффективности тиндализованного и кипяченого экстракта консервированного алоэ и тиндализованного экстракта из свежих листьев

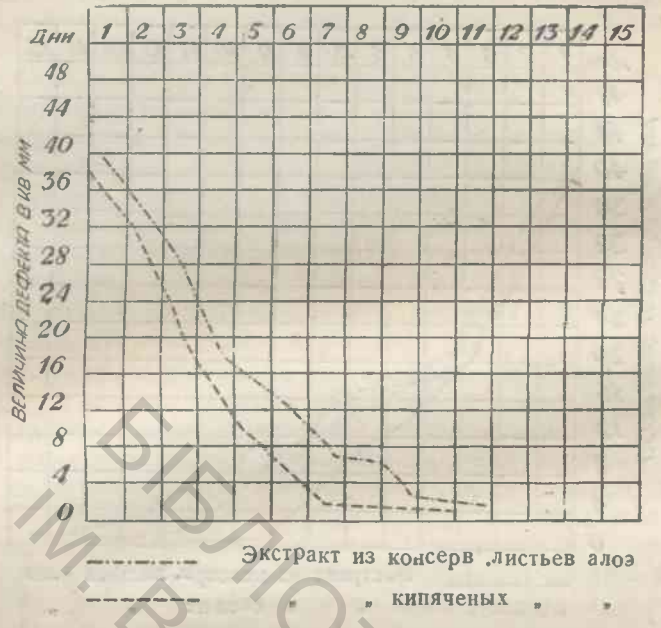
В серии от 9. XII 1943 года были поставлены опыты на 12 мышах: 3 из них были контрольными, 3-м вводили экстракт из свежих листьев, 3-м — тиндализованный экстракт из консервированных листьев алоэ и 3-м — кипяченый экстракт из консервированных листьев. (Экстракт кипятился в течение 15 минут). В указанной серии наиболее активно действовал на регенеративный процесс кипяченый экстракт из консервированных листьев — дефект зажил через 8-9 дней. При введении же тиндализованного экстракта из консервированных листьев он зажил через 11 суток, при введении экстракта из свежих листьев — через 13-14 дней, а у контрольных животных — через 14-15 дней.

Данные этой серии имели большое значение с теоретической точки зрения, так как разрешали вопрос о термостабильности биогенных стимуляторов, а с другой стороны выяснялся вопрос о возможности стерилизации водных экстрактов с целью примене-

БИБЛИОТЕКА им. В. П. Филатова

ния их для лечения больных. Одновременно были проведены опыты с кипяченым водным экстрактом из листьев подорожника и из листьев гороха «Маша».*)

Действие экстракта алоэ на заживление дефекта у белых мышей



——·——·—— Экстракт из консерв. листьев алоэ

——— " " кипяченых " "

Те же данные об усилении действия кипяченного экстракта из консервированных листьев получены проф. Благовещенским и его учеником И. И. Чикалло. При исследовании биохимической природы биогенных стимуляторов в консервированных тканях Чикалло наблюдал резкое усиление активности фермента при воздействии кипяченого водного экстракта из консервированных проростков хлопчатника. Экстракт был освобожден от белков не только кипячением, но и осаждением химическими реактивами.

Сравнительное изучение влияния водного экстракта из консервированных листьев алоэ и экстракта из тех же листьев, но подвергнутых кипячению в течение 15 минут, дало возможность поставить эксперименты по изучению действия автоклавированных водных экстрактов из консервированных листьев алоэ. Вопрос этот тесно связан с практическим применением в клинике с лечебной целью автоклавированных консервированных тканей и экстрактов из них.

*) Д-ром Тарасовой было изучено действие экстрактов из гетеротканей. Последние данные подтвердили полученные мною результаты по применению кипяченого водного экстракта из консервированных листьев алоэ.

БІБЛІОТЕКА ім. В. І. Леніна

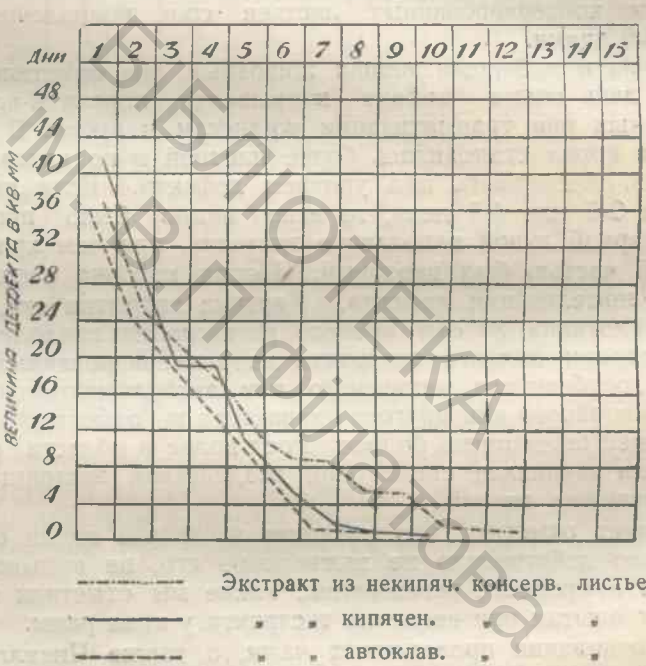
Эксперименты для выяснения эффективности автоклавированного водного экстракта из консервированных листьев алоэ

Эта серия опытов проводилась для изучения действия водного экстракта из консервированных листьев алоэ, подвергнутого 30-минутному кипячению, а также экстракта из тех же листьев, автоклавированного при 120 град. в течение часа при 1,5 атм.

Эксперименты были произведены для того, чтобы выяснить теплостойкость биогенных стимуляторов, накапливающихся в листьях при их консервации в темноте. Вместе с тем окончательно разрешался вопрос о стерилизации высокой температурой препаратов из консервированных тканей.

Для серии опытов от 10.II 1944 г. было взято 25 мышей. Контрольной группе (пяти) экстракт не вводили, второй пятерке вводили водный экстракт из свежих листьев алоэ, третьей — тиндализованный из консервированных листьев, четвертой — кипяченый 30 минут экстракт из консервированных листьев и пятой пятерке — автоклавированный экстракт тоже из консервированных листьев.

Действие экстракта алоэ на заживление дефекта у белых мышей



Экстракт из некипяч. консерв. листьев
" " кипячен. " "
" " автоклав. " "

Результат наблюдений (как видно из прилагаемой диаграммы) показывает, что водные экстракты из консервированных листьев алоэ после обработки высокой температурой (кипячение и автоклавирование) значительно сокращали срок заживления дефекта. Так, при воздействии некипяченого экстракта из консервированных листьев алоэ дефект закрывался через 11—12 дней. После

Библиотека им. Герцена

кипячения или автоклавирования экстракт становился более активным, т. е. ускорял процесс заживления. При введении такого экстракта дефект заживал в течение 8-9 дней. Усиление активности действия автоклавированного экстракта закономерно повторялось и в опытах с водным экстрактом из консервированных листьев подорожника и листьев гороха «Маша». *)

Действие высокой температуры не только не снижало, а, наоборот, усиливало активность экстракта. Вопрос этот чрезвычайно интересен и послужил предпосылкой для дальнейшего изучения биохимической природы биогенных стимуляторов. Исследования эти проводят проф. Благовещенский и его ученик И. И. Чикалло. По полученным ими предварительным данным, биогенные стимуляторы относятся к непредельным кислотам.

Продолжая изучать действие водного экстракта из листьев алоэ, мы поставили опыты на тех же животных (12 мышей), вводя им автоклавированные экстракты из свежих и из консервированных листьев. В первом случае заживление дефекта происходило с незначительным ускорением, по сравнению с прежними опытами применения неавтоклавированного экстракта из свежих листьев. В случаях же введения автоклавированного препарата из консервированных листьев срок заживления определялся 8-9 днями.

Изучая и наблюдая наших животных, мы отметили, что на другой день опыта дефект покрывался корочкой-пленкой из отделяемых при травматизации жидкости и крови. В последующие дни корка становилась более плотной и по краям начинала отходить, возвышаясь над уровнем дефекта. Если корка отпадала на 3-й или 4-й день, то ясно видно было при осмотре бинокулярной лупой наползание эпителия, при чем край дефекта большей частью был неровный. Иногда корочка отпадала при полной эпителизации дефекта. Картина закрытия его, в общем, была однотипна, но сам процесс регенерации проходил быстрее при введении водного экстракта из консервированных листьев алоэ, в особенности кипяченого или автоклавированного. Отделяемого гнойного или другого характера не отмечалось. Поведение мышей было очень бодрое. Рост волос в области операционного поля начинался скорее при воздействии экстракта из консервированных тканей.

Следует отметить, что введение экстракта вдали от дефекта прекрасно действовало на заживление его, не вызывая тех колебаний в процессе регенерации, какие мы отметили в первоначальных опытах при введении экстракта у края раны.

На основании проведенных нами, а также Чикалло и Тарасовой, исследований влияния водных экстрактов из свежих и

*) Одновременно эксперименты, проведенные д-ром Тарасовой с водным экстрактом из консервированных гетеротканей (кожа, мышцы, селезенка барана), тоже отметили усиление действия кипяченого и автоклавированного экстракта на заживление дефекта у белых мышей, по сравнению с действием экстракта из свежих и некипяченого экстракта из консервированных листьев алоэ.

консервированных листьев алоэ, можно отметить, что ускорение процесса заживления наблюдалось именно при воздействии экстракта из консервированных листьев. Этот факт с несомненностью подтверждает предположение академика Филатова о накоплении факторов консервации, т. е. биогенных стимуляторов в консервированных тканях не только животного, но и растительного происхождения. Нам удалось показать в эксперименте, что кипячение или автоклавирование экстракта из консервированных листьев алоэ не снижало его активности.

Действие экстракта алоэ на заживление дефекта у белых мышей

Автоклав. экстракт из консерв. листьев

свежих

Этими наблюдениями был разрешен вопрос о термостабильности биогенных стимуляторов, что дало возможность перейти к автоклавированию консервированных тканей для лечебных целей.

Кроме того, в наших экспериментах мы еще раз отметили влияние водных экстрактов из консервированных тканей растений при введении этих препаратов вдали от места дефекта.

Глава IV

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ НАД ЛЕЧЕБНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРЕПАРАТОВ ИЗ КОНСЕРВИРОВАННЫХ ЛИСТЬЕВ АЛОЭ ПРИ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Для лечения ряда глазных болезней консервированные в темноте листья алоэ применялись в виде различных препаратов. Чаще всего в школе академика Филатова, в частности я, поль-

РЕПОЗИТОРИЙ ГГМУ им. В.П. Филатова

зовались водными экстрактами. Эти экстракты в первые годы подвергались стерилизации путем пастеризации или тиндализации, но потом мы перешли на автоклавирование. Экстракты почти всегда применялись в форме инъекций под кожу (виска, верхней конечности, бедра, спины), вне очага болезни или вблизи его, иногда межмышечно, под слизистую глаза и внутривенно. В некоторых случаях они давались в виде глазных капель, а также в виде клизм. Кроме экстрактов применялись для местного воздействия порошки из листьев алоэ и мази из этих порошков. Иногда вводились подкожно куски автоклавированных консервированных листьев алоэ. Почти всегда при употреблении того или иного препарата алоэ, предназначенного для общего действия его на весь организм, местное применение алоэ на глазах не практиковалось. Местное лечение глаза, как правило, сохранялось то же, какому больной подвергался, или же оно прекращалось, чтобы можно было судить об эффективности общего воздействия алоэ, как такового. В отдельных случаях применялось комбинированное лечение тканями животного происхождения (человека и животных) и алоэ.

Прилагаемая таблица позволяет сделать обзор нашего материала. Наибольшее количество наблюдений приходится на поражение роговицы — кератиты герпетические и кератиты других этиологий (язвенные и неязвенные, паннус). Эта группа заключает в себе свыше 53 наблюдений, 65 глаз. С поражениями внутренних оболочек глаза (увеиты, помутнение стекловидного тела, ретиниты, хориоретиниты) было 56 глаз, с атрофией зрительного нерва — 24 глаза.

Водный экстракт из консервированных листьев алоэ при глазных заболеваниях

№№ по пор.	Наименование заболеваний	Колич. случаев	Колич. глаз	Количество успешных случаев
1	Герпетический кератит	26	28	25—26 глаз
2	Трахоматозный паннус	8	16	8—15 глаз
3	Язва роговой оболочки	5	5	5 — 5 глаз
4	Кератит различной этиологии	14	16	14—16 глаз
5	Увеиты различной этиологии	15	16	12—13 глаз
6	Миопические хориоретиниты	8	16	7—14 глаз
7	Пигментный ретинит	12	24	11—22 глаз
8	Атрофия зрительного нерва	12	24	7—11 глаз

Я остановлюсь сначала на поражениях роговицы.

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

1. Болезни роговицы

А. Герпес роговицы

Герпес роговицы имеет различные клинические проявления. Для этого заболевания характерно появление пузырьков со светлым содержимым. В 1920-24 гг. Грютер в Германии и Липшиц (1920 г.) в Австрии, Левадити, Гарвье, Николау (1921-32 гг.) во Франции, Коодпастаре (1923 г.) в Америке, Фано (1922-24 гг.) и (1922-28 г.г.) в Англии своими многочисленными работами доказали присутствие специфического ультравируса в содержимом пузырьков. Эти работы представляли интерес не только для офтальмологии, но и для общей медицины. Грютер установил возможность передачи вируса от человека животным, а также связь его с Herpes labialis. Токсичность этого вируса, возможно, зависит от сопротивляемости ткани. С точки зрения Грютера, в нормальных условиях дерматропный вирус вызывает поражения в тканях эктодермального происхождения. Если токсичность повышается, вирус становится нейротропным (цитировано по Duke-Elder 1938 г.).

Лечение герпетического кератита

Наиболее распространенные способы лечения герпетических кератитов таковы: ионтофорез, соскабливание эпителия острой ложкой, применение туширования пораженных участков иодной настойкой, карболовой кислотой, перекисью водорода, трехуксусной кислотой, эфиром, применение повязок, атропина, дионина с хинином в виде капель. Наиболее поддающейся лечению формой признается Herpes simplex. В результате того или иного лечения в роговице почти не остается никаких изменений. Более трудную задачу для лечения представляют другие формы: Keratitis dendritica с наклонностью к частым рецидивам и Keratitis disciformis. Наши наблюдения над действием экстракта алоэ касаются, главным образом, этих двух последних форм герпетического кератита.

Экстракт алоэ вводили подкожно ежедневно или через день по 1-2 куб. см. Курсы лечения повторялись. Сроки наблюдения отмечены по окончании первого курса лечения.

Всего под наблюдением находилось 26 больных (28 глаз). Из них только у двух было двустороннее поражение глаз. Во всех случаях заболевание глаз проявлялось после приступов малярии. При обследовании в тропической малярийной станции в г. Ташкенте у 22 больных обнаружена Malaria tertiana и у 4 тропическая форма малярии. Подвергались систематическому противомалярийному лечению 17 больных, совершенно не подвергались — 8. В 1 случае лечение малярии было нерегулярным. Кроме поражения глаз, у наших больных наблюдалось общее тяжелое состояние организма: слабость вследствие бессонницы и потери аппетита; больные становились нетрудоспособными. Невралгические боли в мышцах и суставах выражались в повышенной чувствительности. Все это усугубляло трудность борьбы с местным процессом в глазу.

Водный экстракт алоэ при герпетическом кератите

№№ по порядку	Фамилия	Какой глаз	Дата заболевания	Проводилось антималярийное лечение	Дата начала лечения	Начало улучшения	Острота зрения до лечения	Острота зрения после лечения	Результат	Сроки наблюдения
1	Б—аум	лев	8-42	нет	27-12-42	5	0,02	0,5	+	7 м.
2	А—ров	пр	12-42	да	2-1-43	6	0,1	0,7	+	15 м.
3	Ш—ва	пр	7-42	да	15-8-42	5	0,2	0,3	—	10 м.
4	Ю—ков	лев	1-43	да	26-3-43	5	0,03	0,45	+	3 м.
5	Б—кин	лев	12-42	нет	10-10-42	5	0,15	0,6	+	19 м.
6	М—вин	лев	9-42	нет	28-11-42	5	0,1	0,7	+	11 м.
7	Г—ова	пр	9-42	да	29-9-42	5	0,06	0,8	+	12 м.
8	Щ—ль	пр	3-11-42	да	7-12-42	4	0,1	0,8	+	13 м.
9	Ф—н	лев	11-42	да	23-11-33	10	0,02	0,7	+	8 м.
10	А—нов	лев	2-8-43	да	8-8-43	3	0,06	0,7	+	5 м.
11	Г—ан	пр	23-12-43	да	30-12-43	8	0,08	0,6	+	7 м.
12	Ц—кая	лев	5 9-43	да	23-9-43	9	0,06	0,35	+	2 м.
13	Г—чев	пр	20-10-42	да	8-11-42	7	0,08	0,4	+	6 м.
14	Ш—ова	лев	8-42	да	28-9-42	5	0,08	0,1	+	20 м.
15	В—ева	лев	2-11-42	да	25-11-42	4	0,08	0,9	+	9 м.
16	Р—ева	пр	17-11-42	да	17-11-42	4	0,02	0,8	+	8 м.
17	А—вич	лев	10-9-42	нет	17-10-42	2	0,03	0,6	+	7 м.
18	Е—ва	лев	12-11-42	да	12-12-42	3	0,01	0,1	+	1 м.
19	М—ова	пр и лев	17-10-42	да	15-11-42	3	пр 0,1 лев 0,06	пр 0,8 лев 0,5	+	8 м.
20	М—лин	лев	11-11-42	да	15-11-42	3	0,04	0,5	+	8 м.
21	К—мов	пр	5-9-42	нет	17-9-42	5	0,02	0,6	+	10 м.
22	А—мов	лев	28-10-42	да	27-11-42	5	0,02	0,03	+	3 м.
23	Ш—ова	лев	15-11-42	да	20-12-42	3	0,08	0,6	+	8 м
24	Р—кая	лев	12-4-43	да	8-5-43	2	0,06	0,7	+	9 м.
25	П—ова	пр	10-12-42	да	19 6-43	12	0,1	0,5	+	9 м.
26	Ш—ман	лев	20-10-42	да	28-11-42	8	0,1	0,9	+	8 м.

Перехожу к описанию наших случаев.

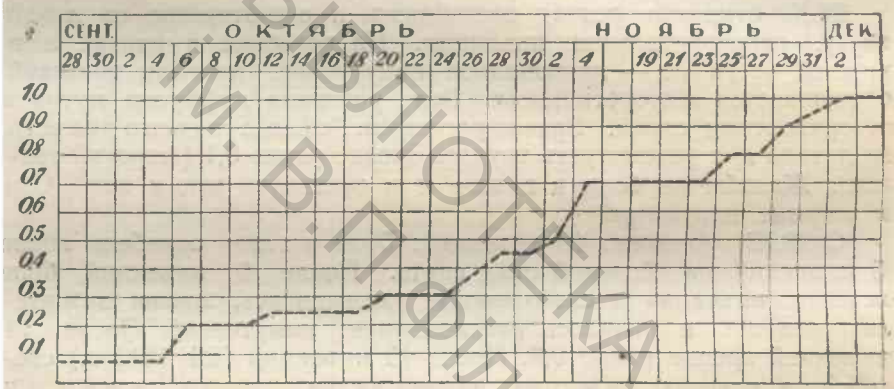
1-й случай. Больная Ш—ва, 19 лет, работница завода. Диагноз: Keratitis dendritica.

В июле 1942 года заболела малярией. Антималярийное лечение начала в августе. Через месяц после начала заболевания в левом

Библиотека им. Ф. Гриндова

глазу появились светобоязнь и боли в период лечения против малярии. Лечение глаза проходило в поликлинике до 28 сентября 1942 г. Больная получала атропин, дионин, хинин в каплях.

28 сентября она обратилась к академику Филатову по поводу жестоких болей в левом глазу и резкого понижения зрения. Из-за болей не спала уже 2 недели. Правый глаз был здоров, зрение равно 1,0. Левый глаз не могла открыть вследствие сильной светобоязни. Обильное слезотечение, перикорнеальная инъекция. На роговице в центре эпителий мутный, местами приподнят и слущен; помутнение древовидного характера в виде полос и точек занимает центр и наружный квадрат роговицы площадью 5 × 7 мм, от 2-х до 4-х часов проходят в виде пучков в поверхностных слоях сосуды у лимба. Чувствительность понижена. Камера средней глубины. Зрачок широкий. Рефлекс глазного дна имеется. Зрение равно 0,08 при атропине. С 28 сентября больная получала в глаз атропин 1 раз в день и инъекции экстракта алоэ в висок по 2 куб. см подкожно. После 5 инъекций боли уменьшились и больная стала спать. Уменьшились светобоязнь и перикорнеальная инъекция. Помутнение роговицы разбилось на отдельные участки, эпителий уплостился и заэпителизировались эрозии. При зрачке шириной 5 мм зрение равно 0,2.



Больная Ш—ва. Keratitis dendritica.

После 12 инъекций (24 куб. см) экстракта из консервированных листьев алоэ больная самостоятельно начала открывать глаз, светобоязнь резко уменьшилась. Зрение равно 0,3 при широком зрачке. Общее состояние больной улучшилось. После 18 инъекций светобоязнь исчезла. Помутнения в центре и снаружи рассосались, и сосуды начали регрессировать. Зрение равно 0,7. После двухнедельного перерыва, с 19.XI по 4.XII, больная начала 2-й курс лечения инъекциями экстракта алоэ. Всего сделано 10 инъекций по 2 куб. см. После 2-го курса лечения почти все помутнения рассосались, и только кверху от центра в поверхностных слоях осталось едва заметное пятно диаметром

Библиотека им. В. П. Филатова

1,5 мм. Зрение равно 1,0. Чувствительность роговицы остается пониженной.

При проведении 2-го курса лечения у больной, несмотря на антималярийное лечение, был приступ малярии, но на глазу никаких изменений не наблюдалось.

3-й курс (20 инъекций) проведен в марте 1943 г.

Больная была осмотрена в июле и в августе 1943 г. и в январе 1944 г. За время наблюдения, с 28 сентября 1942 г. по май 1944 г., рецидивов кератита не было. Зрение левого глаза равно 1,0.

Проведен 4-й курс (20) инъекций водного экстракта алоэ.

Срок наблюдения — 1 год 8 месяцев.

2-й случай. Больной М—вин, 36 лет, инвалид Отечественной войны. Диагноз: Keratitis dendritica.

Впервые заболел малярией 8 августа 1942 г. Обнаружена Malaria tertiana.

Антималярийной терапии не подвергался. Через месяц после приступа, в сентябре, заболел левый глаз. Внезапно появились стреляющие боли, светобоязнь, слезотечение и через 2—3 дня зрение сильно понизилось. До 28.XI 1942 г. лечился в поликлинике (получал хинин с метиленовой синькой, атропин). Боли периодически утихали, но инъекция и слезотечение оставались без изменений. Правый глаз здоров, зрение равно 1,0.

28.XI отмечено: резкая светобоязнь и слезотечение на левом глазу, перикорнеальная инъекция. На роговице в центре и в нижней части ее — древовидное помутнение, местами эпителий окрашивается флуоресцеином. Вся роговица диффузно мутна в поверхностных слоях. Зрачок расширен. Рефлекс глазного дна есть, но детали дна рассмотреть трудно. Зрение равно 0,1 (широкий зрачок). Жалобы на боли в голове и в суставах рук и ног. Сон и аппетит нарушены.

С 28.XI проведено 19 инъекций. Боли в глазу ослабели после 5 инъекций, и больной стал спать. После 9 инъекций боли исчезли, инъекция и слезотечение уменьшились, эрозии заэпителизировались и началось рассасывание помутнений. После 14 инъекций зрение равно 0,3. После 19 инъекций (6.I 1943 г.) светобоязнь исчезла, инъекция поверхностна, зрачок сузился и зрение равно 0,5.

После 1-го курса лечения был перерыв в 28 дней. За этот период помутнения значительно рассосались и зрение равно 0,7. На правом глазу зрение равно 1,2. Боли в суставах уменьшились.

2-й курс — с 18.II по 1.III. Произведено 10 инъекций по 2 куб. см. Боли в голове и суставах прошли. Общее состояние, аппетит и сон улучшились.

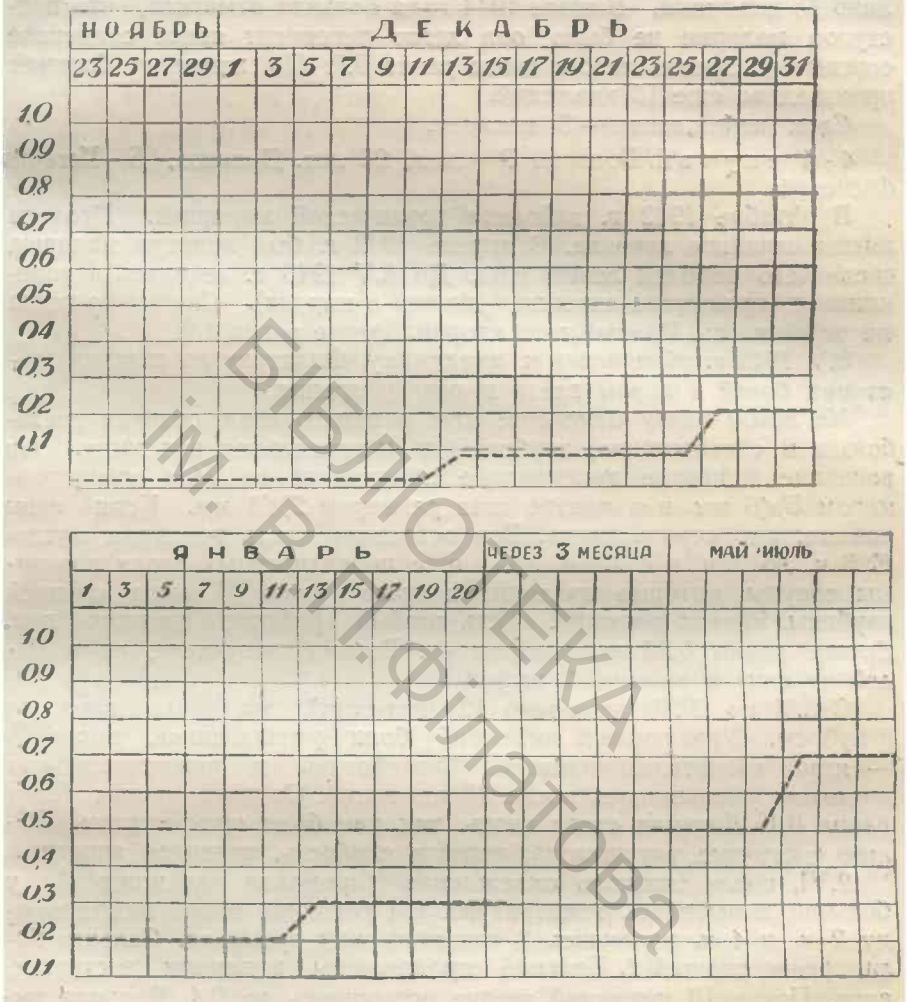
В июне 1943 г. проведен 3-й курс лечения — 15 инъекций. За период наблюдения, с 28 ноября 1942 г. по октябрь 1943 г., не было ни приступов малярии, ни рецидивов кератита.

Срок наблюдения — 9 месяцев.

3-й случай. Больная Ф—н, учительница. Диагноз: Keratitis dendritica.

Заболела малярией в августе 1943 г., и после 3-го приступа в ноябре заболел левый глаз. Лечилась 2 недели в поликлинике (получала атропин и хинин). Антималярийное лечение проводилось систематически в тропической станции.

23.XI 1943 г. больная обратилась к академику Филатову со следующими явлениями: на левом глазу сильная светобоязнь, перикорнеальная инъекция, в центре роговицы в поверхностных



Больная Ф—н. OS—Keratitis dendritica.

слоях помутнение в виде веточек, местами окрашивается флуоресцеином, роговица вся диффузно мутна, чувствительность понижена, зрение равно 0,02. Правый глаз здоров. На крыльях носа

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

—остатки герпетической сыпи. Боли в глазу, из-за которых больная не спит 10 суток. Она очень измучена и истощена.

23.XI 1943 г. начато лечение инъекциями алоэ под кожу виска по 1 куб. см через день. После 10 инъекций боли исчезли, эрозии заэпителизировались. После 15 инъекций началось рассасывание помутнений. После 20 инъекций зрение равно 0,2, а после 30 — повысилось до 0,3. Больная стала хорошо спать, поправилась и должна была выехать на место службы. Через 3 месяца острота зрения левого глаза равна 0,5. Повторно проделано 15 инъекций. В июле 1944 года больная отметила, что приступов малярии не было, она легко переносит яркое солнечное освещение. Зрение левого глаза равно 0,7. По желанию больной произведено еще 15 инъекций.

Срок наблюдения — 8 месяцев.

4-й случай. Больная Р—ская, 28 лет. Диагноз: OS—**Keratitis disciformis.**

В октябре 1942 г. заболела тропической малярией. Провела антималярийное лечение. В апреле 1943 г. был приступ малярии, после чего заболел левый глаз. До 8.V 1943 г. лечилась в поликлинике (принимала атропин, дионин в каплях). Состояние глаза не улучшилось. Правый глаз здоров. Зрение равно 1,0.

8.V 1943 г. обратилась к академику Филатову по поводу жестоких болей в левом глазу и потери зрения.

На левом глазу отмечено: отек верхнего века, сильная светобоязнь и слезотечение, глубокая перикорнеальная инъекция. На роговице в центре дисковидное помутнение во всех слоях размером 5×6 мм и в центре язва размером 2×3 мм. Края язвы ровные, дно серого цвета. Вся остальная часть роговицы мутна. С 6 ч. до 7 ч. и с 12 ч. до 1 ч. в поверхностных слоях роговицы сосуды, которые подходят к краю язвы. Камера средней глубины. Зрачок широкий. Есть слабый рефлекс глазного дна. Зрение равно 0,06 эксцентрически. Больная истощена, из-за болей не спит в течение 3 недель.

С 8.V по 20.V проведено 12 инъекций экстракта алоэ по 2 куб. см. Уже после 2 инъекций боли уменьшились, после 3 — язва заэпителизировалась. Светобоязнь и перикорнеальная инъекция уменьшилась после 10 инъекций. Острота зрения была равна 0,1. Больная стала спать, так как боли прекратились. Общее состояние улучшилось, исчезла слабость, появился аппетит.

2.VI, после сильного охлаждения (промокла под дождем), у больной повысилась температура. На роговице возле лимба между 2 ч. и 4 ч. появились 2 герпетических пузырька. Сильные боли, зрение равно 0,2. Больной продолжены инъекции экстракта алоэ. После 10 инъекций зрение повысилось до 0,4. Больная выехала в деревню и до сентября не показывалась. 2-го сентября зрение равнялось 0,3. Проведено 10 инъекций по 2 куб. см через день. После лечения зрение равно 0,5. 20-го октября зрение равно 0,7. Проведено еще 10 инъекций.

Срок наблюдения — 9 месяцев.

Б. Кератиты различной другой этиологии

а) Туберкулезные и скрофулезные кератиты.

Кроме герпетического кератита инъекции водного экстракта алоэ были испытаны в случаях туберкулезного и скрофулезного кератита.

Под наблюдением находилось 5 больных (6 глаз). В детстве все они, по их словам, страдали золотухой. При обследовании фтизиатром рентгеноскопия обнаружила увеличение или инфильтрацию бронхиальных желез. Реакция Манту резко положительная. Общее состояние больных: истощены, раздражительны, страдают плохим аппетитом, бессонницей, поты по ночам. У данных больных, вследствие их повышенной реактивности, старались, по возможности, измерять температуру 3 раза в день. Кроме того, во время курса лечения их 1-2 раза осматривал фтизиатр.

Остановлюсь на описании случаев.

1-й случай. Больная Б—сай, 26 лет. Диагноз: Keratitis tbc.

В детстве болела золотухой. С 20-летнего возраста считала себя здоровой. У больной двое детей, оба здоровы. В семье туберкулезом легких болела сестра. В январе 1943 г. больная перенесла грипп, а в феврале того же года заболел левый глаз. В нем появились сильные боли, светобоязнь и зрение резко упало. Лечение проходило в районной больнице до 7.III 1943 г. Больная получала атропин и тепло.

При осмотре 7.III 1943 г. на левом глазу обнаружены: сильная светобоязнь, глубокая перикорнеальная инъекция. В различных слоях роговицы узелковые инфильтраты сероватого цвета; вся роговица диффузно мутна, много сосудов в различных слоях, зрачок плохо виден, остальные среды не видны. Т (пальпаторно) — норма. Зрение равно счету пальцев на 1 метр. Проекция света правильная. Поле зрения нормально. Больная потеряла аппетит, страдала бессонницей и ощущала резкую слабость, работать не могла. Исследования фтизиатра: бронхоаденит с перибронхитом, инфильтрация вокруг железистого конгломерата. Реакция Манту резко положительная. Температура 36,5 (измерялась 3 раза в день). Исследование мокроты: ВК не обнаружено. Анализ мочи в пределах нормы.

13 марта начато лечение инъекциями алоэ по 1 куб. см ежедневно и местно в глаз в каплях 2 раза в день.

После 4-х инъекций экстракта началось рассасывание узелковых инфильтратов, но помутнение в роговице усилилось и сосуды расширились (роговица приняла розовый цвет). Боли в глазу уменьшились после 6 инъекций, инфильтраты рассасывались медленно. Одновременно уменьшалась сеть сосудов, можно было видеть зрачок не совсем правильной формы. После 8 инъекций у больной резко повысилась температура — до 39 град., прощупывались инфильтраты подчелюстных желез. Со стороны глаз обострений не было. Через 2 дня температура упала до 36,5 и в

состоянии глаза наступило резкое улучшение: инфильтраты рассосались, сосудов стало меньше, на задней поверхности роговицы видны отложения экссудата, а также синехии. Все это указывало на процесс и в сосудистой оболочке. Зрение равно 0,1. У больной появились аппетит и сон. Резкий подъем температуры указывал на реакцию организма, возможно, под влиянием экстракта алоэ. Поэтому в дальнейшем таким больным мы вводили только 0,5 куб. см и даже 0,25 куб. см этого экстракта.

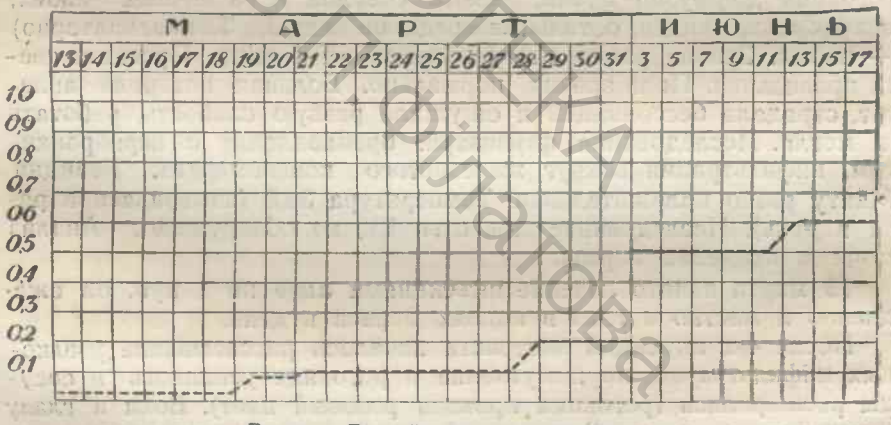
После 15 инъекций зрение на левом глазу равно 0,2, помутнение в роговице, а также экссудат на задней поверхности рассосались, и видны передние синехии на 1—7—8 часах. В начале апреля зрение у больной равно 0,3. После 20 инъекций она вынуждена была выехать и приступила к работе. По заключению фтизиатра, инфильтрация желез рассосалась.

2-й курс лечения больная начала 3-го июня, при чем общее состояние ее было очень хорошее, бодрое, температура в пределах нормы. Глазное дно видно, оно нормально. Зрение равно 0,5. После 2-го курса лечения острота зрения равна 0,6. При введении экстракта никаких осложнений не наблюдалось.

В конце сентября больная снова подверглась тканевому лечению и приняла 20 инъекций. Рентгеноскопия легких показала, что явления бронхоаденита очень уменьшились. Больная работает и чувствует себя бодрой, температура все время в пределах нормы.

В феврале 1944 г. отмечено: зрение левого глаза равно 0,8, на роговице — остатки помутнений в поверхностных слоях, на хрусталике точечный пигмент на 7 и 8 час., синехии отошли. Проведен 4-й курс лечения.

Срок наблюдения — 1 год и 2 месяца.



Больная Б—сай. OS—Keratitis tbc.

2-й случай. Больной мальчик П—хин, 16 лет. Диагноз: Keratitis scrophulesa.

В детстве страдал золотухой. В 8-летнем возрасте болели глаза, лечился несистематически около двух лет. При исследовании

БИБЛИОТЕКА Минздрава

фтизиатром (рентгеноскопия) обнаружены инфильтрация и увеличение бронхиальных желез. ВК в мокроте нет. Реакция Манту резко положительная. Больной истощен. Температура в течение трех суток в пределах нормы. В детстве перенес ряд инфекционных болезней (скарлатину, дифтерит, корь). Мать и отец здоровы.

На обоих глазах резкая светобоязнь, глубокая перикорнеальная инъекция. Отдельные точечные инфильтраты серо-желтого цвета и помутнения роговицы в разных слоях. Сосуды тянутся к инфильтратам в различных слоях. Зрачки расширены атропином. Зрение правого глаза равно 0,08, левого — 0,05. Из-за сильной светобоязни больной не может самостоятельно передвигаться. Он находился в хороших условиях питания и окружающей обстановки.

С 15.V 1943 г. больному начали ежедневно вводить водный экстракт алоэ по 0,5 куб. см. После 3-х инъекций светобоязнь и инъекция глаза уменьшились, зрение возросло до 0,1 на правом глазу, на левом осталось без изменений. Температура повысилась до 38,7 и держалась в течение двух суток. Со стороны легких обострения процесса фтизиатр не наблюдал. На третьи сутки температура упала (инъекции продолжали). После 6 инъекций наступило улучшение общего состояния больного (появился аппетит, больной начал хорошо спать), а на левом глазу светобоязнь, перикорнеальная инъекция уменьшились, инфильтраты частично рассосались, сосудов стало меньше, зрачок расширился. После 10 инъекций роговица стала настолько прозрачной, что на правом глазу можно было рассмотреть глазное дно, зрение равнялось 0,3, а на левом — 0,1. Дальнейшее применение тканевой терапии продолжало оказывать свое лечебное действие на глаза и на общее состояние. Больной получил 4 курса лечения: 1-й в мае — 20 инъекций, 2-й в июле — 25 инъекций, 3-й — в октябре и 4-й — с 14 ноября.

После этого лечения зрение правого глаза равнялось 0,8, а левого — 0,5. Общее состояние больного настолько улучшилось, что в октябре он начал занятия в школе, был бодрым, прибавил в весе. До мая 1944 г. состояние глаз не изменилось. В поверхностных слоях роговицы оставались помутнения.

Срок наблюдения — 11 месяцев после окончания 1-го курса лечения.

В группе туберкулезных кератитов я имела под наблюдением 5 случаев (6 глаз). У всех больных улучшение наступило довольно быстро: в 4-х случаях после 3—5 и только в одном случае после 10 инъекций исчезла светобоязнь и началось рассасывание инфильтратов в роговице. Острота зрения повышалась с нескольких сотых до 7 и 8 десятых после первого же курса лечения, состоявшего из 20—25 инъекций экстракта алоэ по 1 куб. см через день. Все эти больные получали в глаз атропин, назначенный раньше, до тканевой терапии. Лечение алоэ происходило в период ухудшения процесса. Улучшение его в глазу при введении экстракта тесно связано с улучшением общего со-

стояния организма (урегулирование температуры, уменьшение инфильтрации желез, улучшение аппетита и сна, прибавка в весе). Через один-полтора-два месяца больные получали повторно инъекции алоэ и оставались под наблюдением от 11 месяцев до 1 года и 7 месяцев. В этот период наблюдения я не замечала обострения процесса.

б) Кератиты после эпидемического конъюнктивита

Под наблюдением находилось 9 человек (3 взрослых и 6 детей) с поражением роговицы на 10 глазах.

Эпидемический гнойный конъюнктивит — настоящий бич для населения Средней Азии. В теплое время, начиная с весны и до осени, и взрослые и дети страдают этим массовым инфекционным заболеванием. Острый эпидемический конъюнктивит часто протекает с общим поражением организма, с повышением температуры до 39 градусов, с инфильтрацией желез и одутловатостью лица. При лечении этого заболевания, наряду с местным лечением, мы применяли рыбий жир, а чаще экстракт алоэ в виде микроклизм у детей, ослабленных какой-либо предшествующей болезнью (корь, коклюш), а также у взрослых. При этом можно было отметить, что эпидемический конъюнктивит проходил быстрее и без осложнений. Лечение экстрактом алоэ, несомненно, повышало защитные силы организма.

В 8 случаях мы применили экстракт по поводу кератита, развившегося после острого эпидемического конъюнктивита.

Все больные по поводу эпидемического конъюнктивита лечились в поликлиниках, а под нашим наблюдением были по поводу заболевания роговицы. Формы кератитов были различные.

1-й случай. Больная Чер—ва, 23 лет, служащая. Диагноз: Keratitis punctata.

Со 2-го сентября 1943 года больная лечилась в поликлинике в течение трех недель по поводу остроэпидемического конъюнктивита. Под влиянием терапии (ляпис, атропин) явления конъюнктивита прошли, но через 7 дней в глазу появились сильная боль, светобоязнь и зрение упало до 0,1. Из анамнеза выяснилось, что конъюнктивит протекал с повышением температуры и с увеличением желез.

9.XI 1943 г. у больной на левом глазу отмечено: поражение роговицы в виде точечных инфильтратов в средних и глубоких слоях по всей площади роговицы, сосудов нет; флуоресцеиновая проба отрицательная. Сильная светобоязнь и поверхностная перикорнеальная инъекция. Глазное дно рассмотреть нельзя, зрение равно 0,1 при расширенном зрачке. Работать не может. Жалобы на боли в глазу. Правый глаз здоров. Зрение равно 1,0.

По данным терапевта: малярии у больной не было; морфология крови в пределах нормы; реакция Манту и Пирке отрицательная; рентгеноскопия легких изменений не обнаружила.

11 ноября введено подкожно 2 куб. см водного экстракта алоэ. После 4 инъекций боли уменьшились и началось рассасывание ин-

фильтратов, но окружающая инфильтраты роговичная ткань временно становилась диффузно мутной и острота зрения временно снижалась. Боли появлялись приступами. После 10 инъекций зрение равно 0,3. После 2, 4 и 8 инъекций температура повышалась до 38—38,5.

После 10 инъекций температура установилась в пределах нормы. Помутнения в роговице рассосались, и зрение повысилось до 0,8.

Через 2 недели проведен 2-й курс — 10 инъекций экстракта алоэ.

Срок наблюдения — 1 год и 3 месяца.

Больная Ч—ва. OS—Keratitis punctata.

2-й случай. Ребенок Шар—ов, 8 лет. Диагноз: Keratitis punctata.

В марте болел воспалением легкого, в начале июня заболел эпидемическим конъюнктивитом обоих глаз. По словам матери, ребенок быстро ослабел. После месячного лечения в поликлинике мать обратилась к академику Филатову по поводу упорной светобоязни в левом глазу.

3.VII 1943 г. у ребенка на левом глазу обнаружены: сильная светобоязнь, перикорнеальная инъекция и помутнение роговицы в виде отдельных очагов во всех слоях; в отдельных местах эпителий эрозирован, сосудов нет, камера средней глубины, зрение равно 0,1. Правый глаз здоров. Температура 37,5—36,6 градусов, отсутствие аппетита, лицо одутловато.

С 3.VII 1943 г. проделано 20 инъекций экстракта алоэ по 0,5 куб. см ежедневно. После 6 инъекций светобоязнь уменьшилась, эрозии заэпителизировались. После 9 инъекций началось рассасывание помутнений в роговице. Оно стало менее интенсивно, но более диффузно, зрение упало до 0,06. У ребенка улучшился аппетит. После 10 инъекций светобоязни нет, просветление роговицы началось неравномерно в отдельных квадрантах ее. После 15 инъекций зрение

Библиотека им. Филатова

равно 0,3, а после 20 — 0,5. Ребенок выехал в деревню. Через месяц, 5.IX, роговица на левом глазу прозрачна; при осмотре бинокулярной лупой — очень нежное помутнение в средних слоях в верхнем и наружном квадратах роговицы. Зрение правого глаза равно 1,0, а левого — 0,8. Общее состояние очень улучшилось, ребенок прибавил в весе, хорошо спит, аппетит усилился.

В ноябре 1943 г. и в марте 1944 г. мать провела лечение экстрактом алоэ в виде микроклизм (15 клизм на курс). До июля 1944 года ребенок был здоров. Срок наблюдения — 10 месяцев.

Поражения роговицы на почве эпидемического конъюнктивита, которые я наблюдала в Ташкенте, нередко протекали с явлениями поражения всего организма (высокая температура — 39-40 градусов, одутловатость, увеличение лимфатических желез). В отделяемом со слизистой век наших больных были обнаружены палочки Кох-Викса. Во всех случаях кератиты развивались по окончании гноетечения, и в этой стадии больные обращались ко мне после безуспешного обычного лечения в поликлинике.

Во всех случаях прекращение болей в глазу и уменьшение светобоязни наблюдалось после 4-х инъекций. В одном случае улучшение наступило после 5 микроклизм из экстракта алоэ. Надо заметить, что приведенные сроки наблюдения указаны для совершенно несомненных признаков улучшения. Оно проявлялось в рассасывании инфильтратов, в закрытии эрозий, в повышении остроты зрения. Это последнее (в пяти случаях равнялось до лечения 0,08—0,1, а после 10—30 инъекций повышалось до 0,7-0,8. В сроки от двух недель до полутора месяцев лечение проводилось повторно, и в течение срока наблюдения, от 7 до 15 месяцев, рецидивов не было. У некоторых больных (2-й, 3-й, 5-й случан) острота зрения повышалась и по окончании курса лечения.

Есть основание думать, что лечение экстрактом алоэ больных данной группы с кератитом на почве эпидемического конъюнктивита имеет существенное влияние на течение процесса. И мне, и академику Филатову приходилось наблюдать немало случаев больших разрушений роговицы у больных, которые лечились в поликлиниках обычными методами. Особенно это касается детей с ослабленным организмом. Введение экстракта алоэ улучшало общее состояние организма и вместе с тем оздоровляло местный процесс на глазу.

При лечении алоэ приведенные 3 случая кератита на почве корево̀й, тифозной и скарлатинозной инфекции закончились благополучно с образованием небольших помутнений в поверхностных слоях в виде пятышек. Зрение с 0,05, 0,08 и 0,2 повысилось до 0,5—0,8. Явное улучшение начиналось после 4, 5, 9 инъекций. Больные обращались в период обострения процесса при явлениях общего упадка питания и ослабленности организма на почве общей инфекции.

После первого курса лечения, при улучшении общего состояния организма, явления кератита проходили: боли, светобоязнь уменьшались, более или менее обширные помутнения в роговице рассасывались и острота зрения повышалась.

Вследствие недостаточного количества случаев установить удельный вес лечения алоэ при кератите указанной этиологии трудно, но результаты надо признать ободряющими.

В. Язвы роговой оболочки

Под наблюдением было 5 случаев (5 глаз).

1-й случай. Больная Ф—н. Диагноз: язва роговицы.

Язва образовалась на правом глазу после заболевания гриппом. Размер ее 5×6 мм с неровными краями и желтым дном, гипопион. Зрение равно 0,04. Левый глаз здоров, зрение равно 1,0. Больная получала атропин и тепло.

С 9.XII 1943 г. (через 7 дней после заболевания) применены были инъекции экстракта алоэ подкожно по 1 куб. см 2 раза в день в течение 5 дней. Уже после 4-й инъекции язва покрылась эпителием, на месте ее во всех слоях роговицы образовалось густое помутнение, рассасывание которого протекало очень медленно. Всего больная получила, кроме 5 первых, 25 инъекций (ежедневно по 1 куб. см). Помутнения рассосались, осталось пятнышко, частично занимавшее зрачковую область. Зрение равно 0,2, с коррекцией +1,5 диоптрий равно 0,4.

Больная отметила улучшение общего состояния: усилился аппетит, прошли боли в суставах (раньше страдала резкими болями в плечевом и коленном суставах).

Срок наблюдения — 4 месяца.

2-й случай. Больной П—ов, 63 лет, смотритель двора. Диагноз: язва роговицы.

На левом глазу язва была поверхностной, но обширной: 7×8 мм. Развилась она после гриппа. Больной лечился в поликлинике 8 суток (с 3.II 1943 г.). Получал атропин, тепло; назначен был сульфидин, но больной его не принимал.

По назначению академика Филатова я применила в данном случае капли алоэ местно, 4 раза в день по 3 капли (атропин и тепло больной попрежнему получал). Общее состояние было ослаблено гриппозной инфекцией.

При осмотре бинокулярной лупой можно было наблюдать в течение трех суток наползание эпителия (роговица окрашивалась флуоресцеином). При впускании алоэ в каплях гиперемия усиливалась, сосуды расширялись. На 4-й день язва закрылась. Больному продолжали пускать в глаз капли в течение месяца. Зрение с 0,1 при широком зрачке через 20 дней повысилось до 0,4, а через 30 суток равнялось 0,6. Имелась начинающаяся катаракта.

Срок наблюдения — 8 месяцев.

При лечении язв роговицы экстрактом алоэ в трех случаях его вводили подкожно, в одном случае — под слизистую глаза в комбинации с имплантацией под кожу части консервированного и автоклавированного листа алоэ, и в одном случае применялись только капли алоэ. Во всех случаях язвы (2 простые и 2 гнойные) образовались после травмы. Явное улучшение язвенного процесса рого-

вицы наступило после 3—4—6 инъекций. После первого курса лечения (15—20—30—50 инъекций) процесс можно было считать законченным с образованием небольших помутнений, при чем острота зрения после первого курса лечения повышалась с 0,02 до 0,5 и с 0,04 до 0,3.

У больного П—ва, который получал капли, при обширной язве острота зрения поднялась с 0,1 до 0,6.

Улучшение, наступавшее при язвенных процессах в роговице в результате применения экстракта алоэ, несомненно. Случай с применением капель экстракта алоэ, как единственный, не позволяет сделать прямых выводов, но в сопоставлении с данными Скрипченко (эксперименты по заживлению поверхностных дефектов роговицы у кролика при применении сока из консервированных листьев алоэ) свидетельствует об эффекте употребления алоэ в виде капель при язвах роговицы.

Г. Трахоматозный паннус

Поражение роговицы трахоматозным процессом представляет собой хроническое воспаление роговой оболочки. Борьба с такого рода поражением глаз нередко очень трудна. Предложен целый ряд различных методов лечения паннуса, на которых я останавливаться не буду. Укажу только, что тканевое лечение в виде пересадок и имплантаций различных консервированных тканей не только улучшало самый процесс, но нередко приводило к выздоровлению с прекращением рецидивов.

Применение водного экстракта из консервированных листьев алоэ, несомненно, оказывало лечебное действие при трахоматозном паннусе (Филатов, Кальфа, Скородинская). Наши наблюдения касаются случаев с давностью процесса от 1 года до 10 лет, в стадии трахомы II-III.

Все больные и раньше подвергались лечению, которое большей частью было несистематическим. Возраст больных — от 15 до 27 л.

1-й случай. Больная М—ова, 21 г. Диагноз: трахома III, паннус.

Больна трахомой 5 лет. В течение этого времени подвергалась лечению: выдавливание трахоматозных зерен 2 раза со смазыванием раствором ляписа в промежутках между ними. После выдавливания состояние глаз улучшалось, но через год, после родов, процесс обострился, больная отметила падение зрения, сильную светобоязнь. В течение последних 3-х лет подвергалась местной терапии в виде капель и мази, а также аутогемотерапии. Перед началом тканевой терапии, 3 месяца тому назад, больной проделана 10 раз аутогемотерапия, местно — желтая мазь. Зрение правого глаза равно 0,15. На левом глазу острота зрения равна 0,08. На слизистой век обоих глаз — нежные рубцы, переходная складка инфильтрирована, отделяемого немного. Сильная светобоязнь. Роговица на обоих глазах диффузно мутна, сосуды пронизывают ее поверхностные слои сверху, захватывая область зрачка. Камера средней глубины. Зрачок

сужен, глазное дно рассмотреть нельзя. Внутриглазное давление в пределах нормы. Больная работать не может.

В декабре 1942 г. больная обратилась к нам по поводу обострения паннуса на обоих глазах. С 11 декабря ей было проделано 20 инъекций водного экстракта алоэ подкожно по 2 куб. см через день.

В течение 7 суток состояние процесса оставалось без изменения. После 7 инъекций светобоязнь уменьшилась, а после 12 инъекций исчезла. Помутнения в роговице то усиливались, то уменьшались, а сосуды расширялись. Через неделю после 1-го курса (20 инъекций) я могла отметить значительное рассасывание помутнений, роговица стала прозрачной и сосудов стало меньше. Острота зрения правого глаза с 0,15 повысилась до 0,5, а левого — с 0,08 до 0,3. Местно в оба глаза больная ничего не получала.

Через месяц был проведен 2-й курс лечения — тоже 20 инъекций через день по 2 куб. см и местно капли алоэ. Перед началом 2-го курса было отмечено значительное улучшение паннуса на правом глазу. Зрение его равно 0,55. На левом глазу, в центре роговицы, появились точечные инфильтраты, и сосуды доходили до центра. Зрение равнялось 0,2. При проведении 2-го курса на левом глазу после 8 инъекций сосуды сильно расширились, инфильтраты начали рассасываться. После 11 инъекций помутнение роговицы усилилось и острота зрения временно снизилась. На правом глазу после 6-7 инъекций рассасывание помутнений с одновременным уменьшением сосудов шло постепенно, и после 20 инъекций острота зрения равнялась 0,75.

В августе 1943 г., после длительного перерыва, больная явилась с такими явлениями: светобоязни нет, слизистая век на обоих глазах довольно гладкая, еле заметные белые рубчики. Роговица правого глаза нежно диффузно мутна возле лимба. Очень тонкие сосуды в поверхностных слоях у лимба. Зрение равно 0,55. На левом глазу помутнение более интенсивно, сосудов больше, но они очень сужены, расположены в поверхностных слоях и не доходят до центра. Зрение равно 0,5.

После 3-го курса лечения наступило значительное улучшение в отношении рассасывания помутнений и обратного развития сосудов. После 15 инъекций острота зрения равнялась 0,75 на правом глазу и 0,45 на левом.

В декабре 1943 г. больной произведена имплантация консервированного листа алоэ (2 грамма). Через 2 недели особенно резко просветлела роговица на левом глазу. Зрение равно 0,8; на правом глазу состояние роговицы без изменения. В мае 1944 года больная была на консультации. При осмотре через лупу в проходящем свете сосуды в лимбе едва заметны, лимб остается расширенным. Острота зрения без изменений (0,75 на правом глазу и 0,8 на левом).

Срок наблюдения — 1 год и 4 месяца по окончании 1-го курса лечения.

2-й случай. Больная Ал—ко, 21 года, колхозница. Диагноз: трахома III, паннус.

Больна трахомой 3 года. Систематически не лечилась. Пользо-

валась каплями и мазью из медного купороса. Состояние глаз особенно ухудшилось после работы на хлопке. Кроме трахомы, имеется поражение легких и желез туберкулезного характера.

29.XI 1942 г. больная обратилась к академику Филатову с таким состоянием глаз: веки отечны, края их утолщены, глазная щель сужена, блефароспазм. На слизистой век обоих глаз белые рубчики. Глубокая перикорнеальная инъекция. Вся роговица пронизана сосудами, поверхность ее неровная; по всей поверхности в передних слоях много инфильтратов серого цвета в виде точек. Зрачок сужен, зрение правого глаза рано 0,08, левого — 0,04. Сильная светобоязнь и боль в глазах. Самостоятельно ходить больная не может. Лицо одутловато.

С 29.XI 1942 г. больной начали вводить подкожно водный экстракт алоэ по 1 куб. см ежедневно. После 4-х инъекций процесс на обоих глазах обострился — усилились светобоязнь и помутнения, зрение на правом глазу равно 0,05, на левом — 0,04. Для устранения этих явлений мы в течение 10 дней вводили экстракт по 0,5 куб. см через день и под конъюнктиву глаза по 0,2. После 8 инъекций светобоязнь уменьшилась, почти все инфильтраты в роговице рассосались, сосудов стало меньше. После 12 инъекций состояние роговицы на обоих глазах улучшилось. В нижней половине правого глаза она просветлела настолько, что виден был край зрачка, количество сосудов уменьшилось. На левом глазу роговица стала более ровной и сосудов — меньше. Зрение правого глаза равнялось 0,08, левого — 0,04. После 20 инъекций все инфильтраты роговицы рассосались, но осталась диффузная муть; сосуды видны только в верхней половине роговицы. Зрение обоих глаз равно 0,1. После 30 инъекций зрение правого глаза равно 0,2. На левом глазу количество сосудов уменьшилось, но помутнение в поверхностных слоях остается еще диффузным по всей площади; зрение равно 0,1.

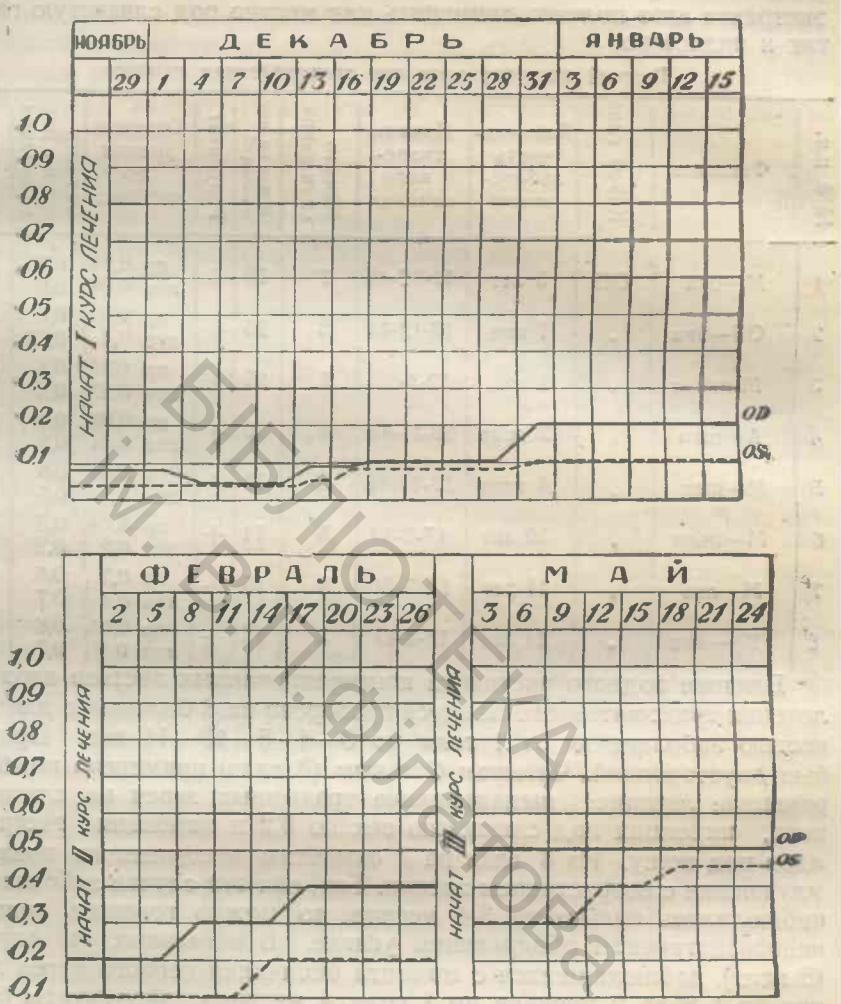
В феврале 1943 г. проведено еще 20 инъекций экстракта алоэ, после чего явления паннуса значительно уменьшились. Зрение правого глаза равно 0,4, левого — 0,2.

В мае 1943 г. — 3-й курс лечения. Общее состояние больной значительно улучшилось, она начала работать. Ей прописаны защитные очки и цинковые капли. В октябре 1943 г. при осмотре у больной отмечено: на правом глазу светобоязни и инъекции глаза нет, сосуды в верхней половине очень сужены, переходят через лимб в роговицу на протяжении 3 мм; в поверхностных слоях роговицы имеются помутнения в виде отдельных пятен. Зрение равно 0,5 при ширине зрачка 4 мм. На левом глазу сосуды у лимба, помутнение более интенсивно, чем на правом. Зрение равно 0,3. Проведено 20 инъекций водного экстракта алоэ. После 8 инъекций значительно регрессировали сосуды на левом глазу. Зрение на правом равно 0,5, на левом — 0,45.

В марте 1944 г. больная была на консультации. Отмечено: на обоих глазах слизистая век ровная, следы паннуса, помутнения в поверхностных слоях едва заметны. Зрение правого глаза равно 0,6,

левого — 0,5. Светобоязни нет. За время наблюдения рецидивов не было. Больной произведена имплантация под кожу автоклавированного консервированного листа алоэ. В течение двух недель после этого изменений со стороны глаз не наблюдалось. Больная уехала в колхоз. Фтизиатром отмечено улучшение туберкулезного процесса в легких и железах.

Срок наблюдения — 1 год и 3 месяца.



Больная Ал—ко. OU—Trachoma.

Лечение трахоматозного процесса в роговице инъекциями водного экстракта консервированных листьев алоэ показало, что прежде всего исчезала светобоязнь и сосуды начинали регрессировать,

после чего начиналось рассасывание инфильтрации в роговице. Отмечалось улучшение и слизистой век, показателем чего было повышение остроты зрения. В отдельных случаях при длительных (свыше года) наблюдениях рецидива процесса не наблюдалось. Как и при лечении кератитов и язв, мы проводили лечение больных и данной группы повторно. Такого рода систематическое лечение укрепляло и общее состояние больных и вместе с тем давало возможность бороться с местным процессом. Считаем, что инъекции экстракта алоэ полезно применять как местно под слизистую глаза, так и подкожно.

Водный экстракт алоэ при трахоматозном паннусе

№№ п.п.	Фамилия	Какой глаз	Длительность заболевания	Начало тканевого лечения	Начало улучшения	Общее колич. инъекций	Результат	Острота зрения до лечения	Острота зрения после лечения	Срок наблюдения
1	М—ова	OU	5 лет	11-12-42	7	20	+	пр 0,15 лев 0,08	0,75 0,8	16 м.
2	Об—ова	»	1 год	13-12-43	5	25	+	пр 0,6 лев 0,4	0,8 0,75	14 м.
3	М-ягила	»	1 год	12-3-43	7	25	+	пр 0,15 лев 0,25	0,8 0,8	16 м.
4	А—шко	»	3 года	29-11-43	8	30	+	пр 0,08 лев 0,04	0,6 0,5	15 м.
5	М—шев	»	4 года	17-11-42	5	15	+	пр 0,04 лев 0,1	0,6 0,5	3 м.
6	М—ньян	»	10 лет	17-2-42	5	14	+	пр 0,04 лев 0,2	0,3 0,2	3 м.
7	М—лов	»	11 лет	17-3-42	5	15	+	пр 0,2 лев 0,4	0,5 0,7	4 м.
8	Ку—нин	»	11 лет	17-3-42	3	15	+	пр 0,35 лев 0,4	0,6 0,7	4 м.

Влияние водного экстракта консервированных листьев алоэ при лечении трахоматозного паннуса проверено на 8 больных с длительностью заболевания от 1 года до 3—4—5—10—11 лет. Процесс был двусторонний. Четырем больным (8 глаз) применено комбинированное лечение: выдавливание трахомных зерен на слизистой века, инъекции под слизистую век по 0,2 и инъекции экстракта алоэ под кожу. Из 8 глаз на 7 отмечены несомненные признаки улучшения с возрастанием зрения. Так, как эти случаи заболеваний наблюдались только по 3-4 месяца, то можно говорить лишь о непосредственном ободряющем успехе. В остальных 4 случаях (8 глаз), наблюдавшихся с момента окончания первого курса лечения от 1 года 2 месяцев до 1 года 4 месяцев, результаты более убедительны. Уменьшение светобоязни, рассасывание инфильтрации в роговой оболочке глаза, уменьшение количества сосудов и повышение остроты зрения — вот признаки улучшения, которые наступали после 5—8 инъекций. К концу 1-го курса (20—30 инъекций) острота зрения значительно повышалась.

В сроки один-полтора-два месяца курсы инъекций повторялись.

Библиотека им. В. П. Филатова

За время наблюдения рецидивов и обострения процесса не было, и это особенно ценный результат лечения. Отсутствие рецидивов характерно и для других форм тканевого лечения, как это установлено школой академика Филатова. Лечение паннуса экстрактом алоэ, несомненно, ценно и должно быть широко изучено.

2. Заболевания сосудистого тракта

Я коснусь случаев применения тканевой терапии при увеитах различной этиологии, преимущественно развившихся на почве туберкулеза, ревматизма, малярии и травмы у бойцов Красной Армии.

Материал нашего Института дал неоспоримые доказательства пользы тканевого лечения при увеитах.

При воспалительных процессах увеального тракта академик Филатов и его ученики (Кальфа, Драгомирецкий, Дайновская и другие) с успехом применяли пересадку различных консервированных тканей, а также инъекции рыбьего жира, микроклизмы из консервированных тканей.

По предложению академика Филатова я провела ряд наблюдений над лечением заболеваний сосудистого тракта подкожными инъекциями экстракта алоэ. Этот метод в дальнейшем нашел широкое применение при лечении увеитов и иридоциклитов травматического происхождения у бойцов Красной Армии (работы акад. Филатова, д-ров Гриншпон, Ногаевой).

Академик Филатов в своих книгах «Офтальмология — на службу Красной Армии» и «Тканевая терапия» указывает на лечебное действие водного экстракта алоэ при такого рода заболеваниях.

Водный экстракт алоэ при заболеваниях увеального тракта

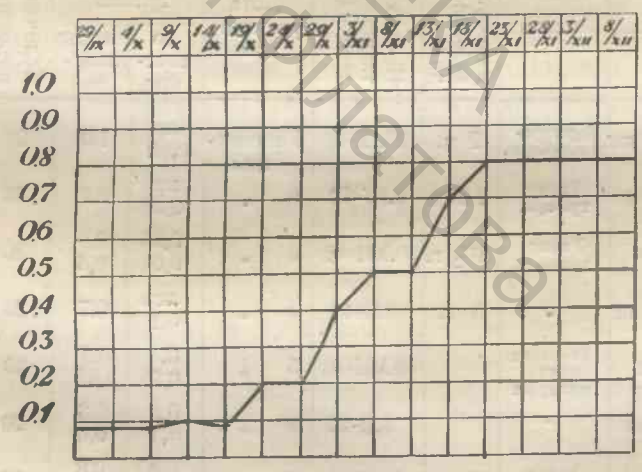
№№ п.п.	Фамилия	Диагноз	Давность заболевания	Начало тканевого лечения	Дата улучшения	Острота зрения до лечения	Острота зрения после лечения	Количество инъекций	Результат	Срок наблюдения
1	Рож—ва	Хориоретин. туберк.	2 м.	29.IX-42	5 инъекций	пр 0,08	1,0	20	+	24 м.
2	Тих—ва	Увеит туберк.	2 нед.	9.IV-42	6 »	пр 0,06	0,7	30	+	14 м.
3	А—ов	Увеит ревмат.	3½ г.	30.XII-42	3 »	0,08 0,04	0,8 0,3	20	+	14 м.
4	Ш—ман	»	3 г.	2.II-43	5 »	лев 0,1	0,7	20	+	10 м.
5	С—ва	Увеит на почве малярии		9.VII-43	5 »	0,1 0,25	0,7 0,85	20	+	20 м.
6	П—вич	»		3.II-42	3 »	0,3 0,1	0,8 0,9	20	+	12 м. 20 д.
7	К—ов	Увеит после тифа	1½ м.	24.X-44	6 »	0,02 0,4	0,8 0,8	25	+	4 м.

Перехожу к описанию отдельных случаев.

1-й случай. Больная Р—ва, 17 лет, работница завода. Диагноз: туберкулезный хориоретинит.

Больная обратилась по поводу резкого снижения зрения и болей в правом глазу. В конце июля 1942 г. заметила ухудшение зрения, а через 3 дня в глазу появились боли. Обратилась в поликлинику с явлениями перикорнеальной инъекции, сильной светобоязни. На задней поверхности по всей площади мелкие и крупные преципитаты, зрачок расширен атропином. В стекловидном теле густое помутнение; у соска зрительного нерва на 5 ч. виден очаг величиной в половину соска, он слегка выдается вперед. Внутриглазное давление в пределах нормы. Зрение равно 0,08. Левый глаз здоров, зрение равно 1,0. Исследованием фтизиатра обнаружен бронхоаденит. Реакция Манту резко положительная. Больная внешне цветущего вида, хорошего питания. Два раза получила аутогемотерапию, атропин и тепло.

23.IX 1942 года начато лечение инъекциями водного экстракта алоэ. После 3-й инъекции помутнение в стекловидном теле усилилось и зрение упало до 0,06. После 5-й инъекции уменьшились инъекция глаза и интенсивность помутнения стекловидного тела; у соска более отчетливо виден очаг округленной формы. Кверху от желтого пятна кровоизлияние. Зрение равно 0,08. После 7 инъекций снова увеличилось помутнение в стекловидном теле, зрение упало до 0,06. В дальнейшем инъекция глаза постепенно уменьшалась, помутнения стекловидного тела рассасывались и исчезли преципитаты. После 14 инъекций на месте инфильтрата у соска зрительного нерва видно было пигментное пятно. Зрение равно 0,3. После 15 инъекций зрение равно 0, а после 20 инъекций (50 куб. см) — 0,8. Помутнение стекловидного тела и кровоизлияния рассосались, на месте очага ясно видно пигментное кольцо с желтоватым центром.



Больная Р—ва. OD—Туберкулезный хориоретинит.

При дальнейшем наблюдении мы отмечали перемещение пигмента у края соска с 5 ч. до 6 ч. и на 8 ч. На 6 ч. появилось другое пигментное кольцо.

После двух курсов (по 20 инъекций) лечения острота зрения равна 1,0. Изменения на глазном дне в виде пигментных пятен у соска зрительного нерва стали стационарными, на периферии пигмента нет. Реакция Манту отрицательная.

За время лечения повышения температуры при введении экстракта алоэ не было.

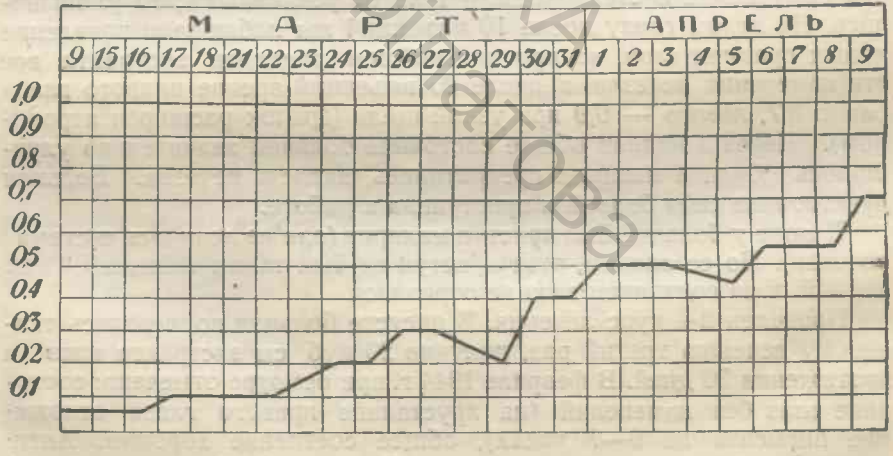
Наблюдение велось 2 года.

2-й случай. Больная Т—ва, 23 лет. Диагноз: туберкулезный увеит.

В детстве болела золотухой. 21.II 1943 г. заметила снижение зрения и боль в правом глазу. Обратилась в поликлинику, где и была обследована. Заключение: реакция Манту положительная. В течение двух недель получала атропин и туберкулин (2 инъекции). После 2-х инъекций туберкулина в разведении 1:100,000,000 по 0,1 куб. см зрение резко упало до 0,06. Лечение туберкулином было прекращено.

7.III на правом глазу — перикорнеальная инъекция, в нижней половине роговицы крупные преципитаты, зрачок широкий. В стекловидном теле помутнение, в области между соском и желтым пятном очажок желтоватого цвета и мелкие кровоизлияния. Зрение равно 0,06. Сетчатка отечна, в поле зрения относительная центральная скотома. Левый глаз здоров, зрение равно 1,0. Больная плохого питания, быстро утомляется. С 9.IV 1943 г. проводилось лечение водным экстрактом алоэ по 0,5 куб. см ежедневно.

После первых 6 инъекций уменьшилась перикорнеальная инъекция и началось рассасывание помутнений стекловидного тела и кровоизлияний. После 15 инъекций отечность сетчатки уменьшилась, в стекловидном теле помутнение менее диффузно, желтоватый очаг менее интенсивен, зрение равно 0,2. Скотома уменьшилась.



Больная Т—ва. OD—Туберкулезный увеит.

После 25 инъекций зрение равно 0,5. Помутнение в стекловидном теле очень нежное, диффузное. На месте очага и в области кровоизлияния пигмент. После 30 инъекций зрение равно 0,7. Значительно уменьшилась скотома. Общее состояние больной резко улучшилось после 25 инъекций, усилился аппетит.

В обоих приведенных случаях инъекции водного экстракта алоэ, несомненно, дали эффект.

Повторные курсы по 20 инъекций в июле и в ноябре 1943 года и в феврале 1944 года.

Срок наблюдения — 1 год и 2 месяца.

3-й случай. Больная П—вич, 29 лет, учительница. Диагноз: увеит малярийного происхождения.

Заболела тропической малярией 13 января 1943 года (первый приступ). Антималярийное лечение проводилось под наблюдением маляриолога. Через 3 недели после приступа заболели оба глаза, и 3.II 1943 г. у больной при объективном исследовании отмечено: резкая светобоязнь, глубокая перикорнеальная инъекция, зрачок узкий. На задней поверхности роговицы правого глаза на 6—7 часах диффузное помутнение. Зрение равно 0,3. Тензия нормальна (пальпаторно). Жалобы на резкие боли в глазу, наступающие в виде припадков. На левом глазу глубокая перикорнеальная инъекция, резкая светобоязнь, радужка гиперемирована; на задней поверхности роговицы мелкие преципитаты, зрачок узкий, помутнение стекловидного тела. Зрение равно 0,1. При расширении атропином синехий нет. Глазное дно — сосок зрительного нерва слегка гиперемирован. Больная потеряла аппетит, не спит из-за периодически усиливающихся болей в глазах и мышцах.

Назначение — атропин в оба глаза и инъекции экстракта алоэ. Улучшение на левом глазу началось после 3-х инъекций, а на правом—после 8. Острота зрения повышалась при рассасывании экссудата и помутнений в стекловидном теле. При этом было отмечено, что помутнение в стекловидном теле то усиливалось, то уменьшалось. На левом глазу после 10 инъекций мы наблюдали появление новых преципитатов, но при дальнейшем введении экстракта все эти изменения исчезли, и после 20 инъекций зрение правого глаза равно 0,7, левого — 0,9 при узкой щели (зрачок расширен атропином). Через 2 недели общее состояние больной значительно улучшилось, боли в мышцах прекратились, вялость исчезла. Больная чувствовала себя бодрой и приступила к работе.

В июне у больной был приступ малярии (она не лечилась систематически). По ее словам, этот приступ не был таким тяжелым, как первый, и на состоянии глаз не отразился.

Проведен 2-й курс лечения. В августе больная подверглась тканевому лечению третий раз, получив 20 куб. см экстракта алоэ на протяжении 30 дней. В феврале 1944 г. при осмотре отмечено: состояние глаз без изменений (на хрусталике правого глаза отложение пигмента, на 6—7 часах), общее состояние хорошее. Антималярийное лечение не применялось. В марте 1944 г. снова осмот-

рена. Общее состояние хорошее. На правом глазу зрение равно 0,8, на левом 0,9. В марте 1944 г., перед отъездом больной из Средней Азии, ей произведена имплантация под кожу консервированного листа алоэ.

По словам больной, после лечения инъекциями алоэ у нее появились менструации, которые отсутствовали уже с августа 1941 года. Больная была под наблюдением гинеколога, который подтвердил ее сообщение.

Таким образом, лечебный эффект, несомненно, сказался как на состоянии глаз, так и на общем состоянии больной (прекращение болей в мышцах, улучшение сна, появление аппетита и менструаций).

Срок наблюдения — 1 год и 20 дней.

Итак, мы наблюдали 2 случая туберкулезного увеита, 2 — ревматического, 2 — малярийного и 1 случай увеита после возвратного тифа. Кроме того, успешно было проведено лечение в 5 случаях травматического увеита у бойцов Красной Армии.

Инъекции водного экстракта алоэ при воспалительных процессах сосудистого тракта, как видно из наших наблюдений, способствовали рассасыванию помутнений стекловидного тела, уменьшению воспаления, исчезновению болей, экссудата, отложений на задней поверхности роговицы, задних синехий. С прекращением болей устанавливался более регулярный сон и общее состояние больного улучшалось. Тканевая терапия в виде инъекций водного экстракта алоэ, как мы уже указывали, широко применялась при поражении сосудистого тракта на почве боевых травм у защитников Родины. Особенно ценным было то, что часто на единственном оставшемся глазу с явлениями увеита, при неправильной проекции света, даже с явлениями начальной атрофии, удавалось после применения подкожных инъекций алоэ в чистом виде и в комбинации с другими видами тканевой терапии восстановить правильную проекцию света, подготовить глаз к операции с оптической целью и тем самым вернуть зрение.

3. Миопический хориоретинит

Одной из актуальных проблем офтальмологии является борьба с осложнениями близорукости. Лечению близорукости и ее осложнений, а также ее профилактике академик Филатов и его школа посвятили много работ. Тканевое лечение при миопических хориоретинитах оказывало благоприятное действие: повышалась острота зрения, расширялось поле зрения, рассасывались помутнения стекловидного тела. При этом лечении эффекты были получены при пересадке консервированной кожи, плаценты, при введении консервированных тканей в виде микроклизм (Филатов, Скородинская, Драгомирецкий, Каменецкая).

Начиная с 1942 года, при миопии и ее осложнениях мы применяли тканевую терапию в форме подкожных инъекций водного

экстракта из консервированных листьев алоэ или в виде микроклизм из того же экстракта.

Под длительным наблюдением находилось 9 больных (18 глаз). До применения алоэ проверяли остроту зрения по таблице Сивцева—Головина для дали и близи в течение 2-3 дней, исследовали реакцию крови на люэс, некоторых больных подвергали исследованию на туберкулез. Сроки наблюдений отмечены после окончания 1-го курса лечения от 1 месяца до года с лишним.

1-й случай. Больной Б—вич, 32 лет, служащий. Диагноз: помутнение стекловидного тела, близорукость.

Заметил упадок зрения в январе 1942 года. С 15-летнего возраста носит очки concav 10,0 диоптрий. Проведен курс внутривенных вливаний 10-процентного раствора иодистого натра 10 раз по 10 куб. см. Эффекта не было. Больной обратился к академику Филатову.

Больной Б—вич. ОЦ—Миопический хориоретинит.

15.III 1942 г. при исследовании установлено: диффузное помутнение стекловидного тела на обоих глазах, хориоретинальные очаги в области желтого пятна. Зрение правого глаза 0,03, с кор. —14,0 диоптрий равно 0,4. Зрение левого глаза 0,04 с кор.—15,0 диоптрий равно 0,5. Жалобы на мелькание букв при чтении и быстро наступающую утомляемость.

После лечения инъекциями экстракта алоэ (28 куб. см) острота зрения правого глаза стала 0,06, с кор. —14,0 диоптрий равна 0,7, левого глаза — 0,09, с кор. —15,0 диоптрий равна 0,7. Значительно рассосалось помутнение стекловидного тела. В мае острота зрения оставалась без изменения. Мелькание букв при чтении исчезло. Проведен 2-й курс (10 инъекций) и в сентябре 1942 г. 3-й курс.

Через год, в мае 1943 г., больной приехал для осмотра. Ост-

БИБЛИОТЕКА им. В.П. ФИЛАТОВА

рота зрения правого глаза равна 0,6, левого — 0,8 с прежней коррекцией. Поле зрения без изменения. Проведен 4-й курс лечения.

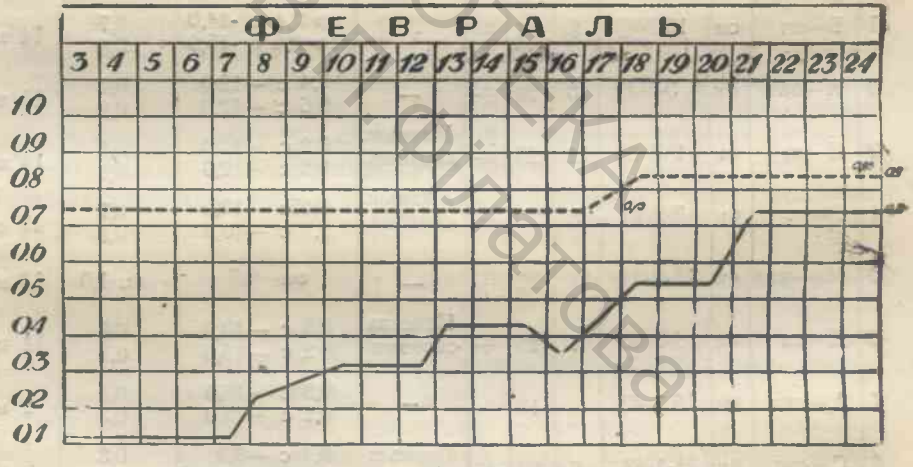
Срок наблюдения — 1 год и 2 месяца после 1-го курса лечения.

2-й случай. Больной Р—т, 28 лет, служащий. Диагноз: миопический хориоретинит.

В ноябре 1942 г. заметил сетку перед глазами и понижение зрения. Проводил лечение аутогемотерапией 15 раз по 10 куб. см, принимал внутрь иодистый калий. Наступило улучшение, но в в январе 1943 г. зрение на обоих глазах, особенно на правом, снова понизилось.

При исследовании обнаружено: на правом глазу передний отдел — норма, в стекловидном теле диффузные и плавающие помутнения, кровоизлияние в сетчатку кверху от желтого пятна. Зрение равно 0,08, с кор. —12,0 диоптрий равно 0,15. Чтение правым глазом затруднено из-за изломанности линий. На левом глазу нежное помутнение стекловидного тела. Зрение — 0,1, с кор. —10,0 диоптрий равно 0,75.

С февраля до ноября 1943 г. проведно 3 курса лечения экстрактом из консервированных листьев алоэ по 20 инъекций, 1 куб. см каждая, через день. После 1-го курса лечения помутнения в стекловидном теле и кровоизлияние рассосались. Зрение повысилось до 0,75 на правом глазу при прежней коррекции и до 0,85 на левом. В поле зрения на правом глазу уменьшилась относительная скотома, но изломанность линий попрежнему затрудняла чтение. Улучшение отмечено после 8 инъекций. Через 2 месяца зрение на правом глазу снизилось до 0,6, а на левом оставалось без изменения.



Больная Р—рт. OU—Миопический хориоретинит.

С 2.VI проведен 2-й курс лечения (20 инъекций). Острота зрения начала повышаться после 3-й инъекции, и по окончании лечения зрение правого глаза равнялось 0,7; скотома, а также изломанность линий и букв при чтении исчезли.

В октябре 1943 г. — 3-й курс. Острота зрения оставалась без изменения. В конце февраля 1944 года больной снова подвергся тканевому лечению (20 инъекций). В августе 1944 г. был на консультации. На глазном дне правого глаза виден пигмент, на месте кровоизлияния хориоретинальные очаги на периферии как в правом, так и в левом глазу без изменений. Зрение без изменения. Изломанности линий при чтении нет.

Срок наблюдения — 1 год и 5 месяцев.

Итак, под наблюдением при лечении миопического хориоретинита водным экстрактом алоэ было 8 больных (16 глаз). У всех больных, кроме одной, имелись миопические изменения глазного дна (стафилома, фокусы в области заднего полюса, а у некоторых и по периферии). Степень близорукости от 9,0 до 16,0 диоптрий. Во всех глазах, кроме одного случая, улучшение начиналось после 6—8 и только в одном случае после 18 инъекций. После 1-го курса лечения (от 14 до 25 инъекций) возрастала острота зрения вдаль и вблизь, как это отмечено в таблице. Улучшение сказывалось в уменьшении скотом и в исчезновении метаморфопсий. В сроки от 3 до 4 месяцев лечение проводилось повторно, что в дальнейшем давало улучшение.

Водный экстракт алоэ при миопическом хориоретините

№№ п.п.	Фамилия	Какой глаз	Начало тканевого лечения	Начало улучшения	Общее колич. инъекций	Результат	Расширение поля зрения	Острота зрения до лечения с коррекцией в диоптриях	Острота зрения после лечения с той же коррекцией	Срок наблюдения
1	Б—ич	ou	18-3-43	8	14	+	—	пр 0,4 с -14,0 лев 0,5 с -15,0	0,7 0,8	14 м.
2	А—ова	ou	5-5-42	8	20	+	—	0,4 с —12,0 0,6 с —12,0	0,7 0,9	11 м.
3	И—ва	ou	2-2-42	11	25	+	Уменьш. скотома	0,2 с —11,0 0,5 с —12,0	0,5 0,9	14 м.
4	Р—рт	ou	3-2-43	8	20	+	Уменьш. скотома	0,15с —12,0 0,7 с —10,0	0,7 0,8	17 м.
5	Мо—кая	ou	13-9-43	18	20	+	—	ou —0,7	ou-1,0	13 м.
6	Д—ва	ou	9-5-43	7	25	+	Исчезла скотома	0,3 с —13,0 0,2 с —15,0	0,6 0,3	11 м.
7	А—ова	ou	15 3-42		15		—	0,08с —16,0 0,2 с —16,0	0,1 0,3	2 м.
8	С—ова	ou	21-1-43	6	20	+	Уменьш. скотома	0,3 с —9,0 0,8 с —9,0	0,8 1,0	6 м.

Лечение миопических хориоретинитов экстрактом алоэ дает весьма ценные результаты, совершенно аналогичные тем, какие получены при применении других форм тканевой терапии.

4. Пигментный ретинит

Пигментный ретинит, вернее, пигментное перерождение сетчатки, большинство окулистов считает неизлечимым. В литературе описаны случаи несомненного улучшения процесса под влиянием некоторых методов лечения (менформона, резекции верхнего шейного узла, симпатического нерва, витаминов), но эти отдельные случаи не изменили общего безнадежного взгляда на лечение пигментного ретинита. Во многих крупных учебниках лечение этого заболевания считается бесцельным.

Академик Филатов и его школа на протяжении последних десяти лет вносят в этот мрак пессимизма луч света. Большое количество случаев применения тканевой терапии в различных формах доказало, что улучшение при пигментном ретините возможно и в отдельных случаях поразительно (работы Филатова и Вербицкой). Я провела ряд наблюдений над лечебным эффектом водного экстракта из консервированных листьев алоэ. Всего было 12 больных (24 глаза), из них 9 взрослых и 3 детей. У десяти больных наблюдалась типичная, резко выраженная картина болезни, у одного ребенка (10-летняя девочка) — начальная форма.

Из 12 больных 8 имели пониженный слух и не совсем чистое произношение. В семьях заболевших были родственники, страдавшие пигментным перерождением сетчатки.

Во всех случаях больные и ранее подвергались лечению, большей частью рыбьим жиром (приемы внутрь). В отдельных случаях рыбий жир вводился внутримышечно. Этот последний род терапии оказывал лечебное действие, но в период войны многие из больных либо не могли получить рыбий жир, либо находились в таких условиях, при которых лечение было невозможным. И состояние таких пациентов было очень тяжелым.

Лечение пигментного ретинита экстрактом алоэ проводилось в виде подкожных инъекций по 1-2 куб. см ежедневно или через день, всего на курс 25—45 инъекций. Во всех случаях лечению предшествовало обследование функций глаза и общего состояния больных (реакция крови на люэс исследовалась у всех больных и во всех наших случаях она была отрицательной). Одному пациенту экстракт вводили внутривенно.

Кроме инъекций, экстракт алоэ в одном случае вводили в виде микроклизм.

В двух случаях консервированные автоклавированные кусочки листа алоэ величиной 5—6 кв. см имплантировались под кожу, как дополнение к инъекциям экстракта.

В одном случае такие инъекции сочетались с имплантацией консервированной автоклавированной кожи, взятой гетеропластически, в другом случае имплантировалась getero-testis.

Положительным результатом при лечении экстрактом алоэ пигментного перерождения сетчатки мы считали либо расширение поля зрения, либо повышение остроты зрения, либо уменьшение гемералопии. Срок наблюдения в наших случаях исчислялся

Водный экстракт алоэ при пигментном ретините

№№ п.п.	Фамилия	Давность заболевания	Начало тканевого лечения	Дата улучшения после	Острота зрения до лечения	Острота зрения после лечения	Количество инъекций	Срок наблюдения
1	Р—ен	13 л,	30/IX 1943	12 инъекций	0,1 0,2	0,4 0,5	85	10 м.
2	Г—дье	23 г.	23/II .	8 „	0,1 0,2	0,5 0,2	105	13 м.
3	О—ко	21 г.	20/III .	11 .	0,5 0,4	0,6 0,7	85	16 м.
4	Р—ский	22 г.	12/IX .		0,08 0,04	0,08 0,04	30	1 м.
5	С—на	13 л.	14/XII 1942	12 „	0,4 0,45	0,75 0,95	60	18 м.
6	Ш—пов	3 г.	18/XII .	12 „	0,6 0,6	0,8 0,9	115	17 м.
7	Кр—кий	12 л.	27/I 1943	10 „	0,3 0,5	0 6 0,8	95	12 м.
8	Б—кий А.	8 л.	3/XI .	8 .	0,1 0,1	0,1 0,1	60	7 м.
9	Б—кий Б.	1 г.	3/XI .	10 .	1,0 1,0	1,0 1,0	45	7 м.
10	Спир—ова	1 г.	30/VII „	8 .	0,8 0,8	1,0 1,0	60	12 м.
11	Л—ко	18 л.	13/I .	9 внутрив. вливаний	ou 0,8	1,0 1,0	45	11 м.
12	М—ко	2 г. 6 м.	1/I 1945	13 инъекций	0,2 0,2	1,0 0,8	25	2 м.

с момента окончания 1-го курса лечения. Приведу описание некоторых случаев.

1-й случай. Больная О—ко, 26 лет, бухгалтер. Диагноз: пигментный ретинит.

Страдает пигментным ретинитом с 1932 г. Процесс ухудшился в 1937 г. после родов. Кроме понижения остроты зрения, сужения поля зрения и плохой адаптации, ослаблен слух. С 1939 г. у больной прекратились менструации, она страдала мигренями. На глазном дне: соски зрительных нервов восковидные, сосуды сетчатки резко сужены, пигмент в виде костных телец на периферии в большом количестве. Зрение правого глаза равно 0,5, левого — 0,4. Чтение вблизи не нарушено. Поле зрения сужено до 15—20 градусов. С 1937 по 1942 г. получала внутрь рыбий жир несистематически.

С 20 марта 1943 г. проделано 25 инъекций водного экстракта из консервированных листьев алоэ по 1 куб. см через день. После

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. філатова

11 инъекций поле зрения на обоих глазах расширилось. Острота зрения обоих глаз после 25 инъекций повысилась до 0,6.

В мае 1943 г. больная получила 20 микроклизм из экстракта алоэ (через день, 1 чайная ложка экстракта на клизму). В июне острота зрения оставалась без изменения, но улучшилась адаптация. В июле зрение правого глаза снизилось до 0,4, а левого до 0,5.

С 18.VII 1943 г., после 20 инъекций экстракта алоэ по 1 куб. см ежедневно, зрение на обоих глазах снова повысилось до 0,6. Кроме того, расширилось и поле зрения.

В декабре 1943 г. во время консультации больная заявила, что у нее прекратились головные боли (мигрени), улучшился аппетит и появились менструации, которые в дальнейшем проходили регулярно. После 4-го курса лечения больная очень поправилась, стала более бодрой и могла работать.

В феврале 1944 г. проведен 5-й курс (20 инъекций экстракта алоэ по 1 куб. см через день). Поле зрения расширилось. Зрение правого глаза равно 0,6, левого 0,7. Адаптация настолько повысилась, что больная вечером свободно ориентировалась.

После 5-го курса лечения больную удалось увидеть через 4 месяца, 20 июля 1944 года. Острота зрения и поле зрения оставались без изменения на обоих глазах. Адаптация, слух и общее состояние значительно улучшились.

В данном случае, кроме инъекций экстракта алоэ, лечебное действие оказывали и микроклизмы из того же экстракта. Это наблюдение давало возможность шире применять экстракт в доступной быту форме, освобождая больного от необходимости часто посещать лечебное учреждение.

2-й случай. Больной Ш—ов, 21 года, студент. Диагноз: пигментный ретинит.

Заметил ухудшение зрения по вечерам 3 года тому назад. Обращался к врачам, но не лечился.

В декабре 1942 года при осмотре отмечено: побледнение сосков зрительного нерва, сосуды нерезко сужены. Пигмент в виде костных телец на периферии. Острота зрения на обоих глазах с коррекцией —1,5 диоптрий равна 0,6. Поле зрения сужено до 20—25 градусов. Адаптация резко понижена, больной не может ходить один вечером. Исследование крови на люэс дало отрицательную реакцию.

С 18 декабря 1942 г. больному проделано 45 инъекций экстракта алоэ (ежедневно 2 куб. см). После 12 инъекций расширилось поле зрения, после 18 — острота зрения повысилась до 0,8 на правом глазу, после 30 — начала улучшаться и адаптация.

Через полтора месяца после 1-го курса лечения острота зрения на обоих глазах равнялась 0,8. Поле зрения расширилось.

В мае 1943 г., после 2-го курса лечения (30 инъекций по 1 куб. см ежедневно), острота зрения на обоих глазах равна 0,8. Поле зрения расширилось на 5 градусов, улучшилась адаптация.

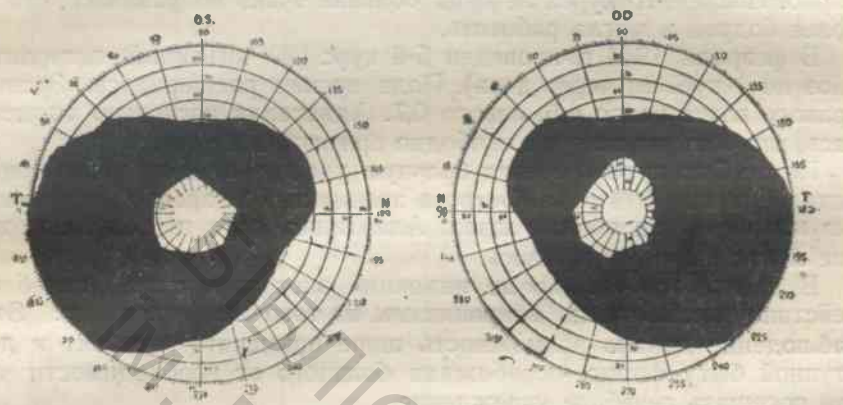
В октябре 1943 г. при осмотре больного отмечено: острота зрения правого глаза равна 0,8, левого — 0,9. Немного сузилось по-

ле зрения. Адаптация без изменения. Проделано 30 инъекций (по 2 куб. см ежедневно), и острота зрения повысилась до 1,0. Поле зрения снова расширилось на 5—10 градусов.

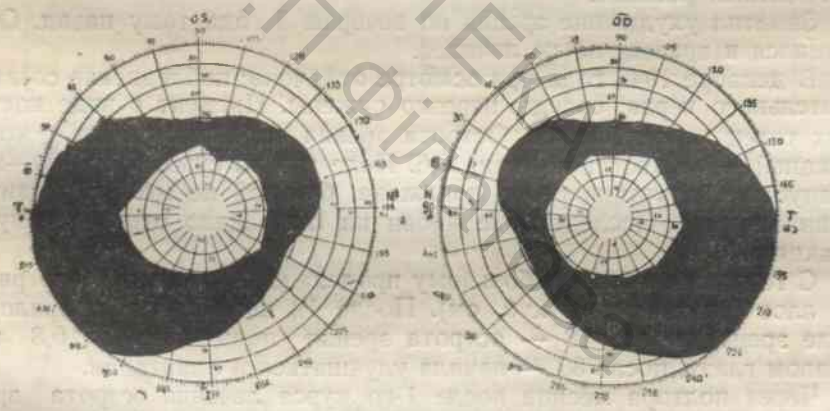
В феврале 1944 г. произведена имплантация под кожу консервированного автоклавированного листа алоэ вследствие снижения остроты зрения на обоих глазах. Одновременно проделано 15 инъекций экстракта алоэ.

В июле 1944 г., т. е. через 1 год и 5 месяцев после первого курса лечения, у больного острота зрения правого глаза равна 0,8, левого — 0,9. Поле зрения значительно расширилось и немного улучшилась адаптация.

Срок наблюдения — 1 год и 6 месяцев.



Бодьной Ш. До лечения.



Больной Ш. После лечения.

3-й случай. Больной Л—ко, 36 лет, служащий. Диагноз: пигментный ретинит.

Считает себя больным с 20-летнего возраста. С 1935 года ежегодно лечился переливанием крови, осмотерапией, в 1939 и 1940

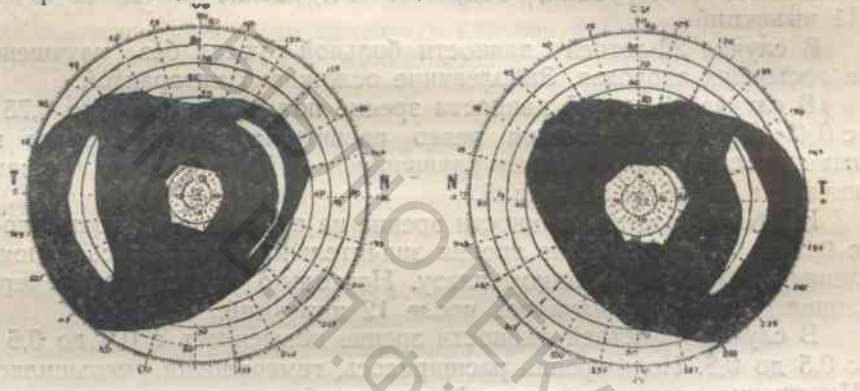
годах — инъекциями рыбьего жира. Наблюдалось улучшение. Последние два с половиной года не лечился.

Объективно: типичная картина пигментного ретинита. Зрение равно 0,8, чтение вблизи затруднено. Поле зрения сужено до 15—20 градусов. Гемералопия резко выражена.

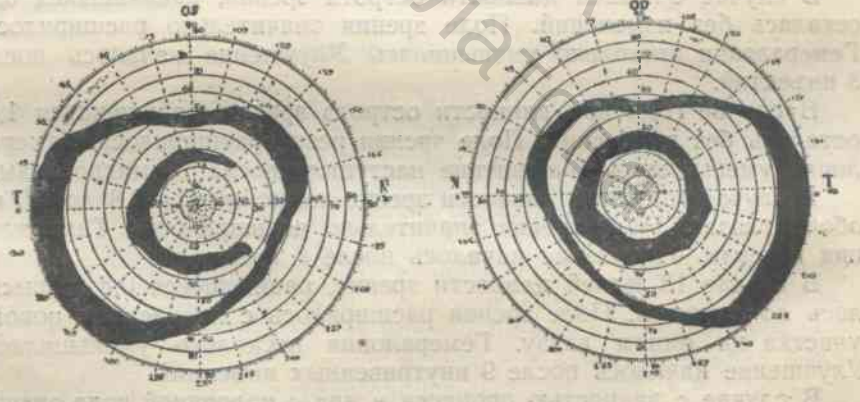
В данном случае с 13.I 1943 г. экстракт алоэ вводился внутривенно по 1 куб. см через день. Со стороны организма никаких изменений не наблюдалось. Улучшение началось после 9-й инъекции, когда расширилось поле зрения. После 15 инъекций острота зрения и гемералопия остались без изменений. Через 2 месяца — повторный курс внутривенных инъекций экстракта алоэ (15 раз через день по 1 куб. см) с последовавшим затем дальнейшим расширением поля зрения. В октябре 3-й курс лечения, поле зрения расширилось на периферии после 15 внутривенных инъекций. Через месяц острота зрения равна 1,0.

10.III 1944 г., по окончании курса лечения экстрактом алоэ, произведена имплантация консервированной автоклавированной гетерокожи. Через 2 недели больной заметил улучшение адаптации, поле зрения и острота зрения остались без дальнейших изменений.

Срок наблюдения — 11 месяцев.



Больной Л. До лечения.



Больной Л. После лечения.

Итак, мы наблюдали 12 случаев (24 глаза) пигментного ретинита, при которых применялось лечение консервированными листьями алоэ. Вот краткая сводка их:

В случае, в котором резко выраженный процесс существовал не менее 13 лет, улучшение сказалось: а) в повышении остроты зрения с 0,1 до 0,4 и с 0,2 до 0,5; б) в расширении резко суженного поля зрения и в восстановлении поля зрения в виде островков на периферии; в) в улучшении чтения вблизи; г) в улучшении вечернего зрения. Улучшение началось после 12 инъекций.

В случае 23-летней давности зрение на одном глазу повысилось с 0,1 до 0,5 и осталось без изменения на другом. Поле зрения резко расширилось и появились участки на периферии. Улучшилось чтение. Вечернее зрение настолько усилилось, что вечером больной ходит самостоятельно. Улучшение началось после 8 инъекций.

В случае с процессом, длившимся 21 год, зрение повысилось с 0,5 до 0,6 и с 0,4 до 0,7, поле зрения резко расширилось; вечернее зрение и общее состояние больной значительно улучшились. Появились менструации, бодрость. Улучшение началось поеле 11 инъекций.

В случае 22-летней давности больной уехал без улучшения в состоянии здоровья. Заболевание осложнено катарактой.

В случае 13-летней давности зрение поднялось с 0,4 до 0,75 и с 0,45 до 0,95. Поле зрения резко расширилось. Гемералопия не изменилась. Чтение вблизи улучшилось. Изменения к лучшему начались после 11 инъекций.

В случае 3-летней давности зрение на обоих глазах повысилось с 0,6 до 0,8 и 0,9. Поле зрения значительно расширилось с появлением островов на одном глазу. Несколько улучшилась гемералопия. Улучшение началось после 12 инъекций.

В случае 12-летней давности зрение повысилось с 0,3 до 0,6 и с 0,5 до 0,8. Поле зрения расширилось, гемералопия уменьшилась. Улучшение наступило после 10 инъекций.

В случае 8-летней давности острота зрения, равнявшаяся 0,1, осталась без изменений. Поле зрения значительно расширилось. Гемералопия несколько уменьшилась. Улучшение началось после 8 инъектий.

В случае годичной давности острота зрения, равнявшаяся 1,0, осталась без изменений. Поле зрения резко расширилось. Гемералопия уменьшилась. Улучшение наступило после 10 микроклизм.

В случае годичной давности зрение повысилось с 0,8 до 1,0 на обоих глазах. Поле зрения значительно расширилось. Гемералопия исчезла. Улучшение началось после 8 инъекций.

В случае 18-летней давности зрение, равнявшееся 0,8, повысилось до единицы. Поле зрения расширилось с появлением нового участка на одном глазу. Гемералопия несколько уменьшилась. Улучшение началось после 9 внутривенных инъекций.

В случае с давностью процесса в два с половиной года зрение повысилось с 0,2 до 1,0 и с 0,2 до 0,8. Поле зрения расширилось.

Гемералопия несколько уменьшилась. Улучшение началось после 13 инъекций.

Как видно из приведенных случаев, при лечении пигментного ретинита водным экстрактом из консервированных листьев алоэ тканевая терапия в виде подкожных инъекций или в виде микроклизм или при внутривенном введении экстракта оказывается эффективной. Улучшение наступало после 8, 10, 13 инъекций. В первую очередь расширялось поле зрения, затем повышалась острота зрения и позднее всего эффект сказывался на адаптации. Надо заметить, что лечение это проводилось повторно через каждые 2-3 месяца, так как уже к концу 3-го месяца по окончании лечения острота зрения снижалась.

Применение экстракта в виде микроклизм также действенно и очень удобно при лечении детей. Кроме того, такой вид лечения можно широко применять в районах, приглашая больного 1 раз в месяц для обследования.

Несомненную пользу приносит и комбинированное лечение. Из всего изложенного делаю следующие выводы:

1) Лечение пигментного ретинита подкожными или внутривенными инфекциями или микроклизмами из экстракта алоэ безусловно эффективно.

2) Лечение необходимо повторять каждые 3-4 месяца.

3) Лечение инъекциями можно сочетать с имплантацией листьев алоэ или других консервированных и автоклавированных тканей.

4) Лечебное действие экстракта алоэ сказывается не только на функциях глаза, но и на общем состоянии организма (повышение аппетита, улучшение слуха, регуляция менструаций).

Остается невыясненным вопрос об отдаленных результатах лечения. В наших случаях срок наблюдения колебался от 7 месяцев до 1 года 6 месяцев. Иногда замечались снижения результата, но повторное лечение восстанавливало его. По предварительному нашему заключению, курсы лечения надо продолжать очень долго.

Возможна ли окончательная остановка процесса с прекращением лечения — сказать нельзя, но благотворное влияние лечения алоэ несомненно.

5. Атрофия зрительного нерва

Не останавливаясь на разных методах лечения атрофии зрительного нерва различной этиологии, подчеркну, что академик Филатов с учениками (Скородинская, Бушмич) наблюдали действие тканевой терапии в 100 с лишним случаях атрофии зрительного нерва. С 1942 года мы начали применять при лечении этого тяжелого глазного поражения водный экстракт из консервированных листьев алоэ, имея в виду воздействие на общее состояние организма в борьбе с местным процессом. Всего под наблюдением было 12 больных (24 глаза). Из них у 7 больных (14 глаз) поражение наступило после отравления метиловым спиртом, в двух случаях (4 глаза) — после перенесенного сыпного тифа, в одном слу-

чае — после травмы и в двух случаях после отравления плазмоцидом. Наиболее тяжелые случаи наблюдались у больных, потерявших зрение на почве интоксикации метиловым спиртом. До лечения больные подвергались исследованию остроты зрения и поля зрения. Сроки наблюдения считались после окончания 1-го курса лечения.

Водный экстракт алоэ при атрофии зрительного нерва

№№	Фамилия	Причина атрофии	Какой глаз	Давность процесса	Начало тканевого лечения	Общее количество инъекций	Результат	Начало улучшения	Острота зрения до лечения	Острота зрения после лечения	Сроки наблюдения и повторное лечение
1	Ч—ов	Интокс. мет. спирт.	оu	9 м.	август 1942 г.	40	+	26 инъекц	пр 0 02 лев 0	0,06 0	8 мес. (2 к.)
2	Т—ко	»	»	2 м.	2 II-43 г.	50	+		пр 0 лев 0,02	0 005 0,1	18 м. (3 к.)
3	Д—ва	После сыпн. тифа	»	1 м.	10-III-43г.	20	+	12 инъекц.	пр 0,1 лев 0,3	0,7 1,0	13 м. (3 к.)
4	Б—ов	»	»	1½ м.	2-IV-43 г.	15	+	6	пр 0,5 лев 0,8	0,8 1,0	4 м. (1 к.)
5	М—ко	Малярия плазм. отр.	»	4 м.	5-I-42 г.	30	+	17	0,08	0,3	15 м. (3 к.)
6	Ц—ч	»	»	2 м.	1-II-43 г.	15	+		оu—0,1	0,3	3 м.
7	С—в	Травма с IX 1943 г.		5 м.	15-II-43 г.	25	+	13	0,08 0,06	0,45 0,5	9 м. (3 к.)

В 5 случаях атрофии зрительного нерва на почве интоксикации метиловым спиртом с давностью процесса 1 год и выше мы успеха не имели.

1-й случай. Больная Д—ва, студентка. Диагноз: атрофия зрительного нерва.

Больная перенесла сыпной тиф в феврале 1942 г., в конце марта заметила ухудшение зрения и обратилась в поликлинику. Были подобраны очки для дали, так как у больной обнаружилась миопия в 2,0 диоптрии. Однако, состояние глаз ухудшалось и в августе 1942 г. мной было найдено на обоих глазах побледнение сосков зрительного нерва, острота зрения правого глаза равна 0,1 с кор. —2,0 диоптрии и на левом — 0,3 с кор. —2,0 диоптрии. Поле зрения сужено до 20 градусов на обоих глазах. Чтение вблизи затруднено. Исследование легких фтизиатром изменений не обнаружило. Малярией больная не страдала.

С 10.VIII 1942 г., после лечения экстрактом алоэ в виде инъекций, зрение на обоих глазах повысилось до 0,7 и поле зрения расширилось, но чтение было затруднено. Улучшение началось после 12 инъекций (поле зрения расширилось на 10 градусов). После 15 инъекций острота зрения повысилась до 0,45, а после 25 (по 1 куб. см ежедневно) острота зрения правого глаза с прежней

БИБЛИОТЕКА ГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого

коррекций равна 0,7, а левого — 0,75. Чтение вблизи улучшилось, но быстро наступало утомление. Больная отмечает общее укрепление нервной системы (улучшился сон). В декабре еще раз получила тканевое лечение (20 инъекций). До начала 2-го курса на правом глазу зрение равно 0,7, на левом — 0,9. До лечения поле зрения сужено до 30 градусов. Чтение вблизи свободно в течение нескольких часов. После лечения поле зрения расширилось почти до нормы. В марте 1943 г. — 3-й курс (20 инъекций). Состояние функций глаз без изменений. В октябре, перед отъездом из Ташкента, больная была на консультации. Острота зрения правого глаза равна 0,7 с прежней коррекцией и на левом — 1,0. Поле зрения правого глаза расширилось еще на 5 градусов, левого — в пределах нормы.

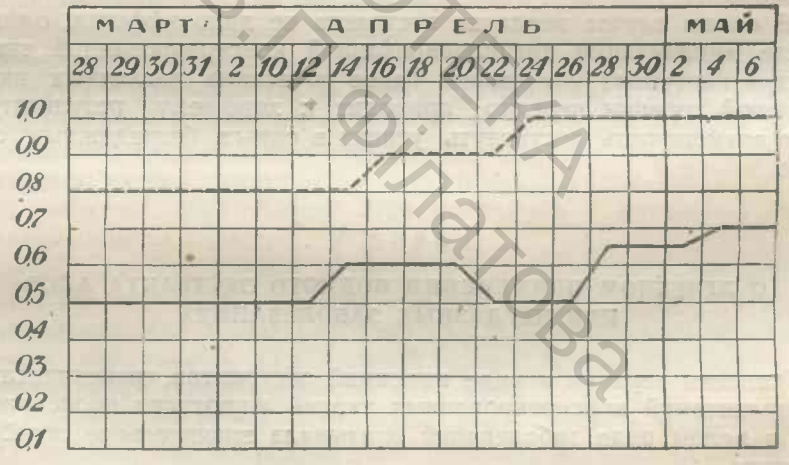
Срок наблюдения — 1 год и 7 месяцев.

2-й случай. Больной Б—ов, 19 лет, рабочий. Диагноз: атрофия зрительного нерва.

В январе 1943 г. перенес сыпной тиф, после чего заметил ухудшение зрения на обоих глазах. Был выписан из лечебного заведения в конце марта и направлен для консультации в госпиталь, где я обнаружила у него атрофию зрительного нерва.

Правый глаз: передний отдел — норма. Реакция зрачка живая. Сосок зрительного нерва бледносерого цвета, сосуды сужены. Зрение равно 0,5, поле зрения сужено на все цвета (белый, зеленый, красный и синий).

Левый глаз: передний отдел — норма. Границы соска зрительного нерва стушеваны, сам сосок в височной половине бледный, сосуды сужены, зрение равно 0,8. Поле зрения на белый цвет нормально, на цвета сужено. Чтение вблизи затруднено.



Больной Б—ов. OU—Atrophia n. optici.

Лечение инъекциями алоэ внутривенно начато со 2.IV. Сделано 15 инъекций по 1 куб. см через день. После 6 инъекций поле

зрения на цвета расширилось на обоих глазах и на белый цвет — на правом глазу. После 10 инъекций зрение правого глаза равно 0,7, после 15 — зрение левого глаза равно 1,0. Поле зрения на цвета в пределах нормы. Чтение затруднено. Через 3 недели снова проделано 15 инъекций внутривенно. Зрение повысилось до 0,8, поле зрения — норма. На левом глазу зрение равно 1,0, поле зрения — норма. Чтение вблизи стало свободным, без утомления.

В августе 1943 г. состояние функций глаз не изменилось. Больной призван на военную службу.

Срок наблюдения — 4 месяца.

Итак, из 12 больных (24 глаза) мы получили хороший результат у 7 (на 11 глазах) и у 5 больных лечение инъекциями экстракта алоэ успеха не дало. Правда, это были тяжелые случаи на почве отравления метиловым спиртом с давностью процесса не менее года.

В 7 случаях (14 глаз) после лечения экстрактом алоэ успех отмечен на 11 глазах. Кроме повышения остроты зрения, наблюдалось расширение поля зрения; чтение же вблизи улучшилось только у 2-х больных. Интересно отметить, что улучшение наступило после 12—25 инъекций. Реакция со стороны пораженной ткани, а в данном случае зрительного нерва, наступила после длительного лечения. Особенно тяжелыми были поражения при атрофии зрительного нерва после отравления, однако в 2 из этих 7 безнадежных случаев эффект лечения экстрактом алоэ был положительным. Особенный интерес представляет больной, у которого на левом глазу зрение равнялось 0, а после 20 инъекций — 0,005. В данном случае нервная ткань не совсем еще погибла и оказалось возможным путем введения экстракта частично вернуть этой ткани ее функции.

В одном случае введение экстракта не дало эффекта, однако, после имплантации автоклавированной консервированной ткани быстро наступило улучшение. Такое сочетание различных видов тканевой терапии нередко приводит к хорошему результату и дает возможность достигнуть успеха в самых безнадежных случаях.

Глава V

О ЛЕЧЕБНОМ ПРИМЕНЕНИИ ВОДНОГО ЭКСТРАКТА АЛОЭ ПРИ НЕГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Тканевая терапия в виде инъекций экстрактов, трансплантаций и имплантаций консервированных тканей животного происхождения в целом ряде заболеваний оказывала значительное лечебное действие.

Наши данные о лечении глазных болезней (глава IV), несомненно, отмечают хороший эффект при введении в организм водного экстракта алоэ в целом ряде воспалительных и дегенеративных процессов органа зрения.

РЕПОЗИТОРИЙ ГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Интересно было испытать лечебное действие консервированных в темноте листьев алоэ и при неглазных заболеваниях. По этому вопросу я располагаю следующими материалами.

Водный экстракт из консервированных листьев алоэ при неглазных заболеваниях

№№ п. п.	Наименование заболевания	Количество случаев	Количество успешных случаев
1	Пендинская язва	12	12
2	Незаживающие язвы	6	6
3	Туберкулезные поражения, скрофулодермия .	3	3
4	Язва гортани	1	1
5	Волчанка	2	2
6	Псориаз	3	3
7	Экзема век	3	2

1. Кожный лейшманиоз (пендинская язва)

В Средней Азии мы применили водный экстракт из консервированных листьев алоэ в форме инъекций при пендинской язве. Кожный лейшманиоз был известен уже в глубокой древности. Описание язв, появлявшихся, как думали, от укуса мухи или после купанья, имеется в книге Яддур Веги (IV столетие до нашей эры). По Гейденрейху, кожный лейшманиоз был распространен в войсках персов, ассирийцев и греков.

Европейские врачи впервые описали тропическую или восточную язву в XVIII веке. После того, как Лейшман открыл паразита при кала-азар и Боровский — того же паразита при кожном лейшманиозе, по предложению Лаверана, начали диагносцировать бактериологически лейшманиоз внутренних органов (кала-азар) и кожи (кожный лейшманиоз). Этот последний у французов носит название bouton d'Aleppe.

Среди населения стран, в которых распространено это заболевание (Африка, Азия, Америка, отчасти Европа), имеется много названий для него. В Средней Азии оно известно под именем «пендинской, кокандской, ашхабадской язвы». Среди населения оно носит название «паша-курда» — укус мухи.

В своей книге «Клиника кожного лейшманиоза» проф. Кожевников говорит, что в Средней Азии для многих специалистов вопрос о существовании двух разных типов кожного лейшманиоза ясен, однако, он до сих пор не получил общего признания. Основная причина неясностей в затронутом вопросе заключается в том, что анализ обоих типов кожного лейшманиоза не доведен до конца. Не останавливаясь подробно на клиническом описании обоих

типов, охарактеризуем, по Кожевникову, особенности каждого из них в отдельности.

Первый тип кожного лейшманиоза известен под именем папулезной, сухой, хронической формы, поздно изъязвляющейся. Инкубация затяжная — от 2 месяцев до 1 года и более. Стадия нераспавшегося бугорка тянется много месяцев. Процесс затягивается до 1 года и больше. Лимфангоиты редки (10 проц.). Обилие лейшманий.

Второй тип — остронекротизирующийся. Инкубационный период более короткий (1—6 недель), быстро наступает некроз. Лимфангоиты часты (70 проц. и более). К изъязвившимся бугоркам присоединяется вторичная инфекция, что еще более ухудшает течение процесса. Язва увеличивается в размере, покрывается коркой. Если снять корку, то обнажается язва с подрытыми краями. Дно покрыто бледными, легко кровоточащими разращениями. Кожа вокруг язв и бугорков уплотнена, синеватокрасного цвета. Из осложнений надо отметить обычные при язвах лимфангоиты, лимфадениты и флегмоны. По ходу лимфатических сосудов появляются узелки в виде горошин, плотных на-ощупь, красноватого цвета с фиолетовым оттенком. При пальпации ощущаются они в виде шнуров или четок.

Обширный арсенал средств для лечения кожного лейшманиоза можно разделить на три группы:

1) хирургическую,
2) электросветовую,
3) лекарственную.

Иссечение язв, прижигание CO_2, диатермокоагуляция, освещение лампой Кромайера, присыпание язв порошком марганцевого калия, различные мази, пасты, интрадермальные инъекции эфира, внутривенное введение 1-2-процентного раствора сурьмы, акрихин, стрептоцид — все эти методы не всегда дают успех, а также не предотвращают рецидива указанного заболевания.

По вопросу о лечении кожного лейшманиоза мнения авторов расходятся: одни считают те или иные способы местного и общего лечения более или менее действенными, другие высказываются крайне пессимистически.

С таким взглядом мы не можем, конечно, согласиться, так как кожный лейшманиоз нередко выводит из строя трудящихся, и борьба с ним необходима.

Я не имею в виду анализировать проблему лечения кожного лейшманиоза, как таковую. Моя задача — выяснить, как может повлиять на кожный лейшманиоз введение в организм водного экстракта из консервированных в темноте листьев алоэ. Что тканевая терапия в других формах (при применении препаратов животного происхождения) дает при этом замечательный терапевтический эффект, известно из работ академика В. П. Филатова. Интересно было выяснить действие алоэ и других растительных материалов при рассматриваемом поражении. Вопрос этот был уже затронут академиком Филатовым.

Экстракт алоэ вводили подкожно вблизи язв или в отдалении от них. Одноразовая доза от 1 до 6 куб. см. Инъекции производились ежедневно или через день-два. Курс 25—40 инъекций. В отдельных случаях наряду с ними применялась имплантация под

Водный экстракт алоэ при пендинской язве

№№ п. п.	Фамилия	Количество язв	Длительн. процесса	Начало лечения	К-во инъекций до улучшения	Начало очищения язв	Начало эпителизации язв	Нач. уменьш. инфильтрации	К-во инъекций до заживл. язв	Общее колич. инъекций	Срок наблюдения	Бактериологический анализ	Форма	Имплантация алоэ
1	Д—ов	3	2 м.	4-12 42 г.	2-5	1	2-8	19	19	25	12 м.	+	о. н.	
2	Р—ов	2	6 м.	4-3 42 г.	2-6	2	3	4	16	25	10 м.	+	сух. п. и.	
3	А—ов	14	1 м.	30-9 42 г.	2	9	14	9	21	25	6 м.	+	о. н.	
4	А—ков	22	1 м.	»	5	6	12	8	25	25	3 м.	+	о. н.	
5	Г—ов	19	1 м.	»	2	5	10	5	21	28	3 м.	+	о. н.	
6	П—ова	3	11 м.	17-6 42 г.	11	—	15	11	30	35	12 м.	—	сух, п. и.	
7	М—ва	1	1 м.	25-7 42 г.	10	—	20	25	30	42	8 м.	+	сух. п. и.	
8	З—берг	2	8 м.	2-12 44 г.	8	13	18	13	32	38	3 м.	+	о. н.	2
9	З—берг	2	8 м.	»	9	15	23	9	25	32	3 м.	+	о. н.	1
10	Ищ—ко	2	18 м.	25-11 44 г.	5	9	17	8	35	35	4 м.	+	сух. п. и.	1
11	Б—ва	2	12 м.	19-2 45 г.	11	11	18	11	32	32	15 м.	+	сух. п. и.	2
12	Дюр—р	3	13 м.	25-12 44 г.	13	15	19	15	37	44	4 м.	+	сух. п. и.	

кожу консервированного 15 суток листа алоэ (6—8 кв. см). У всех больных исследовали реакцию крови по Вассерману и Пирке, исследовали соскоб язвы на присутствие лейшманий. Больные находились под непосредственным наблюдением академика Филатова и дерматолога проф. А. А. Фельдмана, который устанавливал диагноз и подтверждал момент выздоровления. Наблюдения, кроме записи в историю болезни, отмечались на учетной карточке. Сроки наблюдения отмечены после 1-го курса лечения по заживлению язв.

Под моим наблюдением находилось 12 больных У 5 из них был 1-й, т. е. поздно изъязвляющийся тип лейшманиоза, у осталь-

Библиотека им. В. П. Филатова

ных 7 — остронекротическая форма. Из 12 случаев во всех наступило выздоровление.

Перехожу к описанию заболеваний кожным лейшманиозом, при лечении которых применялся автоклавированный водный экстракт из консервированных листьев алоэ.

1-й случай. Больной А—ов, курсант КМУ, 18 лет, ист. бол. № 2675. Диагноз: кожный лейшманиоз.

Заболел в августе 1943 года (в июле работал на лесозаготовках вблизи Тахта-базар в Средней Азии).

На теле появились прыщики с сильным зудом, которые постепенно превратились в язвы. Больной лечился примочками из марганцевокислого калия.

В области шеи за правым ухом обнаружено 5 язв (3 по 0,5 × 0,5 см, 1 — 1 × 0,5 см и 1 — 2,5 × 2 см). На ушной раковине 2 язвы 0,5 × 0,5 см. На шее и подбородке — 2 язвы: 2 × 1 см и 1,5 × 1 см. Подчелюстные железы увеличены, плотны и болезненны, на лбу слева, на границе с волосистой частью, гнойный инфильтрат (намечается язва) и язва с сухой коркой (0,5×0,5 см). На правом предплечье в нижней трети на тыльной и ладонной поверхности — 3 язвы (2 × 1,5 см, 3,5 × 2,5 см и 2,5 × 2 см). На правом предплечье до локтевого сгиба — инфильтраты в виде узлов величиной с фасоль, болезненны. На левой кисти у основания 3-го пальца имеются слившиеся вместе 3 язвы размером 2 × 1 см. Движения 3-го и 4-го пальцев ограничены и болезненны.

Больной А—ов.
До тканевого лечения.

Больной А—ов.
После 25 инъекций экстракта алоэ.

На тыле кисти в области запястья расположена язва величиной 3 × 2 см. У радиального края на тыле левой кисти в нижней трети левого предплечья имеются 2 язвы (5 × 4,5 и 2 × 2 см) неправильной формы. Функция лучезапястного сустава резко ограничена. На внутренней поверхности левого предплечья четкообразные ин-

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. філатова

фильтраты по ходу лимфатических сосудов, очень болезненны. Бактериологически установлено наличие лейшманий.

Лечение инъекциями экстракта алоэ начато 30.IX и уже после первых инъекций язвы стали суше, улучшились сон и аппетит. После 6 инъекций отделяемого стало меньше, язвы плоше и суше. Кожа вокруг них менее гиперемирована и инфильтрирована.

14.X проф. Фельдман и академик Филатов отметили значительное улучшение. 25.X заметна эпителизация язв после 12 инъекций. После 25 инъекций (23.XI) все язвы зажили, и только отдельные инфильтраты на животе еще прощупываются. Подчелюстные железы не прощупываются. Функции лучезапястного сустава свободны, инфильтраты рассосались.

2-й случай. Боец Г—нов, 19 лет, ист. бол. № 2373. Диагноз: кожный лейшманиоз.

Заболел в августе 1943 года после пребывания в Тахта-базаре. Лечился примочками из марганцевокислого калия. У больного имелось 19 язв с инфильтрированными неровными краями. Дно язв покрыто разращениями с обильным гнойным отделяемым, язвы покрыты гнойной коркой. В госпиталь поступил 28.IX 1943 года.

Язвы располагались: на лбу — размером 1,0×0,5 см; на правом виске — 2×1,5 см; на правой ушной раковине—1,5×1 см, за ушной раковиной железа увеличена и болезненна при пальпации; в области верхнего края челюсти язва величиной 2×1,5 см с резко приподнятым краем и кратерообразным дном; на подбородке слева — 2,5×2 см; в области левого плечевого сустава спереди--большая язва 6,5×3 см.; подчелюстная железа увеличена и болезненна, на левом боку посредине аксилярной линии, на границе 10-го ребра, язва 6,0×1 см, кнаружи от нее расположены четкообразные инфильтраты величиной с фасоль до верхнего края 4-го ребра, болезненны при пальпации; в эпигастральной области и несколько книзу справа — 2 большие язвы 7×2 см и 4×1,5 см; к подмышечной впадине от этих язв идут инфильтраты в виде четок, болезненные при пальпации; под соском справа — язва 5×2 см; на левой голени сзади в нижней трети имеются 2 язвы размером 2×1,5 см и 1×1 см; на тыле левой стопы 2 язвы, наполненные грануляциями, возле них инфильтрат величиной с горошину; на втором пальце левой стопы 4 маленьких язвы 0,1×0,1 см; на внутренней поверхности обоих предплечий на нижней трети — по язве размером 2×1 см.

Кожа вокруг всех язв гиперемирована, инфильтрирована. Бактериологически установлено наличие лейшманий.

Лечение инъекциями экстракта алоэ начато 30.IX 1943 г. После 2 инъекций под кожу язвы стали суше, особенно 7, 8 и 9-я. После 3 инъекций кожа вокруг них менее инфильтрирована и менее болезненна. После 5-й инъекции (8.X) общее состояние больного улучшилось, железы возле язв уменьшились в размере и стали менее болезненными. Отделяемого меньше, края язв площе. Больной начал спать (раньше из-за болей не мог спать). После 7 инъекций язвы стали суше. Вокруг язвы на груди кожа в области инфильтратов больше гиперемирована.

14.X больной осмотрен проф. Фельдманом и академиком Филатовым. Установлено значительное улучшение язв: инфильтрация кожи вокруг них уменьшилась, отделяемого стало меньше, отдельные язвы начали эпителизироваться.

После 14 инъекций гнойные корки отошли и началась эпителизация всех язв. Интересно, что она шла одновременно в центре и с краев язв.

После 21 инъекции все язвы зажили, инфильтраты рассосались.

Больной Г—ов.
До тканевого лечения.

Больной Г—ов,
После 25 инъекций экстракта алоэ.

3-й случай. Больная Б—ва, 75 лет, иждивенка. Диагноз: кожный лейшманиоз.

2 раза проживала в Туркмении. По приезде в Одессу, в августе 1944 года заметила покраснение левой щеки, и на коже тыльной стороны левой кисти появилось красное пятно. На щеке и на руке кожа стала более плотной, появилось шелушение, а в январе на руке на среднем пальце началось изъязвление. 15.II 1945 года больная направлена проф. Фельдманом для тканевого лечения с диагнозом кожного лейшманиоза (поздно изъязвляющаяся форма). Бактериологически диагноз подтвержден.

Объективно отмечено: На левой щеке кожа яркокрасного цвета, сильно инфильтрирована, вся поверхность ее лоснящаяся, имеются белесоватые чешуйки. На левой руке кожа тыльной поверхности сильно инфильтрирована, местами видны трещины и чешуйки. На среднем пальце — язва размером 2×3 см с сухой гнойной коркой, по ходу лимфатических сосудов — узлы величиной с горошину и с грецкий орех, болезненные. Больная не может работать.

19.II 1945 г. начато лечение инъекциями водного экстракта алоэ по 2 куб. см ежедневно. После 11 инъекций инфильтрация кожи на руке и на щеке значительно уменьшилась. Явления лимфаденита ослабели, четкообразные инфильтраты стали меньше и мягче на ощупь. На язве пальца корки отошли и после 18 инъекций она стала эпителизироваться. Последующие инъекции благотворно подействовали на рассасывание инфильтратов. Площадь инфильтрации и покраснение кожи после 22 инъекций уменьшились вдвое, на коже щеки появились складочки. Язва на пальце зажила после

32 инъекций, несмотря на травму руки. После 32 инъекций произведена имплантация под кожу кусочка консервированного автоклавированного листа алоэ. Процесс рассасывания инфильтрата на коже не дал возможности развиться язве. Явления лимфаденита значительно улучшились. Большие узлы рассосались. Рука стала сгибаться (ранее сгибание было ограничено). Поверхность кожи остается еще неровной и сухой. По предложению академика Филатова, больной была назначена 1-процентная мазь из порошка консервированных листьев алоэ для смазывания кожи руки. Через 2 недели после первой имплантации, повторно имплантировали кусок консервированной и автоклавированной кожи. Через 5 дней после этого на щеке, на месте бывшего инфильтрата, осталось небольшое розовое пятно размером 0,5 см. На руке имеется сухость кожи. В начале апреля больная была укушена собакой в щеку в области бывшего процесса. На месте укуса появилось изъязвление величиной 3×4 мм, покрытое кровянистым сгустком. Больная продолжает лечиться.

В моем материале по применению экстракта из консервированных листьев алоэ при пендинской язве описаны 12 случаев. Все они закончились выздоровлением.

Из данных наблюдений я считаю нужным подчеркнуть следующее: больные поступали на лечение подкожными инъекциями экстракта алоэ в сроки от 1 до 8 месяцев с момента заболевания в случаях остронекротической формы, а при поздно изъязвляющейся форме и свыше года. Заболевание представлялось настолько типичным, что в диагнозе не было никакого сомнения. Его устанавливали опытные специалисты (проф. Фельдман и д-р Сорокин). Большая часть диагнозов подтверждена бактериологическими исследованиями.

Большинство больных страдало остронекротической формой кожного лейшманиоза. Из 12 в 5 случаях была установлена поздно изъязвляющаяся форма (ашхабадка). Количество язв: в 3-х случаях — 1, в 4-х — 2, в 2-х — 3, в 1 — 14, в 1 — 19, в 1 — 22, в 1 — 5 и в 1 — форма неизъязвляющаяся.

Инъекции производились или в избранном месте под кожу плеча или вблизи одной из язв, но близость инъекций к язве не давала никаких преимуществ в отношении ее заживления. Инъекции делались через день или ежедневно. Если выздоровление и наступало, то все же их продолжали, чтобы ускорить рассасывание инфильтратов и достигнуть развития нежного рубца. Сравнение со случаями пендинки, которую лечили сурьмой, прижиганиями или совершенно не лечили (кроме других форм тканевой терапии), показало преимущество инъекций алоэ.

Количество инъекций до начала улучшения процесса колебалось от 2 до 11. Началом улучшения мы считали очищение язв от гнойного отделяемого, уменьшение болей и болезненности, подсыхание язв и улучшение общего самочувствия больных. Эпителизация начиналась несколько позднее указанных признаков, в сроки 2—8—10—12—18 суток. Начало улучшения отмечалось не на всех язвах

сразу. Эпителизация шла с периферии и с середины язвы. Для заживления всех язв требовалось 16 — 19 — 21 — 30 — 35 инъекций. 32 и 35 инъекций были применены при лечении язв с поздно изъязвляющейся (сухой) формой.

Мы могли отметить, что имеющиеся бугорки с наклонностью к изъязвлению рассасывались под влиянием инъекций алоэ.

Наблюдения с момента заживления язв продолжались от 3 месяцев до 1 года.

Приведенные данные с несомненностью говорят о том, что инъекции водного экстракта консервированных в темноте листьев алоэ оказывают целебное действие на кожный лейшманиоз в его остронекротической форме. Ашхабадская пендинка, которую 8 месяцев безрезультатно лечили акрихином, была ликвидирована инъекциями алоэ.

Сравнивая эффекты от лечения алоэ с результатами лечения другими видами тканевой терапии, мы видим сходство их. К случаям терапии экстрактом алоэ следует присоединить и случай лечения кожного лейшманиоза экстрактом из проростков гороха «Маша».

2. Незаживающие язвы (травматические и после отморожения)

Лечение незаживающих язв, развившихся после травмы, так часто встречающихся у бойцов, представляет собой трудную задачу, особенно, если такие язвы комбинированы с остеомиэлитом. Я не имею в виду излагать здесь все способы этого лечения. Их очень много и они далеко не всегда приводят к скорому выздоровлению. Об этом свидетельствует обилие язвенных больных, проводящих в госпиталях длительное время. Я поставила себе задачей выяснить, могут ли инъекции экстракта алоэ способствовать заживлению язв. Что другие виды тканевой терапии полезны в этом отношении, доказано наблюдениями академика В. П. Филатова и его школы.

Для наблюдения выбраны случаи без остеомиэлита, так как язвы на почве последнего требовали бы комбинированного лечения (операции). Аналогичная задача была поставлена и для испытаний алоэ при язвах на почве отморожений; в этих случаях заранее приходилось считаться с вероятностью ампутации остатков пальцев.

а) Случаи незаживающих язв после травм

1-й случай. Боец Кон—ко. Поступил в хирургическое отделение по поводу рваной раны на спине после ранения 25.VII 1941 г.

Рана на спине размером 25×6 см до 15.XII 1941 г. под влиянием повязок и мазей уменьшилась до размеров 16 × 6 см. Грануляции пышно разрослись, и эпителизация прекратилась.

С 15.X 1941 г. начали применять инъекции экстракта из консервированных листьев алоэ. Его вводили вблизи раны по 2 куб. см. После 2 инъекций отделяемого стало меньше, после 6 инъекций (14 дней) язва уменьшилась до размеров 5 × 1,5 см, а после 11 инъекций рана совершенно закрылась.

Срок наблюдения — 2 месяца.

2-й случай. Боец Д—ов. Поступил по поводу ранения правой голени осколком снаряда.

Размер раны 8 × 6 см с обильным гнойным отделяемым и крупными вялыми грануляциями. Вокруг язвы — зона гиперемированной кожи шириной 3 см. Рентгеновский снимок показал: инородных тел и повреждений кости нет. Рана не заживала в течение 50 дней при применении мази Вишневского и освещения горным солнцем. Больной жаловался на боли в ноге, из-за чего не мог спать.

С 21.X 1942 г. начаты инъекции экстракта алоэ по 2 куб. см через день-два. После 8 инъекций боли значительно уменьшились, отделяемого стало меньше, грануляции стали более розового цвета. Гиперемия кожи уменьшилась, началась эпителизация в виде наползания эпителия с краев. После 12 инъекций рана закрылась, и через 2 недели больной выписан в часть.

Срок наблюдения — 9 месяцев после окончания 1-го курса лечения.

б) Язвы после отморожений

1-й случай. Боец Ш. Поступил 12.IV 1942 г. с незаживающей в течение трех месяцев язвой правой стопы на почве отморожения. Пальцы удалены. Язва имела в длину 7,5 см и в ширину 2 см с обильным отделяемым, грануляции вялые, сильные боли в ноге.

14.IV начато лечение экстрактом алоэ по 3 куб. см через день. После 2-х инъекций отделяемого стало меньше. После 4-х инъекций (25.IV) боли в ноге уменьшились. После 8 инъекций (14.V) наступило значительное улучшение: отделяемого нет, грануляции стали более розового цвета, размер язвы 3 × 0,5 см, боли прошли, сон хороший. После 12 инъекций язва зажила и больной выписан здоровым 18.VI 1942 г.

Срок наблюдения — 2 месяца.

3. Туберкулезные поражения

Академик В. П. Филатов в ряде статей и в своей книге «Тканевая терапия» (Ташкент, 1943 г.) приводит данные, свидетельствующие о том, что тканевая терапия в различных формах, несомненно, действует благоприятно на течение туберкулезных процессов (волчанки, язвы гортани, язвы кожи, туберкулеза легких, экспериментального туберкулеза у кроликов). По предложению академика Филатова, я провела ряд наблюдений над применением алоэ при глазных заболеваниях туберкулезного характера. Они показали большое терапевтическое значение алоэ. Данный материал следовало, конечно, дополнить исследованиями действия алоэ при неглазных туберкулезных поражениях.

Приведу результаты наших наблюдений.

а) Скрофулодерма

1-й случай. Больная К—ма, 24 лет, служащая. Диагноз: скрофулодерма.

Страдает поражением кожи в области шеи. Имеются 3 свища с

обильным гнойным отделяемым и инфильтрацией. Движения шеи вправо и влево болезненны и ограничены. В течение последних 2 месяцев температура 37,5—38 градусов.

С марта 1943 г. больная подвергалась лечению ультрафиолетовыми и рентген-лучами, но безуспешно. 2-го сентября 1943 г. она обратилась к академику Филатову. После осмотра фтизиатром (в легких изменений нет) и дерматологом проф. Фельдманом, с 7-го сентября ей стали вводить подкожно через день экстракт алоэ: 5 инъекций по 0,5 куб. см и 20 — по 1 куб. см. После инъекций температура в пределах нормы, инфильтрация кожи уменьшилась, движения головы в обе стороны стали свободнее, количество отделяемого в первые дни инъекций увеличилось, но после 15 инъекций уменьшилось, и на передней поверхности шеи закрылся свищ. После 20 инъекций закрылись все свищи. Рубцы на месте их темно-красного цвета, инфильтрация кожи исчезла. Больная свободно вращает голову.

В конце ноября проведен 2-й курс лечения (30 инъекций по 0,5 куб. см через день). При осмотре больной в январе 1944 г. отмечено: свищи закрыты, рубцы на месте их более бледного цвета, на-ощупь мягкие. Больная не носит повязки на шее, как это было при свищах; бодра и работает. В марте — 3-й курс лечения (30 инъекций) и в июне — 4-й курс (также 30 инъекций). За время наблюдения, с сентября 1943 г. по сентябрь 1944 г., свищи не открывались, железы не были уплотнены, рубцы рассосались, общее состояние улучшилось. Больная работает. Эффект лечения был несомненным.

Срок наблюдения — 10 месяцев после окончания 1-го курса лечения.

Больная К—ма. До лечения.

Больная К—ма. После лечения.

2-й случай. Больная Абр—н, 11 лет, ученица. Диагноз: скрофулодерма.

3.II 1943 г. в тубдиспансере д-р Максимчук обнаружил туберкулез шейных желез. В апреле 1943 г. железы прощупывались в виде

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

плотного конгломерата с обеих сторон. На голове и на ушах имелись отдельные язвы с гнойным отделяемым. Рентгеноскопия легких: изменений нет. Температура 37—37,2 градуса. Девочка очень худая, бледная, аппетит и сон плохие. Дополнительное исследование на глисты дало отрицательный результат. Так как ребенка не могли приводить для лечения, то вместо инъекций я назначила микроклизмы из экстракта алоэ. Всего с 5.II 1943 г. проделано 30 микроклизм (через день, одна чайная ложка экстракта на клизму). После 7 таких процедур улучшился аппетит, после 10—железы на ощупь стали менее плотны, и инфильтрация их постепенно рассасывалась. После 20 микроклизм установилась нормальная температура. Ребенок стал хорошо спать, прибавил в весе. После 30 процедур железы значительно уменьшились и уже едва прощупывались. Больная стала веселой, бодрой, через 2 недели после окончания лечения начала заниматься в школе.

В дальнейшем каждые 2 месяца в течение года мать повторяла лечение экстрактом в виде микроклизм.

За время наблюдения девочка очень поправилась и оставалась бодрой.

Срок наблюдения — 1 год и 6 месяцев после окончания 1-го курса лечения.

б) Туберкулез гортани

1-й случай. Больная Б—ва. Диагноз: язва гортани.

У больной имелось поражение туберкулезным процессом гортани, легких и почек (одна почка удалена в ноябре 1939 г.). В семье брат, сестра и мать умерли от туберкулеза легких. В феврале 1942 г. больная обратилась к академику Филатову с настойчивой просьбой провести тканевое лечение. По данным ларинголога (д-ра Рубинштейна), у нее имелся язвенный процесс (2 язвы) в гортани.

В течение двух с половиной лет после удаления почки, особенно последние 3 месяца до тканевого лечения, в моче обнаруживалась кровь в большом количестве, ощущались боли в мочевом пузыре, и частые мочеиспускания затрудняли ходьбу и возможность работать. Больная жаловалась на боль в горле. Исследование мочи: белка — 1,5 проц.; кровь — РОЭ 45.

С 18 февраля 1942 г. проведен курс лечения — 30 инъекций экстракта алоэ по 0,5-1 куб. см через день. После 10 инъекций отмечено улучшение: боли в горле уменьшились, крови в моче стало меньше, боли в мочевом пузыре прекратились. Повысился аппетит. После 20 инъекций больной стало легче глотать и говорить. Общее состояние улучшилось, температура по вечерам 37,6—37,8 (раньше 38—39 градусов). После 30 инъекций одна язвочка в гортани зажила совсем, другая — на три четверти. Больная стала бодрее, боли в мочевом пузыре за это время не появлялись. Самочувствие в марте и апреле лучше, чем было зимой (условия жизни оставались без изменений).

В мае проделан 2-й курс лечения (30 инъекций), после чего больная прекрасно поправилась. Язвы в гортани заэпителизировались,

приступов болей в почке, какие бывали до тканевого лечения, уже 3 месяца нет. Больная прибавила в весе 2 килограмма. Летнюю жару в Ташкенте перенесла в этом году легче (раньше процесс обострялся именно в жаркую погоду).

В сентябре — 3-й курс лечения (25 инъекций по 1 куб. см через день). Состояние почки улучшилось. Белка в моче — 0,33 проц. Больная настолько поправилась, что в январе 1943 г. начала работать стенографисткой. С 10.I по 26.I 1943 г. приняла 4-й курс лечения (15 инъекций по 1 куб. см ежедневно).

По данным ларинголога (д-ра Рубинштейна), еще в марте 1942 г., после 1-го курса лечения, отмечено улучшение: изъязвлений в глотке нет, но имеется инфильтрация. Значительное улучшение наступило в сентябре: изъязвлений и свежих очагов нет, со стороны легких — рубцевание.

Срок наблюдения — 19 месяцев.

в) Волчанка

1-й случай. Больная Г—х, 29 лет. Диагноз: волчанка носа.

В марте 1944 г. больная обратилась по поводу красной волчанки. Нижняя половина носа немного отечна, яркокрасного цвета, границы поражения зигзагообразные с чешуйками. Больна 2 года. Ежегодно процесс обострялся в летнее время и прогрессировал (с маленького пятнышка на конце носа).

С 3.III 1943 г. больной начали вводить алоэ по 1 куб. см через день. Кожа стала более бледной после 14 инъекций и значительно побледнела после 25 инъекций. Больная прекратила посещения из-за работы в поле. В конце июня она явилась с тем же состоянием кожи на носу, какое было после 25 инъекций экстракта, и заявила, что обычного ухудшения, наблюдавшегося в яркое солнечное время, нет. Больная не имела возможности принять курс инъекций экстракта, и ей произведена была имплантация под кожу кусочка консервированного автоклавированного листа алоэ. Через 5 дней заметно уменьшилось оставшееся воспаление кожи. При осмотре дерматологом в сентябре отмечен успех лечения. Через месяц больная получила возможность подвергнуться инъекциям алоэ. До апреля 1944 г. она систематически проводила это лечение (3 раза по 20 инъекций). В настоящее время пациентка здорова, и рецидива за время наблюдения не было.

Срок наблюдения — 11 месяцев.

Все приведенные случаи с несомненностью говорят о следующем:

1) При скрофулодерме действие алоэ очень эффективно: не только скоро закрылись свищи, но и самые рубцы уплостились и частично рассосались, а главное, рецидива не было в течение значительного срока.

2) При лечении волчанки, этого упорного заболевания с частыми рецидивами, также успешно применялся препарат алоэ.

3) Случай туберкулеза гортани показал, что не только язвы в гортани зажили, но благоприятно протекал и туберкулезный процесс в почке.

4) Алоэ действует и при введении через прямую кишку.

5) Влияние алоэ при туберкулезе аналогично действию других видов тканевого лечения.

Мои случаи немногочисленны, но их значение усиливается сопоставлением с офтальмологическими наблюдениями.

4. Псориаз

При кожных заболеваниях также применялось алоэ, и, в первую очередь, действие его мы наблюдали при псориазе.

Псориаз (чешуйчатый лишай) — один из важных дерматозов как по своей частоте, так и по множественности и распространенности своих элементов, а также по упорству течения с частыми рецидивами процесса. Характерны для этого заболевания красные пятна, покрытые серебристыми, рыхло сидящими пластинчатыми чешуйками. Чешуйчатый лишай нередко сопровождается сильным зудом. Поражаться может весь кожный покров. Применение мазей и кислот, эндокринных препаратов, рентгенотерапии, минеральных вод — все эти методы лечения псориаза часто безуспешны или дают лишь временное улучшение.

Академик Филатов пользовался экстрактом алоэ и при этом заболевании. Мною проведены наблюдения над 4-мя больными с тяжелой формой псориаза.

1-й случай. Больная Б—ская, 12 лет. Диагноз: псориаз.

Поражение чешуйчатым лишаем шестилетней давности. В семилетнем возрасте, после кори, у ребенка на верхних и нижних конечностях появились мелкие бляшки 0,5 см в диаметре, розового цвета, с легко снимающимися чешуйками. Бляшки располагались на наружной поверхности рук и ног. Улучшение наступало в летнее время, когда ребенок находился на солнце, но в Средней Азии процесс обострился в июле 1943 г. После употребления мазей и рыбьего жира больная 21.VII 1943 г. явилась к академику Филатову для тканевого лечения.

Ребенку была назначена терапия в виде микроклизм из экстракта алоэ, а также каждые 2 дня мать делала ванны, прибавляя к двум ведрам воды 100,0 куб. см экстракта алоэ. После 15 микроклизм и 5 ванн вся кожа очистилась от чешуек, ребенок почувствовал себя хорошо и стал более спокойным (23.VIII 1943 г.).

После 25 микроклизм бляшки побледнели, и кожа оставалась в таком состоянии в течение трех с половиной месяцев. Затем на локтях и коленях снова появились бляшки, которые не исчезали и при повторном лечении (в октябре и декабре). После 3-го курса лечения было применено облучение ультрафиолетовыми лучами, и в течение 6 месяцев девочка была совершенно здорова.

Срок наблюдения — 8 месяцев после окончания 1-го курса лечения.

5. Экзема век

Кроме псориаза, экстракт алоэ применялся для лечения экземы кожи век. Всего под наблюдением было 3 больных.

Больная Т—ская, 32 лет, библиотекарь. Диагноз: экзема век.

Больная страдает экземой век 2 года. Подвергалась различным методам лечения (облучение ультрафиолетовыми лучами, мази, пасты, припудривания, общее укрепляющее лечение). Бывали промежутки в 2-3 недели, когда основной симптом болезни — зуд исчезал, затем он снова появлялся. Зуд был настолько мучителен, что больная не спала, страдания доводили ее до отчаяния. Особенно усиливались они в теплое время. Больную направил ко мне для пробного тканевого лечения дерматолог проф. Фельдман с указанием на этот случай, как упорный, не поддающийся лечению.

Объективно: больная истощена, кожа век обоих глаз припухла, более розового цвета по сравнению с окружающей; на эпидермисе мельчайшие пузырьки с булавочную головку; веки слегка опущены. Больная принимает бромиды, витамины А и Д, смазывает веки индиферентной мазью. Бытовые условия у нее хорошие. Заболевание появилось во время эвакуации.

С 13.III 1943 г. больной стали вводить подкожно экстракт алоэ по 2 куб. см через день. Первые 15 инъекций результата не дали, но она настойчиво продолжала лечение. С 28.III экстракт начали вводить ежедневно по 1 куб. см. После 23 инъекций зуд уменьшился и в эту ночь больная уснула. После 26 инъекций зуд значительно ослабел, пузырьки на коже стали меньше, несмотря на то, что наступили теплые дни. Общее состояние улучшилось: больная менее подавлена, спит, появился аппетит. После 37 инъекций сама кожа стала более ровной, пузырьков меньше, на коже верхнего века появились складочки. Настроение больной бодрое. После 43 инъекций зуд исчез, отека кожи нет, поверхность ее розовая, слегка шелушится. Сон спокойный, аппетит и общее состояние улучшились. 5.V 1943 г. дерматолог проф. Фельдман отметил выздоровление. Через месяц больная явилась жизнерадостной и спокойной. Никакого зуда на коже век нет.

В августе — 2-й курс лечения (20 инъекций) и в ноябре — 3-й курс. Перед отъездом, 14.IV 1944 г., больная явилась на консультацию совершенно здоровой.

Срок наблюдения — 11 месяцев с момента окончания 1-го курса лечения.

Итак, я наблюдала применение экстракта алоэ при целом ряде неглазных заболеваний и убедилась в том, что инъекции алоэ благоприятно действуют при кожном лейшманиозе. Во всех 12 случаях мы получили лечебный эффект. Остронекротические формы лейшманиоза быстро излечивались экстрактом у всех больных. Несомненна его эффективность и при медленно изъязвляющейся форме.

При незаживающих язвах травматического происхождения и

Библиотека им. Игнатова

после отморожения алоэ безусловно оказывало благоприятное действие во всех наших случаях.

При туберкулезных процессах в железах (с язвами и свищами) во всех трех случаях успех был значительный, как в смысле ослабления воспалительного процесса, который затих и не давал рецидива, так и в отношении рассасывания рубцов.

Туберкулезные язвы могут поддаваться лечению алоэ: при волчанке экстракт алоэ способствовал оздоровлению кожи, и в обоих моих случаях лечебный эффект был положительным. При псориазе, процессе, трудно поддающемся лечению, в одном из трех случаев мы имели эффект при комбинировании инъекций экстракта алоэ с другими видами тканевой терапии.

Хороший результат получен и при лечении экземы с сильным зудом. Эффект сказался в прекращении зуда и в улучшении общего состояния организма.

Суммируя свои наблюдения, мы видим, что во всех 32 случаях применение инъекций алоэ сопровождалось успехом у 27 больных, временным успехом—у 3, хотя этиология процессов была различна. Несомненно, что алоэ действует на весь организм, повышая его регенеративные свойства согласно гипотезе академика Филатова. С последней гармонирует и случай излечения пендинской язвы экстрактом из гороха «Маша», выращенного в темноте.

В настоящем этапе исследований действия экстракта алоэ я не ставлю своей задачей сопоставить эффективность его с эффективностью других методов. Для меня важно было лишь установить, влияет ли алоэ на те или иные процессы в организме. Это влияние можно считать доказанным на взятых мною для наблюдения формах. Отсюда вывод, что экстракт алоэ должен быть применяем при пендинской язве, туберкулезе желез, незаживаюших язвах, причем его можно употреблять и в комбинации с другими видами тканевой терапии. Доказано также, что алоэ может оказывать благотворное действие и в случаях применения в виде микроклизм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развивая клинику и теорию тканевой терапии, академик Филатов предположил, что, по аналогии с тканями животного происхождения, биогенные стимуляторы должны развиваться и в листьях растений при хранении их в темноте. Он скоро установил на листьях алоэ, что такой феномен имеет место. Еще до войны школа академика Филатова начала применять с лечебной целью экстракты из консервированных в темноте листьев алоэ. В вопросе о стимулирующем действии препаратов таких листьев осталось много неисследованного. Настоящая моя работа в кратком изложении сводится к следующему:

Во Введении я дала исторический очерк тканевого лечения, предложенного академиком Филатовым, причем указала источники возникновения идеи этого метода. То были данные из области учения

о культурах тканей, факты из области мелиорации бельм и из области наблюдений над просветлением их после пересадки роговицы.

Я дала перечисление тканевых материалов человека и животных, применявшихся школой Филатова с лечебной целью. Принципиально, надо думать, любая ткань может быть сделана лечебной, если она хранится при низкой температуре. Лечебным свойством обладают и дериваты консервированных тканей — экстракты и другие препараты.

Здесь же я указала на то, что растительные ткани (листья) могут быть целебными при хранении их в темноте.

В кратком обзоре эффектов, полученных при лечении консервированными тканями животного происхождения, положительные результаты отмечены как в области офтальмологических, так и в области неглазных заболеваний организма. Особенно ценным оказался этот метод при паренхиматозном, туберкулезном и скрофулезном кератитах, при герпетическом кератите, трахоматозном паннусе, пигментном ретините, увеитах и помутнениях стекловидного тела, миопическом хориоретините, атрофии зрительного нерва.

В группе неглазных заболеваний польза тканевого лечения отмечена при 38 формах заболеваний. Особенно ценные результаты получены при лечении обыкновенной волчанки и туберкулезных язв, различных язв кожи, кожного лейшманиоза, невритов и радикулитов, астмы, гинекологических заболеваний, артритов, сыпного тифа.

Я изложила в кратком виде предложенную академиком Филатовым рабочую гипотезу тканевой терапии с сообщением тех фактов, на которые она опирается. Основное положение гипотезы гласит: «отделенные от организма животные и растительные ткани при воздействии на них таких факторов среды, которые затрудняют их жизненные процессы, подвергаются биохимической перестройке. В результате ее ткани вырабатывают такие вещества, которые стимулируют биохимические процессы в этих тканях, пребывающих в указанных неблагоприятных для своего существования условиях. Эти вещества, поскольку они позволяют тканям сохранять жизнь при неблагоприятных условиях, называются мною веществами сопротивления или биогенными тканевыми стимуляторами».

Указанные вещества сопротивления или биогенные стимуляторы, введенные в форме пересадки (или имплантации) богатой ими ткани в какой-либо организм, являются стимуляторами для тканей последнего. Повышая клеточный метаболизм, они тем самым повышают физиологические функции организма и в случае его болезни усиливают его регенеративные свойства и помогают ему в борьбе с болезнью.

Я привела некоторые соображения проф. Благовещенского в пользу того, что биогенные стимуляторы не являются ни белками, ни ферментами и, по данным его школы (Чикалло), способны восстанавливать действие ферментов (если оно утрачено) или усиливать его. Проф. Благовещенский высказывает мысль, что биогенные стимуляторы имеют аналогию с травматиновой кислотой и, как и она, относятся к группе непредельных дикарбоновых кислот,

Глава первая содержит обоснование темы моей диссертации, посвященной лечебному значению одного из видов тканевых материалов, именно, консервированных в темноте листьев алоэ. Исследование лечебных свойств этого представителя растительного царства интересно как с точки зрения упрощения методики тканевой терапии, так и с точки зрения проверки правильности гипотезы академика Филатова. Правда, опыты академика Филатова и его учеников и клинические факты уже подтвердили его предположение о том, что сохранение листьев в темноте должно повести к накоплению в них биогенных стимуляторов. В 1939 году академик Филатов поручил своему ученику Скрипченко провести эксперименты с соком листьев алоэ. Неблагоприятными для листьев алоэ условиями среды были: отделение их от растений и консервация их при отсутствии света. Опыты Скрипченко показали, что сок из листьев алоэ, сохранявшихся в темноте, ускоряет регенерацию эпителия на роговице кроличьего глаза сильнее, чем сок из свежих, только что срезанных листьев.

Мои опыты, проводившиеся совместно с академиком Филатовым, показали, что и заживление туберкулезных язв кожи у кроликов больше стимулируется соком из консервированных в темноте листьев алоэ, чем соком из свежих.

Удобрение почвы экстрактом из консервированных листьев алоэ (при экспериментах Назаренко) также больше способствовало развитию семян овса, чем удобрение экстрактом из свежих листьев. Экстракт из «темновых» листьев более благоприятствовал развитию клеточных разрастаний по срезанному краю листа сирени, чем экстракт из свежих листьев. Большая стимулирующая сила экстракта из темновых листьев алоэ сказалась и в опытах с картофелем. К этим данным академик Филатов присоединил наблюдения над клиническим эффектом экстракта из консервированных листьев алоэ, которые были положительными.

Но ни эксперименты, ни клинические наблюдения не могли продолжаться в Институте из-за войны. Клинические наблюдения академик Филатов совместно со мной возобновил в Пятигорске и затем в Ташкенте. Проф. Кальфа продолжил в Ашхабаде наблюдения над действием алоэ. Часть материалов, накопленных в Средней Азии, была опубликована Филатовым и Кальфа. В книге «Тканевая терапия» академик Филатов дает несколько примеров действия экстракта алоэ при незаживающих язвах. Но приведенные только что данные были недостаточно многочисленны, поэтому мне было поручено заняться этим вопросом более детально. Приступая к своим исследованиям, я изложила, прежде всего, историю алоэ, как лечебного средства, известного еще с древних времен, и описала проведенные Филатовым и его школой эксперименты и клинические данные по вопросу применения биогенных стимуляторов, образующихся в консервированных в темноте листьях алоэ.

В главе второй я привела методику консервирования листьев алоэ, обработки их, приготовления из них экстрактов и других препаратов и применения последних с лечебной целью.

Здесь же указано на возможность применения, кроме алоэ, других растений. Эта глава носит методический и технический характер, она дает возможность врачу-практику и экспериментатору получить тот препарат алоэ, который ему необходим для его наблюдений или опытов.

Глава третья посвящена экспериментальным исследованиям, произведенным мною для выяснения некоторых сторон проблемы лечебного применения алоэ. Имея в виду недостаточность экспериментов, произведенных до войны, я еще раз сравнила действие экстрактов из свежих и из консервированных в темноте листьев на процесс заживления кожных дефектов. Опыты на мышах полностью подтвердили преимущества экстракта из консервированных листьев алоэ. Кроме того, мною было установлено, что кипяченый экстракт из консервированных темновых листьев действует сильнее, чем некипяченый; таково же влияние и автоклавированного экстракта. Эти данные имеют большое значение в решении как теоретических, так и практических задач.

С фактом усиления действия экстрактов, подвергнутых температуре в 100—120 градусов, хорошо гармонируют наблюдения Чикалло из лаборатории проф. Благовещенского. Он показал, что прибавление к ферментам экстракта из консервированных тканей, лишенного белков, повышает энергию и действие in vitro, а стерилизованные экстракты усиливают эту энергию. Можно думать, говорит академик Филатов, что биогенные стимуляторы до кипячения или автоклавизации находятся в несколько связанном виде и освобождаются под влиянием высокой температуры.

Возможность применения стерилизованных тканевых материалов животного происхождения проверена в эксперименте доктором Тарасовой, которая показала большую активность консервированных автоклавированных материалов по сравнению с теми, которые не подвергались высокой температуре.

Академик Филатов высказывает уверенность, что биогенные стимуляторы — не ферменты и не витамины, поскольку они выдерживают высокую температуру; что они и не белки — показали исследования проф. Благовещенского, который устранял белки из тканевых экстрактов не только высокой температурой, но и осаждением химическими реактивами: экстракты сохраняли свое действие на биологических тестах.

Хотя академик Филатов начал уже применять в клинике тиндализованные и в отдельных случаях кипяченые и автоклавированные тканевые экстракты и при этом наблюдал терапевтический эффект, но у него оставалось сомнение, не является ли это действие более слабым, чем действие не подвергавшихся высокой температуре тканей. Особенно это относилось к автоклавированным экстрактам. Дело в том, что, по клиническим данным, имея в виду индивидуальные качества больных, трудно сделать заключение о сравнительной силе препаратов. В экспериментах на животных уравнять условия легче. И результат получен ясный: действие экстрактов из консервированных листьев, не подвергавшихся влиянию высокой температуры, и экстрактов, тинда-

лизованных высокой температурой (100—120 градусов), не одинаково, оно сильнее в последнем случае.

Таким образом клиника получила еще больше оснований для применения кипяченых и автоклавированных экстрактов. Кроме того, был разрешен вопрос о стерилизации высокой температурой консервированных тканей и их дериватов для лечебных целей.

Глава четвертая настоящей работы содержит клинические наблюдения над лечебным действием консервированных листьев алоэ при заболеваниях органа зрения.

Первый раздел этой главы посвящен болезням роговой оболочки. Мои наблюдения над влиянием экстракта алоэ в различных формах дали возможность отметить положительный результат подкожных инъекций как тиндализованного, так и автоклавированного экстракта алоэ. Эффекты лечения кератитов препаратами алоэ показали полную аналогию с лечением их тканевыми препаратами животного происхождения.

Воспалительные процессы сосудистого тракта представляют собой весьма благоприятный объект для лечения препаратами алоэ. Во всех 12 случаях (16 глаз) лечение экстрактом алоэ прошло успешно со сроком наблюдения от 4-х месяцев до 2-х лет. Особого внимания заслуживают случаи поражения сосудистого тракта на почве военных травм (5 случаев). Несмотря на тяжелое поражение всего органа зрения, у всех 5 больных мы имели успех.

Миопические хориоретиниты также доступны действию алоэ. Из наблюдаемых 8 случаев миопии с миопическими хориоретинитами (16 глаз) мы имели успех во всех случаях (в одном из них, кроме экстракта алоэ, была произведена имплантация автоклавированной консервированной плаценты).

Очень утешительные результаты получены при лечении столь тяжелого процесса, как атрофия зрительных нервов. Мои случаи заболеваний немногочисленны, но улучшение, достигнутое в них, несомненно. Даже при метилалкогольной атрофии наблюдались сдвиги.

Замечательные эффекты от применения алоэ были получены при чисто дегенеративном процессе — при пигментном перерождении сетчатки. Об этом свидетельствуют и повышение остроты зрения, и расширение поля зрения, и улучшение адаптации. Этот последний феномен я не имела возможности измерять адаптометром. Там, где больные не заявляли об улучшении адаптации, я не могу судить, что происходило с нею, но случаи, когда сами больные отмечали улучшение сумеречного зрения, заслуживают внимания. Особенно важно наблюдение больных Омельченко и Спиридоновой. Здесь шла речь о восстановлении темновой адаптации, как это отмечено у последней больной с начальной формой пигментного ретинита. Отсюда вывод: необходимо начинать лечение в ранней, незапущенной стадии этой тяжелой болезни.

Глава пятая посвящена применению консервированных в темноте листьев алоэ при неглазных болезнях. Лечение исключительно одним алоэ практиковалось в целом ряде заболеваний. На

первом месте по эффекту надо поставить пендинскую язву. Под моим наблюдением было 12 случаев и во всех польза от алоэ была очевидной — все больные выздоровели в сроки от 1 до полутора месяцев. Улучшение начиналось после нескольких впрыскиваний (через день). В отдельных случаях применялась имплантация куска алоэ под кожу. Рубцы на местах изъязвлений обычно оставались очень нежные, что имеет огромное значение при язвенном поражении лица. Среди моих больных были заболевшие той формой пендинки, которая носит название «ашхабадки» — медленно изъязвляющиеся инфильтраты. Излечение было безрецидивно. Аналогичные результаты получены проф. А. А. Фельдманом.

Важное значение имеет применение алоэ при незаживающих язвах. Мной приводится ряд наблюдений этого рода. Почти во всех случаях под влиянием подкожных инъекций алоэ наступало либо заживление, либо значительное улучшение.

Инъекции экстракта алоэ дали несомненные успехи при лечении некоторых туберкулезных поражений организма. Из них я особо подчеркну результаты, полученные при скрофулодерме. У всех 3-х больных эффект был хороший. Так, в первом случае у больной не только закрылись свищи, но и рассосались инфильтраты, а также значительно размягчились рубцы на шее.

Успех тканевого лечения в форме подкожных инъекций алоэ отмечен при волчанке, псориазе и экземе кожи.

Делая общий обзор всего материала, как литературного, так и полученного мною, я считаю возможным высказать следующие соображения.

Эффективность предложенного академиком Филатовым тканевого лечения в отношении применения тканей животного происхождения доказана уже много лет тому назад. В 1939 году, на основании предположения, что выработка биогенных стимуляторов в ответ на неблагоприятные факторы среды представляет собой общий закон для живой природы, академик Филатов применил консервацию зеленых листьев растений в темноте. Его первым объектом для выработки биогенных стимуляторов послужили листья алоэ. Ожидания его оправдались и сохранение в темноте резко повысило стимулирующие свойства экстрактов из листьев алоэ.

Моя работа дала материал, доказывающий целебное значение консервированного алоэ как в клинике, так и в эксперименте. Идея консервации в темноте была с успехом применена академиком Филатовым совместно с проф. Благовещенским и мною и на других листьях, как, например, на листьях гороха «Маша» и подорожника. Эти данные свидетельствуют о правильности основного положения гипотезы тканевого лечения, высказанной академиком Филатовым. Кроме того, они намечают совершенно новые пути в деле лекарственного применения растений. Усиление стимулирующих свойств выдвигает, прежде всего, алоэ как лечебное средство. Известное народу еще в древности как целебное средство, алоэ приобрело новое, рационализированное значение и новые формы применения. В руках академика Филатова оно

впервые стало применяться в форме подкожных и внутривенных вливаний. Идея консервации и вызываемое ею возникновение стимуляторов проливают некоторый свет на понимание применявшихся прежде форм лечения при помощи алоэ. Народная медицина использует для лечения ран и язв накладывание на них листьев алоэ без консервации. Такие указания имеются и в современной американской литературе. Но, находясь на ране, лист алоэ, закрытый повязкой, находится долгое время в неблагоприятных условиях своего существования. При этом и совершается процесс развития стимуляторов. Также и при приготовлении мази из листьев алоэ, растираемых с салом и медом (с последующим «томлением» в горячей печи), частицы алоэ в состоянии переживания и травматизации могут вырабатывать стимуляторы.

Таким образом можно допустить, что и при старых формах приготовления алоэ подвергается некоторой консервации.

Совершенную новость представляет собой возбуждение целебных свойств в других растениях при консервации их в темноте. Конечно, не следует смешивать понятие биогенных стимуляторов со свойственными тому или иному растению специфическими веществами, которые способны влиять на какой-либо отдел живого организма.

Возможно, что возникновение биогенных стимуляторов будет учтено при изготовлении лекарственных препаратов для воздействия на общее биохимическое состояние организма.

Сохранение алоэ в темноте — теоретически не единственный способ возбуждать биохимическую перестройку протоплазмы. Необходимы исследования с целью проверки значения для этой цели таких факторов, как ультрафиолетовые лучи, лучи рентгена, холод, химические воздействия, травмы и т. д. Для чистоты опытов в этом направлении следует проводить их не только на отдельных листьях (ведь и самое отрезывание листа от растительного организма есть уже затруднительное условие для листа), но и на целых растениях.

Эти соображения относятся и к тканям организма животных. Другие части растений, как корни и корнеплоды, может быть, будут реагировать не на темноту, а на другие условия.

По мнению академика Филатова, биогенные стимуляторы, возникающие в животных и растительных объектах, не имеют ни тканевой, ни видовой специфичности и действуют на объекты как животного, так и растительного мира.

Академик Филатов в своих работах проводит мысль о том, что биогенные стимуляторы могут быть приложимы к объяснению некоторых фактов из проблемы эволюционного учения. И, по его мнению, способность протоплазмы перестраиваться под влиянием неблагоприятных факторов среды с образованием неспецифических стимуляторов является весьма древним свойством живой природы.

Я не могу останавливаться здесь на вопросе эволюции, способности протоплазмы к перестройке, так как это вывело бы меня далеко за пределы моей работы.

Я поставила перед собой более узкую задачу — показать, что консервированные в темноте листья алоэ (и листья некоторых других растений) содержат в себе биогенные стимуляторы и с огромной пользой могут быть применяемы при лечении как глазных, так и неглазных болезней.

Выводы:

1) Консервированные листья алоэ дают более сильный лечебный эффект, чем неконсервированные.

2) Обработка препаратов из консервированных листьев алоэ высокой температурой не снижает их лечебного действия.

3) Методика консервации, обработки и приготовления препаратов из консервированных листьев алоэ проста и доступна.

4) Применение автоклавированных препаратов из консервированных листьев алоэ в форме подкожных инъекций и имплантаций впервые введено академиком Филатовым.

5) Лечебные эффекты тканевой терапии автоклавированными препаратами консервированных листьев алоэ отмечены при лечении как глазных, так и неглазных заболеваний организма.

6) Тканевое лечение по методу академика Филатова должно занять соответствующее место в лечебной медицине.

7) Работа академика Филатова и его школы по вопросу о биогенных стимуляторах нашла широкое применение не только в медицине, но и в других областях науки, как-то: биологии, ветеринарии и агрономии.

ЛИТЕРАТУРА

1908 г.

1. **Набоких А. А.** — К вопросу о раздражителях роста. Экспериментальные этюды. Одесса.

1924 г.

2. **Калашников А.** — Из опытов по регенерации растений. («Труды Саратовского общества естествоиспытателей и любителей», т. IX, в. 5).
3. **Филатов В. П.** — О пересадке роговицы. («Р. О. Ж.» т. III, в. 8).

1926 г.

4. **Филатов В. П.** — Современное положение вопроса о пересадке роговицы («Р. О. Ж.», т. V).

1928 г.

5. **Кравков.** — Основы фармакологии.

1931 г.

6. **Морозов Б.** — О жизнедеятельности высушенных тканей позвоночных животных. («Журнал эксп. биологии и медицины», т. VII, в. 4).

1933 г.

7. **Вельтер С. Л.** — Просветление бельм после пересадки роговицы. («Советский вестник офтальмологии», т. II).
8. **Кренке Н. П.** — Хірургія рослин. (Держсільгоспвидав. Харків, Київ).
9. **Скундина.** — Новая серия переливания крови от трупов. («Новый хирургический архив», т. XXIX, стр. 24).
10. **Филатов В. П.** — Несколько соображений по поводу пересадки роговицы. («Советский вестник офтальмологии», т. II, кн. 2, стр. 141).

Библиотека им. В. П. Филатова

1934 г.

11. **Филатов В. П.** — Роговица трупа, как материал для пересадки. («Советский вестник офтальмологии», т. IV, кн. 2, стр. 222—224).
12. **Баженова М. А.** — Тканинні культури консервованої рогівки. («Медичний журнал УАН», т. V, вип. 3, стр. 593—594).

1936 г.

13. **Куришкін П. М.** — Зміни ред-оксипотенціалу рогівки енуклеованих трупних очей залежно від різних строків і умов їх зберігання. («Праці молодих ученых медиків». Держмедвидав).
14. **Пупенко Д. О.** — Патологическая анатомия консервированных при низкой температуре роговиц глаз. («Сборник научных трудов глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2).
15. **Філатов В. П.** і **Баженова М. А.** — Тканинні культури висушеної рогівки. («Медичний журнал УАН», т. VI, в. 3, стр. 833—838).
16. **Филатов В. П.** и **Шмульян Л. П.** — Дальнейшие материалы к вопросу о пересадке роговой оболочки от трупа. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, стр. 16—33).
17. **Христодуло и Рюшов Д.** — Быстрое замораживание мяса. (Пищепромиздат).

1937 г.

18. **Филатов В. П.** — Несколько соображений по поводу мелиорации белым и подсадки роговицы («Вестник офтальмологии», т. X, в. 5, стр. 635—640).
19. **Филатов В. П.** — От оптической пересадки роговицы к лечению кератитов и некоторых заболеваний кожи методом тканевой трансплантации. («Вестник офтальмологии», т. XI, в. 3, стр. 295—310).
20. **Филатов В. П.** — Итоги нашей работы к двадцатилетию Великой Октябрьской социалистической революции. («Врачебное дело», № 11, стр. 803—814).
21. **Филатов В. П.** — Актуальные проблемы медицины. Лечебный эффект тканевых пересадок. («Советская медицина», № 11—12).

1938 г.

22. **Вельтер С. Л.** — Влияние пересадки консервированной кожи на волчанку твердого неба. («Научные материалы Украинского экспериментального института офтальмологии»).
23. **Вельтер С. Л.** — Рассасывание отложений на передней поверхности хрусталика под влиянием пересадки роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО»).
24. **Вельтер С. Л.** — Экспериментальное изучение пригодности консервированной трупной роговицы для целей трансплантации. (Диссертация).
25. **Глейберман Е. Я. и Баженова М. А.** — Случай влияния пересадки консервированной кожи кролику с экспериментальным кожным туберкулезом. («Научные материалы УИЭО»).
26. **Костенко Ф. М.** — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой слизистой оболочки губы, консервированной на холоде. («Научные материалы УИЭО»).
27. **Петросьянц Е. А.** — Лечебная пересадка роговицы при кератоконусе. («Научные материалы УИЭО»).
28. **Скородинская В. В.** — Лечебная пересадка роговицы при кератитах. («Советский вестник офтальмологии»).
29. **Филатов В. П.** — Гомотрансплантация трупной консервированной кожи при язве двенадцатиперстной кишки. («Научные материалы УИЭО»).
30. **Филатов В. П.** и **Вассерман И. А.** — Лечебная гетеропластическая пересадка кожи на люпусе. («Научные материалы УИЭО»).
31. **Филатов В. П.** и **Вельтер С. Л.** — Лечение уплотненных рубцов кожи аутотрансплантацией консервированной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
32. **Филатов В. П.** и **Вельтер С. Л.** — Лечебная пересадка при кератоконусе. («Научные материалы УИЭО»).

33. **Филатов В. П. и Вербицкая Е. А.** — Лечение пигментного ретинита внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Научные материалы УИЭО»).
34. **Филатов В. П. и Ершкович И. Г.** — Аутопластическая пересадка консервированной кожи при рубцовом выворотe век. («Научные материалы УИЭО»).
35. **Филатов В. П. и Костенко Ф. М.** — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
36. **Филатов В. П. и Костенко Ф. М.** — Лечение трахомы пересадкой консервированной на холоде конъюнктивы и хряща трупа. («Научные материалы УИЭО»).
37. **Филатов В. П. и Скородинская В. В.** — Гетеротрансплантация консервированной роговицы. («Научные материалы УИЭО»).
38. **Филатов В. П. и Скородинская В. В.** — Просветляющая частичная несквозная пересадка роговицы при бельмах. («Научные материалы УИЭО).
39. **Филатов В. П. и Вельтер С. Л.** — Пересадка трупной консервированной кожи при близорукости. («Научные материалы УИЭО»).
40. **Филатов В. П. и Шейн С. Я.** — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированной склеры. («Научные материалы УИЭО»).
41. **Шмульян Л. П. и Гольдштейн Б. Л.** — Лечение волчанки пересадкой ликах. («Научные материалы УИЭО»).

1939 г.

42. **Андреева В. В.** — Просветляющая частичная несквозная пересадка роговицы при помутнении роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО»).
43. **Андреева В. В.** — Дальнейшие наблюдения над рассасыванием отложений на передней поверхности хрусталика под влиянием пересадки роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО»).
44. **Баженова М. А.** — Пересадка сушеной и замороженной роговицы на кроликах. («Научные материалы УИЭО»).
45. **Баженова М. А.** — Сравнительное изучение разных способов консервации путем метода тканевых культур. (Диссертация).
46. **Бродский Б. С.** — Лечение тяжелых скрофулезных кератитов пересадкой консервированной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
47. **Бродский Б. С.** — Лечение acne rosacea пересадкой консервированной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
48. **Шмульян Л. П.** — Частичная сквозная пересадка роговицы с консервированного глаза трупа. (Диссертация).
49. **Бродский Б. С.** — Лечебная пересадка кожи при туберкулезных кератитах. («Научные материалы УИЭО»).
50. **Вассерман И. А.** — Имплантация консервированной плаценты при помутнениях роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО»).
51. **Вельтер С. Л. и Башанская,** — Лечение поясничного крестцового радикулита пересадкой консервированной трупной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
52. **Волокитенко А. Е.** — Имплантация консервированной плаценты при миопических хориоретинитах и высокой миопии без изменений в области желтого пятна. («Научные материалы УИЭО»).
53. **Гелелович Е. И.** — Углеводный обмен при консервировании роговицы. («Научные материалы УИЭО»).
54. **Глейберман Е. Я.** — Трансплантация консервированной кожи при экспериментальном туберкулезе кожи. («Научные материалы УИЭО»).
55. **Гриншпон Ц. И.** — Гомотрансплантация консервированной трупной кожи при двустороннем травматическом поражении тройничного нерва с явлениями невропаралитического кератита. («Научные материалы УИЭО»).
56. **Каменецкая Ц. Ю.** — Лечебная пересадка тканей при помутнениях стекловидного тела. («Научные материалы УИЭО»).
57. **Копп И. Ф.** — Лечение кератитов методом субконъюнктивальной имплантации роговичной ткани («Научные материалы УИЭО»).

58. **Костенко Ф. М.** — Лечение трахоматозного паннуса имплантацией консервированной плаценты. («Научные материалы УИЭО»).
59. **Лигнау Н. Г.** — Влияние кожной пересадки на регенерацию (Экспериментальное исследование над тритоном. («Научные материалы УИЭО»).
60. **Петросьянц Е. А.** — Дальнейшие наблюдения над влиянием лечебной просветляющей пересадки роговицы при помутнениях роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО»).
61. **Петросьянц Е. А.** — Лечение хориоретинита невыясненной этиологии имплантацией консервированной плаценты. («Научные материалы УИЭО»).
62. **Розенфельд Е. Л.** — Обмен липидов при консервировании роговицы. («Научные материалы УИЭО»).
63. **Розовская С. Б.** — Лечение глазных заболеваний инъекциями консервированной крови. («Научные материалы УИЭО»).
64. **Сидоренко Н. П.** — Лікувальні властивості алое. («Радянська медицина», т. II).
65. **Скородинская В. В.** — Просветляющая частичная несквозная пересадка роговицы при помутнениях роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО»).
66. **Скородинская В. В.** — Лечебная пересадка роговицы при кератитах. («Научные материалы УИЭО»).
67. **Скородинская В. В.** — О регенерации эпителия роговицы при низкой температуре на изолированных трупных глазах. («Научные материалы УИЭО»).
68. **Скородинская В. В.** — Лечение миопических хориоретинитов внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Научные материалы УИЭО»).
69. **Скородинская В. В.** — Имплантация плаценты с лечебной целью при кератитах. («Научные материалы УИЭО»).
70. **Спиваковский Я. Н.** — Лечебная пересадка консервированной кожи при туберкулезных увеитах. («Научные материалы УИЭО»).
71. **Филатов В. П.** — Улучшение функций второго здорового глаза при тканевых пересадках. («Научные материалы УИЭО»).
72. **Филатов В. П.** — Лечение хориоретинитов имплантацией плаценты. («Научные материалы УИЭО»).
73. **Филатов В. П.** — Лечение бронхиальной астмы внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Научные материалы УИЭО»).
74. **Филатов В. П. и Вельтер С. Л.** — Эритематозная волчанка, с успехом леченная пересадкой консервированной трупной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
75. **Филатов В. П. и Вельтер С. Л.** — Случай упорного хронического фурункулеза, излеченный пересадкой консервированной трупной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
76. **Филатов В. П. и Вельтер С. Л.** — Лечение acne vulgaris имплантацией консервированной плаценты. («Научные материалы УИЭО»).
77. **Филатов В. П. и Вербицкая Е. А.** — Имплантация консервированной печени при пигментном ретините. («Научные материалы УИЭО»).
78. **Филатов В. П. и Вербицкая Е. А.** — Имплантация консервированной плаценты при пигментном ретините. («Научные материалы УИЭО»).
79. **Филатов В. П. и Ершкович И. Г.** — Внутримышечные инъекции рыбьего жира при глаукоме. («Научные материалы УИЭО»).
80. **Филатов В. П. и Кранцфельд Б. И.** — Гомотрансплантация трупной консервированной кожи при язве желудка. («Научные материалы УИЭО»).
81. **Филатов В. П. и Глейберман Е. Я.** — Влияние трансплантации консервированной кожи на течение туберкулезного процесса у экспериментальных животных. («Научные материалы УИЭО»).
82. **Филатов В. П. и Можаровская В. А.** — Случай лечебной пересадки кожи при диабете и глаукоме. («Научные материалы УИЭО»).
83. **Филатов В. П. и Циклис И. Е.** — Лечебная пересадка консервированной кожи при бронхиальной астме. («Научные материалы УИЭО»).

84. **Филатов В. П., Шевалев В. Е. и Клопенко** — Опыт лечебной гомотрансплантации консервированной кожи у лепрозных больных. («Научные материалы УИЭО»).
85. **Хорошина А. Г.** — Имплантация плаценты при рецидивирующих кровоизлияниях в стекловидное тело. («Научные материалы УИЭО»).
86. **Шейн Я. С.** — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированной склеры. («Научные материалы УИЭО»).
87. **Шестерикова Т. П. и Гелелович Е. М.** — Динамика биохимических процессов в роговице при ее консервации. («Научные материалы УИЭО»).
88. **Шестерикова Т. П. и Рапопорт К. М.** — Динамика биохимических процессов в роговице при ее консервации. (Изменение минеральных веществ). («Научные материалы УИЭО»).
89. **Шмульян Л. П.** — Излечение торпидной язвы кожи лечебной пересадкой консервированной трупной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
90. **Яныk Н. В.** — Заживление поверхностного дефекта в роговице различных животных. («Научные материалы УИЭО»).

1940 г.

91. **Александрович Е.** — Лечение помутнений роговой оболочки пересадкой консервированной трупной роговицы. («Научные материалы УИЭО»).
92. **Андреева В. В.** — Дальнейшие наблюдения над рассасыванием отложений на передней поверхности хрусталика под влиянием пересадки роговой оболочки. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 15).
93. **Афанасьева О. И.** — Гомотрансплантация и имплантация пастеризованной кожи в эксперименте на животных. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 213).
94. **Бушмич Д. Г.** — Влияние тканевых пересадок на цветовое чувство и цветовое утомление. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 17).
95. **Баженова М. А.** — Влияние пересадки консервированной роговицы на рост свежей роговицы. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 191).
96. **Вельтер С. Л. и Глейберман Е. Я.** — Выживаемость бледной спирохеты в тканях при консервации на холоде. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 71).
97. **Вербицкая Е. А.** — Дальнейшие наблюдения над действием внутримышечных инъекций рыбьего жира при пигментном ретините. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 163).
98. **Драгомирецкий Г. А.** — Лечение миопического хориоретинита микроклизмами из консервированной плаценты. («Сборник трудов УИЭО», т. I).
99. **Петросьянц Е. А.** — Экспериментальное изучение пригодности гетерогенной консервированной роговицы для целей трансплантации. («Сборник трудов УИЭО», т. I).
100. **Скородинская В. В.** — Лечение миопических хориоретинитов инъекциями рыбьего жира. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 147).
101. **Скородинская В. В.** — Лечение атрофии зрительного нерва инъекциями рыбьего жира. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 149).
102. **Скородинская В. В.** — Лечебная пересадка роговицы при кератитах. («Вестник офтальмологии». т. XVII, в. 6, стр. 699).
103. **Скородінська В. В.** — Про регенерацію епітелію рогівки очей, консервованих при низькій температурі. («Медичний журнал УАН»).
104. **Филатов В. П.** — От оптической пересадки роговицы к лечебной пересадке тканей. (Журнал «Советская наука»).
105. **Филатов В. П.** — Оптическая пересадка роговицы и лечебная пересадка тканей. Монография. (Присуждена Сталинская премия).
106. **Филатов В. П. и Розовская С. Б.** — Лечение глазных заболеваний консервированной аутокровью. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 29).
107. **Шестерикова Т. П. и Розенфельд Е. Л.** — Динамика биохимических процессов при консервировании глаз. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 235).

108. **Яныk Н. В.** — Влияние пересадки консервированной кожи на заживление кожного дефекта в эксперименте на животных. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 203).

1941 г.

109. **Гусев И. В.** — Опыт лечения кожного лейшманиоза соком плода маклюры. («Сборник работ первого межреспубликанского совещания по кожному лейшманиозу и москитной проблеме», стр. 227).
110. **Добротворский Н. В.** — Лечение кожного лейшманиоза. (Там же, стр. 207).
111. **Кожевников П. В.** — Два типа кожного лейшманиоза. (Там же, стр. 127).

1942 г.

112. **Филатов В. П.** — Рабочая гипотеза тканевой терапии. («Медицина глубокого тыла». Издание Санитарного управления САВО).
113. **Филатов В. П.** — Тканевое лечение при хирургических и других заболеваниях. («Медицина глубокого тыла». Издание Санитарного управления САВО).
114. **Филатов В П.** — Офтальмология на службу Красной Армии. (Издание Санитарного управления САВО).
115. **Филатов В. П.** — Тканевая терапия. (Лечение биогенными стимуляторами тканевого происхождения). (Издание Наркомздрава УзССР в помощь военному врачу).
116. **Филатов В. П.** — Тканевое лечение пендинской язвы. (Журнал «Советская медицина»).
117. **Филатов В. П.** — Тканевое лечение в условиях военного времени. (Журнал «Вестник офтальмологии»).

1943 г.

118. **Костенко Ф. М.** — Лечение трахоматозного паннуса консервированными тканями. (Диссертация, рукопись).
119. **Филатов В. П.** — Тканевое лечение. (Журнал «Хирургия»).
120. **Филатов В П.** — Рабочая гипотеза тканевого лечения. («Юбилейный сборник Академии наук УССР»).

1944 г.

121. **Бушмич Д. Г.** — Пересадка консервированных тканей при атрофии зрительных нервов. («Сборник научных работ Туркменского республиканского трахоматозного института»).
122. **Вассерман И. А.** — Тканевая терапия при туберкулезных кератo-склеритах (Там же).
123. **Кальфа С. Ф.** и **Вассерман И. А.** — Этапы развития тканевой терапии. (Там же).
124. **Каменецкая Ц. Ю.** — Тканевая терапия близорукости. (Издание Наркомздрава Таджикской ССР).
125. **Филатов В. П.** и **Кальфа С. Ф.** — Лечение трахоматозного паннуса консервированным алоэ. («Сборник научных работ Туркменского республиканского трахоматозного института»).

1945 г.

126. **Филатов В. П.** — Оптическая пересадка роговицы и тканевая терапия. (Наркомздрав СССР. Медгиз).
127. **Сидоренко Н. П.** — Влияние сока листьев алоэ на организм. (Диссертация).
128. **Благовещенский А. В.** — Природа биогенных стимуляторов. (Не напечатано).

РЕПОЗИТОРИЙ ВГМУ им. В.Ф. Филатова

ВЕЩЕСТВА РОСТА И ВЕЩЕСТВА РЕСТИТУЦИИ

Проф. Г. С. Гроссфельд
(Уфа)

Можно предположить, что вещества, содействующие реституции больной ткани или восстановлению дефектов ткани, очень родственны или даже частично идентичны веществам роста.

Во всяком случае нужно искать их среди тех групп веществ, которые возбуждающе действуют на клеточное дыхание или усиливают обмен веществ.

Кроме того, вероятно, что действующие при этом вещества образуются в самом болезненном очаге или в самой ране из клеток, поврежденных в результате ранения или болезни.

Многие явления подтверждают, что вещества реституции и вещества роста происходят из поврежденных клеток.

Мы хотели бы детально разобрать здесь факты, наблюдаемые нами в культуре тканей. Именно в ней мы имеем дело с явлениями, где рост и реституция (регенерация после сделанных ран) так тесно связаны между собой, что часто невозможно наблюдать их отдельно.

Самым мощным средством активизации в культуре ткани роста и регенерации служит эмбриональный экстракт. Это не что иное, как центрифугат механически поврежденных клеток. Он содержит самые активные из всех до сих пор нам известных веществ, стимулирующих рост и регенерацию культуры ткани.

Не только механические, но и другие повреждения клеток освобождают вещества, которые оказывают мощное стимулирующее влияние на рост и реституцию.

В первом ряду исследований следует упомянуть интересные опыты Люфбору, Двайера, Лайна, Уэбба, Абрамовича, Менкина, Девидсона, Кука и др.

Повреждения клеток производились путем облучения сублетальными дозами ультрафиолетового света.

Экстракты клеток Sacharomyces cerevisiae (100,0 на литр дистиллированной воды), поврежденных вышеуказанным способом и показавших легкие степени цитолиза, оказались сильно стимулирующими рост, по сравнению с экстрактами неповрежденных клеток.

Консервированная ткань продуцирует также вещества, стимулирующие рост и реституцию. Мы это знаем из многочисленных работ акад. В. П. Филатова и его школы в области терапевтического использования разнообразных консервированных на холоде тканей.

Одинаковый эффект может иметь одну и ту же или различные причины.

Повреждение клеток, даже в случае, если оно дозировано, конечно, понятие слишком общее.

Когда мы ищем действующий принцип в дозированных повреждениях клеток или в случае консервирования тканей, то можно предположить, что здесь существенную роль играет повышение проницаемости клетки при сохраненной ее жизненной функции, т.е. также при сохраненной продукции клеточных ферментов.

Консервированные клетки должны постоянно освобождать вещества роста при сохраненной функции и при повышенной проницаемости.

Какие вещества могут выделяться при повышенной проницаемости во время консервации? Конечно, речь может итти только о веществах, стимулирующих обмен веществ и рост. В первую очередь мы должны думать об активных группах энзимов, вырабатываемых клетками и называемых раньше витаминами. И, действительно, Люфбору и его сотрудники нашли в пробах суспензий поврежденных клеток, которые в его опытах стимулировали рост, значительные количества биотина пантетической кислоты, пиродоксина и никотиновой кислоты, в то время, как в суспензиях из неповрежденных клеток, вызывавших гораздо меньшую стимуляцию роста, этих веществ не содержалось.

Найденные субстанции, как известно, принадлежат к веществам роста.

В поставленных контрольных опытах были исследованы смеси аминокислот (глютатионовая, аспарагин, аспарагиновая кислота, леуцин, аргинин) — «медиум В» с веществами роста, стимулирующими обмен веществ (анейрин, пиродоксин, биотин, кальциевая соль пантетической кислоты, рибофлавин, холин, никотиновая кислота) — «медиум А».

Эти смеси показали сильную стимуляцию роста, но далеко не идентичную пробам с суспензиями поврежденных клеток. Когда же в других контрольных опытах к этому добавляли еще аденин-нуклеотид (аденин-пирофосфат), то стимуляция роста доходила до степени действия суспензии поврежденных клеток или даже превышала ее.

Найденное Люфбору стимулирующее действие аденин-нуклеотидов — факт безусловно новый.

Конечно, мы не думаем, что только освобождение известных уже нам веществ роста из консервированной ткани целиком объясняет ее лечебный эффект. Вероятно также, что неизвестные еще нам действующие вещества вырабатываются ядрами клеток. (Здесь можно упомянуть, что, например, расщепляющий фермент пирокроцин, вызывающий деление и сексуальную репродукцию, по всей вероятности, локализуется в ядре).

Уместно указать на работы, которые подтверждают вероятность того факта, что при повреждении клеток клеточное ядро показывает обратимое повышение проницаемости. Для тканевых клеток культуры найдено, что в гипотонической среде с раствором нейтральрота вначале происходит набухание ядра, а затем диффузное окрашивание его, которое не ведет к смерти клетки

(как это думали до сих пор), но легко может быть сделано обратимым путем повышения концентрации соли (Гроссфельд). Другой вид повреждения клеток также может вызывать обратимое диффузное окрашивание ядра.

На основании этих опытов мы можем предположить, что разного рода повреждения клеток вызывают повышение проницаемости ядра. В результате этого из него освобождаются продуцируемые им вещества, стимулирующие обмен веществ, рост и реституцию и могущие найти терапевтическое применение.

Для изучения действия консервированной на холоде ткани были поставлены следующие предварительные опыты. Мы готовили культуры из сердца и почек 8-дневных куриных эмбрионов в жидкой среде, состоящей из эмбрионального экстракта и раствора Рингера в равных количествах. После 30-часового выдерживания культур в термостате при температуре 37 градусов получали обильный рост фибробластов или смешанный рост фибробластов и почечного эпителия. Затем переносили культуру в ледник с температурой, приблизительно, + 6 градусов и оставляли ее там. На 16-й день культуру брали из ледника. Изучение ее под микроскопом показывало, что в леднике рост не продолжался. Цитоплазма была выполнена средними и малыми вакуолями («жирными вакуолями»). Тогда среду культуры отсасывали пипеткой и переносили культуру в раствор Рингера, содержащий 1 : 10000 раствора нейтральрота. Большинство клеток показывало типичные гранульки нейтральрота вблизи ядра. На многих клетках, одновременно с витальной окраской в цитоплазме, заметно было легкое розовое окрашивание ядер. Кроме того, наступало окрашивание многих «жирных вакуоль». Этот опыт показал, что значительная часть клеток еще жива (типичные гранули нейтральрота в цитоплазме), но одновременно в ядре наступали изменения в смысле нарушения его нормальной проницаемости.

Затем мы отсасывали среду культуры и помещали последнюю в гипотоническую среду. Как мы указывали в прежних работах, в культурах с жидкой средой, перемещенных в гипотоническую среду, появляется такая сильная вакуолизация цитоплазмы, что клеточное ядро оттесняется и деформируется увеличивающимися вакуолями воды.

В наших 16-дневных культурах, взятых из ледника, эти явления не наблюдались. Это указывает на глубокие нарушения пограничного с протоплазмой слоя ядра.

После 20-дневного пребывания культур в леднике и при наблюдении их в комнатной температуре в некоторых из них заметны были явления цитолиза, как это мы в свое время описали в отношении клеток культуры. Большинство клеток приняло шаровидную форму, и в их цитоплазме можно было наблюдать сильное брауновское движение частиц.

Другие культуры при микроскопическом исследовании не показали никаких изменений. 29-дневные культуры были перенесены из ледника в раствор нейтральрота в Рингере. Наступало желтое окрашивание «жирных вакуоль». После 30-минутного пребы-

вания в термостате маленькие вакуоли также легко окрашивались в желтый цвет. Перехода его в красный цвет не наблюдалось. Культуры, повидимому, были неживыми.

Можно предположить, что при консервации на холоде живой ткани состояние проницаемости между ядром и цитоплазмой настолько меняется, что образуемые в ядре ферменты могут освобождаться в течение продолжительного времени и в большем количестве, чем это может происходить без консервирования неповрежденной и быстро убитой ткани.

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П.Філатова

Из Украинского экспериментального института глазных болезней
имени академика В. П. Филатова (Директор — акад. В. П. Филатов)

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ РУБЦОВ ПОСЛЕ ВОЕННЫХ ТРАВМ И ОЖОГОВ

Ст. научный сотрудник И. Г. Ершкович

Военные травмы и ожоги, причиняющие значительные разрушения тканей, влекут за собой образование обширных, плотных, иногда келоидных, рубцов.

В зависимости от расположения их, формы, протяженности и распространения в глубину возникает целый ряд функциональных расстройств, нередко весьма тяжелых. Среди них встречаются нарушения двигательных функций, трофические расстройства, нарушения кровообращения, болевой синдром (каузалгия) и целый ряд других.

Даже ограниченные рубцы, если они сращены с подлежащими тканями, вызывают целый ряд нарушений, а при их локализации на коже лица — значительное обезображивание, выворотыы век, искривление рта и т. п.

Помимо оперативного удаления рубцов, которое далеко не всегда дает эффект, предложено много различных методов консервативной терапии, направленных к размягчению рубцов. Сюда относятся: массаж, механотерапия, различные виды физиотерапии (горячий воздух, парафинотерапия, грязевые аппликации, иодионизация и др.), методы химического воздействия (инъекции фибролизина, холина, пепсина, креозотового масла, тиозинамина и др.).

В последнее время появился новый эффективный метод воздействия на рубцовую ткань — тканевая терапия, предложенная акад. В. П. Филатовым.

В 1937 г. акад. В. П. Филатов впервые применил лечебную гомотрансплантацию групной кожи, консервированной на холоде, при гипертрофических рубцах кистей обеих рук на почве ожога расплавленным металлом. Уже через 5 дней после пересадки отмечалось резкое уплощение и размягчение рубцов, которые вблизи пересаженного трансплантата почти полностью рассосались. Через месяц рубцы стали тонкими, почти полностью прошли цианоз и потливость. Одновременно наблюдалось восстановление подвижности пальцев кисти, которая ранее резко была ограничена. Больной получил возможность полностью сжимать кисть в кулак. Больной был демонстрирован в Украинской академии наук.

В 1938 г. акад. В. П. Филатов совместно с ассист. С. Л. Вельтер описали случай рассасывания рубцов после туберкулезного поражения кожи. Из-за келоидных рубцов на шее, образовавших-

ся после заживления туберкулезных свищей, больной не мог отклонять голову более чем на 85 град. Уже через 3 недели после аутотрансплантации консервированной кожи большая часть рубцов рассосалась, а оставшиеся сильно размягчились. Отклонение головы стало возможным на 120 град.

В том же году акад. В. П. Филатов с ассист. И. Г. Ершковичем применили аутотрансплантацию консервированной кожи при рубцовом выворотe век, рассчитывая на рассасывание рубцов, которые не иссекались, а только были надрезаны. Эффект пересадки был полный, при сроке наблюдения в 2 месяца.

Доц. Л. П. Шмульян также применял тканевые пересадки с лечебной целью при рубцах после термических и химических ожогов и язвенных процессов. Рубцы настолько размягчались, что отпадала необходимость в пластической операции.

Доц. Г. Ф. Скосогоренко, в докладе на XXIV Всесоюзном съезде хирургов в 1939 г., привел наблюдения над 47 случаями контрактуры кисти и пальцев, с успехом леченных пересадкой трупной консервированной кожи. Значительный эффект был получен при рубцовых контрактурах после флегмон, открытых переломов, ожогов, а также при рубцово-ишемических и дюпюитреновских контрактурах. С 4—5-го дня к пересадке присоединялось коррегирующее вытяжение. Эффект был прослежен в ряде случаев 8—9 месяцев.

Доц. М. В. Дунье в 1941 г. опубликовал работу о лечении ряда хирургических заболеваний гомопластической пересадкой консервированной брюшины. Из 8 случаев рубцовой контрактуры суставов после флегмон, в 6-ти, где рентгенографически отсутствовали поражения костей и суставов, получено было значительное размягчение рубцов и увеличение активных и пассивных движений в суставах.

Акад. В. П. Филатов в ноябре 1941 г., на научной конференции эвакогоспиталей группы Минеральных вод в Пятигорске, демонстрировал случаи успешного лечения тканевыми пересадками рубцового сведения челюстей после военных травм. Аналогичные наблюдения сделаны им в период Отечественной войны на госпитальном материале в Ташкенте.

Проф. Н. И. Краузе в своей статье, опубликованной в 1944 г. в журнале «Хирургия», приводит отдаленные результаты лечения разных заболеваний обработанными хлорацидом тканями. Среди них имеется большая группа рубцовых процессов — 76 случаев. Сюда вошли рубцовые контрактуры после ампутации грудных желез, неартрогенные контрактуры колена, кисти и пальцев, контрактура Дюпюитрена, непроходимость пищевода после ожога и келоиды. Результаты были получены весьма благоприятные. В 31 случае наступило полное выздоровление, в 39 — улучшение и только в 6 случаях улучшения не было.

Колпаков, применив пересадку консервированной на холоде кожи кролика на 190 больных, преимущественно с дерма-десмомиогенными контрактурами, получил отличные и хорошие результаты в 85 проц. случаев.

Работая в период Отечественной войны в Н-ом тыловом эвакогоспитале (начальник майор медслужбы В. А. Кнак) и широко применяя тканевую терапию по методу акад. В. П. Филатова при ранениях глаз, я попутно мог отметить значительное размягчение рубцов на коже лица, шеи, грудной клетки и конечностей.

В настоящую статью вошли мои наблюдения над 28 больными с рубцами после огнестрельных ранений и ожогов, нарушившими функцию.

Из этого числа 2 случая рубцов в полости черепа после проникающих огнестрельных ранений с явлениями травматической эпилепсии описаны в отдельной работе, помещенной в этом же сборнике. Те многочисленные случаи размягчения рубцов под влиянием тканевой терапии, при которых рубцы не причиняли функциональных изменений, мы не учитывали. Также не вошла в настоящую работу группа ранений, где ведущим симптомом являлись каузалгические и фантомные боли, которая подлежит отдельному описанию.

Из 28 больных у 25 рубцы образовались в результате огнестрельного ранения и у 3 после термических ожогов. Возраст наших больных колебался от 18 до 42 лет. Осколочных ранений было 19, пулевых 9. Осколки мины вызвали ранение в 12 случаях, снаряда — в 5 и гранаты — в 2 случаях.

По локализации рубцовых изменений больные распределялись следующим образом: на верхних конечностях 10, на нижних — 7, на лице — 9, в полости черепа — 2.

Во всех 17 случаях рубцов конечностей имели место ограничение подвижности в суставах, нарушение чувствительности, расстройство кровообращения и трофические изменения.

При рубцах в полости черепа, как уже было упомянуто, наблюдались явления травматической эпилепсии. Из 9 случаев рубцов в области лица 6 сопровождались выворотом век и слезных точек, 3 — значительным ограничением раскрывания рта.

Больные поступали в наш госпиталь через сроки от 1,5 до 9 месяцев после ранения или ожога, в среднем через 4,6 месяцев. Таким образом, в большинстве случаев мы имели дело уже с вполне сформировавшимися рубцами. Только в отдельных случаях наряду с рубцовыми изменениями имелись еще не зажившие гранулирующие раны. В ряде случаев на предыдущих этапах уже было проведено лечение, направленное на размягчение рубцов. Это, главным образом, массаж и физиотерапевтические процедуры (синий свет, парафинотерапия и др.)

Тканевая терапия по методу акад. В. П. Филатова была нами применена в виде гомотрансплантации консервированной на холоде кожи и плаценты. Методика описана в книгах акад. В. П. Филатова «Тканевая терапия» (1943 г.) и «Оптическая пересадка роговицы и тканевая терапия» (1945 г.). Кожа для пересадки бралась либо от пациентов, подвергшихся ампутациям или другим негнойным операциям, либо мы пользовались дисками кожи, полученными при предыдущей пересадке, т. е. реципиент служил одновременно донором для другого больного.

Следует отметить, что наши наблюдения были сделаны до того, как акад. В. П. Филатов установил, что биогенные стимуляторы, образующиеся в тканях при консервации, термостабильны и что пересаживаемые ткани после предварительной автоклавизации не теряют лечебных свойств. Таким образом, примененная нами методика является устаревшей и в настоящее время целиком вытеснена имеющим значительные преимущества методом имплантации в подкожную клетчатку консервированных тканей, подвергнутых после консервации стерилизации в автоклаве в течение 1 часа при 120 градусах и давлении в 1,5 атмосферы. Эта методика описана акад. В. П. Филатовым в статье, помещенной в № 11—12 журнала «Врачебное дело» за 1945 г. и в Инструкции по применению тканевых препаратов (Одесса, 1946 г.).

Пересадка консервированной кожи и плаценты только в 8 случаях была произведена однократно, в остальных применялась повторная пересадка от 2 до 5 раз. В 2 случаях тканевая терапия проводилась в виде подкожных инъекций консервированных в темноте листьев алоэ.

Переходя к полученным результатам, следует отметить, что из 28 случаев в 26 был получен значительный эффект и только в 2 случаях улучшения не было. Рассасывание грубых келоидных рубцов нередко было столь резко выражено, что невольно обращало на себя внимание. В ряде случаев рубцы, спаянные с костью и подлежащими тканями, становились свободными, что влекло за собой восстановление нарушенных функций. Быстрота наступающего после пересадки эффекта делала зависимость размягчения рубцов от тканевой терапии не подлежащей никакому сомнению.

Параллельно с размягчением и рассасыванием рубцов наблюдалось побледнение их, уменьшение или полное исчезновение цианоза и отечности в окружности рубца, вегетативных и трофических расстройств, болей, иногда очень мучительных, восстановление нарушенной чувствительности, устранение смещений, и, что особенно важно, восстановление двигательных функций.

В качестве примера, приведу несколько кратких выдержек из историй болезни.

1. К—ц З—р, 19 лет, ист. бол. № 3077.

Ранен 4.IX 1941 г. осколками гранаты в оба глаза, правую руку и обе нижние конечности. На задней поверхности нижней трети правой голени гипертрофический рубец, спаянный с Ахилловым сухожилием и костью. Больной прихрамывает, испытывает боли при ходьбе и при натяжении рубца. 20.VII 1942 г., на 3-й день после пересадки консервированной плаценты вблизи рубца, последний размягчился и стал более подвижным. На 4-й день сращения рубца с подлежащими тканями рассосались. Ахиллово сухожилие — свободно. Боли при ходьбе прошли. В дальнейшем повторные тканевые пересадки по поводу ранения глаза. Рубец значительно размягчился, не спаян и не мешает ходьбе. Срок наблюдения полтора года.

2. Кр—ц П—й, 23 лет, ист. бол. № 6531.

22.VIII 1943 г. получил ожог в танке. Поступил в госпиталь

14.XII по поводу частичного бельма правого глаза, келоидных рубцов лица, грубых спаянных рубцов левого плеча, предплечья и кисти. На передней, внутренней и наружной поверхности левого плеча имеются большие вяло гранулирующие раневые поверхности, окруженные грубыми, спаянными с подлежащими тканями, рубцами красного цвета. Сгибание в локтевом суставе ограничено до 120 градусов. На тыле левой кисти плотный рубец, спаянный с мягкими тканями. Кисть цианотична, отечна. Пальцы влажные, холодные. При сгибании кисти в кулак концы пальцев не доходят до ладонной поверхности на 2 см. Через 2 недели после пересадки консервированной кожи на область предплечья все раневые поверхности зажили. Рубцы значительно размягчились. Сгибание в локтевом суставе увеличилось на 30 градусов. Рубец на тыле кисти стал более подвижным и неспаянным, цианоз исчез, потливость уменьшилась. При сгибании пальцев в кулак концы их касаются ладони. Через 5 недель рубцы на лице, предплечьи и кисти значительно рассосались. Свободно сжимает руку в кулак. Срок наблюдения 2 месяца.

3. Кр—ц Д—в, 19 лет, ист. бол. № 7423.

Рубец в области левого локтевого сгиба, размером 10 × 3 см, после сквозного пулевого ранения, полученного 24.XI 1943 г. Поступил в госпиталь 5 недель после ранения с жалобами на ограничение движения в левом локтевом суставе и стреляющие боли, возникающие при прикосновении к рубцу и отдающие в кисть. Разгибание в локтевом суставе ограничено до 145 град. Через 5 дней после пересадки консервированной плаценты на область левого плеча отмечается значительное размягчение рубца и ослабление болей. Объем движений в локтевом суставе увеличился на 15 градусов. В дальнейшем произведены еще 2 тканевых пересадки. Рубец значительно рассосался. Боли полностью прошли. Разгибание в локтевом суставе не ограничено — 180 град. Срок наблюдения 2 месяца.

В приведенных случаях отмечалось значительное размягчение и рассасывание грубых, спаянных рубцов, нарушающих движения в суставах конечностей. Больной З—р после рассасывания спайки рубца с Ахилловым сухожилием и костью начал свободно ходить. У больного П—го, вследствие рассасывания рубцов на предплечьи и кисти, увеличился объем движений в локтевом суставе и в пальцах кисти. Одновременно исчезли явления расстройства кровообращения и трофические нарушения. У больного Д—ва рассасывание рубца в области локтевого сустава привело не только к увеличению объема движений, но и к исчезновению мучительных стреляющих болей типа каузалгических.

Следующие 2 случая касаются рубцового сведения челюстей.

4. Старшина Г—и, 28 лет, ист. бол. № 6813.

Ранен 26.IX 1943 г. осколками мины в оба глаза и область правой щеки. В области горизонтальной ветви нижней челюсти справа имеются грубые, спаянные с костью, рубцы и свищевое отверстие с незначительным количеством гнойного отделяемого. Значительная отечность щеки. Раскрывание рта ограничено до

1,5 см. Через 8 дней после пересадки консервированной плаценты за правое ухо наблюдалось резкое размягчение и рассасывание рубцов. Отечность щеки уменьшилась. Раскрывание рта увеличилось до 3 см. После повторной пересадки консервированной кожи и плаценты свищ закрылся. Раскрывание рта увеличилось до 4 см. Срок наблюдения 3 месяца.

5. Ст. сержант К—ий, 20 лет, ист. бол. № 7761.

Ранен 31.XII 1943 г. осколками снаряда в область правой скуловой кости. В области восходящей ветви нижней челюсти и правой скуловой кости имеется грубый спаянный и вытянутый рубец. Правая щека отечна. Раскрывание рта возможно только на 5 мм. 12.II 1944 г. начаты инъекции экстракта консервированных листьев алоэ по 1,0 куб. см через день. После 6 инъекций рубец значительно размягчился, спайки с костью рассосались, отек щеки прошел. Раскрывание рта увеличилось до 2,1 см. После 14 инъекций раскрывание рта увеличилось до 2,7 см. Срок наблюдения полтора месяца.

В обоих случаях тканевая терапия оказалась весьма эффективной. Вследствие рассасывания рубцов значительно увеличилось раскрывание рта и больные были переведены с челюстного на общий стол. У больного Г—и, кроме того, закрылся свищ у угла нижней челюсти.

Ниже приведены 3 случая рубцов лица, сопровождавшиеся выворотом век и неправильным положением слезных точек с соответствующими функциональными нарушениями.

6. Лейтенант К—ца, 32 лет, ист. бол. № 3548.

5.X 1942 г. во время тушения пожара получил ожоги лица, шеи и кистей обеих рук III степени. Поступил в госпиталь 15.II 1943 г. по поводу грубых келоидных, обезображивающих рубцов лица красного цвета, обусловливающих выворот нижних век больше справа. Имеется рубцовая деформация обеих ушных раковин и множественные, спаянные с подлежащими тканями, рубцы на тыле кистей обеих рук, сопровождающиеся контрактурой и тугоподвижностью суставов пальцев. Кожа кистей цианотична и влажна. Вскоре после пересадки консервированной кожи на нижнюю треть правого предплечья наблюдалось значительное побледнение, размягчение и рассасывание рубцов лица и уменьшение выворота нижних век. Рубцы на тыле кистей также размягчились, кожа берется в складку, движения пальцев увеличились. Произведены еще 2 пересадки консервированной кожи. Выворот века на левом глазу прошел, на правом заметно уменьшился. Цианоза лица нет. Движения пальцев рук еще увеличились. Срок наблюдения 3 с половиной месяца.

7. Сержант У—в, 19 лет, ист. бол. № 5755.

Ранен 26.VIII 1943 г. пулей в область левой орбиты.

От внутреннего угла правой орбиты через переносье проходит грубый, спаянный с костью рубец, который простирается до внутреннего угла левой орбиты и оттягивает вниз и кнаружи нижнюю слезную точку. Выворот слезной точки обусловливает

значительное слезотечение. Через 10 дней после пересадки консервированной кожи за левое ухо наступило значительное размягчение и рассасывание рубца. Слезная точка приняла нормальное положение и обращена к слезному озеру. Слезотечение полностью прошло. Срок наблюдения 6 месяцев.

8. Ст. сержант Б—в, 20 лет, ист. бол. № 6613.

Ранен 3.X 1943 г. осколком мины в область правой скуловой кости. Поступил в госпиталь 25.XI по поводу частичного выворота нижнего века правого глаза и свища в области правой скуловой кости. У внутреннего угла правой орбиты имеется грубый, втянутый, спаянный с костью рубец, который вызывает выворот внутрь одной трети нижнего века и слезной точки. Значительное слезотечение. Другой спаянный с костью рубец расположен в правой скуловой области. У нижнего его края свищ с значительными гнойными выделениями. Через 6 дней после пересадки консервированной кожи за правое ухо рубец значительно рассосался, выворот нижнего века уменьшился. Слезная точка приняла нормальное положение. Слезотечения нет. Срок наблюдения 1 месяц.

Приведенные случаи указывают, что устранение или уменьшение нерезко выраженного рубцового выворота век и неправильного положения слезных точек возможно при применении одной только тканевой терапии без пластических операций. Приведенный материал показывает, что тканевая терапия по методу акад. В. П. Филатова является мощным фактором, стимулирующим рассасывание грубых спаянных рубцов. Процессы рассасывания рубцовой ткани до известной степени могут происходить и самостоятельно, без нашего вмешательства, благодаря оздоровительным реакциям самого организма. Так, размягчение и побледнение рубцов с течением времени наблюдается и без всякого лечения. Рассасывание рубцов отмечается и при применении других терапевтических факторов (механических, химических и физиотерапевтических). Однако, процессы рассасывания грубых, спаянных и келоидных рубцов под влиянием тканевой терапии протекают значительно быстрее и с большей интенсивностью. В ряде случаев разительный эффект наступает уже через несколько дней после тканевой пересадки и усиливается при повторных пересадках.

Стимуляция рассасывания рубцов имеет место и при тканевых пересадках и при применении инъекций экстрактов из консервированных тканей. Параллельно с рассасыванием рубцов проходят или значительно уменьшаются те функциональные расстройства, которые обусловливаются наличием рубцов. Речь идет о нарушении движений в суставах конечностей, расстройствах трофики и кровообращения, болевом синдроме. Сюда же относится устранение деформации и неправильного положения частей отдельных органов, как, например, отмеченное нами исчезновение нерезко выраженного рубцового выворота век и неправильного положения слезных точек.

Влияние тканевой терапии не ограничивается только кожными рубцами, но простирается и на рубцовые изменения в тканях и ор-

ганах, глубоко заложенных в полостях тела, как, например, в черепной полости, на чем мы подробнее останавливаемся в отдельной работе.

Тканевая терапия стимулирует также процессы регенерации вяло заживающих ран и свищей, как это показано на вышеупомянутых больных П—м, Г—и и Б—ве и наблюдалось у многих других.

Проф. Н. И. Краузе высказал взгляд, что рубцы формируются в процессе грануляционного заживления ран и, следовательно, последнее нужно рассматривать как процесс формирования рубца. В соответствии с этим взглядом, мы придерживаемся необходимости раннего применения тканевой терапии.

Метод тканевой терапии в различных ее видах следует применять не только в свежих случаях рубцовых изменений, но и в процессе заживления раны, т.е. образования рубца. Мы полагаем, что стимуляция рассасывания и регенерации методом тканевой терапии в процессе гранулирования ран будет способствовать образованию менее грубых рубцов, не спаянных с подлежащими тканями.

Исходя из этого, мы считаем, что тканевая терапия по методу акад. В. П. Филатова является не только одним из наиболее эффективных методов лечения уже сформировавшихся рубцов, но ее целесообразно проводить при лечении гранулирующих ран для стимуляции их заживления и профилактики образования грубых рубцов.

БІБЛІОТЕКА ІМ. В.П. філатова

Из глазной клиники Башкирского мединститута
(Директор — заслуж. деятель науки БАССР проф. В. И. Спасский)

ПУПОВИНА, КАК МАТЕРИАЛ ДЛЯ ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ

Заслуж. деятель науки БАССР проф. В. И. Спасский, доцент Б. С. Бродский и Г. Г. Кудояров

Первые свои наблюдения над лечебным действием консервированных тканей академик В. П. Филатов опубликовал еще в 1933 г.

Отметив лечебный эффект тканевого лечения при глазных заболеваниях, акад. В. П. Филатов применил свой метод для лечения и других болезней организма.

В качестве лечебных материалов акад. В. П. Филатовым лично и его школой были с успехом испробованы самые разнообразные ткани: роговица, склера, сосудистая оболочка, зрительный нерв, сетчатка, хрящ, конъюнктива, слизистая оболочка губы, кожа, печень, брюшина (Дунье), подкожножировая клетчатка, мышцы, плацента, мозг и др.

Этот перечень, как видно, не включает еще всех тканей и оболочек человеческого организма. Многочисленными наблюдениями акад. В. П. Филатова и его последователей установлено, что при тканевом лечении видовой характер ткани, очевидно, не имеет доминирующего значения. Все сводится, главным образом, к действию тех «биогенных веществ», которые, по мнению акад. В. П. Филатова, вырабатываются в живых тканях, подвергаемых консервации в состоянии «переживания» и которые стимулируют в организме, куда они пересаживаются, процессы рассасывания и регенерации.

Акад. В. П. Филатов в своих работах также отметил, что лечебный эффект может наступить и от пересадки свежего, не подвергавшегося консервации материала, но при применении консервированного на холоде материала все терапевтические феномены наступают чаще и в более сильной форме.

В Уфимской глазной клинической больнице проф. В. И. Спасский и его ученики с 1934 г. ведут свои наблюдения над лечебным действием пуповины. Этот материал был применен для лечения глазных, а в последнее время и общих заболеваний организма в 1000 с лишним случаях. Доц. Г. Г. Кудояров употреблял пуповину в качестве материала для пластики и тканевой терапии с 1935 г. По 1-му отделению Трахоматозного института он произвел тканевую терапию 459 больным. Пуповина доставлялась из родильных отделений и использовалась для тканевого лечения в произвольные сроки консервации.

Таким образом, мы имеем пример успешного использования еще

одной ткани организма в качестве материала для тканевого лечения.

Получаемые нами результаты надо считать вполне удовлетворительными.

Благоприятные результаты стали настолько убедительными и частыми для лечащих врачей, что когда у больного лечение затягивалось и обычно применяемые средства не давали желаемого эффекта, вносилось предложение использовать тканевую терапию. И в очень многих случаях она давала благоприятные результаты.

Действенность тканевой терапии оценили и наши глазные больные, а в последнее время и больные с общими заболеваниями, которые часто сами обращаются с предложением сделать им подсадку или повторить подсадку для окончательного излечения.

Успешное применение пуповины при лечении глазных и общих заболеваний может быть подтверждено следующими наблюдениями.

Глазные заболевания

1. Больной М., 28 лет, колхозник. Ист. болезни № 9899.

Диагноз: Трахома II, мясистый паннус. Имеется резкий блефароспазм. Зрение равно правильному светоощущению.

10.IV 1939 г. Произведена имплантация пуповины под конъюнктиву глазного яблока правого глаза. 15.IV. Глаз стал свободно открываться. Зрение равно счету пальцев у лица. 25.IV. Зрение равно 0,01. 1.V. Роговица значительно просветлела. Зрение равно 0,03. 7.V. Сделана имплантация пуповины на левом глазу, после чего началось просветление роговицы левого глаза.

Больной находился под наблюдением до 1.IX 1939 г. К этому времени глаза спокойны. Роговицы значительно просветлели. Улучшился рефлекс с глазного дна. Зрение правого глаза равно 0,08. Зрение левого глаза равно 0,1.

2. Больная Х., 52 лет, домохозяйка. Ист. болезни № 13127.

Диагноз: Оба глаза трахома III. Язва роговицы левого глаза. Болеет очень давно. В данное время лечится по поводу появившегося в течение последних двух месяцев обострения, но безрезультатно. Зрение равно 0,001. Смешанная инъекция. Язва неправильной формы с гнойной инфильтрацией.

После произведенной 29.IX 1944 г. подсадки на следующий день боли исчезли и с этого момента началось постепенное улучшение. Зрачок хорошо расширился. Гнойная инфильтрация язвы резко уменьшилась. К 11.X зрение поднялось до 0,3. На месте язвы блестящая фасетка.

3. Больная С., 36 лет, работница. Ист. болезни № 16998.

Диагноз: Правый глаз — розацеа-кератит. Жалобы на сильную светобоязнь, боли. В роговице в области глазной щели имеются 3 инфильтрата, расположенные подэпителиально. К инфильтратам подходят сосуды, тянущиеся из лимба. Роговица вокруг них также инфильтрирована. Зрение правого глаза равно 0,08, левого—0,2 (помутнение роговицы).

Одновременно имеются проявления acne rosacea и на лице. После подсадки пуповины под конъюнктиву правого глаза (25.X 1944 г.) началось рассасывание инфильтрата роговицы, а также улучшение acne rosacea лица. Больная заявляет, что лечится уже давно, но такого быстрого, существенного улучшения не отмечала.

20.XI. Зрение правого глаза равно 0,1, левого — 0,4. Краснота на лице поблекла. Некоторые инфильтраты роговицы совсем рассосались. Больная прекратила посещение амбулатории.

4. Больной П., 36 лет, врач. Ист. болезни № 2969. (Больной направлен из ЭГ). Правый глаз раздражен (перикорнеальная инъекция), блефароспазм, светобоязнь, преципитаты на задней поверхности роговицы. Рисунок радужки стушован. В стекловидном теле много плавающих помутнений. Зрение равно 0,1. Внутриглазное давление — 42 мм.

Диагноз: Увеит. Секундарная глаукома. Левый глаз здоров. Зрение равно 1,0.

27.X 1944 г. Произведена имплантация пуповины под конъюнктиву склеры. 31.X. Зрение равно 0,4. Внутриглазное давление — 26 мм. 6.XI. Глаз успокоился. Перикорнеальная инъекция прошла. Зрение равно 0,6. 18.IX. Глаз спокоен. Внутриглазное давление нормально. Зрение равно 0,8. Глазное дно видно хорошо. Плавающие помутнения исчезли.

Общие заболевания

1. Больная К., 40 лет, лекпом. Ист. болезни № 23401. (Больная направлена зав. кафедрой нервных болезней Башмединститута проф. Н. И. Савченко).

Диагноз: Левосторонний пояснично-крестцовый радикулит. Больна в течение двух месяцев. Лечилась всеми доступными средствами, но безрезультатно. В данное время жалуется на нестерпимые боли в области поясницы, иррадиирующие до пятки левой конечности. С трудом передвигается.

26.XII 1944 г. Сделана тканевая подсадка пуповины в области болевых точек поясницы (2 точки). Пуповина 6-дневной консервации. В течение ближайших дней наступило значительное улучшение в смысле исчезновения болей. Подвижность резко увеличилась. Больная свободно наклоняется и поднимает ногу до горизонтального положения. Мы наблюдали ее в течение двух месяцев.

2. Больной З., 36 лет, подполковник. Ист. болезни № 235. (Больной направлен зав. кафедрой нервных болезней Башмединститута проф. Н. И. Савченко).

Диагноз: Правосторонний пояснично-крестцовый радикулит. Болеет в течение года. Последние 3 месяца находился в гарнизонном госпитале, где подвергался всевозможному лечению. Ездил на курорт в Пятигорск. Жалобы на сильные боли в пояснице и правой ноге. Боли при поворотах, при нагибании.

Через 4 дня после подсадки в области двух болевых точек по кусочку пуповины 7-дневной консервации (5.I 1945 г.) почувствовал

РЕПУБЛИКАНСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ БИБЛИОТЕКА ім. Гельмгольца

себя настолько хорошо, что смог притти к нам без палки. Через 20 дней ходит свободно. Остались легкие боли в пятке. 29.I 1945 г., через 25 дней после первой, сделана вторая подсадка пуповины 8-дневной консервации. Через 10 часов все боли исчезли. С этого времени больной чувствует себя здоровым и вполне трудоспособным, часто является для повторных осмотров. Рецидива заболевания не отмечает.

3. Больной Ц., 42 лет, сотрудник НКВД. Ист. болезни № 23390. (Больной направлен консультантом санчасти НКВД д-ром Г. Д. Фельдштейном).

Диагноз: Язва 12-перстной кишки. Болеет с 1935 г. Лечился всевозможными средствами. В ноябре 1944 г. лежал в Совнарбольнице, где получил курс инъекций (атропин), но улучшения не наступило. Жалобы на боли в подложечной области и над правым подреберьем. Боли ночью, натощак или через 3 часа после приема пищи. Отрыжка, тошнота.

На следующий день после подсадки (26.XII 1944 г.) в двух болевых точках в эпигастральной области пуповины 6-дневной консервации изжога исчезла. Через 5 дней были сняты швы. К этому времени боли прекратились. Тошнота изредка. Отрыжки, изжоги нет. Больной перешел на общую диету, поправился. Чувствует себя хорошо до последнего дня. (Наблюдение 2 месяца).

4. Больная А., 18 лет, препаратор. Ист. болезни № 322. (Больная направлена кожно-венерической клиникой Башмединститута).

Диагноз: Незаживающие язвы голени. Этиология не установлена. Длительность процесса 5 лет. Одна язва величиной 3×3 см, другая $1,5 \times 1,5$ см.

9.I 1945 г. тканевая подсадка пуповины 11-дневной консервации по одному кусочку около каждой язвы. Через 2 дня после подсадки одна язва величиной $1,5 \times 1,5$ см полностью заэпителизировалась, другая уменьшилась до размеров 2×2 см. Через 20 дней эпителизация язвы продолжается. Величина $1,7 \times 1,3$ см. 17.II величина язвы $1,0 \times 1,0$ см. Больная выписалась из клиники.

5. Больной Б., 52 лет, служащий. Ист. болезни № 453.

Диагноз: Бронхиальная астма. Болен 3 года. Причина не установлена. Жалобы на тяжелую одышку, в особенности в морозную погоду. Трудно переносит дым. Сильный приступообразный кашель. Ежедневно принимает эфедрин 3 раза в день.

9.I 1945 г. в области передней аксиальной линии на уровне 7 ребра слева (3 точки) произведена подсадка пуповины 11-дневной консервации. На 4-й день одышка уменьшилась, ходить стало легче. Приступообразный кашель значительно уменьшился. Больной перестал принимать эфедрин. Он расценивает свое состояние как значительное улучшение и просит проделать еще одну подсадку, надеясь на полное выздоровление.

Вторая подсадка пуповины, на этот раз 8-дневной консервации, была произведена 9.II 1945 г. на правой стороне (2 точки). Через два дня больной чувствует себя хорошо даже в морозную погоду. В течение ближайшего месяца самочувствие было хорошее.

Совместно с клиникой нервных болезней Башмединститута (проф. Н. И. Савченко) один из нас (Бродский) с некоторым успехом стал применять тканевую терапию при эпилепсии. Припадки становились реже, продолжительность их сокращалась и они совсем исчезли. Ведутся дальнейшие наблюдения.

Мы ограничились этими примерами. Число успешных случаев у нас велико. Конечно, бывали случаи, когда успеха мы сразу не достигали. Тогда подсадку повторяли (обычно через 3 — 4 недели). Иногда только повторные подсадки приводили к стойкому улучшению.

Лечение безвредно, и ухудшения от него никогда не наблюдалось.

Метод прост и доступен даже в амбулаторной обстановке. В глазу подсадка производится нами под конъюнктиву глазного яблока, обычно ближе к нижнему своду. Величина кусочка 3 × 5 мм. Швов мы не накладываем. На коже делаем имплантацию обычно в 2—3 местах, предпочтительно в болевых точках, и большей частью накладываем только один шов на каждый разрез. Величина кусочка 8—10 кв. мм. Нагноений на нашем материале не наблюдалось. Способ консервации материала такой же, как в клинике акад. В. П. Филатова.

Материал для подсадки (пуповина) имеется всюду, легко может быть получен и использован.

Наши наблюдения позволяют нам настоятельно рекомендовать тканевую терапию, предложенную акад. В. П. Филатовым, как весьма эффективный метод лечения глазных и общих заболеваний организма, и предложенную нами (Спасский) пуповину, как ценный и доступный материал для его осуществления.

БИБЛИОТЕКА им. В.П. Філатова

Из глазной клиники Башкирского мединститута
(Директор — заслуж. деятель науки БАССР проф. В. И. Спасский)

ЭКСТРАКТ КОНСЕРВИРОВАННОЙ КОЖИ КРОЛИКА В ТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГЛАЗА И НЕКОТОРЫХ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ*)

Доцент Б. С. Бродский

В 1933 году академик В. П. Филатов опубликовал новый принцип лечения болезней, известный под названием «Тканевая терапия».

Начав с лечения роговичных заболеваний гомопластической частичной несквозной пересадкой роговицы, академик В. П. Филатов в дальнейшем внес в этот метод ряд изменений и добавлений.

С лечебной целью начали пользоваться и другими тканями. Кроме того, тканевое лечение стало применяться и при других глазных и неглазных заболеваниях.

Введение в организм реципиента тканевого материала не ограничилось формой гомопластической пересадки свежего материала. Постепенно в практику было введено использование материалов гомо-, ауто- и гетерогенного характера, а также материалов растительного происхождения после предварительной консервации их в условиях, затрудняющих (но не убивающих) в них жизненные процессы.

Следующим этапом было использование экстрактов из тех или иных тканей, подвергшихся консервации, имея в виду, что в экстракт переходит действующее начало. Такой вид введения тканевых материалов значительно упрощает технику лечения и дает возможность проводить его амбулаторно.

Профессор В. В. Ковальский занимался в г. Уфе (1941—1942 г.) исследованием влияния водных экстрактов из трупной консервированной кожи на заживление ран. Мы воспользовались этим обстоятельством и испробовали полученный им экстракт консервированной кожи кролика для лечения ряда глазных заболеваний.

Водные экстракты (0,8-процентный раствор хлористого натра) получались из консервированной в течение 7 суток при температуре +4-5 градусов кожи кроликов путем настаивания измельченной кожи в течение суток при температуре +4 град. С. Готовый экстракт пропускали через стерильный фильтр Зейца. После бактериологического контроля стерильный экстракт сохранялся в ампулах при температуре +4-5 градусов С.

Техника применения экстракта, по указанию проф. В. В. Ковальского, была у нас следующая: первые 3—4 дня подряд мы вводи-

*) Доложено на заседании научной конференции глазной клиники БМИ совместно с окулистами г. Уфы и эвакогоспиталей от 11.I 1945 г.

ли экстракт подкожно по 0,1—0,2 куб. см. В некоторых случаях через неделю повторяли инъекции в той же дозировке. Иногда мы делали их и в третий раз. Число инъекций на курс колебалось от 3 до 12. Проф. В. В. Ковальский доказал, что стимулирующее влияние инъекций водных экстрактов из консервированной кожи на регенеративные процессы (заживление ран) проявляется в определенных дозах: в больших дозах водные экстракты подавляют регенеративный процесс, в малых дозах — возбуждают.

Местом введения экстракта мы избрали кожу виска.

Наблюдения проводились над ранеными, находившимися в глазном отделении Н эвакогоспиталя, и над рядом больных, лечившихся в Башкирском трахоматозном диспансере.

Под нашим наблюдением находилось 28 больных: 15 — с травматическим иридоциклитом и другими травматическими осложнениями после боевых ранений, 3 — с герпетическим кератитом, 3 — с паренхиматозным кератитом, 7 — с трахоматозным паннусом.

Рассмотрим результаты, полученные у каждой группы больных.

У всех 15 больных, находившихся на лечении в глазном отделении эвакогоспиталя, в результате военной травмы было то или иное поражение глазного яблока, выражавшееся в явлениях либо кератита, экссудата в передней камере, воспаления радужки и наличия задних синехий, помутнения хрусталика, стекловидного тела, либо гемофталма. У всех раненых преобладали явления травматического иридоциклита.

Результаты наших наблюдений над первой группой больных приведены в прилагаемой таблице (стр. 203).

В 11 случаях мы достигли не только уменьшения явлений иридоциклита, но и того или иного улучшения зрения. В 4 случаях зрение не улучшилось. Это 2 случая с густыми помутнениями стекловидного тела (организовавшийся экссудат) и 2 случая с гемофталмом. Но все же некоторое уменьшение явлений иридоциклита и здесь было нами отмечено. Приведем два примера.

1. Б—в, красноармеец, 1926 г. рождения (ист. бол. № 1637). Был ранен 27.V 1943 г. осколками запала гранаты при его разборе. В глазное отделение госпиталя поступил 6.VI с жалобами на отсутствие зрения в правом глазу и резкое понижение зрения в левом. При объективном исследовании у больного отмечены: значительная светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Веки отечны. В правом глазу имеется хемоз конъюнктивы, перикорнеальная инъекция. На роговице соответственно верхнему зрачковому краю — инфильтрат, несколько возвышающийся над поверхностью роговицы. Вокруг него диффузная муть. Передняя камера мутна. Зрачок неправильной формы, затянут серой пленкой. Зрение равно неправильной проекции света. Болезненность при пальпации. В левом глазу отмечены явления умеренного раздражения. Перикорнеальная инъекция. Радужка зеленого цвета. Зрачок узкий. При офтальмоскопическом освещении видно помутнение стекловидного тела с примесью крови. Зрение равно движению руки у лица.

Влияние экстракта консервированной кожи кролика

№№ п. п.	№№ ист. бол.	Фамилия	Повреждение глаз и клинический диагноз	Зрение до лечения	К—во курсов	Зрение после лечения
1	959	Г—чев	Травм. кератит и иридоциклит, травматич. катаракта	Пр. гл. 0,02 лев. гл. 0,005	3	Оба глаза — 0,1 с коррек.
2	1637	Б—лов	Иридоциклит, зараш. зрачка пр. глаза, Гемофталм лев. глаза	Пр. гл. непр. светоощ. Лев. гл.—движ. руки у лица	2	Пр. гл. неправ. светоощ. Лев. гл. 0,02
3	516	С—ков	Иридоциклит пр. глаза и травм. катаракта. Отсутствие лев. глаза	Пр. гл.—движ. руки у лица	1	Пр. гл. 0,06
4	2024	Ш—ков	Иридоциклит, субатрофия пр. глаза Травм. кератит лев. глаза	Пр. гл.—непр. светоощ. (Т-1) Лев. гл.—прав. светоощущ.	1	Пр. гл.—непр. светоощ. Лев. гл.—счет пальц. у лица
5	2566	Майбет-Калиев	Пр. гл. здоров. Лев. гл. иридоциклит и травматич. катаракта	Лев. гл. — неправ. светоощущен. (Т-1)		Без изменений. Иридоциклит прошел
6	2136	В—бург	Иридоциклит, прободное ранение роговицы, травм. кератит	Пр. гл. — 0,2 Лев. гл.—непр. светоощущ.	1	Субъект. улуч. со стор. прав. глаза
7	2195	Ж—ев	Пр. глаз здоров. Лев. гл.—иридоциклит, гемофталм	Лев. гл.—0,03	1	0,04
8	1769	К—ец	Пр. гл. — травмат. кератит, иридоциклит. Лев. гл. здоров	Пр. гл. — 0,08	2	0,25
9	1791	Ч—ев	Помутн. стекловид. тела и иридоцикл. пр. гл. Атроф. зрит. нер. лев. гл.	Пр. гл.—прав. светоощ. снизу и снутри. Лев. гл.—0	1	Без изменений
10	1806	П—шин	Пр. гл. отсутств. Лев. гл.—травм. кератит и иридоциклит	Лев. гл.—движение руки у лица	1	Счет пальцев у лица
11	508	П—тин	Пр. гл. отсут. Лев. гл, помутн. стекловид. тела, иридоциклит	Лев. гл. — 0,2	1	Без изменений
12	4023	Д—ков	Иридоциклит, травм. катаракта пр. гл.	Пр. гл.—0 Лев. гл. 0,005	1	Лев. гл.—0,03
13	2020	А—ков	Пр. гл. здоров. Лев. гл. — травм. кератит и иридоциклит	Лев. гл.—правильная проекция света	2	Лев. гл.—счет пальцев. у лица
14	2211	В—хов	Пр. гл. — гемофталм, иридоциклит. Лев. гл. здоров	Пр. гл. — движение руки у лица	1	Без изменений
15	2196	К—ков	Пр. гл. — гемофталм, иридоциклит. Лев. глаз здоров	Пр. гл. — движение руки у лица	1	Без изменений

Бібліотека ім. В.П. Філатова

Диагноз: Травматический иридоциклит, заращение зрачка правого глаза и гемофталм левого глаза.

После первого курса инъекций боли уменьшились. В левом глазу зрачок несколько расширился. Рефлекс улучшился, зрение стало равным 0,02. После второго курса инъекций явления иридоциклита еще более уменьшились. Зрение остается равным 0,02.

Срок наблюдения — 2 месяца.

2. С—ков, мл. сержант, 1918 г. рождения (ист. бол. № 516). Был ранен 18.I 1943 г. осколками в оба глаза. Первую помощь получил через 20 часов после ранения. 10.II левый глаз был энуклеирован. В госпиталь поступил 13.III с жалобами на резкую болезненность правого глаза, светобоязнь, слезотечение. При осмотре обнаружено: смешанная инъекция; в направлении 5 часов, на 2 мм отступя от лимба, в склере имеется небольшой пигментированный рубец. В роговице на 12 часах и 5 часах у лимба, а также в центре ее имеются небольшие интенсивные помутнения. Зрачок расширен, неправильной формы. В области зрачка набухшие хрусталиковые массы. Рефлекса не видно. Зрение равно движению руки у лица. Лечение: атропин, дионин, аутогемотерапия, оксигенотерапия.

Диагноз: Травматический иридоциклит правого глаза и травматическая катаракта. Отсутствие левого глаза.

После проведенного курса инъекций зрение повысилось до 0,06. Глаз успокоился, не болит.

Срок наблюдения — полтора месяца.

Три случая герпетического кератита были связаны с перенесенной малярией. Я мог постоянно отмечать болеутоляющий эффект после инъекций экстракта. Во всех случаях начиналось рассасывание помутнения и зрение несколько повышалось. Для примера привожу краткую историю болезни.

Больная Н—ва, 46 лет (ист. бол. № 13950). Страдает малярией. После первого приступа (15.VII 1942 г.) появилось осложнение в левом глазу. Аналогичное осложнение было в 1938 г. и длилось 2 месяца. При исследовании отмечено сужение глазной щели. Перикорнеальная инъекция. В наружной половине роговицы имеется расположенное в передних слоях помутнение с истыканной поверхностью, красится флуоресцеином (поверхностные язвочки). Чувствительность понижена. Зрение равно 0,3.

Диагноз: Герпетический кератит левого глаза.

После курса инъекций больная стала лучше открывать глаз. Помутнение уменьшилось, зрение повысилось до 0,4. Наблюдение велось нами в течение 2 лет. Рецидивов не замечалось.

В трех случаях паренхиматозного кератита мы получили хороший результат.

1. Больной Ч., мл. сержант, 1923 г. рождения (ист. бол. № 1780). Поступил в глазное отделение эвакогоспиталя 10.VI 1943 г. с жалобами на резкие боли, светобоязнь и потерю зрения. Заболел 16.IV. Болен 2 месяца. Вначале заболел левый глаз, а через 20 дней правый. Лечился на передовых этапах, а затем был эвакуирован в

тыл. Большую часть дня лежит, уткнувшись в подушку, или передвигается по палате с завязанными полотенцем глазами.

При исследовании: Веки отечны, глазные щели сомкнуты. Смешанная инъекция. Правый глаз — диффузная муть роговицы, эпителий истыкан. В центре роговицы инфильтрация сильнее выражена. В роговице много глубоких сосудов в виде кисточки. Рисунок радужки стушован. Зрачок узкий. Из-за резкой светобоязни рассмотреть глубокие среды не удается. Зрение равно движению руки у лица. Левый глаз—диффузная муть роговицы, истыканность эпителия. Много глубоких сосудов. Радужка зеленого цвета. Зрачок резко сужен. Зрение равно движению руки у лица. Исследование крови по Вассерману ++++.

Специфическое лечение еще не начиналось. Для лечения глаза больной получал атропин, хинин с морфием, пьявки на висок. Проводилась осмотерапия, но улучшения не было. После 4 инъекций экстракта светобоязнь и слезотечение уменьшились. Инъекция меньше. Больной почувствовал себя настолько лучше, что смог снять повязку (полотенце) и одеть консервы. Роговица стала проясняться. Зрение правого глаза равно 0,1, левого — без изменений. После 2-го курса инъекций экстракта зрение левого глаза поднялось до 0,05. К этому времени начато специфическое лечение.

Срок наблюдения — полтора месяца.

2. Больная Г., 19 лет, учительница (амбулаторная карточка № 15486). Обратилась 21.VIII 1943 г. с жалобами на покраснение левого глаза, понижение зрения и светобоязнь.

При объективном исследовании: Глазная щель сужена. Глубокая перикорнеальная инъекция. Глубокое помутнение занимает наружные две трети роговицы, инфильтраты в толще ее. Сверху и снизу в роговице проходят глубокие сосуды в виде щеточки. Рефлекс с глазного дна очень тусклый. Зрение равно 0,04. Правый глаз — миопический астигматизм. Зрение с коррекцией равно 0,6. 1.IX начаты инъекции экстракта (3 раза по 0,1). Местно больная продолжает получать атропин. Для специфического лечения направлена в венерологический диспансер. 4.IX отмечено некоторое прояснение роговицы, что дало улучшение зрения до 0,1. 6.IX — муть роговицы разделилась полоской прозрачной роговицы на два отдельных участка. Зрение равно 0,1. 16.IX — незначительная инъекция. Полоска прозрачной роговицы между верхним и нижним помутнениями увеличилась. Зрение равно 0,2. В дальнейшем состояние глаза прогрессивно улучшалось (рассасывание помутнения и повышение зрения). 26.X можно было уже рассмотреть глазное дно. Зрение равно 0,7 (с коррекцией). На роговице осталось едва заметное помутнение.

Инъекции экстракта при осложненной трахоме интересовали нас в отношении влияния их на рассасывание трахоматозного паннуса. Под нашим наблюдением были лица, страдавшие трахомой (паннусом) много времени и испробовавшие много разнообразных способов лечения. После проведенных инъекций экстракта больные отмечали улучшение состояния глаз в смысле исчезновения болей,

уменьшения светобоязни. В всех случаях улучшалась острота зрения (за счет истончения паннуса).

1. Больной Т., 27 лет, рабочий (ист. бол. № 5707).

Диагноз: Трахома III, мясистый паннус правого глаза и сосудистый паннус левого.

Больной страдает трахомой больше 10 лет. В данное время болезнь обострилась. Жалобы на резкие боли, блефароспазм, светобоязнь. Отмечаются явления изъязвления роговицы правого глаза в области паннуса. Зрение правого глаза равно 0,005, левого — 0,08. Проведено 3 курса инъекций экстракта. В результате лечения глаза значительно успокоились, боли прошли; зрение правого глаза равно 0,1, левого — 0,3.

2. Больная М., 40 лет, колхозница (ист. бол. № 9108)

Диагноз: Трахома III, сосудистый паннус, язва роговицы левого глаза. Жалобы на светобоязнь, слезотечение и резкое понижение зрения. Заболевание периодически обостряется. В последние 2 года обострения участились. При исследовании — глазные щели сомкнуты, веки пастозны. Роговицы обоих глаз диффузно мутны, в верхних отделах пронизаны густой сетью поверхностных сосудов. Рисунок радужки стушован. Детали глазного дна не видны. В левом глазу имеется язва роговицы, покрытая грязным налетом. Зрение правого глаза равно 0,02, левого — светоощущению. До сих пор проводилась обычная терапия (атропин, массаж, аутогемотерапия, лактотерапия). Проведено 2 курса инъекций экстракта. В результате явления блефароспазма прошли. Язва в левом глазу начала очищаться и эпителизироваться. Роговица стала прозрачнее, количество сосудов меньше. Зрение правого глаза повысилось до 0,1, левого до 0,09. Больная уехала в деревню и больше не показывалась.

Срок наблюдения — полтора месяца.

Проведенные нами клинические наблюдения показали, что метод тканевой терапии может оказать большую помощь при лечении глазных заболеваний.

Полного излечения мы не достигали, да не всегда и рассчитывали на него. Ведь мы имели дело с очень тяжелыми (порой многолетней давности) заболеваниями, подвергавшимися разнообразному лечению. Если мы добивались сдвига, то и это надо признать уже большим достижением.

Дальнейшее комбинирование лечения безусловно необходимо и целесообразно.

Надо признать, что водная фракция консервированной кожи кролика (экстракта), полученная проф. Ковальским, безусловно содержит активные вещества, очевидно, включающие в себе то начало, которое акад. В. П. Филатов называет ФК (факторы консервации — биогенные стимуляторы).

Из Украинского экспериментального института глазных болезней
имени академика Б. П. Филатова (Директор — акад. В. П. Филатов)

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Ст. научный сотрудник И. Г. Ершкович

Тканевая терапия по методу акад. В. П. Филатова служит мощным стимулятором процессов не только регенерации, но и рассасывания различных патологических продуктов.

Применяя тканевую терапию при военных повреждениях глаз на материале Н эвакогоспиталя (нач. госпиталя—майор мед.службы В. А. Кнак), я нередко имел возможность попутно отмечать значительное размягчение рубцов на коже лица, шеи, грудной клетки и конечностей.

Размягчение плотных, келоидных рубцов было настолько значительным и происходило в такие короткие сроки, что вызвало живой интерес к тканевой терапии со стороны хирургов госпиталя, начавших применять этот метод.

Наш личный небольшой материал (28 случаев тканевого лечения рубцов), который публикуется в этом же сборнике, равно как и данные ряда хирургов (Дунье, Краузе, Скосогоренко и др.), свидетельствуют о том, что тканевая терапия служит могучим средством воздействия на рубцы, нарушающие функции.

Речь идет об уменьшении рубцовой контрактуры и тугоподвижности крупных суставов конечностей, челюстного сустава, рубцового выворота век, слезных точек, губ, угла рта и т. д.

Поразительное влияние биогенных стимуляторов на рубцовую соединительную ткань касается не только кожных рубцов. Так, на глазу мы можем отметить рассасывание соединительнотканных сращений радужной оболочки с капсулой хрусталика (задние синехии), а также нежных тяжей в стекловидном теле. Уже a priori можно было предположить возможность воздействия тканевой терапии на рубцовые изменения в органах, заложенных глубоко в полостях и, в частности, на рубцы в полости черепа, которые образуются после проникающих ранений и вызывают ряд тяжелых изменений, в том числе и явления травматической эпилепсии.

Остановлюсь коротко на двух таких случаях, из которых один был любезно предоставлен мне для наблюдения ведущим хирургом госпиталя доц. М. И. Шапкайцем, а другой наблюдался мной совместно с засл. деятелем науки ТССР проф. Б. Л. Смирновым.

1. Ст. сержант З., 33 лет. Ранен 25.VIII 1941 г. осколками мины в голову и пулей в область правого плечевого сустава. На передовом этапе эвакуации произведена трепанация черепа с удалением костных осколков, а также удалена пуля из области правого плечевого сустава. Больной обратился к нам 18.II 1943 г. с жалобами

на головные боли, головокружение при ходьбе, частые судорожные припадки с потерей сознания.

Объективно: На границе лобной и теменной области справа имеется дефект кости размером 3 × 3,5 см, выполненный втянутым пульсирующим рубцом. Неврологический статус (канд. мед. наук С. А. Гинзбург): небольшой парез конвергенции, болезненность глазных яблок при взгляде вверх. Легкая слабость в левой верхней конечности. Сухожильные рефлексы живые, $S > D$ подошвенные рефлексы не вызываются. Брюшные рефлексы $D > S$, патологических рефлексов нет. Нестойкая гемигипералъгезия слева. Припадки по типу Джексоновской эпилепсии 1 раз в 1—2 месяца. Начало судорог с левой верхней конечности. Со стороны внутренних органов отклонений нет. На рентгенограмме черепа определяются 2 металлических инородных тела: одно, величиной 1 × 1,5 см, находится в правой теменной доле, в веществе мозга на глубине 4 см, другое, 1 × 1 см, расположено непосредственно у костного дефекта.

24.II 1943 г. — пересадка консервированной кожи на область правого сосцевидного отростка. Пересажено 3 диска диаметром 14 мм каждый, срок консервации — 7 суток. Уже в ближайшие дни после пересадки отмечалось уменьшение головных болей, улучшение общего состояния, повышение мышечной силы в левой руке. Припадков эпилепсии в течение 3 месяцев не было.

Тканевая пересадка была повторена еще 3 раза с промежутком в полтора-два месяца. Через 3 месяца после первой пересадки эпилептический припадок повторился, но был более кратковременным и менее интенсивным. Через полгода больной выехал по месту жительства в г. Ростов, откуда сообщил, что припадки эпилепсии еще не прекратились, но стали значительно реже. За последние 8 месяцев их не было. Срок наблюдения — 2 года.

2. Инвалид Отечественной войны Б., 42 лет. Прислан проф. Б. Л. Смирновым из Туркменского государственного института физиотерапии для тканевого лечения с диагнозом: левосторонний гемипарез с явлениями Джексоновской эпилепсии после слепого проникающего ранения черепа. Ранен 1.X 1941 г. осколком мины в правую теменную область. Потерял сознание на 30 часов. После ранения развились явления левосторонней гемиплегии и частые приступы эпилепсии. Лечился во многих госпиталях. За последние 2 месяца получил курс физиотерапевтического лечения, который не дал улучшения.

Состояние до тканевой терапии: жалобы на сильные головные боли, не поддающиеся обычным медикаментозным средствам, мышечную слабость и резкое ограничение движения в левых верхней и нижней конечностях, парестезию и припадки эпилепсии.

Последние выражались в частых (3—4 раза в день) приступах судорог, начинавшихся с левой руки и переходящих на нижнюю конечность. Припадки не сопровождались потерей сознания и возникали под влиянием психических раздражителей и мышечных напряжений (при волнении, при попытке встать с постели, произвести движение левой рукой и т. д.).

Объективно: В правой теменной области имеется дефект кости

1×1,5 см с пульсацией мозга. Со стороны черепно-мозговых нервов левосторонний центральный парез лицевого нерва. Имеется смешанный левосторонний гемипарез с явлениями значительной мышечной атрофии на фоне спастического тонуса. Активные и пассивные движения в плечевом суставе отсутствуют, в других суставах левых верхней и нижней конечностей пассивные движения сохранены. Гемигиперестезия слева. Понижение всех видов глубокой чувствительности слева. Сухожильные рефлексы живые, $S > D$, брюшные $S < D$. Имеется рефлекс Бабинского. Слабо выражен красный дермографизм. Глазное дно — норма. Зрение равно 1,0. Имеется правосторонняя гемианопсия с сохранением области желтых пятен. Рентгенограмма черепа указывает на наличие мелкого металлического осколка в мозговом веществе.

3.III 1943 г. — пересадка консервированной кожи на область правого сосцевидного отростка (срок консервации 8 суток). На 5-й день после пересадки наступило резкое улучшение процесса. Значительно уменьшились головные боли (больной перестал прибегать к порошкам люминала, фенацетина и др.), улучшился сон, уменьшились мучительные парастезии в левой ноге. Резко сократились эпилептические припадки, которые появлялись не чаще 1—2 раза в неделю. Появились активные движения в суставах левых верхней и нижней конечностей. Больной начал ходить, опираясь на палку.

После 2-й пересадки консервированной кожи наступило дальнейшее улучшение. Головные боли совершенно прекратились. Объем движений в левой руке и ноге увеличился. Больной стал лучше ходить. Припадки эпилепсии больше не повторялись.

Спустя 2 года я снова встретился со своим пациентом. Он сообщил мне, что чувствует себя хорошо. Ходит много и без палки. Хорошо справляется с административной работой. Объем движений во всех суставах левой руки и ноги значительно увеличился. Головных болей нет. В течение года с лишним не было припадков эпилепсии. Только в мае 1945 г., после сильного душевного потрясения, наступил нерезко выраженный и непродолжительный приступ судорог, который больше не повторялся.

Наш опыт тканевого лечения травматической эпилепсии невелик, но полученные от этого метода результаты столь ярки, что невольно обращают на себя внимание.

Джексоновская эпилепсия, равно как и другие осложнения черепных ранений, представляет собой благодарный объект для применения тканевой терапии.

Рассасывание рубцовой ткани, далеко отстоящей от места пересадки, открывает широкие возможности для воздействия на патологические изменения, обусловленные развитием рубцовых сращений в тканях и органах, заложенных глубоко в полостях тела.

В настоящее время, когда усилия советского здравоохранения в значительной мере направлены на борьбу с последствиями военных повреждений, метод академика В. П. Филатова должен быть широко внедрен в практику работы врачей различных специальностей.

Из Чкаловской глазной больницы (Главврач — П. Л. Августевич)

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕБНОЙ ПЕРЕСАДКЕ

П. Л. Августевич

Лечебная пересадка (или подсадка) тканей, как новый и эффективный метод лечения различных глазных заболеваний, впервые стала нам известна в 1933 г., когда академик В. П. Филатов опубликовал свои наблюдения о просветлении бельма вокруг трансплантата. С этого времени начались дальнейшие изыскания. Они особенно усилились, когда акад. В. П. Филатов расширил область применения нового метода, что он с подробными теоретическими обоснованиями изложил в статье, опубликованной в «В. О.» 1937 г., т. XI, № 3.

Литература по данному вопросу достаточно обширна, и нет необходимости здесь на ней останавливаться.

Не только в мирное время, но и в дни Отечественной войны подсадка оказалась весьма эффективным средством, возвращающим зрение многим бойцам при наличии, казалось бы, необратимых изменений.

Мы позволим себе опубликовать наши наблюдения на довоенном материале, касающиеся применения тканевого лечения методом подсадки.

Начали мы его с рыбьего жира, употребляя его или в виде внутримышечных инъекций, или в виде, так называемых, «микроклизм». Наблюдения были поставлены очень широко и на большом материале. Полученные результаты убедили нас в успешности этой терапии.

После такой «подготовительной» фазы мы перешли к методу подсадки на больных, лечившихся стационарно.

Случаи заболеваний были не очень разнообразны, но по клиническому течению тяжелые, рецидивные, плохо поддающиеся уже испытанным методам лечения.

В основном, это была трахома с тяжелыми роговичными осложнениями и резким упадком зрения (22 случая) и паренхиматозный кератит (4 случая).

Трахома. В первых 5 случаях мы производили пересадку кожи на висок: у 3 больных — трупную, консервированную, у 2 — гомопластику от человека.

У данной группы больных трахома давнего характера. Под нашим наблюдением больные находились от 1 года до 15 лет. Почти во всех случаях, для устранения осложнений в веках, применялись различные оперативные вмешательства и длительное медикаментозное лечение; однако, это не гарантировало, что в скором времени не наступит рецидив.

В одном только случае с необратимыми уже изменениями эффект не был достигнут. В 2 же из остальных случаев наблюдалось улучшение и субъективное и объективное и в 2 — только субъективное. Под субъективным улучшением мы понимали: исчезновение всех беспокоящих больного ощущений, отсутствие рецидивов за время наблюдения и весьма незначительный сдвиг в клинической картине.

Приведем несколько примеров.

1. Больной В., 45 лет. Впервые обратился к нам в 1930 г. с трахомой II и паннозным кератитом на правом глазу и трахомой III с трихиазом и мясистым паннусом на левом. После длительного и упорного лечения зрение на правом глазу равно 0,6. на левом — движению руки. После этого все же были рецидивы, и зрение понижалось. В 1940 г. сделана трансплантация трупной кожи на левый висок. После этой операции больной периодически приезжал и был под наблюдением 3 года. Рецидивов не было. Зрение на правом глазу поднялось до 0,7, на левом до 0,1. Сдвиг начал отмечаться через 2 месяца после пересадки.

2. Больной П., 20 лет. Обратился к нам в 1940 г. с трахомой III обоих глаз, васкулезным паннусом и помутнением роговицы. Зрение обоих глаз равнялось 0,09. Отмечаются частые обострения и раздражения глаз. В 1941 г. сделана трансплантация трупной консервированной кожи справа. Больной был под наблюдением в течение 3 месяцев. В объективной картине изменений не заметно, зрение не улучшалось, но рецидивы исчезли.

В последующих случаях мы пользовались для лечебной подсадки склерой, взятой в 7 случаях от трупа и в 8 случаях с энуклеированного глаза. Склера очень плохо рассасывается, и в единичных случаях мы наблюдали, что трансплантат был видим спустя год после пересадки. В среднем, для рассасывания нужно 3-4 месяца.

Полученные нами результаты таковы: улучшение объективное и субъективное — 6 случаев, улучшение субъективное — 5 случаев, без эффекта — 2 случая.

Остановимся на нескольких примерах.

1. Больной В., 37 лет. Обратился в глазную больницу в 1940 г. с трахомой III обоих глаз, с помутнением роговицы на правом глазу и язвой роговицы на левом. Зрение на правом равно 0,09, на левом — 0,01.

Сделана пересадка склеры под конъюнктиву левого глазного яблока. Склера взята с энуклеированного глаза (консервация 312 часов). Спустя 2 недели, при выписке больного, на левом глазу язва заэпителизировалась и зрение поднялось до 0,09. Спустя 15 месяцев оно повысилось до 0,4 (с коррекцией до 0,9). На правом глазу зрение также поднялось до 0,2.

Аналогичное повышение зрения на неоперированном глазу при пересадке склеры мы наблюдали у больной Р., у которой первоначальное зрение, равное 0,09, спустя 6 месяцев дошло до 0,5.

2. Больная И. 40 лет. Под наблюдением с 1930 г. Дважды в течение 6 лет производились операции на веках. До 1940 г больную неоднократно помещали на стационарное лечение. Клиническая картина была такова: Правый глаз — трахома III, на роговице дегенеративные изменения с разращениями в верхней половине; зрение равно движению руки. Левый глаз — дегенеративные явления менее выражены, но имеется эктазия роговицы; зрение равно 0,04.

Сделана гомотрансплантация склеры на оба глаза (консервация 312 и 165 часов).

Спустя полторы недели уже были заметны значительные изменения в смысле рассасывания разращений — стали видны зрачок и радужка, зрение поднялось почти до 0,09.

Относительно двух случаев с отрицательным результатом необходимо отметить следующее:

У одного больного, в возрасте 70 лет, была запущенная трахома с наличием ксероза. У другого—пересадка делалась на глазу с почти полным бельмом. Несомненно этих больных надо отнести к группе непоказанных для лечебной пересадки.

В последних 4 случаях двум больным пересаживали трупную конъюнктиву: одному произвели аутотрансплантацию слизистой с губы и одному имплантировали плаценту. Только у одного больного с резкой гипертрофией, ксерозом и дегенеративными изменениями на роговицах (ему пересаживали трупную конъюнктиву) не получилось стойкого улучшения; все остальные случаи (при длительном наблюдении) закончились стойким клиническим эффектом и значительным повышением зрения.

Суммируя полученный результат (см. таблицу), мы констатируем, что только в 18 проц. случаев не наблюдалось никакого эффекта, 50 проц. дали прекрасный результат как в смысле улучшения клинической картины, так и в функциональном отношении; в 32 проц. случаев отмечено субъективное улучшение.

Результаты тканевой терапии при трахоме

Что пересаживалось	Колич. случаев	Результаты		
		Улучшение	Субъект. улучшение	Без улучшения
Кожа	5	2	2	1
Склера	13	6	5	2
Трупная конъюнктива	2	1	—	1
Аутотрансплантация слизистой с губы	1	1	—	—
Плацента	1	1	—	—
Итого	22	11 (50%)	7 (32%)	4 (18%)

Библиотека Белгосмедуниверситета

Паренхиматозный кератит. У 4 больных на шести глазах с паренхиматозным кератитом люэтической этиологии в 2 случаях пересаживалась трупная роговица, в 2 — трупная склера и в 2 — кожа.

Приведем выдержки из историй болезни.

1. Больной Б., 19 лет. Двусторонний паренхиматозный кератит. До поступления в больницу болел около 2 месяцев. Процесс тяжелый, с упадком зрения до счета пальцев у лица. В течение 2 месяцев проводилась следующая терапия: специфическая, парацентез на оба глаза и местная рассасывающая терапия. Под влиянием такого лечения на левом глазу наметилось некоторое улучшение с повышением зрения до 0,09. Спустя 2,5 месяца на худший правый глаз пересажена роговица от трупа (консервация 120 часов). Через месяц зрение на оперированном глазу достигло 0,05, на неоперированном поднялось до 0,25. Трансплантат не рассосался. Спустя 3 месяца зрение на правом глазу — 0,1, на левом — 0,5. Через 7 месяцев на правом глазу зрение — 0,5, на левом — 0,6.

2. Больной С., 18 лет. В 1940 г. поступил в больницу с односторонним паренхиматозным кератитом на правом глазу. Зрение равно счету пальцев у лица. Левый глаз — норма. Зрение равно 1,0.

На следующий же день больному пересажена под конъюнктиву правого глаза склера с энуклеированного глаза (консервация 114 часов). Спустя 5 недель зрение на правом глазу — 0,1. Затем больной выписался и полтора месяца под наблюдением не находился. Явился снова с начальным острым паренхиматозным кератитом на левом глазу. Зрение равно движению руки у лица. На правом глазу в это время зрение уже равнялось 0,3. Спустя неделю после поступления в больницу сделана пересадка трупной кожи слева (консервация 120 часов). Через месяц зрение на левом глазу — 0,1, на правом — 0,5. Больной снова выписался и через 5 месяцев явился со зрением 0,9 на правом глазу (трансплантат склеры не рассосался) и 0,3 на левом.

В последний раз он был осмотрен спустя 15 месяцев после операции на правом глазу и 13 месяцев после операции на левом. Зрение, по сравнению с предыдущими данными, не изменилось, ибо на левом глазу осталось центральное помутнение. Трансплантат склеры не рассосался.

3. Больная Б., поступила с правосторонним паренхиматозным кератитом. Зрение равно движению руки. Левый глаз — норма.

В течение месяца проводилось специфическое лечение. Улучшения не отмечалось. Клиническая картина: насыщенная васкуляризация в виде эполетного паннуса и явления ирита.

14.IV 1940 г. сделана пересадка трупной склеры под конъюнктиву. Через 3 недели зрение на правом глазу — 0,09. Больная ушла из больницы и через 8 месяцев вернулась со зрением 0,4.

3.III 1941 г. она вновь явилась для осмотра с начальной стадией паренхиматозного кератита на левом глазу. Сделана трансплантация трупной роговицы. Прошел месяц, и зрение на этом глазу поднялось до 0,08. Однако, по сравнению с правым глазом,

процесс протекал медленно, глаз не успокаивался и помутнение было насыщенное. Спустя 2,5 месяца роговичный трансплантат рассосался. Последнее посещение — спустя 4 месяца после операции на левом глазу и 14 месяцев после операции на правом. На роговицах остались точечные помутнения и зрение на обоих глазах достигло почти 0,8.

Приведенные три истории болезни довольно ярко иллюстрируют, что в лечебной пересадке мы приобрели мощное средство борьбы за восстановление нормальной прозрачности роговицы при паренхиматозном кератите. Ведь наши больные после трансплантации не получали никакого другого лечения, кроме местного закапывания атропина, поэтому успех, несомненно, зависит от воздействия тканевой пересадки.

При лечении паренхиматозного кератита мы не так часто достигаем хорошей остроты зрения, о чем свидетельствуют довольно значительные контингенты больных, которым приходится делать кератопластику. Поэтому наш маленький опыт тканевого лечения дает нам основание применять его чаще и не только после безуспешного лечения (общего и местного), а наряду с ним.

В заключение еще хочу сказать, что мы не без успеха применяли тканевые пересадки при скрофулезных кератитах, при дистрофических процессах — для рассасывания мути роговичного трансплантата, при пигментном ретините, при туберкулезных кератитах и кератоувеитах, при высокой миопии, при волчанке и скрофулодерме. Но так как случаи эти единичны и широко поставить наблюдения мы не могли, то пока воздерживаемся от обобщающих выводов.

На основании всего вышеизложенного приходим к следующим выводам:

1) Лечебная пересадка тканей служит фактором, оказывающим сильное стимулирующее воздействие на воспалительный процесс. Она вызывает быструю резорбцию и тем самым улучшает функциональное состояние глаза.

2) В тяжелых случаях трахомы с осложнениями и в затяжных формах паренхиматозного кератита лечебная пересадка должна применяться не как крайняя мера или последний этап лечения, а с самого начала и наряду с другими мерами воздействия.

3) Нам не удалось отметить разницы воздействия в зависимости от вида пересаженной ткани, хотя склера и роговица рассасываются значительно медленнее, чем другие ткани.

Библиотека им. Гаттова

Из Ташаузской областной больницы (Главврач — Н. В. Дрюккер)

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ НЕЗАЖИВАЮЩИХ ЯЗВ КОЖИ

Канд. мед. наук д-р Ц. М. Барг
и д-р Ф. Я. Серебрянник

Рожденный в офталмологии новый принцип лечения — тканевая терапия — оказался ценным и для других отраслей медицины.

Уже накоплен большой клинический материал, свидетельствующий о терапевтической эффективности этого метода.

Данные, полученные на материале мирного времени, подкреплены интересными и ценными результатами, которые наблюдались во многих эвакогоспиталях при лечении консервированными тканями боевых повреждений и их последствий (Филатов, Каменецкая, Скородинская, Сайдаковский, Вельтер, Гриншпон, Розовская, Кашук, Кальфа, Ершкович, Крамаренко и многие другие).

В частности, среди ряда других заболеваний прекрасный эффект был получен при лечении незаживающих ранений и язв.

Предметом настоящего сообщения служит материал о применении лечебной пересадки консервированной кожи при незаживающих язвах различной этиологии.

Коротко о методике, какой мы пользовались.

Наилучший материал для лечебной пересадки, в смысле удобства получения — это трупная кожа. В силу ряда обстоятельств мы не могли пользоваться ею и для пересадки брали кожу у самого больного, с противоположной конечности или живота. Кожа эта, помещенная в сухую стерильную банку с притертой пробкой, сохранялась в холодном помещении, причем, из-за отсутствия ледника, колебания температуры были шире рекомендуемой акад. В. П. Филатовым амплитуды 1—6 град. выше нуля.

Во время операции трансплантат, величиной 1 × 3 см, очищали от подкожной клетчатки и несколько раз споласкивали в слабом (1:500) водном растворе бриллиантовой зелени, а затем в физиологическом растворе.

Вблизи от язвы, в здоровой ткани проводили линейный разрез соответствующей длины и в образуемый разошедшимися краями раны дефект укладывали трансплантат, укрепляя его перекидным швом. Удаляли шов через 1—2 дня. Постепенно, в течение нескольких недель, трансплантат мумифицировался и отпадал, оставляя после себя тонкий, легко берущийся в складку рубец.

На язву же накладывали высокую проволочную сетку, которую сверху прибинтовывали к конечности. Таким образом, со дня операции до заживления язва оставалась без повязки.

Мы произвели лечебную пересадку консервированного материала в 23 случаях незаживающих язв кожи.

В отношении этиологии наши больные, из которых 2 женщины и 21 мужчина, в возрасте от 20 до 40 лет, распределялись следующим образом: боевые ранения — 15, ушиб — 4, варикозное расширение вен — 1, экзема кожи — 1, невыясненной этиологии — 2.

Локализация язв: в 1 случае плечо, в остальных голень.

Давность заболевания: в 2 случаях 5—6 месяцев, в остальных — от 1,5 до 2 лет.

Все больные поступали к нам после длительного безуспешного лечения мазями, сульфамидами, повязками, физиотерапией и т. д.

Успех от лечебной пересадки кожи мы получили у 21 больного. В двух случаях (язвы после огнестрельного ранения) лечебного эффекта не было.

Спустя несколько дней после пересадки, а иногда уже на следующий день, больные отмечали исчезновение болей, улучшение общего самочувствия, появление чувства бодрости, эйфории.

Объективно можно было констатировать уменьшение инфильтрации, отека и эпителизацию с краев самой язвы. Во всех случаях отчетливые изменения в состоянии язвы мы наблюдали не позже, чем через 5—6 дней после пересадки.

У одного из наших пациентов, наряду с заживлением раны после лечебной пересадки, замечалось также значительное рассасывание грубых рубцов на той же конечности (см. ниже ист. болезни № 1012).

Язва полностью заживала в период от 2 до 6 недель.

Стойкость лечебного эффекта мы проследили в течение 2 лет. Только у одной больной, с язвой голени при наличии варикозного расширения вен голени, через один год наступил рецидив. Тем не менее, и в данном случае мы считаем лечебный эффект тканевой пересадки положительным.

У этой больной (Ментюкова — ист. болезни № 2073), при наличии тяжелого расширения вен нижней конечности, имелась незаживающая в течение 2,5 лет язва голени величиной в 2 × 1,5 см, глубиной до 5 мм. Через 3 недели после пересадки консервированной кожи язва полностью зажила. Наступившее спустя один год изъязвление, более поверхностное и значительно меньше первой язвы, в течение 2 недель зажило при обычной консервативной терапии. Больше рецидивов не наступало. Срок наблюдения — 2 года.

Для иллюстрации нашего материала приводим еще несколько историй болезни.

1. Больной А. (ист. болезни № 644). Трофические язвы левой голени после неправильно сросшихся обломков костей в результате перелома. Язвы образовались 6 месяцев назад. Больной лечился стрептоцидом, различными мазями.

Объективно: В области нижней трети передней поверхности левой голени 2 язвы, каждая величиной с медный пятак, расположены на расстоянии 2 см одна от другой. Голень в области язвы

сильно отечна. Кожа вокруг гиперемирована, синюшна. Больной не может ходить из-за болей.

30.XI 1942 г. в верхней трети левой голени трансплантирован кусочек собственной кожи, консервированной на холоде четверо суток. Через 5 дней — явственное уменьшение язв благодаря эпителизации с краев.

10.XII. Язвы уменьшились вдвое.

21.XII. Язвы полностью заэпителизировались, на их месте гладкая поверхность, напоминающая тонкий рубец. Отечность значительно меньше. Синюшность и боли прекратились через 10 дней после пересадки.

Через 2 года нога в хорошем состоянии. Язв нет. Пациент ходит, работает.

2. Больной Р., 24 лет, инвалид Отечественной войны (ист. болезни № 1012). Незаживающая язва левого плеча после огнестрельного ранения. Длительность язвы — полтора года.

Объективно: На внутренней поверхности левого плеча имеется дефект мягких тканей величиной 6 × 4 см, с гнойным дном. Кожа вокруг инфильтрирована, болезненна. На передней поверхности нижней трети предплечья обширный лучистый рубец, плотный и болезненный.

10.XII. Пересадка собственной кожи 4-суточной консервации.

Через 8 дней язва приняла форму узкой ленты величиной 6×1 см. Боли исчезли, инфильтрат вокруг язвы рассосался. К этому же времени можно было констатировать значительное рассасывание грубого рубца в области предплечья. Кожа в этом месте сделалась тонкой, мягкой, подвижной. Язва полностью зажила через месяц после пересадки. После этого гр. Р. был здоров и призван в ряды Красной Армии.

3. Больной К., 18 лет (ист. болезни № 1024). Трофическая язва правой голени образовалась 4 года назад после экзематозного процесса на коже конечности. Язва периодически заживала и вновь открывалась. Длительность незаживления — 2 года.

Объективно: На передней поверхности средней трети правой голени глубокая язва величиной 4 × 5 см, на дне вялые грануляции. Язва болезненна.

15.XII 1942 г. — пересадка собственной кожи 4-суточной консервации. Через 7 дней язва уменьшилась до размеров 1 × 1,5 см, боль исчезла. Через 2 недели язва полностью заэпителизировалась.

4. Больная Ф., 24 лет (ист. болезни № 1075). Трофическая язва левой голени развилась полгода назад после ушиба.

Объективно: На передней поверхности нижней трети левой голени глубокая язва величиной 2 × 1,5 см с грязным некротическим дном. Вокруг нее три меньших язвы диаметром 0,5 см, поверхностные, покрытые гнойным налетом. Кожа вокруг язвы на площади 20×12 см отечна, мацерирована, цианотична, инфильтрирована и болезненна. Несмотря на лечение, язва увеличивалась и состояние кожи ухудшалось.

27.XII 1942 г. — пересадка кожи 5-суточной консервации. Через 11 дней все язвы полностью зажили. Кожа вокруг них заэпи-

телизировалась, инфильтрация и синюшность исчезли. Кожа стала мягкой, гладкой, подвижной.

Срок наблюдения — 2 года.

5. Больной В., 25 лет, инвалид Отечественной войны.

Незаживающая в течение полутора лет язва левой голени после огнестрельного ранения. Язва величиной 5 × 8 см полностью зажила через 1,5 месяца после пересадки кожи, консервированной в течение 6 суток (аутотрансплантация).

Срок наблюдения — 1 год 8 месяцев. Гр. В. признан годным к строевой службе.

Обобщая полученные нами результаты, можно сделать следующие выводы:

1) Лечебная пересадка консервированной на холоде кожи по методу академика В. П. Филатова дает прекрасный терапевтический эффект при незаживающих язвах кожи различной этиологии и давности.

2) Тканевая терапия, чрезвычайно простая технически и эффективная, должна широко внедряться в практику лечения незаживающих язв.

БІБЛІОТЕКА ім. В.П.Філатова

Из глазного отделения Красноярской городской больницы

ОПЫТ ЛЕЧЕБНОЙ ГОМОТРАНСПЛАНТАЦИИ КОНСЕРВИРОВАННОЙ КОЖИ ПРИ ПСОРИАЗЕ

Д-р Н. С. Чепурин

Разработка предложенного академиком В. П. Филатовым метода лечебной гомотрансплантации консервированных тканей показала, что пересаженная ткань оказывает лечебное действие на известные патологические процессы в организме больного. Путем применения консервированной кожи акад. Филатову удалось добиться стойкого улучшения при целом ряде заболеваний глаз, кожи и внутренних органов.

Выяснилось, что такая пересадка оказывает благотворное действие не только на кожу, но и на близлежащую, даже неоднородную, ткань (эффект при воспалительных заболеваниях роговой оболочки, сосудистого тракта глаз, при люпусе слизистой рта, туберкулезе гортани и пр.). Тканевые элементы реципиента начинают легче справляться с протекающим в них патологическим процессом.

При воспалительных процессах воспаление затихает; при потере эластичности кожи эластичность восстанавливается, рубцы размягчаются, утончаются, расправляются; при наличии язв происходит заживление; при помутнении роговицы восстанавливается ее прозрачность.

Добившись успеха от тканевой терапии при лечении ряда глазных заболеваний, мы решили испробовать пересадку консервированной кожи у больного с весьма распространенным кожным заболеванием Psoriasis vulgaris, поскольку об этом имелись указания в «Трудах Украинского института экспериментальной офтальмологии».

Так как результат пересадки превзошел наши ожидания, мы сочли возможным поделиться полученными данными.

Больной П., 30 лет, страдает псориазом с детства. Сначала у него были тонкие псориатические бляшки на локтях, затем они появились на коленях, на голове, на бедрах. С каждым годом процесс распространялся все больше и больше. К 1939 г. сыпь захватила почти всю кожу. Больной упорно и систематически лечился. Принимал мышьяк, бромиды, общее кварцевое облучение, различные мази для уменьшения зуда и уничтожения сыпи. Но, несмотря на все это, болезнь не поддавалась лечению. Все терапевтические мероприятия были мало эффективны. Особенно больного смущали толстые наслоения на локтях.

В феврале 1939 г. в глазном отделении Красноярской городской больницы ему была произведена пересадка консервированной кожи, взятой от трупа с области живота. Консервация производилась

7 суток в комнатном леднике при температуре +3-4 град. С., в пустом стерильном бьюксе без всякой жидкости.*) Пересажены 3 кожных кружочка, иссеченных трепаном диаметра 12 мм. Трансплантаты из консервированной кожи пересажены несколько ниже болезненного очага, расположенного на задней поверхности области правого локтевого сустава. Круглые кожные трансплантаты укреплены перекидными швами. На локоть наложена сетка. При последующих перевязках обычный туалет. Никаких мазей не применялось. Швы сняты через 10 дней. После снятия швов наблюдалось постепенное размягчение и отделение чешуек на локте оперированной руки. Через месяц после операции кожа локтя стала тонкой, нежной. Никаких следов бывшего здесь очага псориаза нельзя было обнаружить. В дальнейшем стали исчезать псориатические бляшки и в других местах тела — на лбу, спине, пояснице, бедрах, голенях. Остались нетронутыми псориатические фокусы только на другой руке и на волосистой части головы.

Больной П. исчез из поля зрения в 1939 г. и только в конце сентября 1944 г. удалось вновь его увидеть. Оказалось — пересаженные кожные трансплантаты рассосались, но замещение дефекта получилось не рубцом. Регенерат представляет собой ткань, ничем не отличающуюся от окружающей кожи и легко берущуюся в складку. По словам пациента, сыпь оставалась у него только на левой руке и на волосистой части головы. В остальных местах кожа была совершенно чистая. Такою она оставалась в течение полутора лет после операции. По истечении этого срока наступил рецидив. Сыпь опять появилась по всему телу.

Принимая во внимание продолжительность заболевания, не поддававшегося никакому лечению, полученный положительный результат, державшийся полтора года, надо считать исключительно хорошим. Более того, результат превзошел наши ожидания. Предлагая операцию и приступая к ней, мы рассчитывали воздействовать только на мощные псориатические бляшки на локте, в непосредственной близости которого и произведена операция пересадки. На самом же деле эффект получился гораздо большим. Пересаженная консервированная кожа повлияла на всю болезнь в целом. Пересадка оказалась могучим фактором целебного характера. Наступившее заметное улучшение и рецидив болезни говорят о необходимости повторной гомотрансплантации. Дополнительная операция, произведенная своевременно, возможно, могла бы дать толчок к дальнейшему улучшению. Но этого не было сделано вследствие отъезда больного.

Наш случай с пересадкой консервированной кожи при псориазе хоть и не дает права сделать определенные выводы, но все же стимулирует дальнейшее применение метода гомопластических пересадок по Филатову.

---

*) В первое время объекты консервации мы держали в крови донора, но с 1939 г. для целей консервации ни кровь, ни лизоцим не применяли.

Из Украинского экспериментального института глазных болезней
имени академика В. П. Филатова (Директор — акад. В. П. Филатов)

НАБЛЮДЕНИЯ НАД ЧАСТИЧНОЙ СКВОЗНОЙ ПЕРЕСАДКОЙ РОГОВИЦЫ

Клиническое и экспериментальное исследование
Диссертация на степень доктора медицинских наук (Автореферат)

Проф. И. Ф. Копп

Учителю, новатору в медицине, академику Филатову Владимиру Петровичу, как выражение глубочайшего уважения и благодарности, свой труд посвящаю.

Проблема пересадки роговицы представляет двоякий интерес. Это, прежде всего, проблема общебиологического значения, как часть общего вопроса о трансплантации тканей. Бесперспективность современных научных воззрений в вопросах гомопластики тканей выдвигает на особое место пересадку роговицы как метод, ревизующий обычно принятые взгляды патофизиологов и хирургов на судьбу трансплантатов при гомопластических пересадках.

Окулиста, врача-целителя, пересадка роговицы, помимо ее широкого патофизиологического значения, интересует, прежде всего, как практический метод возвращения зрения группе слепых, потерявших зрение в результате образования бельм.

В разрешении названных двух сторон проблемы трансплантации роговицы за последние десятилетия сделан крупный шаг вперед. Мы с гордостью можем сказать, что основную, ударную работу в этом направлении проделала наша советская офтальмология, школа академика В. П. Филатова, к которой и мы имеем честь принадлежать.

С 1934 г. мне, как ведающему Запорожским научно-опорным пунктом Украинского экспериментального института глазных болезней, а также межобластной станцией НКЗ УССР по пересадке роговицы, пришлось участвовать в разработке ряда вопросов пересадки роговой оболочки и в практическом ее осуществлении.

С 1934 по 1941 г. мною проделано 145 оптических пересадок роговицы, из которых 115 наблюдались свыше года, а значительная часть остальных — до того срока, когда вопрос о судьбе пересадки мог считаться решенным.

Операции проделаны по методу частичной сквозной пересад-

ки — единственному методу, имеющему на сегодня практическое значение. Чтобы уяснить значение приведенных цифр, следует упомянуть, что наша собственная статистика по количественным показателям занимает третье место в мировой литературе после статистики самого акад. Филатова и его школы и ныне покойного пражского проф. Эльшнига. Наибольшие мировые статистики — американская (Кастровьехо), английская (Томас), югославская (Нижетич) отстают от наших цифр, не говоря уже о значительно меньших цифрах других авторов.

Отметив количественный размах наших клинических наблюдений, остановимся и на результатах проведенных операций. Из 115 длительно наблюдавшихся трансплантаций приживление диска роговицы произошло в 109 случаях (94,8 проц.). В том числе: прозрачное приживление — 43,1 проц., полупрозрачное — 11 проц., прозрачное и полупрозрачное, но с образованием пленки позади трансплантата — 12,8 проц., мутное же приживление только 33 проц.

Таким образом, две трети наших случаев дали биологически удачное приживление трансплантата. Принимая во внимание, что большинство авторов сообщает о прозрачных приживлениях в 5—22 проц. случаев, достигнутые нами биологические результаты следует признать вполне удовлетворительными, находящимися на уровне достижений школы академика Филатова.

Помимо результатов биологического приживления обращает на себя внимание значимость полученных нами оптических результатов. Из 109 приживлений трансплантата (115 операций) зрение улучшилось в 59 случаях (54,1 проц.). Абсолютная величина зрения повысилась до 0,1 в 39 случаях, 0,1 и выше — в 20 случаях, в том числе в шести случаях зрение было равно или выше 0,5.

Здесь следует, впрочем, отметить, что социальная значимость операции не всегда связана с абсолютной величиной зрения, достигнутой в результате операции. Это надо понимать в том смысле, что часто важнее и ценнее дать слепому хотя бы небольшую прибавку зрения, выводящую его из состояния слепоты, чем резко увеличить остроту зрения на одном глазу у человека, хорошо видящего вторым глазом. Для характеристики социальной значимости операции не лишним будет упомянуть, что из 91 оперированного мною больного 21 человек — бывшие слепые — в результате операции стали зрячими и могли приступить к работе.

Наряду с акад. Филатовым (других материалов в мировой литературе не опубликовано) мы имели возможность наблюдать за отдаленными результатами наших удачных операций. Из 47 прозрачных приживлений 30 наблюдались от 2 до 6 лет, что убедило нас в стойкости полученных результатов. Полного помутнения не отмечено ни в одном случае, частичное с незначительным снижением зрения — только в 3 случаях.

Вышеприведенные результаты, достигнутые в условиях глазного отделения больницы, послужили основанием для вывода, что уже при современном состоянии наших научных знаний и техни-

ческого вооружения частичная сквозная пересадка роговицы служит практическим методом, возвращающим зрение большой категории ослепших в результате образования бельм.

Наши клинические наблюдения привели нас к ряду выводов, характеризующих клинику пересадки. Я остановлюсь здесь лишь на некоторых из них.

Прежде всего скажу об оценке почвы реципиента, а, следовательно, и о диференцированной оценке результатов операций.

В основу классификации одни авторы кладут этиологический момент, другие — патолого-анатомическое состояние почвы. Отсюда различный подход к оценке результатов операций.

Пользуясь в своей диссертации для этой оценки наиболее рациональной патолого-клинической классификацией Филатова, который делит все глаза на осложненные, неосложненные и глаза промежуточной группы, мы, вместе с тем, предлагаем смешанную классификацию, учитывающую оба вышеуказанных момента. По нашей классификации все глаза распределяются по этиологическому фактору. В пределах каждой этиологической группы производится разбивка по патолого-анатомическому признаку. Эта методика обеспечивает исчерпывающую характеристику почвы, а главное — полную сравнимость выводов, получаемых различными операторами.

Несколько слов о пересадке при помутнениях роговицы в результате трахоматозного процесса. В мировой литературе этот вопрос почти не освещен. Обладая материалом 22 пересадок при бельмах после трахоматозных язв и панниса, мы могли притти к выводу, что и эти случаи показаны для пересадки. Но здесь, как и при пересадках в случаях помутнений после люэтического и туберкулезного кератитов, необходимо предварительно тщательное лечение основного процесса во избежание его обострения.

Что касается материала донора, то наш опыт привел нас к следующему выводу. При пересадке роговицы, как общее правило патофизиологии, плохо приживают лоскуты с сильной или очень слабой биологической активностью, т. е. свежий материал и некротические лоскуты. Лучше приживают лоскуты, находящиеся в состоянии понижения жизненных процессов. Консервация глаз, наряду с прочими благодетельными особенностями, снижает интенсивность жизненных процессов в трансплантате, а возможно, и индивидуальность его биологических свойств. Это, несомненно, повышает процент удачных приживлений. Так, общий процент приживлений от «свежих» глаз у нас равен 32,2, от консервированных же 45,8. В том числе на неосложненных глазах «свежие» роговицы дали прозрачные приживления в 60 проц. случаев, консервированные же в 79,1 проц. Еще значительнее, почти вдвое, увеличивает консервация процент удачных результатов на осложненных глазах.

На основании указанных наблюдений мы считаем принципиально необходимым консервировать материал донора даже в том случае, если есть возможность использовать для пересадки «свежие» глаза.

Наблюдения над клиникой трансплантации позволяют нам выделить два различных типа приживлений, которые недостаточно четко разграничены в литературе.

Первая группа пересадок отличается подчас поражающим безреактивным течением процесса. Явления слезотечения, блефароспазма, сосудистая реакция незначительны. Помутнение трансплантата если и происходит, то оно скоропреходящее. Такое приживление отмечено в 23 случаях, т. е. в 21,1 проц. всех приживлений.

Вторая большая группа пересадок протекала совершенно иначе. Уже с самого начала, часто в течение долгих месяцев, с частыми ремиссиями и обострениями, происходила явно заметная биологическая борьба между реципиентом и тканью донора. Проходя то по типу иридоциклита, то по типу глаукомы, иногда чередующихся, иногда протекающих одновременно, давая большую гамму клинических нюансов от помутнения, васкуляризации, пролиферации новообразованной ткани, повышения давления до просветления почвы бельма — эта реакция требовала сугубого внимания, умения рано диагносцировать очередное осложнение. Нередко требовались продолжительные сроки госпитализации и неоднократные хирургические вмешательства в послеоперационном периоде. Но даже и при этом типе приживления в 24 случаях (22 проц.) было получено прозрачное приживление.

Клинические наблюдения считаются ведущими. Однако, немало вопросов клиника трансплантации оставляет неразрешенными.

Уже с самого начала нашей работы, для объяснения ряда клинических наблюдений, нам пришлось обратиться к изучению патогистологических изменений при трансплантации.

Патологическая гистология при пересадке роговицы представляет одну из наименее разработанных глав интересующей нас проблемы. Достаточно указать, что к моменту опубликования моей первой работы в этой области (1935 г.) в мировой литературе было сообщено всего о пяти случаях исследования гистологических изменений при пересадке у человека. Незнание гистологии чрезвычайно резко сказывается на правильности трактовки авторами ряда важнейших клинических фактов, обусловливающих исход пересадки.

Материалом для нашего изучения послужили два энуклеированных глаза, на которых была произведена пересадка, и 17 дисков, удаленных при повторной пересадке. Исследованию подверглись случаи со сроком от 2 месяцев до 5 лет, среди них со сроками 19 месяцев, 3½ года, 5 лет после пересадки. Исследованы были случаи с полностью прозрачным, полупрозрачным приживлением, а также прозрачным, полупрозрачным приживлением с пленкой и ряд случаев мутного приживления.

Многие патогистологические факторы мы проследили в динамическом разрезе на ряде серий экспериментальных пересадок со сроками исследования глаз от 2 суток до 2½ лет. Исследованию подверглись все виды биологического приживления трансплантата. Условия для приживления его в эксперименте многократно варьировались.

Целью гистологических исследований было, прежде всего, подойти к решению основного вопроса пересадки — о судьбе трансплантата.

Попутно был поставлен и объяснен ряд нерешенных до сих пор важнейших вопросов пересадки, как-то: роль радужки в судьбе трансплантата; роль окружающего его пограничного кольца и раскрытие в связи с этим патогенеза пленки, образующейся на задней поверхности трансплантата и сводящей к нулю от 15 до 20 проц. пересадок; роль эндотелия и десцеметовой. Была дана сравнительная оценка гистологических изменений при гомотрансплантации в бельмо и аутотрансплантации в прозрачную роговицу. В результате изучения всего указанного материала мы пришли к ряду выводов. Я остановлюсь на основных.

Прежде всего — о судьбе трансплантата.

В литературе, как известно, наметились в этом вопросе две точки зрения.

Боннефон и Лакост, Зальцер, Лелайн, Томас, у нас Суров, Шершевская отстаивают мнение, что при гомопластической пересадке роговицы происходит регенерация по каркасу, интерплантация, т. е. индивидуальное переживание без истинного приживления.

Фукс, Эльшниг, Филатов, Вельтер, Шимановский, Маевский, Леон Леб и др. считают, что в удачных случаях происходит истинное приживление.

Не вдаваясь в детали полемики, необходимо указать, что обе группы авторов, за исключением Вельтер, вышедшей из клиники Филатова, не могли привести в доказательство своих взглядов методически изученных гистопатологических материалов. Зальцер, посвятивший изучению этого вопроса несколько десятилетий, доказал, в лучшем случае, что возможна и регенерация по каркасу, да и то только спустя несколько лет после произведенной трансплантации. Сторонники истинного приживления чаще всего опирались на эффективные результаты клинических наблюдений.

Между тем, только гистологические исследования могли приблизить разрешение этого вопроса. Наши гистологические исследования убедили нас в том, что трансплантат роговицы при пересадке его в бельмо приживает. Он сохраняет свою обособленность и свои характерные особенности: пластинчатое строение собственной субстанции, стекловидные мембраны. Резкая граница ограждает трансплантат от окружающей ткани, имеющей обычно гистологически типичное строение бельма в противоположность роговичному строению трансплантата, пластинки которого, как правило, не служат продолжением волокон бельма. Естественно, что трансплантат претерпевает ряд изменений, но даже спустя 3½ года, 5 лет после пересадки он продолжал сохраняться, не подвергаясь рассасыванию и замещению тканью бельма. Эти факты, наблюдавшиеся на обширном гистологическом и экспериментальном материале, позволили нам сделать вывод о возможности истинного приживления трансплантата роговицы.

Необходимо указать, что такое приживление возможно как

при клинически безреактивном послеоперационном течении, сопровождающемся слабым развитием пролиферативных явлений, так и при клинически выраженной реакции со стороны почвы и заметном развитии пролиферативных изменений. Несмотря на наличие пролиферативного процесса как в самом трансплантате, так и по задней его поверхности, пересаженный трансплантат, как это видно на гистологических препаратах, в основном, оставался нетронутым и ни в какой мере не был результатом регенерации.

Эти факты истинного приживления, конечно, не исключают возможности, в определенных условиях, и других исходов пересадки вплоть до рассасывания трансплантата и замещения его регенератом за счет пролиферативного процесса, идущего из пограничного кольца.

Картина резко выраженного пролиферативного процесса новообразованной ткани на нашем материале особенно часто наблюдалась в случаях экспериментальных пересадок, когда заведомо брался свежий, очень активный материал донора. Реактивные разрастания новообразованной ткани достигали таких размеров, что заставили нас говорить об инкапсулирующей пролиферации ткани пограничного кольца в виде рамки, окружающей трансплантат.

При пересадке на людях, где обычно применялся консервированный материал, реакция никогда не достигала такой высоты и объем пролиферации обычно был выражен менее резко.

Основной фон для всех гистологических изменений при трансплантации дает пролиферация ткани, идущая из пограничного кольца.

Слой вокруг пересаженного трансплантата, состоящий вначале из фибрина, служит в дальнейшем местом регенерации молодой ткани. Ее узкие, длинные клетки и пучки волокон иногда мало отличаются от роговичной ткани, ее клеток и пластинок. В дальнейшем это пограничное кольцо уже само было отправным пунктом для пролиферативных разрастаний. Скорость и объем последних резко варьируют, в зависимости от наличия воспалительных явлений в почве реципиента до пересадки и, конечно, от силы реакции почвы в ответ на внесение такого биологического фактора, как гомотрансплантат.

Объем пролиферации ткани пограничного кольца, пути и масштабы дальнейших разрастаний этой ткани во многом определяют клиническое течение, гистологическую картину и биологические результаты трансплантации.

Изучение патогенеза и развития пограничного кольца послужило толчком для объяснения ряда совершенно неясных до сих пор вопросов пересадки. Начнем с патогенеза так называемой пленки.

Уже давно было известно, а новейшие исследования только детализировали это, что одна из причин неудач пересадки — это образование позади трансплантата, хотя и прозрачного, какой-то непрозрачной новообразованной ткани.

Последняя, по аналогии с соединительной тканью, продуциро-

ванной радужкой при продуктивном воспалении, в клинике получила название пленки-шварты. Для клинициста образование пленки до сих пор часто бывает неожиданным и мало объяснимым фактом.

На основании гистологических исследований, где нам удалось проследить развитие пленки в разных ея фазах, я могу сейчас утверждать:

1) Так называемая пленка, развивающаяся позади трансплантата, представляет собой роговичное образование. Она ни в коем случае не должна быть смешиваема с тканью, образующейся в передней камере в результате организации экссудата радужки. Последнее образование попрежнему можно было бы именовать швартой.

2) Ретрокорнеальная пленка образуется непосредственно в результате разрастания ткани пограничного кольца. В отдельных случаях нельзя было отрицать участия в образовании пленки также соседних тканей бельма.

Обычно ткани разрастаются прежде всего субэпителиально. В дальнейшем прорастание может проникать и в глубокие слои, а при наличии некоторых условий, о чем речь будет дальше, пролиферация происходит и ретрокорнеально.

Как выяснили наши исследования, разрастание ткани пограничного кольца ретрокорнеально протекает следующим образом.

После пересадки между трансплантатом и бельмом со стороны передней камеры образуется некоторый дефект, постепенно заполняемый тканью пограничного кольца. В зависимости от техники операции может возникать много вариантов прилегания друг к другу диска и бельма — прилеганий как по плоскости, так и по высоте. Скорость заживления этой поверхности зависит от быстроты покрытия раневой поверхности эндотелием.

При правильном положении диска в отверстии бельма, при ограниченном развитии ткани пограничного кольца, отсутствии передних синехий, преграждающих пути регенерации эндотелия, последний быстро покрывает поверхность, обращенную к передней камере. При этом ретрокорнеальная пленка не образуется. В случае запаздывания регенерации эндотелия происходит выпячивание разрастаний пограничного кольца в переднюю камеру и в дальнейшем постепенное распространение новообразованной ткани по нижней поверхности трансплантата. Регенерация эндотелия, покрывающего в этих случаях уже обращенную к передней камере поверхность пленки, прерывает только дальнейшее разрастание ткани, ограничивая дальнейшее новообразование пленки.

Перед нами стал вопрос о причинах запаздывания в покрытии эндотелием раневой поверхности. Не происходит ли это вследствие замедленной регенерации эндотелия в результате его травмы? Ведь еще со времени Лебера и Гиппеля травма эндотелия считалась доминирующим фактором в судьбе помутнения роговицы. Специально поставленная серия экспериментов, в которых, при прочих равных условиях, предварительно наносилась травма эндотелия, убедила нас, что травма не замедляет скорости регенера-

ции эндотелия. Следовательно, позднее покрытие раневой поверхности эндотелиальным покровом, а, значит, и возможность прорастания ткани пограничного кольца в переднюю камеру и образование ретрокорнеальной пленки зависят не от замедленной регенерации эндотелия, а от того, что даже активно пролиферирующий эндотелий задерживался рядом препятствий. Нормальная пролиферация эндотелия направлена в этих случаях на заполнение вредного пространства, образующегося вследствие наличия значительных размеров зазора между десцеметовыми оболочками донора и реципиента, заметного развития ткани пограничного кольца, значительного сморщивания или гибели десцеметовых оболочек, неправильного положения трансплантата, — т. е. моментов, зависящих от технических особенностей операции.

Приведенные мною факты приводят к мысли, что не только в вопросах биологического несоответствия, но и в оперативной технике и в хирургической опытности данного оператора заключаются возможности дальнейших успехов пересадки роговицы.

Регенеративная способность эндотелия не ограничивается продукцией только его клеток. Эндотелий дает интересный феномен новообразования десцеметовой оболочки. Этот феномен ранее отмечался в литературе при травме. Нами отмечено и изучено новообразование стекловидной оболочки при трансплантации как на глазах людей, так и в серии экспериментальных исследований. Новообразование стекловидной оболочки, как показывают наши данные, происходит не раньше, чем через 3 месяца, и может достигать больших размеров. Новообразованная стекловидная оболочка часто покрывает поверхность трансплантата уже поверх десцеметовой и пленки. В этих случаях, конечно, ее роль как предохранителя трансплантата, в противоположность роли эндотелия, обычно, ничтожна. Значительные сроки, необходимые для новообразования десцеметовой, служат причиной того, что травма ее очень плохо переносится трансплантатом. Отмеченное нами в некоторых наших препаратах неправильное расположение десцеметовой, а также артефициальная травма ее, причиненная нами в специально поставленной серии наблюдений, показали, что эти изменения чрезвычайно пагубно отражаются на судьбе трансплантации.

Особенно следует остановиться на роли радужки в течении пересадки. Вопрос этот неоднократно изучался исследователями, но освещен в литературе настолько неясно, что необходимо было проверить роль радужки. Я сам, на основании изучения первых своих препаратов на человеке, вначале ошибочно придерживался принятой многими авторами точки зрения о решающем влиянии радужки на течение трансплантации. Дальнейшее углубленное изучение гистологии пересадки на человеческих глазах и серий экспериментальных пересадок помогло нам сделать правильные выводы. Значение радужки, конечно, велико, но совершенно не то, какое ей раньше приписывали. Передние синехии не оказывают прямого отрицательного влияния на трансплантат. Ткань радужки не обнаруживает признаков пролиферации и наклонности к прорастанию

в трансплантат и вокруг него. Мы уже указывали, что радужка не имеет отношения к патогенезу пленки, образующейся позади трансплантата и являющейся бичом пересадки.

Вообще наши препараты заставили нас в корне изменить свой, общепринятый в науке, взгляд на активную роль радужки. По крайней мере, для условий, в которых протекали наши наблюдения, т. е. при наличии нанесенной хирургом травмы и отсутствии инфекции, радужка оказалась тканью малоактивной, инертной. Как правило, она не давала экссудата, новообразования ткани и влияла на судьбу пересадки исключительно как механический фактор.

Вклиняясь между бельмом и трансплантатом, вызывая этим неправильное положение последнего, чрезмерное развитие слоев пограничного кольца, образование большого зазора между десцеметовыми трансплантата и бельма, радужка чисто механически создавала неблагоприятные условия для прозрачного приживления. Наличие передних синехий создавало механические препятствия для регенерации эндотелия.

В результате образования передних синехий радужка в ряде случаев служила причиной вторичной глаукомы.

Последний вопрос, на котором я хочу остановиться, — это результаты наших исследований контрольной серии аутопластических пересадок в прозрачную роговицу.

Клиника немногих описанных в литературе случаев аутотрансплантации заставила авторов притти к выводам, что и в этих условиях течение пересадки роговицы мало отличается от гомопластики. Этот факт, на первый взгляд несовместимый с обычными представлениями по данному вопросу, потребовал гистологической проверки.

Проверка на специальной серии экспериментальных исследований убедила нас, что клиника не ввела окулиста в заблуждение. Патогистологическая картина изменений, происходящих при аутотрансплантации на прозрачную роговицу, оказалась идентичной с хорошо уже нам знакомой картиной развития пролиферативного процесса, идущего из пограничного кольца. Пролиферация происходила и здесь как субэпителиально, так и ретрокорнеально, в зависимости от складывавшихся технических условий пересадки, правильности расположения трансплантата, десцеметовых и т. д. Это обусловило и исходы аутотрансплантации, мало отличающиеся от исходов гомотрансплантации.

Такие факты, ободряющие как нас — «трансплантаторов», так и всех, интересующихся гомопластикой, указывают, что решение вопроса зависит не исключительно от биологического несоответствия тканей, но и от ряда патогистологических моментов, которые должны отпадать по мере усовершенствования техники операции.

Это, конечно, не устраняет необходимости разработки биохимической стороны интересующей нас проблемы, что выходит уже за пределы темы данной работы.

Резюмируя вышеизложенное, мы пришли к следующим выводам:

1) Наши обширные клинические наблюдения доказали практическую ценность операции частичной сквозной пересадки роговицы.

2) Наши гистологические исследования, впервые проведенные на столь обширном клиническом и экспериментальном материале, раскрыли картину пролиферативных процессов при трансплантации, дали возможность объяснить ряд неясных до сих пор вопросов трансплантации, как-то: патогенеза ретрокорнеальной пленки, роли эндотелия и десцеметовой; они подвергли радикальной ревизии существовавший взгляд на роль радужки, твердо установили идентичность реактивного пролиферативного процесса при ауто- и гомотрансплантации; подтвердили, что общее правило патофизиологии — «истинное приживление при гомотрансплантации невозможно», — по крайней мере, для пересадки роговицы, должно быть формулировано: «истинное приживление гомотрансплантата роговицы доказано» (Филатов).

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П.Філатова

Из Украинского экспериментального института глазных болезней
имени академика В. П. Филатова
(Директор — лауреат Сталинской премии академик В. П. Филатов)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ПРИ ПЕРЕСАДКЕ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

Ст. научный сотрудник С. Л. Вельтер

Симптоматология последовательной глаукомы при пересадке роговой оболочки не отражена в литературе. Почти все авторы, занимавшиеся пересадкой роговой оболочки (Эльшниг, Нижетич, Кастровьехо, Томас, Копп и др.), указывают, что на их материале глаукома имела место (у Эльшнига и Коппа около 29 проц. случаев, другие авторы цифровых данных не приводят), однако, у упомянутых авторов мы не встречаем описания признаков, которыми они руководствовались при постановке диагноза. А, между тем, знакомство с симптомами, характеризующими последовательную глаукому при пересадке роговой оболочки, чрезвычайно важно. Каждому офтальмологу, занимающемуся пересадкой роговой оболочки, хорошо известно, как часто прозрачно приживший трансплантат мутнеет из-за того, что глаукома не была своевременно распознана. Предпринятая нами по поручению академика Филатова работа — освещение симптомов последовательной глаукомы при пересадке роговой оболочки — представляет, как нам кажется, известный интерес, ибо даст возможность рано распознавать это тяжелое осложнение и, следовательно, своевременно начать борьбу с ним.

Симптомы последовательной глаукомы — растяжение пограничного кольца, выпячивание бельма, отхождение трансплантата, появление в нем мути, расхождение разрезов бельма при производстве операции трепаном ФМ-1, изменения со стороны эпителия пересаженного трансплантата и со стороны зрачка, изменение глубины передней камеры — выделены и систематизированы нами на большом клиническом материале (около 700 случаев) Украинского института экспериментальной офтальмологии и глазной клиники ОМИ. При этом установлено, что глаукома встречается в 29,5 проц. случаев.

При определении внутриглазного давления мы не можем пользоваться такими важными методами исследования, как тонометрия, эластотонометрия, так как глаукома при пересадках развивается у больных обычно между первой и шестой, реже между десятой и двенадцатой неделей. Применять тонометры Маклакова или Шиотца мы избегаем, чтобы не повредить инструментом поверхности свежепересаженного трансплантата. Тонометром Баяра, который имеет приспособление для измерения внутриглазного давления через склеру, мы не пользуемся, так как он дает различные

показания в одно и то же время, даже в руках одного и того же исследователя.

Таким образом, для определения внутриглазного давления у больных, которым произведена пересадка, остается, в основном, метод пальпаторный, и мы его применяем. Однако, субъективность и несовершенство этого метода исследования не позволяют иногда выявить небольшие повышения внутриглазного давления, тем более, что для сравнения часто нет второго, здорового глаза.

Итак, доступными нам методами исследования мы не можем уловить повышения внутриглазного давления в самом начале, а выявляем его обычно уже тогда, когда оно более или менее значительно выражено. Между тем, при наличии такого давления в глазу возможны уже изменения в трансплантате (легкое или даже полное помутнение его).

К этому следует добавить, что у некоторых больных, даже при наличии глаукомы, внутриглазное давление в момент исследования может оставаться нормальным. Это можно наблюдать в тех случаях, когда под влиянием повышенного внутриглазного давления происходит компенсаторное растяжение пограничного кольца (место соединения трансплантата с бельмом) или бельма (подробное описание этих симптомов будет дано ниже).

Из изложенного видно, что диагностика последовательной глаукомы при пересадке роговой оболочки должна базироваться почти исключительно на тех клинических симптомах, о которых было упомянуто выше. Они могут быть выявлены только при самом тщательном, повседневном наблюдении за состоянием трансплантата, пограничного кольца, бельма, передней камеры и зрачка.

Растяжение пограничного кольца. Пограничное кольцо чрезвычайно легко поддается повышенному внутриглазному давлению. Объясняется это тем, что трансплантат и бельмо в первые недели после операции соединены между собой почти одним только фибрином. Поэтому даже небольшие повышения внутриглазного давления чрезвычайно легко вызывают растяжение рыхлой ткани пограничного кольца.

Это явление клинически заметно в виде расширения площади пограничного кольца. При этом, если оно растягивается на небольшом участке, то это место приобретает вид полулуния, если же растяжение происходит по всей площади, то пограничное кольцо расширяется равномерно.

Значительное растяжение пограничного кольца может привести не только к расширению, но и к истончению его, вследствие чего оно может стать в большей или меньшей степени прозрачным. Если при этом внутриглазное давление повышалось отдельными приступами, то пограничное кольцо состоит из ряда прозрачных выпячиваний, перетянутых поперечными непрозрачными перемычками.

Выпячивание бельма. Если повышение внутриглазного давления устанавливается в более поздние сроки (2,5—3 месяца) после

операции, то этому давлению поддается уже в некоторых случаях не пограничное кольцо, а все бельмо.

Выпячивание происходит либо при истонченных бельмах либо при бельмах, ткань которых претерпела обширные дегенеративные изменения и потеряла свою эластичность.

Выпячиванию может подвергнуться либо все бельмо либо часть его.

Отхождение трансплантата. Отхождение трансплантата при последовательной глаукоме происходит в результате повышенного внутриглазного давления на трансплантат и бельмо.

Так как давлением больше всего натянуты передние слои, то они разобщаются у границы сращения на небольшом протяжении. Отошедшие передние слои трансплантата несколько выдаются вперед по отношению к остальной его площади.

В дальнейшем, если внутриглазное давление продолжает нарастать, постепенно отходят и другие слои трансплантата, а в тяжелых случаях это может привести к тому, что трансплантат остается связанным с бельмом одними только задними слоями. В далеко зашедших случаях могут отойти и задние слои трансплантата. И если при этом больному не будет оказана оперативная помощь, может либо образоваться фистула либо трансплантат отторгается на значительном протяжении.

На нашем материале был только один такой случай. Объясняем это тем, что не приняли во-время соответствующих мер. Отмеченное наблюдение относится к тому времени, когда мы еще не были знакомы с клинической картиной последовательной глаукомы при пересадке роговой оболочки.

При осмотре бинокулярной лупой или щелевой лампой, поверхность отошедших слоев трансплантата состоит из продольных, параллельно расположенных нежных линий. Последнее, нам кажется, обусловлено тем, что повышавшееся приступами внутриглазное давление заставляло трансплантат отходить отдельными частями, которые легко принять за выстояние его.

В таких случаях нужно провести диференциальную диагностику между выстоянием трансплантата и отхождением его вследствие повышенного внутриглазного давления.

Выстояние трансплантата происходит в результате того, что во время операции он либо лег в трепанационном отверстии косо, либо по толщине значительно превосходил бельмо. И в том и в другом случае выстояние констатируется непосредственно после снятия укрепления, тогда как отхождение трансплантата начинается не ранее 8-го дня, а чаще значительно позже. Выстояние трансплантата при благоприятных условиях (если нет повышения внутриглазного давления) проходит, в среднем, к 8-10 дню после операции. При повышении внутриглазного давления оно может в дальнейшем осложниться отхождением трансплантата. При этом он отходит в том месте, где было выстояние. Этот факт мы объясняем тем, что трансплантат в месте выстояния соединен с бельмом не всей своей толщиной, а только частью задних слоев, поэ-

тому он в этом месте меньше противостоит повышенному внутриглазному давлению.

Расхождение разрезов в бельме. На глазах, где операция производилась трепаном ФМ-1 (подробное описание техники см. в статьях акад. Филатова), под влиянием повышенного внутриглазного давления расходятся разрезы в бельме, через которые во время операции проводится предохранительная пластика. При небольших повышениях внутриглазного давления происходит незначительное отхождение одной губы раны от другой, что клинически отмечается небольшим зиянием раны на одной или обеих сторонах. При больших же повышениях тензии зияние раны может быть столь значительным, что через образовавшуюся щель просвечивает хрусталик, а при отсутствии его — стекловидное тело.

Появление мути в трансплантате. Прозрачность трансплантата при повышении внутриглазного давления может нарушаться в различной степени. При незначительных повышениях внутриглазного давления появлялась очень нежная муть, которая располагалась во всех слоях трансплантата. При более резком повышении давления муть имела диффузный характер, занимала все слои и была настолько густой, что через нее либо с трудом можно было либо вовсе нельзя было видеть передней камеры. В некоторых случаях муть занимала всю площадь трансплантата, в других — только один квадрант или половину его площади.

Мы имели возможность много раз наблюдать, как под влиянием усиленного впускания в конъюнктивальный мешок эзерина, пилокарпина, а также в результате отвлекающих средств общего порядка (слабительное, ножная ванна, горчичники и др.) эта муть в течение нескольких часов полностью исчезала и трансплантат становился прозрачным.

В некоторых случаях прояснение трансплантата наступало лишь после оперативного вмешательства. В далеко зашедших случаях муть в трансплантате не исчезала даже после произведенной антиглаукоматозной операции.

Изменения эпителия пересаженного трансплантата. Изменения эпителия в пересаженной роговице чаще всего встречаются в виде истыканности его, реже в виде буллезного кератита. Истыканность эпителия обычно отмечается при остром повышении внутриглазного давления, более грубые изменения в форме буллезного кератита бывают при длительном повышении внутриглазного давления.

Изменение глубины передней камеры. При последовательной глаукоме передняя камера, после пересадки роговой оболочки, может быть значительно глубже нормы или, наоборот, очень мелкой. Резкое углубление передней камеры мы наблюдали при серозных иридоциклитах вследствие поступления обильного серозного экссудата. Глубина передней камеры в этих случаях увеличивалась в счет отодвигания назад радужки и хрусталика. При этом конфигурация бельма не менялась (углубление передней камеры происходит также при выпячивании бельма).

Уменьшение глубины передней камеры иногда может быть резко выражено, и при исследовании создается впечатление, что хрусталик и радужка прилегают непосредственно к задней поверхности роговой оболочки. Академик Филатов полагает, что такое резкое уменьшение глубины передней камеры с сильным смещением хрусталика и радужки вперед происходит вследствие отека сосудистой оболочки из-за диффузного воспалительного процесса в ней.

Изменения со стороны зрачка. Со стороны зрачка (в тех случаях, когда он сохранился), при интересующих нас осложнениях, мы могли отметить неправильную форму и неподвижность его. Зрачок чаще всего приобретал форму лежачего или стоячего овала, причем это не было обусловлено наличием передних или задних синехий. Такая форма зрачка сочеталась с неподвижностью его. Обычно зрачок был средней ширины, не суживался при впускании в конъюнктивальный мешок эзерина и пилокарпина и не расширялся при инъекции под конъюнктиву глазного яблока адреналина 1:1000 в количестве 0,2.

Нужно особенно подчеркнуть, что отсутствие реакции со стороны зрачка на впускание миотиков и инъекции адреналина, как мы это можем отметить на значительном количестве случаев, наблюдалось за несколько дней до развития острого приступа глаукомы.

Боли в области виска, тошнота и рвота наблюдались и при хронической воспалительной глаукоме только в период острого приступа.

Из изложенного видно, что клинические симптомы последовательной глаукомы при пересадке роговой оболочки довольно разнообразны.

Обычно мы не наблюдаем всего комплекса признаков одновременно, а отдельные его части встречаются в самых разнообразных сочетаниях. При этом такие симптомы, как растяжение пограничного кольца, отхождение трансплантата, появление в нем мути, повышение внутриглазного давления, выпячивание бельма, сочетаются между собой значительно чаще, чем с остальными признаками (расхождение разрезов в бельме при производстве операции трепаном Ф.М-1, изменения со стороны эпителия и зрачка, изменения глубины передней камеры).

Диагноз глаукомы при пересадке роговой оболочки обычно ставится нами при наличии двух или трех признаков. Наблюдения, однако, показали, что он может быть безошибочно установлен на основании одного только признака. При развитии этого тяжелого осложнения указанные симптомы обычно появляются чрезвычайно скоро, однако мы не раз имели возможность наблюдать быстрое или постепенное исчезновение их при применении антиглаукоматозного лечения *) (терапевтического или хирургического).

*) Применяемые нами методы лечения последовательной глаукомы при пересадке роговой оболочки будут описаны отдельно.

Библиотека им. В. Филатова

Понятно, что это относится только к таким глазам, где регуляция внутриглазного давления миотиками или оперативным вмешательством еще возможна. Следует подчеркнуть, что эти симптомы остаются одиночными только в том случае, если примененная антиглаукоматозная терапия дает эффект; в противном случае, в связи с прогрессированием процесса, к этим симптомам присоединяются и другие.

Мы наблюдали, что указанные признаки — растяжение пограничного кольца, отхождение трансплантата, расхождение разрезов в бельме (при операции трепаном ФМ-1) — в процессе развития глаукомы появляются чрезвычайно быстро. Эти наблюдения имеют большое практическое значение, так как дают возможность рано диагносцировать тяжелое осложнение.

Уловить эти признаки в самом начале их развития не трудно, нужно только очень внимательно следить за состоянием трансплантата, пограничного кольца и бельма.

Некоторые симптомы (отхождение трансплантата, появление в нем мути, расхождение разрезов в бельме) при своевременном антиглаукоматозном лечении в большинстве случаев подвергаются обратному развитию, особенно, если лечение было применено при появлении первых признаков болезни. Если же оно запоздало, или если глаукома протекает тяжело, указанные выше симптомы, как это видно из описания, могут привести к ряду осложнений — образованию фистулы, частичному отторжению трансплантата, ущемлению радужки или стекловидного тела (между разрезами бельма при производстве операции трепаном ФМ-1), к сильному помутнению трансплантата.

Для полноты изложения следует указать еще на некоторые особенности при отдельных симптомах. По установленному Эльшнигом правилу, многие авторы считают, что муть в трансплантате обязательно должна сопровождать приживление его. Между тем, наблюдения акад. Филатова и его школы показали, что муть в трансплантате во многих случаях зависит от глаукомы и что при применении антиглаукоматозного лечения трансплантат часто либо совершенно становится прозрачным, либо муть в нем значительно уменьшается. Понятно, что в некоторых случаях муть в трансплантате зависит от других причин (иридоциклита, увеита и др.), но при появлении ее следует в первую очередь иметь в виду глаукому.

Кардинальный симптом глаукомы — повышение внутриглазного давления, как было упомянуто выше, не всегда может быть выявлен; в одних случаях — из-за несовершенства метода, которым определяется внутриглазное давление, в других — внутриглазное давление может временно нормализироваться вследствие растяжения пограничного кольца, выпячивания бельма или расхождения разрезов в нем (при операции трепаном ФМ-1).

Поэтому, если при осмотре больного мы констатируем нормальное внутриглазное давление, то можем исключить глаукому только в том случае, если со стороны трансплантата, пограничного

го кольца и бельма нет указанных выше изменений. При наличии же изменений (даже в слабой степени) диагноз глаукомы ставится и при нормальном внутриглазном давлении.

Необходимо еще остановиться на уменьшении глубины передней камеры (почти до полного отсутствия ее). Академик Филатов высказал предположение, что последнее связано с отеком сосудистого тракта. Правильность этого предположения подтверждается следующим фактом: при инъекции в таких случаях под конъюнктиву глазного яблока адреналина 1 : 1000 (0,1—0,2) передняя камера углубляется иногда до нормы.

Таким образом, клинический комплекс симптомов глаукомы при пересадке роговой оболочки несколько своеобразен, но знание их в значительной степени облегчает постановку диагноза.

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

Из Украинского экспериментального института глазных болезней
имени академика В. П. Филатова (Директор — акад. В. П. Филатов)
и Н-го эвакогоспиталя (Начальник—майор мед. сл. М. Я. Тиваровский)

ПЕРЕСАДКА РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ БЕЛЬМАХ У БОЙЦОВ

С. П. Скрипченко

Огнестрельные повреждения глаз в Отечественной войне оставляют после себя бельма, представляющие малоблагоприятную почву для пересадки роговой оболочки со стороны как самого бельма, так и глаза в целом. По Филатову, бельма, в зависимости от степени их пригодности для пересадки, от характера их и ряда осложняющих моментов со стороны самого глаза, делятся на пять групп.

К первой группе относятся случаи, в которых бельма не очень густые, передняя камера и внутриглазное давление нормальны, кривизна роговой оболочки без изменений, зрачок свободен от синехий.

Вторая группа — случаи с несколько более выраженной мутью роговицы, с наличием синехий, но еще с хорошей передней камерой, нормальной кривизной роговой оболочки и нормальным внутриглазным давлением.

Третья группа — случаи с интенсивными густыми бельмами, умеренными передними синехиями, неравномерной по глубине передней камерой, слегка уплощенным бельмом, но еще с нормальным внутриглазным давлением.

Четвертая группа — случаи с очень интенсивными бельмами, которые умеренно васкуляризованы, уплощены или слегка выпячены, со значительными передними синехиями, с незначительным повышением внутриглазного давления и небольшими наращениями конъюнктивы и афакией.

Пятая группа — случаи с очень интенсивными бельмами, обильно васкуляризованными, резко выпяченными или, наоборот, — уплощенными, с повышением внутриглазного давления, небольшим растяжением глаза в целом (буфталм), с обширными наращениями конъюнктивы и афакией.

Материал Н-ского госпиталя показывает, что бельма после боевых повреждений глаза, как правило, значительно осложнены. Из 25 бельм, взятых нами для анализа результатов пересадки роговицы, только в одном случае оказалось бельмо 1-й группы, в трех — 2-й группы и в двух — 3-й группы; в остальных 19 случаях бельма относились к наиболее тяжелой категории — к 5-й группе.

В 14 случаях пересадка роговицы была произведена на последнем глазу.

Библиотека Филатова

По этиологии бельма распределялись следующим образом: в 20 случаях они произошли вследствие ранений осколками мин, в 4 — от ожогов и в 1 случае — после язвы роговой оболочки. По характеру бельм можно было отметить: уплощенных — 7, выпяченных — 5. В двух случаях было повышенное внутриглазное давление.

Примененное нами до операции тканевое лечение по Филатову дало просветление бельм и повышение зрения у 9 бойцов. Так, например: у красноармейца Ш. зрение поднялось от 0,01 до 0,05, у красноармейца П. — от 0,03 до 0,05, у красноармейца К. — от 0,04 до 0,1 (см. таблицу, в примечании).

В 14 случаях был применен трепан «ФМ-I», в остальных 11 — трепан «ФМ-III». В ходе операции у троих больных было частичное выпадение стекловидного тела. В послеоперационном периоде в 1 случае было смещение трансплантата; трепанационное отверстие в бельме зарубцевалось, бельмо несколько уплостилось, светопроекция сохранилась. В 5 случаях повысилось внутриглазное давление. У 11 больных наблюдалось просветление бельма.

Степень просветления бельм вокруг трансплантата зависела от густоты и величины бельма; в одних случаях она была значительной и в отдельных случаях наступало почти полное рассасывание остатка бельма. Например, у бойца Ш., после частичной сквозной пересадки роговицы, вокруг трансплантата осталось густое бельмо в виде кольца шириной около 2 мм. Через 4 месяца после операции, при выписке, остаток бельма почти рассосался, за исключением белесоватого тяжа шириной 0,5 мм с наружной стороны трансплантата.

В отношении прозрачности прижившего трансплантата академик Филатов придерживается следующей классификации: прозрачным считается такой трансплантат, который позволяет видеть детали радужки; полупрозрачным — дающий возможность видеть радужку без деталей рисунка; при непрозрачном приживлении радужки не видно, причем трансплантат может отличаться от окружающего его бельма. В наших 25 случаях оказалось: прозрачных приживлений трансплантата 6, полупрозрачных 4, мутных 15.

При бельмах первых трех групп, которых было 6, прозрачных приживлений трансплантата 4, мутных 2; при бельмах пятой группы, которых было 19, прозрачных приживлений 2, полупрозрачных 4, мутных 13 (см. таблицу).

Для иллюстрации нашего материала приведу краткие выписки из нескольких историй болезни второй, третьей и пятой групп. Во всех случаях операция пересадки роговицы была произведена акад. В. П. Филатовым.

1. Боец П. (ист. болезни № 384), ранен 2.VIII 1941 г. осколками фугасной бомбы в оба глаза. Поступил в эвакогоспиталь 9.II 1942 г. с диагнозом: стойкое тотальное помутнение роговой оболочки обоих глаз. Зрение на правом глазу равно 0,03, на левом — 0,075. При исследовании: Правый глаз — стойкое рубцо-

№№ п.п.	Фамилия больного и № истории болезни	Возраст	Этиология бельма	Группа					Ост
				1	2	3	4	5	При поступлении
1	Ш. 2632	26	Язва роговицы	+					0,01
2	П. 384	34	Осколок мины		+				0,03
3	К. 1743	26	„ „		+				0,03
4	Т. 872	28	„ „		+				0,02
5	Д. 2810	23	Ожог от взрыва			+			Движ. руки
6	М. 2786	37	Осколок мины			+			0,02
7	В. 809	27	„ „					+	Прав. свет.
8	Л. 2452	25	„ „					+	Движ. руки
9	П. 1770	22	„ „					+	Непр. свет.
10	К. 1252	28	„ „					+	Непр. свет.
11	П. 2487	22	„ „					+	Прав. свет.
12	В. 2037	25	„ „					+	Прав. свет.
13	М. 808	38	„ „					+	0,01
14	Б. 1889	26	„ „					+	Прав. свет.
15	Ц. 2630	21	„ „					+	Движ. руки
16	К. 1806	21	„ „					+	Непр. свет.
17	Е. 1286	45	Ожог ипритом					+	0,02
18	О. 2042	20	„ при пожаре					+	Прав. свет.
19	К. 1462	42	„ при взр. бенз.					+	Прав. свет.
20	Х. 1764	20	Осколок мины					+	Прав. свет.
21	К. 2078	27	„ „					+	Непр. свет.
22	Г. 2929	29	„ „					+	Непр. свет.
23	У. 552	29	„ „					+	Прав. свет.
24	К. 2436	27	„ „					+	Прав. свет.
25	К. 2699	20	„ „					+	Прав. свет.
				1	3	2		19	

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

зрения		Результаты прижившления			Внутриглазн. давление		Без результата	Сроки наблюдения	Примечание
После ткан. терапии	После операции	Прозр	Полупрозр	Мутн.	До опер.	После			
0,05	0,7	+			Tn	Tn		5 м.	
0,05	0,4	+			Tn	Tn		8 м.	На OS = 0,2 после перес.
0,04	0,1			+	Tn	+		8 м.	На OD=0,1 без операц. после ткан. лечения
	0,4	+			Tn	Tn		9 м.	
	0,3	+			Tn	Tn		3 г.	
	0,02			+	Tn	Tn		7 м.	
	0,09	+			Tn	Tn		8 м.	
	Движ. руки		+		Tn	Tn	+		
	Прав. свет.	+			Tn	Tn		8 м.	
Пр. свет.	Прав. свет.			+	Tn	Tn		7 м.	
	Прав. свет.			+	Tn	Tn			
	Сч. пал. у л.			+	+	+	+	17 м.	
0,03	0,1		+		Tn	Tn		2 г.	
0,01	0,02			+	Tn	Tn		7 м.	
Пр. свет.	0,02			+	Tn	Tn		7 м.	
0,02	Непр. свет.			+	+	+	+		
0,03	0,01			+	Tn	Tn	+		
	0,01			+	Tn	Tn		20 м.	
	0,01			+	Tn	+		21 м.	
	Прав. свет.			+	Tn	+	+		
	Прав. свет.		+		Tn	Tn		26 м.	
	Непр. свет.			+	Tn	Tn	+		
	Сч. пал. у л.		+		Tn	Tn		33 м.	
	Прав. свет.			+	Tn	Tn	+		
	Прав. свет.			+	Tn	Tn	+		Смещ. трансп.
9		6	4	15	2	5	8		

БИБЛИОТЕКА им. В.П. Филатова

вое помутнение роговицы, наиболее интенсивное в центральной части; по периферии у лимба узкая полоска бельма с роговичными элементами, через которую просвечивает мелкая камера, атрофическая радужка и неправильной формы зрачок; рефлекс с глазного дна отсутствует; внутриглазное давление нормально. Левый глаз — густое тотальное бельмо, деталей радужки не видно, внутриглазное давление нормально.

С целью подготовки к пересадке роговицы 6.III произведена лечебная пересадка консервированной трупной кожи на область живота.

20.IV — роговица правого глаза неравномерно мутна, интенсивнее в центре, по периферии слегка просветлела; зрачок широкий, овальной формы; зрение равно 0,05. Левый глаз — по периферии у лимба бельмо просветлело, появилась полоска полупрозрачной роговицы, через которую просвечивает радужка; зрачок неправильной формы, зрение равно 0,03.

21.IV — частичная сквозная пересадка роговой оболочки на левом глазу трепаном «ФМ-III».

30.IV — удален конъюнктивальный лоскут, трансплантат лежит хорошо, прозрачен; зрение равно 0,1; спустя неделю трансплантат стал несколько мутнее.

11.V — трансплантат диффузно мутный, снизу прорастают сосуды; зрение равно 0,05.

Чтобы вызвать просветление помутнения, 12.V произведена имплантация консервированной плаценты под конъюнктиву глазного яблока. 30.V — трансплантат в центре прозрачен, сосуды резко истончились, частично исчезли; зрение равно 0,2.

28.VII 1942 г. — частичная сквозная пересадка роговой оболочки на правом глазу трепаном «ФМ-III».

6.VIII — снят конъюнктивальный лоскут, трансплантат прозрачен, несколько выстоит.

14.VIII трансплантат в задних слоях диффузно мутен, зрение равно 0,3. Больному назначены инъекции плацентарного экстракта.

8.X — трансплантат правого глаза стал прозрачнее, роговица вокруг него менее мутна, просветлела; зрение равно 0,4.

Срок наблюдения — 8 месяцев.

2. Боец Д. (ист. болезни № 2810), поступил в эвакогоспиталь 31.VII 1942 г. с рубцовыми бельмами обоих глаз после ожога при взрыве 23.VIII 1941 г. Бельмо на правом глазу занимает почти всю роговицу с полупрозрачной полоской по периферии, импрегнировано мелкими инородными телами. Через полупрозрачную периферическую часть бельма видна передняя камера. Внутриглазное давление нормально. Зрение равно движению руки у лица при правильной светопроекции. Левый глаз — бельмо такого же характера с уплощением. Зрение равно правильному светоощущению.

С целью подготовки к пересадке роговицы проведен курс инъекций рыбьего жира; 22.IX иридектомия.

22.X 1942 г. — частичная сквозная пересадка роговой оболочки на правом глазу трепаном «ФМ—III». Операция прошла без осложнений. Через трепанированное отверстие видна была белесоватая пленка (остатки хрусталика и организованный экссудат).

1.XI — удален конъюнктивальный лоскут, трансплантат лежит хорошо, прозрачен, зрение равно счету пальцев у лица. Через три месяца после операции иссечена пленка, закрывавшая область зрачка.

21.IV 1943 г. — трансплантат прозрачен, муть в стекловидном теле, зрение равно 0,2 с коррекцией +8,0 диоптрий.

Чтобы вызвать рассасывание мути в стекловидном теле, 22.V и 24.VI произведены лечебные пересадки консервированной кожи. 29.IX 1943 г. — муть в стекловидном теле рассосалась, трансплантат прозрачен. Оставшееся вокруг него бельмо стало прозрачнее. Зрение со стеклом +8,0 диоптрий равно 0,4. При повторной проверке, т.е. через год и четыре месяца после операции, зрение равно 0,7 со стеклом +6 диоптрий.

20.IV 1944 г., при вторичном поступлении, произведена кератопластика на левом глазу. Приживший трансплантат полупрозрачен, за ним шварты; зрение равно 0,01.

27.IV 1945 г. больной поступил в эвакогоспиталь в третий раз с явлениями центрального хориоретинита на правом глазу; зрение равно 0,1 с коррекцией +10 диоптрий.

Чтобы повлиять на хориоретинит, сделаны: пересадка консервированной кожи за ухо, имплантация консервированной плаценты под конъюнктиву глазного яблока и 25 инъекций алоэ, после чего зрение поднялось до 0,3 с той же коррекцией.

Срок наблюдения — 3 года.

3. Боец М. (ист. болезни № 808), поступил в эвакогоспиталь 10.VI 1942 г. с помутнением роговицы правого глаза после ожога при взрыве фугасной бомбы 3.IX 1941 г. Бельмо захватывает всю роговицу, выпячено и импрегнировано инородными телами. Зрение равно 0,01. Левый глаз удален в прифронтовом госпитале. С целью подготовки к пересадке роговицы проведен курс инъекций плацентарного экстракта.

4.VII — пересадка консервированной кожи за ухо. Спустя шесть недель от начала тканевого лечения бельмо по периферии несколько просветлело, зрение повысилось с 0,01 до 0,03.

28.VII — частичная сквозная пересадка роговой оболочки. Диск иссекался трепаном «ФМ-III». Операция прошла без осложнений. Техника операции по типу предыдущих.

4.VIII снят конъюнктивальный лоскут, трансплантат лежит хорошо, прозрачен; зрение равно 0,4. Через несколько дней трансплантат по периферии стал несколько мутен, пронизан отдельными сосудами. 16.IX — трансплантат диффузно мутен, зрение равно 0,01.

Для рассасывания помутнения в трансплантате 25.XII, 3.II, 13.IV и 17.VII 1943 г. произведены имплантации консервированной плаценты под конъюнктиву глазного яблока.

РЕПОЗИТОРИЙ ГомГМУ

10.XI 1943 г. больной выписан. Полупрозрачное приживление трансплантата. Слабый рефлекс с глазного дна. Внутриглазное давление нормально. Зрение равно 0,1.

Срок наблюдения — 17 мес.

Таким образом пересадка роговой оболочки на весьма тяжелом и мало пригодном для операции материале в ряде случаев дала оптический эффект. Например, по 1-й, 2-й и 3-й группам из шести человек у пяти зрение повысилось, у одного осталось без изменений — 0,02.

Из 19 больных 5-й группы у 11 зрение улучшилось, в 8 случаях после операции эффекта не было.

В заключение следует отметить, что, несмотря на то, что травматические бельма после огнестрельных повреждений различными видами оружия современной войны представляют неблагоприятную почву для пересадки роговицы, полученные результаты позволяют считать эту операцию важным фактором в деле борьбы со слепотой и инвалидностью.

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П.Філатова

Из глазной клиники Ташкентского медицинского института
(Директор — проф. П. Ф. Архангельский)

НАШИ ПОПЫТКИ ОСВЕЩЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СТОРОН ПРОБЛЕМЫ ГЛАУКОМЫ*)

Проф. П. Ф. Архангельский

В своем обзоре «Работа кафедры глазных болезней Одесского медицинского института за последние 18 лет» В. П. Филатов писал: «Глаукомным больным уделяется особое внимание в отношении диагностики ранних стадий болезни; для улучшения наблюдения за ними при клинике устроен специальный глаукоматозный диспансер... На больных, обслуживаемых диспансером, заведены специальные паспорта, в которых отмечаются результаты исследований и все изменения в ходе заболевания».

Нам не приходилось встречать указаний на подобного рода учреждения — глаукоматозный диспансер, поэтому инициатором самого целесообразного обслуживания наиболее тяжелых глазных больных мы должны признать В. П. Филатова.

Во время своей работы в Узбекистане (1942—1944 гг.) академик В. П. Филатов уделял особое внимание глаукоматозным больным и рекомендовал нам продолжать его наблюдения в области разрешения различных сторон проблемы глаукомы.

I

В 1922 г. на 1-м съезде врачей Туркестана Д. Н. Данилов указал на глаукому, как на первую причину слепоты в Средней Азии.

В 1926 г. А. И. Покровский писал: «Узбекистан, и отчасти Туркменистан, имеет печальную привилегию чрезмерного богатства глаукомой. Глаукома здесь является в полном смысле народным бедствием».

Подводя «Итоги переписи слепых в Ташкенте», А. Н. Мурзин указывает на глаукому, как на первую причину слепоты; число ослепших от нее достигает 49 проц.

Число глаукоматозных больных, прошедших стационарное лечение, выражается в таких процентных отношениях: по глазной клинике I МГУ — 2,28, по Ростовской глазной клинике — 2,9, по Казанской — 2,5, по Одесской — 1,54, по институту им. Гельмгольтца — 0,5—5,7.

*) Доклад на IV Узбекистанской конференции глазных врачей 29-30 апреля 1945 г.

Совершенно иную картину представляет стационарный материал глазной клиники ТАШМИ, среди которого так выделяются глаукоматозные больные. Число их, по годам, исчисляется в процентах: в 1938 г. — 14,5, в 1939 — 12,4, в 1940 г. — 12,5, в 1941 г. — 11,7, в 1942 — 12,0, в 1943 — 9,4, в 1944 — 14,0.

По данным Е. Г. Едвабной, в стационаре глазной клиники ТАШМИ за 1922—1934 гг. наибольший процент — 22,34 — падает на слепоту от глаукомы.

Таким образом, опыт глазной клиники Одесского мединститута следует максимально использовать в Узбекистане, где глаукоматозные больные должны быть окружены особым уходом по методу диспансеризации.

II

Наша вторая попытка осветить проблему глаукомы была направлена на отыскание в коре головного мозга такого центра, воздействуя на который можно было бы вызывать условнорефлекторные колебания внутриглазного давления. Мы решили углубить изучение проблемы глаукомы, использовав учение великого И. П. Павлова об условных рефлексах.

Из шести случаев в четырех мы наблюдали понижение внутриглазного давления под влиянием одного лишь звучания метронома, поскольку это звучание в предшествующие дни служило подкреплением к применению миотических средств. Путем упражнений и тренировки по методу условных рефлексов была установлена временная связь между колебаниями внутриглазного давления и звучанием метронома.

Условнорефлекторные колебания внутриглазного давления легче и проще было наблюдать при простой хронической глаукоме, весь вред которой сказывается, в первую очередь, на зрительном нерве. Подчеркивая эту заинтересованность и особую ранимость зрительного нерва, простую глаукому надо назвать неврогенной.

Воспалительную глаукому, встречаемую часто и у молодых субъектов, предрасположенных к серьезному воспалению сосудистого тракта, следует назвать сосудистой.

III

Третья попытка подойти к разрешению некоторых сторон проблемы глаукомы сводится к установлению положения: глаукома—невроз. При этом в термин «невроз» мы вкладываем трактовку И. П. Павлова, его учение о неврозе, как дисгармонии между процессами торможения и возбуждения.

На совместном заседании физиологов, биологов и офтальмологов, посвященном памяти академика И. П. Павлова, мой ассистент З. В. Кокая представила клинические иллюстрации к проблеме «глаукома-невроз». В нашу обязанность входит уточнение этого понятия. Здесь возникают следующие вопросы:

1. Предшествует ли невроз глаукоматозному процессу, служа для него фоном?

2. Не ведет ли глаукоматозный процесс к неврозу?

3. Не протекают ли эти два процесса параллельно и независимо один от другого?

На эти вопросы мы отвечаем так:

Несомненно, невроз входит в картину хорошо выраженной и до конца расшифрованной глаукомы, когда не только вскрыты до тонкостей все офтальмологические симптомы, но полно исследована и нервнопсихическая сфера больного, когда все уточнено, взвешено и сопоставлено.

Как известно, адаптация глаза у глаукоматозных больных нарушается в такой степени, что ее расстройства рекомендуется принимать в расчет при ранней и диференциальной диагностике. В учебниках физиологии говорится, что адаптация глаза зависит и от процессов, происходящих в центральной нервной системе; ухудшение адаптации глаза служит признаком утомления нервной системы.

В настоящей работе мы преследуем единственную цель — подчеркнуть участие нервной системы в формировании глаукоматозного процесса. Еще раз хочется напомнить указания Аксенфельда и Юшара: «Нервная система вмешивается во все функции, как висцеральные, так двигательные и чувствительные».

Просмотр историй болезни и амбулаторных карточек приводит нас к определенному выводу: часто лечат болезнь, а не больного; часто лечат не глаукоматозного больного, а лишь один, хотя и ведущий, симптом — повышение внутриглазного давления.

Для приведения в состояние гармонии основных факторов нервной деятельности — процессов торможения и возбуждения, мы усиленно рекомендуем старые бромистые препараты при лечении глаукоматозного больного. Мы даем только новую пропись растворов брома, сочетая их с растворами кофеина. Нашим глаукоматозным больным ежедневно вводим в вену по 10,0 куб. см следующей смеси: бромистого натра 10,0, кофеина 0,2, воды 100,0. По нашим наблюдениям, кофеин в такой дозе не обладает провокационными свойствами, тем более в комбинации с бромом.

Бромистая терапия устраняет поток нервнопатологических импульсов, приводящих к перевозбуждению нервной системы.

Кофеиновая терапия в минимальных дозах выравнивает нарушения в сердечнососудистой системе.

Разумеется, бромисто-кофеиновая терапия не исключает хирургического вмешательства.

IV

Дефицит, а иногда и полное отсутствие острого режущего инструментария (ножи, трепаны), несовершенство обычного инструментария заставили нас итти путями: изобретения нового инструментария, модификации существующих и создания новых оперативных методов лечения глаукомы.

Разрез склеры при склеротомиях облегчается ножом-склеротомом нашей конструкции. Короткий, резко изогнутый в виде

серпа, соединенный коленом с ручкой, он обеспечивает полную свободу движений на довольно тесном операционном поле и режет своей сильно отточенной выпуклой стороной. Свободный конец ножа остро отточен — им мы пользуемся для увеличения разреза в стороны.

При операциях по Гайе и Эллиоту мы, как правило, после отсепаровки конъюнктивального лоскута образуем склеральный клапан из верхней трети склеры*), очертив его контуры в виде буквы П диатермоиглой и отсепаровав его особым ножом-стилетом с таким расчетом, чтобы основание клапана приходилось у лимба роговой оболочки. После такого образования склерального клапана дальнейшие акты операций Гайе и Эллиота производятся обычным способом. Таким образом, операционный разрез по Гайе или трепанационное отверстие по Эллиоту покрываются склеральным клапаном и конъюнктивой в надежде на то, что под этим клапаном образуется лимфатическая щель.

Такая клапанная склеротомоиридектомия и иридосклеректомия дают возможность снижать внутриглазное давление в 75 проц. случаев при первой операции и в 100 проц. случаев при второй.

Для усиления фильтрационной способности послеоперационного рубца мы прибегаем к операции с живым дренажем.

Сущность этой операции состоит в том, что из срезанной радужной оболочки делается прокладка между склеральным клапаном и подлежащими нижними двумя третями склеры после того, как произведена иридектомия в обычном порядке выполнения операции Гайе или Эллиота. Склеротомоиридектомия или иридосклеректомия с живым дренажем давала нам возможность снизить внутриглазное давление в 100 проц. случаев (З. В. Кокая).

Прокладку из срезанной радужной оболочки мы делаем с той целью, чтобы содействовать образованию лимфатического пространства под склеральным клапаном и тем самым усилить фильтрационные возможности.

Правда, после описанной нами операции с живым дренажем образуется слишком бурный поток фильтрующейся жидкости, сообщающей рубцу кистозную форму. Сегодня перед нами стоит задача «обуздать» такой поток за счет направления основного тока фильтрующейся жидкости в супрахориоидальное пространство.

---

*) Мы считаем предложение К. Х. Орлова выкраивать из склеры при ее трепанации по Эллиоту язычок вполне рациональным: он предохраняет от поздней инфекции; благодаря истончению склеры облегчает трепанацию и, возможно, усиливает эффект понижения глазного давления, являясь добавочным моментом типа склеротомии. Наша предварительная „окантовка" склерального клапана значительно облегчает его отсепаровку в нужной нам величине и форме.

Из Украинского экспериментального института глазных болезней
имени академика В. П. Филатова (Директор — акад. В. П. Филатов)

ПОДКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ФИСТУЛИЗАЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ ПУТЕМ ДРЕНАЖИРОВАНИЯ ДЕСЦЕМЕТОВОЙ ОБОЛОЧКОЙ

Ст. научный сотрудник М. Э. Кашук

В течение 90 лет офтальмологическая мысль изыскивает хирургические мероприятия в области лечения глаукомы. Большое число предложенных антиглаукоматозных операций, противоречивые данные об их эффективности и теории их влияния говорят о том, что офтальмология еще далека от окончательного разрешения проблемы оперативного лечения глаукомы. Однако, пути дальнейших клинических и экспериментальных исследований в этой области, бесспорно, намечаются, и данная проблема не может считаться неразрешимой.

Все выработанные до настоящего времени оперативные методы лечения глаукомы распределяются на 3 основных группы: иридектомия, циклодиализ и фистулизирующие операции.

В центре внимания современной офтальмологии стоят фистулизирующие операции, так как именно они дают наиболее сильный и стойкий эффект в смысле понижения внутриглазного давления.

Операции этого типа проводятся с целью понизить внутриглазное давление путем образования нового пути оттока внутриглазных жидкостей вместо оказавшихся несостоятельными естественных путей оттока. Все операции фистулизирующего типа выполняются тремя основными способами: 1) ущемлением радужной оболочки, 2) резекцией склеры в области угла камеры и 3) фистулизацией глаза путем дренажа.

Не касаясь первых двух способов, я в настоящей статье остановлюсь лишь на той группе фистулизирующих антиглаукоматозных операций, которые состоят в дренажировании передней камеры глаза некоторыми материалами.

Принцип дренажирования глаза для понижения внутриглазного давления был введен в офтальмологию еще в прошлом столетии. Снеллен (1883 г.), Пфлюгер (1894 г.), а также Герберт пытались получить дренаж путем введения в камеру тонких капиллярных трубочек. В качестве материала для дренажа разные авторы испытывали волосы, кетгут, шелковые нитки, серебряную и золотую проволоку и т. д.

Вайда (1922 г.) в 3-х случаях абсолютной глаукомы испытал для дренажа кусочек слезного канальца, взятый аутопластически. Эффект в виде понижения внутриглазного давления он получил в одном только из этих случаев; во втором—глаз погиб от экспульсивной ге-

моррагии, развившейся через 10 дней; в третьем — операция оказалась безрезультатной. Виккерс (1922 г.) добился успеха, прослеженного 4 месяца. Для дренажирования передней камеры он применил тонкое золотое кольцо диаметром 2 мм, которое он вводил в отверстие склеры, образованное 2-миллиметровым трепаном на расстоянии 7 мм от лимба. Стефенсон (1925 г.) опубликовал данные о 32 операциях субконъюнктивального дренажирования передней камеры золотой проволокой, произведенных им на 25 больных. Хороший эффект он проследил в 10 случаях до 4 лет. Гредль (1927 г.) также произвел 20 операций циклодиализа в комбинации с дренажированием передней камеры. В качестве материала для дренажа он применял конъюнктивальную ленту, которую выкраивал от лимба кверху. После предварительно произведенного циклодиализа он втягивал свободный конец ленты в переднюю камеру на шве с двумя иглами, которые выкалывались через роговицу на расстоянии I мм от лимба. Конъюнктиву над разрезом склеры он стягивал так, чтобы на этом месте образовать двойное покрытие. В 16 из этих случаев операция оказалась успешной в смысле понижения внутриглазного давления, хотя только в одном из них была хорошо выраженная конъюнктивальная подушка; в остальных же не видно было фильтрации под конъюнктиву.

Учитывая опасность внесения инфекции при дренажировании передней камеры конъюнктивальной лентой, Чемолосов (1929 г.) предложил пользоваться для этой цели не всей конъюнктивой, а только ее глубоким листком, который проводится в переднюю камеру через склеральный разрез, сделанный как при обычной иридектомии.

Цар (1931 г.) экспериментально испытал в качестве материала для дренажа передней камеры полоску, выкроенную из верхней прямой мышцы. В некоторых случаях он достигал понижения внутриглазного давления у кроликов. Академик В. П. Филатов (1934 г.) предложил субконъюнктивальное дренажирование передней камеры десцеметовой оболочкой или сумкой хрусталика, взятыми гомопластически (от трупа). Эти операции он применял, главным образом, в упорных случаях вторичной глаукомы, при которых без успеха были испытаны другие оперативные методы.

Из новых фистулизирующих операций акад. В. П. Филатов применяет при вторичной глаукоме предложенную им подконъюнктивальную створчатую корнеосклеральную резекцию, а также подконъюнктивальную эпителизацию корнеосклеральной фистулы. Эти операции еще в стадии разработки.

Хорошина (1939 г.) в эксперименте на кроликах применила для дренажа передней камеры хитин, взятый от креветок (морских рачков), и в большинстве случаев достигла понижения внутриглазного давления. Эта операция, примененная ею в одном случае абсолютной глаукомы, оказалась безуспешной.

Из приведенных литературных данных видно, что фистулизация глаза путем дренажа разработана слишком мало. Все предложения были испытаны или только в экспериментах на животных или, в

лучшем случае, при абсолютной глаукоме. Поэтому правильно судить об их эффективности невозможно. С другой стороны, указанный принцип, несомненно, заключает в себе реальную возможность создания прочной фильтрации из глаза и заслуживает дальнейшей разработки.

Исходя из этих соображений, акад. В. П. Филатов предложил мне продолжить его исследования в области дренажирования передней камеры некоторыми биологическими, а также неорганическими материалами. В настоящей статье приводятся мои исследования по вопросу о фистулизации путем дренажа передней камеры лишь десцеметовой оболочкой.

Мною произведены 34 экспериментальных операции на кроликах.

Перед операцией тензия обоих глаз в течение 3-х дней измерялась тонометром Маклакова. Предварительно глаза анестезировались 0,5-процентным раствором дикаина (2-3 инстилляции). Кролика укрепляли на станке, помощник разводил веки, не производя давления на глаз. Накладывать шов на третье веко приходилось лишь изредка, так как при хорошей анестезии оно само уходит во внутренний угол глазной щели и не препятствует тонометрии. Измерение давления производилось лишь после расслабления ретрактора, когда кролик полностью выпускал глаз, так как напряжение ретрактора резко повышает офтальмотонус.

По технике дренажирования произведенные мною операции распределяются на 3 группы.

1. Дренаж передней камеры десцеметовой оболочкой через переднее склеральное отверстие

Операция во всех случаях производилась кнаружи-кверху под эпибульбарной дикаиновой и субконъюнктивальной новокаиновой анестезией. Веки фиксировались 4-мя швами, укрепленными с помощью пинцетов Пеана. На верхнюю и наружную прямые мышцы накладывались уздечные швы. Отсепаровка конъюнктивы производилась сверху-снаружи до лимба. На расстоянии 1,5 мм от лимба делался разрез склеры с помощью скребца. Разрез расширялся в обе стороны тупоконечным копьевидным ножом. Ножницами отрезалась лимбальная губа раны и после этого проводился конъюнктивальный шов. С помощью тонкого изогнутого анатомического пинцета и шпаделя через рану вводился в переднюю камеру лоскут десцеметовой оболочки, взятой гомопластически из глаза, консервированного на холоде 1-2 суток. Один конец лоскута оставлялся в передней камере, а другой ущемлялся в склеральной ране и покрывался конъюнктивой. Конъюнктивальный шов удалялся на 3-4-й день. Послеоперационный период обычо протекал без осложнений, за исключением двух случаев, в которых наблюдался острый конъюнктивит. На 7-й день после операции уже измерялось внутриглазное давление.

Всего таких операций произведено 10, из них 4 со сроком на-

блюдения от 8 до 10 месяцев, 2 со сроком наблюдения 4-6 месяцев и 4 со сроком наблюдения до 3 месяцев. Для сравнения, на другом глазу производилась обычная передняя склерректомия или же дренажирование десцеметовой оболочкой через интрасклеральный ход (техника операции описана ниже). Кроме того, в двух случаях произведена передняя склерректомия с введением в переднюю камеру маленького лоскутка десцеметовой оболочки без ущемления ее в склеральной ране.

Привожу некоторые протоколы операций.

Кролик № 1194. Правый глаз: операция 23.II 1940 г. — передняя склерректомия в комбинации с дренажем передней камеры десцеметовой оболочкой. Срок наблюдения 9,5 месяцев. Левый глаз: операция 11.IV 1940 г. — передняя склерректомия. Срок наблюдения 8,5 месяцев. До операции тензия обоих глаз колебалась в пределах 26—28 мм рт. ст.

Субконъюнктивальный дренаж передней камеры через переднее склеральное отверстие произведен на правом глазу лоскутом десцеметовой оболочки, консервированной двое суток. В послеоперационном периоде — острый конъюнктивит. При первой тонометрии, произведенной на 10-й день после операции, внутриглазное давление оказалось повышенным до 30 мм рт. ст.

На 15-й день (9.III 1940 г.) на 1 ч. 30 м. сквозь слегка отечную конъюнктиву глазного яблока видны склеральное отверстие и ущемленный в нем лоскуток десцеметовой оболочки. Другой конец лоскута виден в углу передней камеры вверху. Передняя камера мелковата. Внутриглазное давление снизилось до 22,3 мм рт. ст.

Спустя 1 месяц после операции на правом глазу — хорошо выраженная конъюнктивальная подушка; в углу передней камеры сверху-снаружи виден помутневший лоскуток десцеметовой оболочки. Внутриглазное давление равно 18,2 мм рт. ст. Через 1,5 месяца после операции тензия правого глаза 18,7 мм рт. ст., а левого (не оперированного) — 28 мм рт. ст.

11.IV 1940 г. на левом глазу произведена операция — передняя склерректомия — по той же технике, как и на правом глазу, но без введения дренажа в переднюю камеру.

20.IV, т. е. на 10-й день, тензия левого глаза = 17,7 мм рт. ст., и в течение 25 дней после операции давление на левом глазу не превышало 21 мм. Но уже через 1 месяц после склерректомии тензия левого глаза достигла 24—25 мм, а через 2 месяца — 26—28 мм рт. ст., т. е. дооперационного уровня.

23.XI 1940 г. (через 9 месяцев после дренажирования правого глаза и через 6,5 месяцев после передней склерректомии на левом глазу): Правый глаз — хорошо выраженная конъюнктивальная подушка. В углу передней камеры сверху виден конец дренажа из десцеметовой оболочки. Тензия = 19,2 мм рт. ст. Левый глаз — плоский рубец на 1 час 30 мин. Тензия = 27 мм рт. ст.

Резюме: Передней склерректомией в комбинации с дренажем передней камеры десцеметовой оболочкой достигнуто на правом глазу стойкое понижение офтальмотонуса, наблюдавшееся в течение 9

месяцев. Обычной передней склеректомией на левом глазу (без дренажирования камеры) достигнуто понижение офтальмотонуса лишь на 1 месяц.

2. Дренаж передней камеры десцеметовой оболочкой через интрасклеральный ход

В поисках новых путей фистулизации глаза акад. В. П. Филатов предложил мне производить дренажирование передней камеры различными веществами путем введения их через интрасклеральный ход. Техника этой операции такова: веки фиксируются 4-мя швами; на верхнюю и наружную прямые мышцы накладывают уздечные швы. Под местной эпибульбарной и субконъюнктивальной анестезией конъюнктиву глазного яблока отсепаровывают сверху-снаружи до лимба. На расстоянии 5 мм от лимба производят надрез склеры скребцом. Круглым ножом «ФМ» расслаивают на 2 пластинки склеру, лимб и крайнюю периферию роговицы. Копьевидным ножом, введенным между пластинками расслоенной склеры лимба и роговицы, вскрывают переднюю камеру несколько впереди ее угла. Разрез расширяют тупоконечным копьевидным ножом. С помощью тонкого изогнутого анатомического пинцета и шпаделя через образованный интрасклеральный ход вводят в переднюю камеру дренаж из десцеметовой оболочки, взятой гомопластически и консервированной на холоде. Один конец дренажа оставляют в передней камере, а другой остается на склере и покрывается конъюнктивой, на которую накладывают непрерывный шов. Удаляют шов на 3-4-й день. Послеоперационный период обычно протекает без осложнений. Измеряют внутриглазное давление через 7-8 дней после операции и затем регулярно, через определенные промежутки времени.

Всего мною произведено 20 таких операций на кроликах. Длительность наблюдений: в 6 случаях — 8—10 месяцев, в 5 случаях — 4—6 месяцев и в 9 случаях — до 3 месяцев. Для сравнения, на другом глазу производилось дренажирование передней камеры десцеметовой оболочкой через переднее склеральное отверстие по вышеописанной технике (в 5 случаях).

Кролик № 1196. Правый глаз: операция 27.II 1940 г. — передняя склеректомия в комбинации с дренажем передней камеры десцеметовой оболочкой. Срок наблюдения 10 месяцев. Левый глаз: операция 29.III 1940 г. — дренажирование передней камеры десцеметовой оболочкой через интрасклеральный ход. Срок наблюдения 9 месяцев. До операции тензия обоих глаз колебалась в пределах 24—26 мм рт. ст. Субконъюнктивальный дренаж передней камеры через переднее склеральное отверстие произведен на правом глазу лоскутом десцеметовой оболочки, консервированной двое суток.

При первой тонометрии, произведенной на 8-й день после операции (5.III), внутриглазное давление правого глаза оказалось повышенным до 35 мм рт. ст.

На 13-й день (10.III) на 12 ч. 30 м. сквозь слегка отечную

конъюнктиву глазного яблока видно склеральное отверстие. В углу передней камеры вверху виден дренаж из десцеметовой оболочки. Передняя камера мелковата. Внутриглазное давление снизилось до 21 мм рт. ст. Через месяц после операции (28.III) на правом глазу сквозь слегка приподнятую конъюнктиву, на 12,5 часах видны отверстие в склере и ущемленная в нем десцеметовая оболочка. В передней камере вверху виден другой конец помутневшего лоскута десцеметовой оболочки. Тензия правого глаза равна 21 мм рт. ст. Давление в левом глазу (не оперированном) равно 26 мм рт. ст. 29.III 1940 г. на левом глазу произведена операция — дренажирование передней камеры десцеметовой оболочкой через интрасклеральный ход.

3.IV (т. е. на 6-й день) тензия левого глаза оказалась повышенной до 34 мм рт. ст. На 8-й день внутриглазное давление левого глаза снизилось до 25,4 мм рт. ст. и затем с 12.IV в течение всего срока наблюдения (9 месяцев) колебалось в пределах 17,2—20,4 мм рт. ст.

20.XII 1940 г. (через 10 месяцев после операции на правом глазу и через 9 месяцев после операции на левом глазу): Правый глаз — хорошая конъюнктивальная подушка. Дренаж из десцеметовой оболочки сохранился и хорошо виден в углу передней камеры сверху, а также на склере под конъюнктивой. Тензия правого глаза = 20,4 мм рт. ст. Левый глаз — конъюнктивальная подушка выражена менее, чем на правом глазу. Сквозь конъюнктиву глазного яблока просвечивает лежащий на склере лоскуток десцеметовой оболочки, другой конец которой также сохранился в углу передней камеры сверху. Передняя камера мелковата, тензия = = 19,8 мм рт. ст.

Резюме: Передней склеректомией в комбинации с дренажем передней камеры десцеметовой оболочкой достигнуто на правом глазу стойкое понижение тензии, наблюдавшееся в течение 10 месяцев. Произведенное на левом глазу дренажирование передней камеры десцеметовой оболочкой через интрасклеральный ход дало стойкое понижение внутриглазного давления, наблюдавшееся в течение 9 месяцев.

Приведенный случай, как и 4 других, в которых на одном глазу дренажирование производилось через интрасклеральный ход, а на другом глазу—через переднее склеральное отверстие, еще не дает основания определить, какой из указанных методов лучший. Оба они приводят к длительному понижению внутриглазного давления, которое мы проследили в течение 9-10 месяцев.

3. Дренаж передней камеры десцеметовой оболочкой через супрахориоидальное пространство

Исходя из приведенных выше литературных данных о дренажировании глаза различными материалами через супрахориоидальное пространство, я произвел на кроликах 4 экспериментальных операции циклодиализа в сочетании с дренажированием передней камеры десцеметовой оболочкой. Операция выполняется кнаружи-кверху

между прямыми мышцами. Конъюнктиву разрезают ножницами параллельно лимбу и на расстоянии от него, равном 8 мм. Эписклеру разрывают двумя хирургическими пинцетами. На расстоянии 5 мм от лимба склеру разрезают скребцом. Длина разреза—2,5-3 мм. Цилиарное тело отслаивают тонким шпаделем. С помощью тонкого изогнутого анатомического пинцета и шпаделя через промежуток между склерой и цилиарным телом проводят в переднюю камеру дренаж из десцеметовой оболочки так, что один конец дренажа на 1,5—2,0 мм входит в переднюю камеру, а другой его конец укладывают на склере и покрывают конъюнктивой, укрепляемой непрерывным швом. Этот шов удаляют на 4-й день, и на 6-й день уже возможна тонометрия. Для сравнения, в каждом из 4-х случаев я производил на другом глазу операцию Гейне без дренажирования передней камеры.

Кролик № 1311. Левый глаз: операция 11.V 1940 г. —циклодиализ и дренаж передней камеры десцеметовой оболочкой. Правый глаз: 11.V 1940 г. циклодиализ. Срок наблюдения 7 месяцев. До операции тензия обоих глаз равнялась 23—24 мм. В послеоперационном периоде осложнений не было. При первой тонометрии, произведенной на 8-й день после операции (19.V), внутриглазное давление левого глаза было равно 26,2 мм рт. ст., а правого — 20,7 мм рт. ст. На 15-й день (26.V) тензия левого глаза понизилась до 21,7; давление в правом глазу равнялось 20,7 мм рт. ст.

Через месяц после операции дренаж передней камеры левого глаза сохранен. Тензия его равна 20,7, правого глаза — 24,5 мм. В дальнейшем, в течение 7 месяцев тензия левого глаза оставалась пониженной до 19,5—21,7 мм рт. ст. Дренаж сохранен; передняя камера мелковата. Тензия правого глаза колебалась в пределах 19,5—24,5 мм рт. ст.

Резюме: Операцией циклодиализа в комбинации с дренажированием передней камеры десцеметовой оболочкой достигнуто стойкое понижение давления на левом глазу, наблюдавшееся в течение 7 месяцев.

Обычным циклодиализом без дренажирования передней камеры достигнуто на правом глазу лишь кратковременное понижение тензии, и спустя 1 месяц после операции восстановился прежний офтальмотонус.

Заключение

Накопленный мною, пока еще небольшой, экспериментальный материал достаточно убедителен для того, чтобы из него можно было сделать следующие предварительные выводы:

1. Передняя склерэктомия, позволяющая лишь временно понизить внутриглазное давление, значительно эффективнее тогда, когда она сочетается с дренажем передней камеры десцеметовой оболочкой. При этом стойкое понижение внутриглазного давления обусловливается не циклитом, вследствие наличия в передней камере инородного тела, а истинным дренажем, исполняющми свою роль в течение продолжительного времени.

2. Дренажированием передней камеры десцеметовой оболочкой через интрасклеральный ход (по принципу акад. В. П. Филатова) достигается длительное понижение внутриглазного давления.

3. Эффективность циклодиализа резко повышается тогда, когда он производится в комбинации с дренажированием передней камеры десцеметовой оболочкой.

4. Еще трудно определить, какой из трех вышеуказанных способов дренажирования передней камеры окажется наилучшим. Во всяком случае все они более эффективны, чем обычные фистулизирующие операции.

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П.Філатова

Курорт «Озеро Тагарское» Красноярского края
(Директор — Н. С. Чепурин)

ВЛИЯНИЕ ГРЯЗЕВЫХ ПРОЦЕДУР И РАПНЫХ ВАНН НА ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ

(Предварительное сообщение)

Доктор Н. С. Чепурин

Влияние отдельных грязевых процедур — аппликаций, грязевых ванн, а также рапных ванн — на внутриглазное давление изучалось нами в летний сезон 1939 г. на курорте «Озеро Тагарское» Красноярского края.

Бальнеологические процедуры применялись по известной схеме. Сначала больной принимал 5—7 входных рапных ванн температуры 36—37 градусов продолжительностью 10—15 минут; после них, с определенными интервалами,—грязевые полуаппликации или общие аппликации или грязевые полуванны возрастающей температуры от 39 до 42 град. и обратно до 39 град. С. В заключение курса грязелечения больной принимал выходные рапные ванны температуры 37—36—35 градусов, а иногда и ниже.

Внутриглазное давление мы измеряли до процедуры и после нее. Сразу после «грязи» больные принимали душ из тагарской воды, одевались и после этого находились в комнате отдыха. Здесь же, минут через 6—8 после грязевой процедуры, производилось измерение. После рапных ванн больные никакого душа не принимали и их исследовали, приблизительно, через 3—5 минут. Для измерения внутриглазного давления мы пользовались тонометром Маклакова.

В настоящей работе представлены результаты измерения внутриглазного давления у 104 больных. У некоторых измерялось также общее кровяное давление, оказывающее известное влияние на тензию глаза.

Можно было бы ожидать, что эта последняя—величина все время меняющаяся и в значительной мере колеблющаяся. Однако, это предположение не оправдывается. Наоборот, внутриглазное давление в физиологических условиях — почти постоянная величина для каждого индивидуума. Несмотря на наличие в организме постоянно влияющих на общекровяное давление факторов, тензия остается стабильной; даже при значительном изменении высоты кровяного давления она повышается весьма слабо и быстро выравнивается (Вессели). Если такие факторы, как бег, толчок, волнения, мышечная работа, состояние аффекта, изменение положения тела, артериосклероз, болезни почек, влияют на кровяное давление, то они, повидимому, должны были бы сказаться и на изменении внутриглазного давления. В самом же деле такого изменения нет. Это объясняется существованием хорошо развитого механизма, регулирующего внутриглазное давление.

Тензия измерялась у больных, из которых 2 принимали общие грязевые ванны, 41 — грязевые полуванны, 23 — полуаппликации и 15 — полные аппликации.

Больных после грязевых процедур в 39 град. исследовано 10 чел. Только в одном случае наблюдалось незначительное повышение тензии — на 2,4 мм (с 19,3 мм до 21,7 мм). В 4 случаях после грязевых аппликаций и в 2 случаях после полуванн внутриглазное давление не изменилось. Оно выражалось цифрами: 16,3, 16,8, 16,8 18,7 и 28 мм. Как видно из этого ряда цифр, у одного больного (34 лет) давление было выше нормы (28 мм). После принятой полуаппликации 39 град. тензия осталась прежней. И, наконец, в 3 случаях после грязевой полуванны 39 град. тензия снизилась: у одного больного на 2,1 мм, у другого на 3,9 мм и у третьего на 7,3 мм. У всех троих внутриглазное давление было вообще повышенное. У первого из них тензия равнялась 26,2 мм, у второго — 36,3 мм и у третьего — 27,1 мм. Таким образом, из числа больных, принимавших «грязь» температуры 39 град., у троих внутриглазное давление снизилось. Мы наблюдали много больных, принимавших более горячие процедуры. Пациентов, принимавших «грязь» температуры 40 град., исследовано 20. Из них внутриглазное давление после процедуры повысилось только у двоих; в 5 случаях оно оставалось неизменным и в 13 случаях понизилось. Снижение давления от 1,1 мм до 9,3 мм наблюдалось уже более чем у половины больных. Аналогичная картина получилась при измерении внутриглазного давления до и после грязевых процедур в 41 и 42 град. у 51 человека. Из них у 1 больного после грязевой полуванны в 42 град. давление повысилось, у 10 человек оставалось неизменным и у 40 человек понизилось.

Следующая таблица показывает влияние грязевых процедур разной температуры на внутриглазное давление.

	39°	40°	41°	42°	Всего	Процент
Повышение	1	2	—	1	4	4,9
Без изменения . .	6	5	4	6	21	25,9
Понижение	3	13	15	25	56	69,2
Всего . . .	10	20	19	32	81	100,0

Таким образом, из 31 человека, принимавших «грязь» в 39, 40, 41, 42 градуса, у 4 было отмечено повышение внутриглазного давления, что составляет 4,9 проц. Самое большое повышение равнялось 5,3 мм (с 17,7 до 23 мм после грязевой полуванны в 40 град.). Давление оставалось без перемен у 21 больного, что составляет 25,9 проц. В числе этих 21 были больные как с нормальной, так и с повышенной тензией. Самое высокое давление, отмечавшееся нами в этой группе, равнялось 37,8 мм (больной Н. 42 лет; общая грязевая ванна 41-42 град.). Такое давление было у больного до ванны, такое

РЕПОЗИТОРИЙ ГГМУ
Библиотека им. Н.Г. Гарлатова

же и после ванны. Но в подавляющем большинстве случаев после грязевых процедур внутриглазное давление снижалось, при чем после грязи температуры 39 град. это наблюдалось в 0,3 всех случаев, при 40 град. — 0,65, при 41 град. — 0,79 и при 42 град. — в 0,8 всех случаев. Из 81 человека, принимавшего грязевые процедуры, внутриглазное давление понизилось у 69,2 проц. больных. Понижение колебалось в пределах от 0,4 до 14,4 мм. Наибольшее падение тензии — 14,4 мм (с 31,2 мм до 16,8 мм) произошло у больного после грязевой полуванны в 42 град. (глазное дно обоих глаз нормально).

Равным образом действуют и рапные ванны. Всех больных, которые их принимали и которым измерялось внутриглазное давление, мы имели возможность офтальмоскопировать до и после ванны. В большинстве случаев после ванны на дне глаза вены были более расширены, чем до процедуры.

Следующая таблица показывает влияние рапных ванн на внутриглазное давление.

	32°	35°	36°	37°	Всего
Повышение . . .	—	—	—	2	2
Без изменения . .	—	—	4	8	12
Понижение . . .	1	—	—	8	9
Всего . .	1	—	4	18	23

Переходим к результатам исследования общего кровяного давления. Оно исследовано нами у 42 человек, при чем, как и внутриглазное давление, оно измерялось до и после процедуры. Кровяное давление определялось манометром Булита на плечевой артерии по слуховому методу Короткова. У 17 больных после принятой процедуры оно повысилось, у 5 не изменилось и у 20 понизилось.

При наших исследованиях максимальное кровяное давление повысилось до 10 мм в 12 случаях и выше 10 мм у 7 больных. Наименьшее повышение кровяного давления — 3 мм. Наибольшее повышение максимального кровяного давления отмечено нами у больного Ф., 56 лет, после рапной ванны 37 град. (3-я ванна от начала лечения). До процедуры кровяное давление равнялось 130, после нее — 148/100. У 20 больных кровяное давление понизилось в пределах от 1 до 30 мм ртутного столба. Понижение до 10 мм наблюдалось у 8 больных, свыше 10 мм — у 12 больных. Чаще всего кровяное давление понижалось на 8—12 мм ртутного столба. Наибольшее снижение отмечено у больного П. после рапной ванны 36 град. (шестая ванна от начала лечения). Кровяное давление с 140/90 упало до 110/75.

Изменения максимального кровяного давления: исследовано — 42, повышено — 17, не изменилось — 5, понижено — 20.

Библиотека им. Ленина

В 12 случаях отмечено соответствие между колебаниями общего кровяного и внутриглазного давления. Если падало кровяное давление, то понижалось и внутриглазное давление, и наоборот.

Так, у больного А. кровяное давление до процедуры 130/82, после — 118; тензия до процедуры — 25,4, после — 21,3.

Но не всегда изменения кровяного давления соответствовали изменениям внутриглазного давления.

Так, у больного Х. кровяное давление до процедуры—108/80, после — 115/80; тензия до процедуры — 16,3, после — 15,1.

В остальных случаях мы наблюдали изменения внутриглазного давления при неизменившемся общем кровяном давлении и наоборот.

Так, у больного К., принявшего рапную ванну в 36 град. (шестая ванна по счету) пульс до ванны 84, после нее 85; кровяное давление до ванны — 140/90, после нее — 110/75.

Внутриглазное давление не изменилось. До и после ванны оно равнялось 18,2 мм. Мы видим, что, как об этом свидетельствуют и другие авторы, кровяное давление по-разному реагирует на принимаемую больным ванну. В половине исследованных случаев общее кровяное давление снижалось.

Аравийская в 1928-29 гг. изучала влияние тагарской рапы и грязи на кровяное давление, размеры, тоны и шумы сердца. Она вела наблюдения над больными до грязелечния и затем через каждые 3—5 ванн. Все исследования проводились перед принятием ванны. Из сопоставления цифровых данных кровяного давления, полученных в начале и в конце курса грязелечения, видно, что в большинстве случаев кровяное давление понижалось, и тем рельефнее, чем больше было других объективных данных и субъективных жалоб больного на нарушение нормальных функций сердечнососудистой системы. Наиболее отчетливо понижение у больных с поражением сердца и сосудов.

Как мы видели из наших наблюдений, рапа и грязь оказывают влияние на внутриглазное и общее кровяное давление. Они действуют через кожу, откуда влияние их распространяется на весь организм либо непосредственно, либо, большей частью, рефлекторно. Механизм рефлекторного действия идет, в первую очередь, через вегетативную нервную систему. Раздражение термическими, механическими, химическими и другими факторами, которому подвергается кожа с огромным количеством нервных окончаний, влияет на всю вегетативную нервную систему (ВНС) в целом. Распространяется воздействие через кожу на все звенья этой цепи. Благодаря влиянию на ВНС, грязелечебный эффект через ее посредство отражается на таких высокодиференцированных органах, как мозг, сердце, глаз и др.

Понижение внутриглазного давления под влиянием рапы, грязевых ванн и аппликаций можно объяснить возбуждением вегетативных ядер спинного мозга и верхнего шейносимпатического узла. Не исключена также возможность непосредственного влияния ВНС на продукцию внутриглазных жидкостей, благодаря изменению проницаемости сосудистых стенок.

Нужно признать, что реакция со стороны глаза на термические раздражения лечебной грязью и рапой очень сложная, и подвести ее под общий шаблон нельзя, тем более, что тут нужно иметь в виду не только температурный раздражитель. Действие рапы и грязи складывается из термического, химического, механического влияния, действия радиоактивных веществ, электродвижущей силы, вызывающей возникновение электротока между кожей и минерализированной средой.

Наши исследования и литературные данные позволяют сделать следующие выводы:

1) Рапные и грязевые ванны и аппликации действуют на внутриглазное давление.

2) В 69,2 проц. всех грязевых процедур наблюдалось понижение внутриглазного давления, которое колебалось в пределах от 0,4 до 14,4 мм ртутного столба.

3) Понижение отмечалось у лиц как с нормальным, так и с повышенным внутриглазным давлением.

4) В 25,9 проц. случаев внутриглазное давление после грязевых процедур не изменилось.

5) В эту группу входят лица с нормальным и повышенным внутриглазным давлением.

6) Повышение внутриглазного давления после грязевых процедур отмечено только в единичных случаях.

7) Самое большое повышение внутриглазного давления равнялось 5,3 мм.

8) Внутриглазное давление после рапных ванн либо не изменяется, либо понижается.

9) Общее кровяное давление не одинаково реагирует на рапные и грязевые ванны.

10) В большинстве случаев наблюдалось понижение кровяного давления, которое колебалось в пределах от 1 до 30 мм ртутного столба.

11) Повышение кровяного давления колебалось в пределах от 3 до 18 мм.

12) Полного соответствия между колебаниями общего кровяного давления и внутриглазного давления отметить не удается.

13) Повышенное внутриглазное давление не служит противопоказанием для назначения больным рапных и грязевых ванн и аппликаций.

Библиотека им. В.Г. Тарасова

Из глазной клиники (Директор—акад. В. П. Филатов) и кафедры рентгенологии
(Зав. — проф. Е. Д. Дубовый)
Одесского медицинского института (Директор—проф. А. М. Гаспарян)

ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКИХ ЛУЧЕЙ ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ АБСОЛЮТНОЙ ГЛАУКОМЕ*)

Проф. Е. Д. Дубовый и доктор Е. Б. Копельман

За последние два-три десятилетия рентгенотерапия стала широко и успешно применяться не только при злокачественных, но и при доброкачественных патологических процессах. К сожалению, в области офтальмологии этот метод еще сравнительно мало распространен. Причину такого ограниченного применения рентгеновских лучей при болезнях глаз следует искать в разноречивых клинических и экспериментальных данных в отношении толерантной дозы для различных отделов глаза, а также в казуистических сообщениях о повреждении элементов глаза при рентгенотерапии (Фалер, Бирх-Гиршфельд, Ашер, Флешентрегер, Радос, Шину, Димаризо, Касолино, Гросман и др.).

Как известно, при абсолютной глаукоме больные очень часто страдают упорными и мучительными болями в глазу и соответствующей половине головы. Для устранения болей при этом заболевании применялся ряд хирургических операций как на глазу (трепанация по Эллиоту, задняя трепанация склеры, иридектомия, циклодиализ, удаление хрусталика и др.), так и вне глазного яблока (оптико-цилиарная невректомия по Головину). Кроме того, для уничтожения болей применяются ретробульбарные инъекции алкоголя в область цилиарного узла (Грютер) и инъекции алкоголя в Гассеров узел (Александров). Все эти операции, из которых оптико-цилиарная невректомия считается более эффективной, в большом проценте случаев не дают желаемого результата и нередко сопровождаются рядом осложнений. Поэтому часто приходится предлагать больному энуклеацию с целью избавления его от мучительных болей.

И вполне понятно стремление найти какой-нибудь другой метод воздействия на боли, тяжело отражающиеся на общем состоянии больного.

Первая попытка применить при глаукоме рентгеновские лучи принадлежит Гесбергу, который в 1920 г. сообщает о 5 больных, страдавших геморрагической глаукомой с болями. Генсен и Шефер в своей обстоятельной работе, посвященной рентгенотерапии глазных болезней, отмечают удовлетворительные результаты, полученные ими у двух больных с геморрагической глаукомой и у четырех с абсолютной. Скадуто рассказывает, что в одном из

*) Доложено на заседании офтальмологической секции ЕМС.

случаев абсолютной геморрагической глаукомы, благодаря облучению, полностью прекратились боли и пациент был избавлен от назначенной энуклеации. Исчезновение болей и понижение глазного давления наблюдал и Брунети в 4 случаях геморрагической глаукомы. Такие же хорошие результаты получил Гофман на материале Кенигсбергской глазной клиники в случаях абсолютной или почти абсолютной глаукомы.

Опубликованные за последние годы работы по этому вопросу касаются уже несколько большего количества случаев. Так, например, Гесс в 1934 г. сообщает о лечении 15 больных, страдавших абсолютной глаукомой. При вторичной глаукоме этот автор получал менее удовлетворительные результаты, чем при первичной. Базили в 1936 г. описывает 11 случаев болезненной абсолютной глаукомы, при лечении которой с успехом применялись рентгеновские лучи. Боль исчезла во всех случаях. В том же году Крейбиг опубликовал результаты лечения 22 больных с абсолютной глаукомой. Из них 12 страдали первичной глаукомой с болями. После рентгенотерапии боли исчезли у всех, за исключением одного, у которого пришлось произвести энуклеацию. Несколько менее эффективной оказалась рентгенотерапия при лечении абсолютной секундарной глаукомы. Из 10 больных этой категории у 7 боль исчезла, а трем была произведена энуклеация.

Спустя два года Вахнер сообщает уже о лечении 57 больных в Венском центральном рентгенологическом институте. Из 33 человек, страдавших первичной глаукомой, хорошие результаты были достигнуты в 23 случаях, в двух результаты были неопределенные и в восьми пришлось прибегнуть к энуклеации. Из 24 больных последовательной глаукомой хороший эффект был получен у 16, неопределенный — у 3 и энуклеация была произведена 5 больным. В группу больных с неопределенными результатами Вахнер включает тех, у которых вскоре после облучения боли прекратились, но затем наступил рецидив.

Отсутствие работ по этому вопросу в нашей отечественной литературе и небольшое количество работ в иностранной литературе, говорящих о сравнительно хороших результатах, побудило нас поделиться полученным эффектом, хотя и на небольшом материале (всего 20 случаев).

По полу наши больные распределяются следующим образом: 8 мужчин и 12 женщин. Возраст больных:18 человек от 50 до 75 лет и лишь двое от 35 до 40 лет. Из числа лиц, подвергшихся рентгенотерапии, 14 с абсолютной первичной глаукомой и 6 с секундарной глаукомой (2 после язвы роговицы, 2 после иридоциклита и 2 после увеита). У всех наших пациентов боль была резко выражена, лишала их сна и покоя. Длительность болей до применения рентгеновских лучей колебалась от 1 до 4 месяцев.

Техника процедуры была следующая: облучалась область глаза и орбиты передним полем величиной 4×4 кв. см при кожно-фокусном расстоянии в 25 см, дозой в 180 r. Такой сеанс повторялся трижды с интервалом в 3-4 дня. Двум больным (у одного боли не полностью исчезли, а другому — с профилактической

целью) спустя 4-5 недель после первой серии была проведена повторная серия облучения. Условия освещения: аппарат Стабиливольт Сименс и Гальске. Напряжение во вторичной цепи 180 квт, сила тока 4 миллиампер, фильтр 0,5 мм меди + 2 мм алюминия.

Из 14 больных, страдавших первичной абсолютной глаукомой, боль исчезла у 10, при чем у одного из них через две недели после первой серии наступил рецидив; у четырех же человек боль не исчезла и трем была произведена энуклеация, а одному неврэктомия.

По сроку наблюдения, 9 больных, у которых боль исчезла, распределяются следующим образом: от 4 до 8 мес. — 2 случая; от 8 мес. до 1 года — 4 и от 1 до 2 лет — 3 случая. Из 6 больных, страдавших секундарной глаукомой, у 4 боль исчезла, при чем у одного через 2 месяца после окончания первой серии наступил рецидив, и ему была произведена энуклеация. Сроки наблюдения следующие: 6 месяцев — 1 случай, от 1 до 2 лет — 2 случая. Двум же больным, у которых боль не прекращалась, произведена энуклеация (через 2 дня и через 14 дней после окончания первой серии).

Следует отметить, что боль уменьшалась и исчезала не у всех больных одинаково: в некоторых случаях она резко уменьшилась на 2-й день после первого сеанса, в других — лишь после 2-го и 3-го сеансов и совершенно исчезла спустя несколько дней после первой серии.

У всех наших больных, у которых после рентгенотерапии боль прекратилась, повышенное внутриглазное давление не уменьшилось. Крейбиг, Вахнер, Гесс, Гесберг, применявшие очень большие дозы, отмечали в некоторых случаях понижение давления. По данным нашим и целого ряда других авторов, рентгеновские лучи оказали лишь аналгезирующее действие.

Приводим несколько историй болезни:

1. Больная Т., 64 лет (ист. болезни № 25409). Правый глаз: абсолютная долорозная глаукома (первичная).

Больная обратилась в клинику 14.XII 1937 г. по поводу невыносимых болей в правом глазу и в области головы, продолжающихся 2 месяца; больная лишилась покоя и сна. Глаз ослеп 8 месяцев тому назад. Была предложена энуклеация; ввиду отказа больной решено было провести рентгенотерапию.

Данные объективного исследования: глаз очень раздражен, светобоязнь, перикорнеальная инъекция резко выражена. Роговица отечна, мутна, эпителий истыкан. Камера мелкая, радужка атрофична. Зрачок расширен, неправильной формы. Хрусталик мутный. Острота зрения равна 0, тензия — 46 мм при применении миотиков.

После первого облучения боль уменьшилась, больная спокойно провела ночь. После второго облучения боль резко уменьшилась, а после третьего совершенно исчезла. Объективно: воспалительные явления уменьшились. Тензия — 44 мм с миотиками.

Больная все время находится под наблюдением, боли на протяжении 2 лет не возобновлялись.

2. Больной Е., 68 лет (ист. болезни № 24259). Правый глаз: абсолютная долорозная глаукома. Болен несколько лет. В 1937 г. перенес 2 антиглаукоматозных операции.

Около 2 месяцев тому назад появились резкие боли, не оставляющие больного ни днем, ни ночью. Часто впускает миотики. При обследовании обнаружено: глаз очень раздражен, на 12 часах в лимбе послеоперационный рубец. Роговица отечна. Передняя камера мелкая. Зрачок расширен, неправильной формы, полная колобома кверху. Хрусталик мутный. Острота зрения равна 0, неправильное светоощущение. Тензия — 45 мм с миотиками.

17.I 1938 г. — первый сеанс облучения. Спустя 2 дня боль уменьшилась. 20.I — 2-й сеанс облучения, после которого боль значительно уменьшилась. 23.I — 3-й сеанс облучения. Боль совершенно исчезла. Объективно: без изменений. Тензия — 46 мм с миотиками. Больной все время (свыше 2 лет) находится под наблюдением, чувствует себя хорошо, глаз не болит.

3. Больная К., 37 лет (ист. болезни № 26214). Правый глаз: абсолютная долорозная глаукома (секундарная).

Больная обратилась в глазную клинику 27.I 1938 г. по поводу резких постоянных болей в правом глазу, продолжающихся 3 недели. Месяц тому назад перенесла гнойную язву роговицы. После обследования обнаружено следующее: глаз очень раздражен, в центре спаянное бельмо. Камера неравномерной глубины. Острота зрения равна 0. Тензия — 54 мм с миотиками.

После первого облучения боль уменьшилась, после 3-х сеансов облучения — совершенно исчезла и не возобновлялась.

Рассматривая литературные данные по вопросу о дозировке рентгеновских лучей, применяемой при глаукоме, следует отметить огромную разницу в дозах, употребляемых различными авторами. Так, Гесс облучал глаз с двух полей (переднее и темпоральное) дозой в 500 r на каждое поле в один прием, т. е. давал очаговую дозу в 800 r, применяя жесткие лучи. На материале Гесса отмечается резко выраженная стадия раздражения, длившаяся несколько дней после облучения. Гесс считает, что при меньшей дозе могут наступать рецидивы в отношении приступов болей. Сторонники весьма малых разовых доз (Крейбиг, Вахнер), облучали глаз лишь одним полем, давая всего 50 r на один сеанс и повторяя эти сеансы 3 раза с двухдневным интервалом. Спустя неделю по окончании первой, они применяли еще одну серию; в некоторых случаях доводили количество серий облучения до 6—8. Уменьшение разовой дозы до 25—15 r не давало эффекта, а, наоборот, усиливало явления раздражения. Вахнер считает возможным в некоторых случаях доводить разовую дозу до 100 r. Он не соглашается с мнением Гесса, который полагает, что применение в один прием очаговой дозы менее 800 r способствует рецидивам. Наоборот, Вахнер считает, что при глаукоме самое существенное в дозировке — это малые дозы, общая же доза может резко варьироваться.

Нам кажется более целесообразным применять средние дозы (180 r) 3 раза с трехдневным интервалом, исходя из следующих

данных: во-первых, большая однократная доза — 800 r (Гесс)— вызывает резкое усиление раздражения у всех больных; во-вторых, малые дозы (Крейбиг, Вахнер) резко удлиняли срок лечения, и эффект в смысле полного исчезновения болей наступал лишь через 2-4-6 недель после начала рентгенотерапии.

На нашем материале уменьшение и даже исчезновение болей наступало через 1-2 дня или спустя несколько дней после окончания первой серии. Некоторое усиление раздражения отмечалось лишь у 3-х больных. Правда, здесь необходимо подчеркнуть, что как Гесс, так и Гесберг в некоторых случаях наблюдали понижение внутриглазного давления, чего не замечали ни Крейбиг, ни Вахнер, ни мы на нашем материаиле. И в этом отношении, конечно, правильная оценка той или иной методики облучения может быть дана лишь на большом материале при применении различных доз, тем более, что даже большие дозы (Гесс) при пятилетнем сроке наблюдения не давали никаких поздних повреждений. Этого не наблюдалось и на нашем материале.

Необходимо остановиться еще на сущности действия рентгеновских лучей при глаукоме, которая при современном уровне наших знаний может быть представлена лишь рядом гипотез. Койд говорит об облитерации сосудов и заторможении секреторной способности цилиарного тела. Крейбиг и Вахнер считают, что исчезновение болей при облучении зависит от повреждений чувствительного аппарата глаза или, возможно, симпатикуса. Нам кажется, что исчезновение болей можно объяснить, с одной стороны, благоприятным влиянием на течение воспалительного процесса, а с другой стороны —аналгезирующей способностью рентгеновских лучей.

Учитывая болеутоляющее действие рентгеновских лучей при абсолютной болезненной глаукоме, установленное как по литературным данным, так и на нашем материале, и давшее возможность избежать в ряде случаев энуклеации, мы рекомендуем испытывать этот метод во всех указанных случаях.

ОНМУ НАУКОВА БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

Из клиники нервных болезней Винницкого медицинского института
(Директор — проф. В. Л. Бедер)

ИЗМЕНЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ НЕЙРОИНФЕКЦИЯХ

Канд. мед. наук И. Ф. Кононенко

Поражения глаз при заболеваниях центральной нервной системы известны уже давно, однако их клиническое значение, патогенез и этиология до сего времени вызывают много разнообразных толкований. Принято считать, что при воспалительных поражениях мозга и его оболочек в глазу наблюдаются невриты зрительного нерва и нейроретиниты; при внутричерепных опухолях является характерным и симптоматичным развитие на глазном дне отека сосков зрительных нервов. Эти два проявления поражений глаз весьма часты и являются важным признаком в диференциальной диагностике заболеваний мозга.

И все же каждому окулисту, да и многим невропатологам, хорошо известно, как много общих моментов наблюдается при офтальмоскопии этих изменений.

Окулисты выдвинули даже специальный термин «папиллит» для обозначения особого состояния соска зрительного нерва, когда он представляет собой нечто среднее между застоем и невритом. Конечно, такой термин не может особенно помочь невропатологу в диференциальной диагностике; пользование этим термином объясняется лишь тем, что окулист затрудняется сказать, что в том или ином случае преобладает — явления застоя или воспаления. Различие между этими двумя картинами заключается в моментах достаточно условных, а именно, в степени выраженности отека соска зрительного нерва и его выстояния внутрь глаза.

С тех пор, как Самойлов в 1926 году в своей монографии о реактивной гипертонии глаза показал, что явления застоя могут быть обусловлены разнообразными причинами, узко диференциальное значение застоя и неврита постепенно ослабевает, и теперь можно говорить с достаточной определенностью, что оба эти состояния могут встречаться как при воспалительных заболеваниях мозга, так и при внутричерепных новообразованиях.

Основываясь на гистологических и экспериментальных исследованиях Бера *) о периваскулярных лимфатических путях сетчатой оболочки, можно с вероятностью допустить, что картина отека на

*) Цитирую по Самойлову.

глазном дне объясняется задержкой оттока жидкости по периваскулярным лимфатическим путям и главным венам сетчатой оболочки. Так как эти пути ведут непосредственно в околомозговые лимфатические пространства, то различные внутричерепные процессы, обусловливающие повышение внутричерепного давления, могут вызвать и изменения отечного характера на глазном дне.

Довольно многочисленные литературные данные об изменении глазного дна при самых разнообразных заболеваниях центральной системы подтверждают высказанное предположение.

Наиболее бедные другими офтальмологическими признаками серозные менингиты дают довольно часто разнообразные изменения глазного дна.

Маргулис считает, что серозным менингитам свойственно раннее появление энцефалитического компонента; при наличии последнего автор наблюдал изменения глазного дна в виде застойного соска, реже — в виде неврита зрительного нерва. В целом автор отводит значительную роль энцефалитическому компоненту в возникновении явлений в зрительных нервах.

Клод, при исследовании глазного дна у больных серозным менингитом, наблюдал расстройство остроты зрения и изменения глазного дна, выражающиеся в расширении вен, сужении артерий, геморрагиях, отеке, изменении соска (белесоватый цвет), возвышении над уровнем дна и, наконец, в неврите.

Это подтвердил также Визен на основании своих данных. Он наблюдал изменения глазного дна и понижение остроты зрения до амавроза включительно среди больных острым серозным менингитом. Ослабление остроты зрения у его больных сопровождалось отеком соска зрительного нерва.

Бродер и Дашевский, изучая инфекционные заболевания нервной системы, применили методику ангиоскотометрии, как способ, помогающий диагносцировать серозный менингит. Авторы пришли к выводу, что если у больного был серозный менингит, то, как правило, должны быть и изменения глазного дна.

Аксгаузен еще в 1909 году отмечал среди своих больных при серозном менингите изменение глазного дна в виде гиперемии сосков. В одном случае автор предполагал тумор, что на операции не подтвердилось, и спинномозговая жидкость оказалась стерильной.

Георги, Кульми, Герензонванд, Эрих, Фасциони и другие авторы наблюдали изменение глазного дна и понижение зрения при серозных менингитах, геморрагическом арахноидите, после энцефаломиелита вакцинального происхождения и других заболеваниях нервной системы.

Мацик сделал обзор литературы, опубликованной по серозному менингиту до 1923 года. Среди менингеальных симптомов он придавал огромное значение исследованию глазного дна и, вообще, глазным симптомам. Он прямо указывает, что глазные симптомы имеют огромное значение как для невропатолога, так и для окулиста, называя эти явления «находками».

Автор пытается установить разницу между невритом и застойными сосками, ибо, по его мнению, ряд авторов неправильно трак-

тует это. Он считает, что глазные симптомы являются единственными признаками при стертых формах серозного менингита.

Автор указывает, что при этих формах быстро наступает обратное развитие перипапиллярного отека, а также быстрое возвращение к норме глазного дна после люмбальных пункций. 3-4 пункции, по наблюдениям автора, приводили к излечению.

Среди наблюдаемых больных Мацик отмечал, как нередкое явление, слепоту, причем этот признак был единственным тревожным моментом при стертых формах серозного менингита. Он также указывает на случаи, когда наступала односторонняя слепота.

Обозначения «неврит» и «папиллит» автор считает нужным отбросить, так как этот механический процесс не носит воспалительного характера, а здесь сказываются результаты интракраниальной гипертензии с имбибицией в оболочках и нервах.

Основанием для подобной трактовки автор считает то обстоятельство, что после применения люмбальной пункции может наступить излечение.

Петте, Штерн, Вальгрен и Экштейн объясняют нарушение функций зрительного нерва и застойные явления с переходом в атрофию, как результат высокого внутричерепного давления.

Вильбрандт и Шнайдер видят причину нарушения функций и застойных явлений в зрительном нерве в механическом сдавливании выпячиванием дна 3-го желудочка, вследствие гипертензии.

Как ни приемлемы эти соображения для ряда моментов в нейроофтальмологии, — касается ли это отечных состояний, в особенности травматических синдромов, — все же наши данные не дают нам основания полностью принять только одну такую трактовку. Наряду с возможностью приведенного патомеханизма, мы должны учесть, что данные исследования спинномозговой жидкости обнаруживали наличие воспалительного процесса.

Вообще же гипотеза о повышении внутричерепного давления, как единственная причина изменения глазного дна, оспаривается и с других точек зрения.

Пурчер считает, что изменения глазного дна вызываются повышением внутричерепного давления, кровоизлиянием, разрывом сосудов. Белые пятна вызываются лимфоррагиями. С данной трактовкой не согласны Маргулис, Колен, которые считают, что изменения глазного дна зависят от рефлекторно-сосудистой реакции, дающей стаз, отек и др. явления. Вторая причина, вызывающая изменения глазного дна, связана с третьим желудочком, из которого исходят рефлекторные раздражения.

Аламилля также считает, что отек соска зависит от повышения внутричерепного давления и от воспалительного процесса. По наблюдениям автора, при серозном менингите расстраивается и зрачковая моторика в случае достаточной выраженности менингеальных явлений.

Терьен среди своих больных отмечает, как главные симптомы: 1) изменение глазного дна, 2) ослабление зрения, 3) окуломоторные расстройства. Отек зрительного нерва в наблюдениях автора был всегда двусторонним. По заключению автора, этот отек по картине

нельзя отличить от застоя при мозговых опухолях. Но для менингита застойный сосок — это ранний, а при опухолях мозга — поздний признак.

Даркшевич, наблюдая заболевания серозным менингитом, среди основных признаков подчеркивал застойные явления на дне глаза, которые, по его мнению, бывают ранними симптомами.

Но Квинке не считает, что застойные явления идут впереди других симптомов; наоборот, он полагает, что они наступают значительно позже.

В целом, надо признать, что явления застойного соска идут параллельно развитию менингеальных явлений.

Далилва, со своей стороны, отмечает при серозных менингитах, наряду с менингеальными явлениями, расстройство зрения и застойные соски зрительных нервов.

Тайцлин, Экштейн, Шнайдер, Нейдинг, Бланк и другие также указывают на изменение глазного дна вместе с расстройством зрения при серозных менингитах.

Амосов, наблюдавший большое количество больных с нейроинфекционными формами, констатировал у многих изменение глазного дна и понижение зрения. Кроме того, автор обращает внимание на то, что при миелитах происходит диффузно гибель миелина, тогда как при этих формах поражение идет избирательно. У всех наблюдавшихся им больных болезнь протекала тяжело.

Руб, как окулист, наблюдал ряд больных, которые, как удалось установить из анамнеза, болели менингоэнцефалитом, менингитом и обращались с жалобами на понижение остроты зрения, причем Руб наблюдал обычно изменения глазного дна в виде застойных сосков, неврита и атрофии зрительных нервов.

При всем том, Мацик указывает, что отек сетчатки и сужение поля зрения иногда сочетались с достаточно хорошим зрением. То же наблюдалось и на нашем материале (больная Алукер).

Ограничиваясь ссылкой на эти далеко не полные литературные данные о поражении глаз при серозных менингитах, нужно сказать, что еще более существенные поражения органа зрения являются обычными при менингоэнцефалитах и разного рода нейроинфекциях.

Насколько важную роль играют поражения глаз при этих заболеваниях, показывает появление в последнее время особых названий новых нозологических форм в виде оптикоарахноидита и оптикоэнцефалита со своей особой клинической картиной и этиологией. Терминология такого рода подчеркивает доминирующую роль оптических нарушений в этих случаях.

Шаргородский, описывая картину оптохиазматического арахноидита, некоторые случаи которого закончились слепотой, считает этиологией этого заболевания ревматизм, оральную инфекцию, травмы черепа.

Любимов и Винокуров исследовали глазное дно у 20 больных, страдающих оптикоэнцефалитом, и наблюдали расстройства в зрительном аппарате. По их данным, ни у одного из больных не было однородной клинической картины. В 12 случаях эти расстройства

возникли внезапно, в других начало было постепенное. В острых случаях оптическая картина была более ярко выражена, чем у второй группы. Глазное дно представляло в отдельных случаях застойные явления в сосках зрительного нерва.

Наши наблюдения во многом идентичны с этими данными по клинической картине глазного дна и расстройству зрения. В отличие от больных Любимова и Винокурова, мы наблюдали тяжелую клиническую картину у некоторых из них (Плюшко, Знаемская, Теслюк), когда острота зрения понижалась без бурного начала заболевания и во всем процессе превалировало понижение остроты зрения при сравнительно мало выраженных других менингоэнцефалитических компонентах. Среди группы больных мы наблюдали диплопию, анизокорию.

Мы переходим к принципиальному вопросу, считать ли оптические формы нейроинфекций в виде оптикоэнцефалита особой нозологической формой в разряде нейроинфекционных заболеваний?

Нам кажется, что трудно согласиться с теми авторами, которые термин «оптикоэнцефалит» используют не как симптомокомплекс нейроинфекционных энцефалитов, а как классификационное, стоящее особняком, понятие.

Ряд авторов, например, Гринштейн, не выделял эту атипическую форму в отдельную классификационную единицу. Имея огромнейший опыт как клиницист и экспериментатор, Гринштейн считает, что эта форма есть разновидность нейроинфекции, изменившей в процессе эволюции свою вирулентность. С обособлением данной формы нельзя согласиться и потому, что зрительные нервы поражаются в этих случаях только при высокой степени гипертензии.

У наших больных в двух случаях мы имели понижение остроты зрения при заболевании среднего уха, при котором была резко выражена гипертензия и менингоэнцефалитический симптомокомплекс и где вовсе не было данных предполагать особую оптическую форму.

Косвенным доказательством того, что изменения со стороны дна глаза не являются чем-то специфическим, что заставило бы выделить в особую нозологическую единицу нейроинфекционные заболевания с изменениями этого рода, служит возможность появления их и при других видах патологии мозга, наряду с прочими симптомами, причем в подобных случаях мы пытаемся строить отдельные классификационные единицы.

В этом смысле мы хотели бы сказать несколько слов о травмах головного мозга. Помимо того, что описания этого рода принципиально отмечают роль травмы в возникновении застойных явлений на дне глаза (Бурденко, З. Гейманович, Маргулис, Футер и др.), ряд авторов связывает эти изменения с патологическим состоянием мозга, по своему близким к нейроинфекционным, именно — с менингоэнцефалитическим состоянием.

Так, Шарапов отмечал застойные соски после травмы черепа в особенности там, где были явления менингоэнцефалита. Между прочим, Шарапов встречал при этом симптом Эдельман-Вейля, ко-

торый, по нашим наблюдениям, является самым ранним симптомом при менингоэнцефалитах.

Корст, Мурзин, Бурденко при огнестрельных травмах черепа, осложненных менингоэнцефалитом, спустя 12—36 часов наблюдали отек зрительных нервов.

Отек, по заключению некоторых авторов, наблюдается также тогда, когда имеется травма твердой мозговой оболочки.

То, что оптические изменения связываются при этом с воспалительными явлениями, возникающими в мозгу, отмечал целый ряд авторов.

Ряд авторов связывает оптические изменения при травме мозга, как и при других его заболеваниях, с затруднением оттока, с гипертензией.

Еще Гиппель наблюдал застойные соски зрительных нервов при травмах черепа. На своих больных он наблюдал довольно часто обратное развитие процесса. Набухание соска в более поздние периоды травмы указывает на менингит или абсцесс мозга. Автор относит эти явления к механическим причинам, учитывая и те воспалительные причины, которые бывают при травме черепа. Люмбальные пункции автор признает радикальным средством для обратного развития. Он рекомендует при травмах черепа строго контролировать глазное дно, чтобы не упустить симптомов, которые важны при диагностике, ибо ухудшение зрения и изменение глазного дна отягощают прогноз.

Минц наблюдал после операции на черепе серозные менингиты, где были застойные соски и понижение зрения.

Маргулис и Колен отмечали при травме лобной части черепа изменения глазного дна в виде венозного застоя и отека околососковой части сетчатки, отмечали и изменение глазного дна. В основу этих проявлений авторы вкладывают сосудистую рефлекторную реакцию, дающую цитоз, отек и другие явления.

Причиной возникновения застойных явлений несомненно нужно считать реактивные явления вегетативной нервной системы, что мы и наблюдали у наших больных. В данном случае травма вызвала раздражение, в результате чего 3-й желудочек мозга, как важнейший центр, дал реакцию, которая проявилась в виде разнообразнейших симптомов не только глазных, но и общих (цианоз, потливость, бледность кожных покровов).

М. О. Гуревич наблюдал при закрытых травмах черепа довольно часто изменения глазного дна в виде расширения вен, отека соска. В других случаях, более тяжелых, бывают застойные соски, особенно при выраженной гипертензии.

Скородумова в своих наблюдениях отмечает, что тяжесть травмы черепа не всегда идет параллельно с застойными сосками. Это чаще зависит от локализации и повышения черепного давления.

Корст, Мурзин наблюдали при травмах черепа в 1942 году изменения глазного дна и понижение остроты зрения. Мурзин среди своих больных отмечал при ранениях черепа в 50 проц. отек зрительного нерва в разных вариациях. Как причину здесь можно предполагать увеличение количества спинномозговой жидкости,

т. е. гиперсекрецию, затруднение оттока, наличие слипчивости. Этими явлениями можно объяснить наличие изменений глазного дна.

Авторы наблюдали такие случаи, когда при наличии отека зрительного нерва сохранялось нормальное зрение.

Почему в одних случаях при патологических состояниях мозга возникают поражения глаз, а в других последние не происходят? На эту проблему косвенно проливают свет наблюдения над травматическими поражениями мозга, в которых оптические поражения связаны были с определенной локализацией.

Так, наблюдения Гастева и Четверикова, проведенные в 1942 г. над больными с поражением темяной области черепа, показали, что у больных этого рода имелась глазная симптоматика: нарушение функции глазных мышц, сужение зрачков вначале, потом расширение и отсутствие реакции на свет, понижение остроты зрения, скотомы, гемианопсии, сужение поля зрения. При поражении этой области на глазном дне в 33 проц. отмечены застойные соски, в небольшом проценте — атрофия, в большем проценте отмечена гиперемия сосков и лишь в 10 проц. глазное дно было в норме. Застойные соски оставались и после выздоровления на протяжении 2-3 месяцев.

Субъективно такие больные жаловались на понижение остроты зрения, туман, сетку перед глазами.

Среди травматических повреждений в 33 проц. встречались застойные соски. При контузиях острота зрения бывала ниже 0,1 в 6 проц., выше 0,1 — в 66 проц. При сотрясении мозга в 50 проц. глазное дно было в норме, в 8 проц. — застойные соски, в 25 проц. — папиллиты. Атрофия зрительного нерва наблюдалась в 2 проц. случаев.

Благовещенская, из нейрохирургического института, возглавляемого академиком Бурденко, приводит данные поражения лобных пазух и мозга при огнестрельных ранениях черепа, где, наряду с другими симптомами, часто встречалось расстройство остроты зрения. В одной трети случаев была потеря зрения на один глаз или оба глаза (2 случая слепоты на оба глаза и в 14 случаях — потеря зрения на один глаз).

Таким образом, многими авторами отмечаются такие же поражения органа зрения при травмах черепа, как и при серозных менингитах, при менингоэнцефалитах, при различных нейроинфекциях, а также при так называемых оптикоэнцефалитах.

Развивая в дальнейшем направлении вопрос о том, почему все же в отдельных случаях поражаются именно зрительные нервы, нужно сказать, что при определенной локализации процесса создаются особо благоприятные условия для поражения зрительных нервов из-за некоторых предпосылок анатомической структуры (если даже не принимать, что в некоторых случаях существует известный тропизм патологического начала к зрительным нервам).

Встречаются также вариации и даже аномалии в развитии как зрительных нервов, так и каналов, по которым они проходят. В этом можно найти объяснение значительного поражения зрительных нервов в отдельных случаях. Иначе останется непонятным различное

состояние зрительного нерва, который в одних случаях поражается, а в других не поражается, в одних случаях под воздействием терапии наступает быстрое улучшение, в других же аналогичных случаях этого улучшения не наступает.

Переходим к анализу собственных наблюдений над поражениями органа зрения при атипичных формах нейроинфекций, которые некоторые авторы называют оптикоэнцефалитами.

Изменения органа зрения мы наблюдали, как правило, у всех больных в большей или меньшей степени, и они составляли существенную часть клинических проявлений заболеваний.

Картина отмеченных изменений и их исходов в отношении зрительных функций представлена на прилагаемой таблице.

Поражение органа зрения обычно выявлялось уже в первую неделю заболевания и составляло значительную часть всех жалоб больных. Из 29 обследованных больных только у двух (Теплицкий, Вайнтруб) не было жалоб на расстройство зрения, а объективных изменений не отмечено только в одном случае, касающемся мальчика Вайнтруба, 15 лет, у которого все заболевание протекало клинически наиболее легко.

Жалобы всех больных сводились, в основном, к жалобам на ослабление зрения и, иногда, изменение цвета видимых предметов, появление мушек перед глазами, но наиболее частыми были указания на появление двоения предметов и ощущение «сетки перед глазами».

В общем, такие жалобы можно считать довольно однообразными. Но при общей картине какого-то общего заболевания инфекционного характера жалобы на расстройство зрения при отсутствии наружных признаков поражения глаз могут иметь диагностическое значение и не должны быть упущены. Во многих случаях они помогали нам ориентироваться в сущности заболевания еще на первом, амбулаторном приеме больного.

Из внешних проявлений поражения глаз отмечались расстройства подвижности глазных яблок, которые наблюдались нами у 11 больных (из 29), а также птоз верхнего века в двух случаях, причем в одном случае двусторонний и резко выраженный.

В одном случае наблюдался парез взора (больная Дружинская) при легком парезе верхней ветви левого лицевого нерва. Расстройства подвижности глазных яблок в 8 случаях были обусловлены парезами отводящего нерва, поражение которого наблюдается, повидимому, чаще других. Поражения глазодвигательного нерва отмечены в трех случаях, причем в одном случае они носили стволовой характер при одновременном поражении отводящих нервов и двустороннем птозе (больной Червинский). Несмотря на тяжелое течение заболевания, закончившегося летально, в последнем случае не было обнаружено никаких патологических изменений на глазном дне. Определить остроту зрения из-за тяжелого состояния больного не представлялось возможным.

Односторонний частичный птоз, обычно мало выраженный, представляет довольно частое явление. Реже наблюдается понижение

корнеальных рефлексов (2 случая), которые в легких случаях трудно определяются.

Наиболее постоянные и резкие изменения наблюдались на глазном дне. Из всех больных только у трех не было отмечено объективных изменений на дне, хотя у одного из них (Коваленко) были настойчивые жалобы на ослабление зрения, несмотря на то, что этот больной показал при измерении остроты зрения 1,0 на каждый глаз. Не обнаружено изменений на глазном дне у больных Червинского и Вайнтруба, о котором уже упоминалось. Остальные больные (90 проц.) имели достаточно выраженные, хотя и в различной степени, изменения на глазном дне. Общий характер этих изменений составляли отечно-воспалительные явления в соске зрительного нерва, нередко сопровождавшиеся кровоизлияниями на соске и в перипапиллярной области, а также по ходу сосудов глазного дна.

Во всех случаях поражение сосков зрительных нервов было двусторонним, хотя и не всегда одинаково выраженным. В большинстве случаев превалировали застойные явления, характеризовавшиеся в большей или меньшей степени выстоянием соска, красновато серым цветом, напоминающим картину, наблюдавшуюся обычно при внутричерепных опухолях. Однако, все же эти изменения не достигают столь резких степеней, как при последних заболеваниях. Они напоминают собой как бы недоразвитую или заканчивающуюся форму их и, кроме того, характеризуются способностью обратного развития или остановкой процесса на том или ином функциональном уровне. Улучшение зрительных функций отмечалось нередко под влиянием терапевтических мероприятий, особенно после люмбальных пункций, и не всегда соответствовало картине глазного дна. Больная Алукер, при выраженных застойных сосках обоих глаз, несколько расширенных зрачках и ослабленной прямой реакции на свет слева, сохранила остроту зрения на каждый глаз 1,0, с которой выписалась, несмотря на типичный атрофический вид сосков ко дню выписки, более выраженный на правом глазу, чем на левом (заключение академика Филатова). При повторном исследовании больной Алукер уже было обнаружено не только изменение глазного дна, но и понижение остроты зрения в результате рецидива заболевания.

Нами отмечены случаи (Гарпенюк, Машталер), когда изменения сосков зрительных нервов протекали в форме неврита, т. е. почти без выстояния соска и увеличения его размеров, но при резкой гиперемии, неразличимости границ, расширении и извилистости артерий и вен сетчатки, в общем с превалированием воспалительных явлений. В некоторых случаях по картине соска невозможно было определить превалирование застоя или неврита и приходилось ориентироваться по функциональной пробе, учитывая, что при чисто застойных явлениях острота зрения лучше сохраняется, чем при воспалительных.

Кроме сосков зрительных нервов, отек часто распространялся и на перипапиллярные участки сетчатки. Периферия глазного дна, как правило, оставалась свободной. Не наблюдалось изменений также в области желтого пятна.

№№ п.п.	Фамилия больного и № истории болезни	Пол	Возраст	Глазное дно	Острота зрения с коррекцией в день поступления	Зрачковые реакции
1	2	3	4	5	6	7
1	Знаемская № 1820	ж	28	Атрофия зрит. нервов после нейропапиллита. Кровоизлияния по ходу сосудов	Пр. гл.—1,0 Лев. гл.—1,0	
2	Ищук № 1520	ж	24	Заст. соски на обоих глазах одинаково выражены	Пр. гл.—0,6 Лев. гл.—0,7	
3	Заволока № 1011	ж	13	Заст. соски зрит. нервов обоих глаз. Большое кровоизлияние у края соска лев. глаза	Пр. гл.—0,4 Лев. гл.—0,5	Анизокория D>S
4	Плюшко № 813	м	18	Гиперемия сосков больше выражена слева (неврит)	Пр. гл.—0,015 Лев. гл.—0,01	Анизокория
5	Дремлюга № 10	ж	34	Застойные соски обоих глаз	Пр. гл.—счет пальц. на 20 см Лев. гл.—счет пальц. на 30 см	S>D Реакция справа вялая, слева отсутствует
6	Коваленко № 80	ж	22	Легкая гиперемия сосков обоих глаз	Пр. гл.—0,8 Лев. гл.—0,6	
7	Червинский № 85	м	10	Дно обоих глаз—норма	Оба глаза—неопредел.	Зрачки резко расшир. S>D, реакция вялая
8	Теплицкий № 130	м	31	Застойные соски больше слева	Оба глаза—0.8	
9	Горненюк № 850	ж	20	Неврит зрительных нервов	Пр. гл.—0,6 Лев. гл.—0,7	
10	Машталер № 121	ж	49	Неврит зрительных нервов	Определить не удалось	Реакция вялая
11	Гончарук № 2372	ж	17	Нейропапиллит	Пр. гл.—0,7 Лев. гл.—0,3	
12	Вайнтруб № 62	м	15	Дно—норма	Пр. гл.—1,0 Лев. гл.—1,0	
13	Зволинская № 1060	ж	45	Дно—норма. При повторном поступл. отмечена начин. атрофия после неврита	Пр. гл.—0,8 Лев. гл.—0,6	
14	Сольская № 330	ж	16	Начин. атрофия сосков зрит. нервов после застоя. Реакции на свет вялые	Пр. гл.—0,6 Лев. гл.—0,6	

БІБЛІОТЕКА ім. В.П. Філатова

органа зрения

Поражения n. oculomatoris	Поражения n. abducens	Поле зрения	Прочие изменения	Исход (острота зрения при выписке)
8	9	10	11	12
			Левая глазная щель несколько уже правой	Атрофия сосков зрительных нервов Зрение: пр. гл.—0,03 лев. гл.—0,02
				Зрение: пр. гл.—1,0 лев. гл.—1,0 Глазное дно—норма
	Парез правого отводящего нерва	Небольшое концентрическое сужение		Следы бывшего застоя справа Дно слева—норма Зрение: пр. гл.—0,6 лев. гл.—0,6
		Концентрич. сужение. Центр. скотома	Парез левого лицевого нерва	Атрофия зрит. нерва после неврита. Скотомы увелич. Зрение—счет пальцев на 25 см обоих глаз
	Легкий парез слева			Нейропапиллит обоих глаз. Зрение: оба глаза—счет пальцев на 45 см
		Неб. конц. сужение	Парез левого лицевого нерва	Зрение обоих глаз—1,0 Дно—норма
Двусторонний птоз, движ. блока огранич.				Смерть
			Легкий парез лев. лиц. нерва	Легкая гиперемия сосков Зрение: пр. гл.—0,9 лев. гл.—1,0
		Концентр. сужено незначит.		Зрение: оба гл.—0,9
	Парез лев., парал. прав.		Понижены корнеальные рефлексы	Подвижность яблок восстановлена. Гиперемия сосков. Зр. не определ.
Ограничение движ. во все стороны глаз		Концентр. сужение		Нач. атрофия зрит. нерва Зрение: пр. гл.—0,8 лев. гл.—0,9
			Парез левого лицевого нерва	Зрение: пр. глаз - 0,8 лев. глаз—0,9
			Парез левого лицевого нерва	Дно—норма Зрение не отмечено
Частичный птоз слева				Атрофия зрительн. нервов Зрение: пр. гл.—0,2 лев. гл.—сч. пальц. на 5 см, Зрачки расширены. Явления неврита удерживаются

БІБЛІОТЕКА ім. В. П. Філатова

15	Волынец № 1050	ж	18	Нейропапиллит обоих глаз	Оба глаза—0,2	Реакция на свет прямая и содруж. ослаб.
16	Коваленко- № 976	м	30	Дно—норма. Жалобы на ослабление зрения	Оба глаза—1,0	
17	Костенко № 1282	м	12	Неврит с переходом в атрофию сосков зрительных нервов	Оба глаза — счет пальцев на расст. 2 м.	Реакции на свет вялые
18	Гуцалюк № 147	ж	15	Застойные соски с обеих сторон	Пр. гл.—0,6 Лев. гл.—0,4	
19	Теслюк № 1620	ж	18	Атрофия после неврита с обеих сторон	Оба глаза — различ. пальцы вблизи глаз	
20	Дружинск. № 941	ж	29	Гиперемия сосков зрительных нервов больше справа	Пр. гл.—0,7 Лев. гл.—0,8	
21	Балычева № 942	ж	27	Небольшой застой сосков зрител. нервов. Кровоизлияние на соски	Пр. гл.—0,7 Лев. гл.—0,6	S > D
22	Якимчук № 1753	ж	17	Неврит с обоих сторон с переходом в атрофию	Оба глаза—1,0	Расширены. Реакция вялая
23	Алукер № 10	ж	16	Застойные соски обоих глаз	Оба глаза—1,0	Вялая реакция слева
24	Школьник № 992	м	11	Резкая гиперемия сосков зрит. нервов с явлениями застоя	Оба глаза—0,8	
25	Сокур № 1071	ж	46	Гиперемия сосков зрит. нервов с отеком	Оба глаза—0,6	D > S
26	Ленчук № 125	м	4	Застойные соски зрит. нервов с переходом в атрофию	Оба глаза—0	Реакции вялые
27	Кусинский № 118	м	23	Застойные соски зрительных нервов	Оба глаза—1,5	Реакции вялые
28	Коновалов № 72	м	43	Начинающаяся атрофия зрительных нервов	Пр. гл.—0,5 Лев. гл.—0,8	Реакции вялые
29	Гусак № 540	ж	24	Двусторонний застойный сосок	Пр. гл.—0,1 Лев. гл.—1,5	D > S

БІБЛІОТЕКА ім. В.Г. Фінагова

9	10	11	12
Легкий парез слева			Зрение: оба глаза—1,0
			Зрение: оба глаза—1,0 Выздоровление
Двусторон. парез больше слева		Парез левого лицевого нерва	Атрофия зрит. нервов. Амавроз. Подвижн. глазн. яблок улучшилась
Левостор. паралич	Концентр. сужение	Парез левого лицевого нерва	Остатки застоя Зрение: пр. гл.—0,6, лев. гл.—сч. пальц. на 1 м.
			Атрофия после неврита Зрение: пр. гл.—0,6, лев. гл.—сч. пальц. на 1 м.
		Парез взора Парез левого лицевого нерва	Выздоровление Зр.: пр. гл.—1,0, лев. гл.—1,0
			Побледнение сосков Зрение: пр. гл.—0,8 лев. гл.—0,9
		Парез левого лицевого нерва	Атрофия после неврита. Амавроз.
	Небольшое конц. сужение		Поблед. сосков зрит. нерва. Зрение обоих глаз—1,0
Легкий парез справа		Диплопия	Незначительные застойные явления Зрение обоих глаз—1,0
	Концентр. сужение		Гиперемия сосков удерживается Зрение обоих глаз—1,0
			Смерть
			Атрофия после застоя Амавроз
			Выписан без изменений
	Концентр. сужение		Застойные соски удерживаются Зр.: пр. гл.—0,4, лев. гл.—0,3

БІБЛІОТЕКА ім. В.П.Філатова

Более частым сопутствующим явлением было концентрическое сужение поля зрения, которое отмечено у 8 больных. Нужно полагать, что это явление встречается чаще, но выявление его, как субъективного симптома у больных подобного рода, вызывает понятные затруднения.

Из частых глазных расстройств следует отметить также анизокорию и нарушения зрачковых реакций, наблюдавшиеся у 16 больных. Чаще всего они выражались ослаблением прямой и содружественной реакции на свет, при сохранении реакции на аккомодацию и конвергенцию. Анизокория отмечена у 9 больных, вялая реакция — у 10. Вялую реакцию только на одном глазу можно было во всех случаях объяснить соответствующими изменениями на этом глазу.

Исходы поражения органа зрения можно охарактеризовать по состоянию остроты зрения на день выписки больных из клиник. Из общего числа 29 наблюдений только в двух случаях не было обнаружено объективных изменений на глазном дне в течение всего процесса. Однако и в этих случаях были субъективные жалобы на ослабление зрения. Объективно же острота зрения на всем протяжении болезни оставалась в пределах нормы. Таким образом, можно говорить об исходах только в отношении 27 больных. Они выражаются в следующих цифрах:

Полное восстановление зрения	4
Улучшение (по сравнению с днем поступления в клинику)	10
Оставалось без изменений (по сравнению с днем поступления в клинику)	4
Ухудшилось	5
Невыясненных случаев	4

Принимая во внимание, что основными изменениями во всех случаях являлись поражения зрительнонервного аппарата глаза, которые обычно относятся к категориям поражений с неблагоприятным или сомнительным прогнозом в отношении сохранения зрения, нужно сказать, что, в общем, исходы в наших случаях оказались сравнительно благоприятными. Из 27 случаев в 18 процесс изменился в сторону улучшения зрительных функций или, во всяком случае, оставался на одном уровне.

Такое относительно благоприятное течение поражений глаз, несмотря на подчас весьма грозную картину изменений на глазном дне, нужно считать характерным для данного заболевания и может быть объяснено тем, что развивающиеся в глазу процессы носят скорее вторичный характер, чем непосредственное влияние инфекции на орган зрения. Сравнительная обратимость процессов говорит больше за превалирование явлений застойного порядка со стороны зрительного аппарата, чем за активный воспалительный процесс.

В 5 случаях ухудшения зрения на глазном дне наблюдались явления выраженного неврита, при активной гиперемии сосудов глазного дна, и кровоизлияния вблизи или на соске зрительного нерва. Такую картину нужно считать неблагоприятной с точки зрения про-

гноза как в отношении сохранения зрения, так и жизни больного. Смертельный исход имел место в одном случае, в котором глазное дно оставалось без заметных изменений, хотя остроту зрения определить не удалось из-за бессознательного состояния больного.

В случае второго смертельного исхода на глазном дне наблюдалась картина резко выраженных застойных сосков, напоминающих явления при туморе мозга. Острота зрения в данном случае равнялась нулю уже при поступлении в клинику.

На основании отмеченных наблюдений можно сказать, что состояние остроты зрения, в большинстве случаев, соответствовало течению общего заболевания и в этом отношении оно может служить до некоторой степени прогностическим признаком.

Резюмируя приведенные литературные данные и собственные наблюдения, можно сказать, что поражения глаз при так называемом оптикоэнцефалите не представляют собой ничего особо характерного по клинической картине, чего мы не встречали бы при других заболеваниях центральной нервной системы. Аналогичные изменения наблюдаются как при воспалительных процессах мозга и его оболочек, так и при новообразованиях и травмах.

Как сказано, поражения глаз этого рода вряд ли могут служить достаточным основанием для выделения оптикоэнцефалита в отдельную нозологическую единицу, требующую самостоятельного клинического наименования.

БІБЛІОТЕКА ім. В.П.Філатова

Из Туркменского Республиканского трахоматозного института
(Директор — И. Д. Френкин)

БАКТЕРИОЛОГИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО КОНЪЮНКТИВИТА В ТССР

Проф. С. Ф. Кальфа и д-р мед. наук Р. С. Драбкина

Ежегодно в летнее время Туркмения становится ареной широкого распространения эпидемического конъюнктивита, охватывающего большое количество населения (Малкин, Шевелев, Павлов и др.). Однако, вирус, вызывающий это заболевание в Туркмении, совершенно не изучен. Даже в своей диссертации, посвященной данному вопросу, Павлов ограничился бактериоскопическими исследованиями. Между тем, изучение вируса очень важно в связи с большой поражаемостью населения, главным образом детского.

В условиях Туркмении распространение эпидемического конъюнктивита приобретает грозный характер, создавая все условия для трахоматозных заболеваний (особенно среди детей) и затрудняя, а иногда и совсем останавливая, борьбу с трахомой. Бактериоскопическое исследование не только не может определить характер вируса, но и не дает возможности испытать ряд противоэпидемических и лечебных мероприятий. При бактериоскопическом исследовании микробов Кох-Викса, например, нельзя отличить от микробов инфлюэнцы, а при беглом осмотре и обычной окраске — даже от некоторых представителей кишечной палочки. Исходя из этого, мы решили изучить более подробно возбудитель эпидемического конъюнктивита в Туркмении.

Возбудителем этой болезни являются палочки Кох-Викса. В 1883 г., во время холерной эпидемии в Александрии, Кох впервые микроскопически исследовал целый ряд острых конъюнктивитов, при которых он закономерно обнаруживал короткие, нежные палочки. Выделить чистые культуры этих микробов из-за отсутствия времени ему не удалось. В 1887 г. Викс в Нью-Йорке наблюдал острый конъюнктивит; при этом в выделениях он постоянно находил в большом количестве очень маленькие, нежные палочки, которые располагались либо в лейкоцитах, либо свободно маленькими кучками. Выделить чистую культуру было очень трудно. Виксу вначале удалось только культивировать их совместно с палочками ксероза. В 1890 г. на интернациональном медицинском конгрессе Викс сообщил о получении чистой культуры.

Моракс в 1894 г. дал точное и подробное описание условий роста палочек Кох-Викса. Для животных эти палочки не были патогенны. Мораксу удалось чистыми культурами, после 2-3-дневной инкубации, вызвать у человека эпидемический конъюнктивит с типичными выделениями. Такие же данные получили Гофман (1900 г.), Вайхсельбаум и Мюллер (1899 г.).

Дальнейшие исследования авторов были направлены на то, чтобы установить взаимоотношения между палочками Кох-Викса и инфлюэнцы. Вайхсельбаум и Мюллер первые указали на большое сходство между ними.

Рымович высказывался за полную идентификацию палочек Кох-Викса и инфлюэнцы. Июндель наблюдал у грудных детей, при наличии бронхита и типичной для инфлюэнцы температурной кривой, острый конъюнктивит, при котором бациллы были совершенно идентичны бациллам инфлюэнцы и росли преимущественно на кровяных средах.

Нестлингер, Шнайдер и особенно Кнорр и Виссман, на основании морфологических, культуральных и серологических исследований, пришли к выводу, что между палочками Кох-Викса и инфлюэнцы существуют разные переходы и что речь идет о различных типах одного и того же вида микроба.

Согласно выводам Линднера, бациллы поселяются прежде всего на закрытой эпителиальной поверхности, особенно на конъюнктиве глазного яблока, а также на пальпебральной. Разрыхление и десквамация эпителия микробными ядами наступают очень рано, уже в первые дни. Вследствие быстрого отторжения верхнего слоя клеток кох-виксовские бациллы сохраняются на эпителии недолго и очень рано обнаруживаются в секрете.

Однако, поскольку в начале заболевания бациллы размножаются в слизистой, в этом периоде палочки в мазках (Линднер) из соскоба слизистой глазного яблока можно обнаружить скорее, чем в мазках из выделений.

Наши наблюдения также показали, что в мазках, сделанных из соскоба на 1-2-3-й день заболевания, можно было находить бациллы Кох-Викса чаще и в большем количестве, чем в мазках из выделений.

Обычно бактериоскопически палочки Кох-Викса легко обнаруживаются, особенно в первые дни заболевания. Число лейкоцитарных фагоцитов часто значительно. В каждом поле зрения можно видеть лейкоцитов, начиненных бациллами, а также эпителиальные клетки, наполненные микробами (Аксенфельд). Нам также часто приходилось встречать бациллы в эпителиальных клетках.

По Граму, бациллы Кох-Викса обесцвечиваются быстро и полностью; лучше всего они окрашиваются сильно разведенным карболовым фуксином (10 минут). Как правило, они воспринимают краску не очень интенсивно. Обычно в препаратах можно видеть почти исключительно бациллы Кох-Викса или наряду с ними отдельные кокки и бациллы, главным образом, палочки ксероза. Во время уменьшения секреции количество бацилл Кох-Викса быстро уменьшается. В мазках из гноя палочки Кох-Викса встречаются различные по длине, иногда исключительно маленькие (0,5—1 микрон), почти как маленькие кокки. Многие из особей имеют длину от 1 до 3 микронов. Наиболее характерным признаком для кох-виксовских бацилл надо считать их небольшую ширину, создающую впечатление тонких, нежных палочек.

В одном и том же мазке нередко можно наблюдать как короткие, так и более длинные формы. Кох-виксовские бациллы неподвижны, несколько изогнуты, края их закруглены. Взаиморасположение палочек бывает различное: они скрещиваются, размещаются параллельно или под углом, а также в виде стайки следующих друг за другом рыб. Выращивание бацилл на искусственных питательных средах представляет известные трудности. Целый ряд авторов (Викс, Моракс) указывают, что рост кох-виксовских палочек возможен только при малом содержании агара (0,5 проц.) слабо-щелочной реакции. Для выращивания их Моракс предложил прибавлять к 0,5-проц. агару человеческую сыворотку или другую серозную жидкость, асцитическую, из гидроцеле или овариальной кисты.

В отношении веществ, улучшающих рост кох-виксовских бацилл, имеются противоречивые данные: одни авторы добивались очень хорошего роста, например, на кровяных или сывороточных средах, у других на этих же средах получались отрицательные результаты. Шпеллер и Левинталь считают, что диференциально диагностическим признаком для кох-виксовских бацилл служит их рост на асцитическом агаре, тогда как для палочки инфлюэнцы характерен рост на кровяных средах (содержащих гемоглобин).

Наши данные сходятся с данными вышеуказанных авторов: нам ни разу не удавалось выделить культур кох-виксовских бацилл на кровяном и сывороточном агаре и, наоборот, все полученные нами культуры мы выделили на асцитическом агаре. Надо отметить, что необходимое условие для роста бацилл — это достаточная влажность среды.

Наши наблюдения совпадают с наблюдениями Кнорра, который получал то хороший рост, то отсутствие роста на асцитическом агаре. Кнорр связывает это явление с наличием или отсутствием в асцитической жидкости крови (гемоглобина). Свеже выделенные штаммы дают едва заметный рост на простом агаре после 48—72 ч. инкубации в термостатах. В простом бульоне они образуют едва заметную муть. Спустя 6—12 месяцев после выделения рост наших штамм был более выраженным, но все же очень слабым.

Кох-виксовские бациллы растут хорошо только при температуре от 35 до 38 град. В виде исключения их можно получить сразу в чистом виде. Чаще всего им сопутствуют палочки ксероза, а также единичные стафилококки. Рымович, Аксенфельд, Кнорр и другие считают, что одновременное наличие этих микробов благоприятствует росту кох-виксовских бацилл. Согласно выводам Вайхсельбаума и Мюллера, особенно хороший и постоянный рост их наблюдается при одновременном засеве питательной среды кокками. Такое же наблюдение при инфлюэнце сделал Гросбергер. По литературным данным, оптимальная питательная среда для кох-виксовских бацилл, как и для палочек инфлюэнцы, должна содержать два фактора: фактор *V* с витаминоподобными свойствами, который выдерживает непродолжительное

кипячение, и фактор *X*, который не разрушается при нагревании в течение 30 минут при 120 град.

Факторы *Y* и *X* находятся в красных кровяных клетках и могут быть оттуда извлечены. *X* связан с гемоглобином, *Y* может быть взят из животных тканей, серозных жидкостей, а также из бактериальных культур.

Нестлингер и Шнайдер при выделении культур нашли 2 морфологически отличимых типа кох-виксовских бацилл: чаще встречаемые длинные типичные палочки и реже встречаемые короткие палочки, напоминающие бациллы инфлюэнцы. Что касается наших наблюдений, то одни из наших штаммов в первых генерациях обнаруживали более длинные формы, другие — более короткие. По мере культивирования разница в морфологии бацилл сглаживалась и все штаммы обнаруживали короткие формы, напоминающие палочки инфлюэнцы.

Колонии кох-виксовских бацилл после 24—48 часов роста — прозрачные, блестящие, исключительно маленькие; края их ровные. На сывороточном и кровяном бульоне образуется неясная муть, которая садится на дно. Колонии имеют слегка желтоватую окраску. В наших опытах в разных генерациях (спустя 4—6 месяцев после выделения) желтоватый пигмент появлялся на 4-й день роста на простом агаре. На асцитическом агаре культуры кох-виксовских бацилл не давали такого выраженного пигмента, как на простых средах.

Биохимические свойства этих бацилл изучены Кнорром. По отношению к индолу Кнорр делит кох-виксовские палочки на две группы: образующую индол и не образующую. В первой группе преобладают кокко-бациллярные штаммы. Кнорр нашел, что кох-виксовские бациллы разлагают глюкозу, левулезу и мальтозу; сахарозу, лактозу и маннит разлагают не все штаммы. Образования газа Кнорр никогда не замечал.

Согласно нашим наблюдениям, все выделенные нами штаммы индола не образуют, гемолиза не вызывают. Что касается сахаров, то лактозу ни один из штаммов не разлагал, мальтозу же все они разлагали. Глюкозу, сахарозу и маннит разлагали лишь некоторые свежие штаммы, а спустя несколько месяцев после выделения — все.

Так же, как Кнорру, Шнайдеру и другим, нам удалось получить кроличью сыворотку, агглютинирующую кох-виксовскую бациллу. Несмотря на длительную иммунизацию (сначала убитыми, а затем живыми микробами), у нас ни разу титр сыворотки не превышал 1:800. Надо отметить, что некоторые кох-виксовские штаммы обладают наклонностью к спонтанной агглютинации. В наших опытах, как и в опытах Кнорра, сыворотка, полученная против одного штамма, не агглютинировала с другими. Иммунизируя кролика несколькими штаммами бацилл Кох-Викса, Кнорр получил сыворотку, которая реагировала со всеми штаммами.

Интересно отметить, что серологически нельзя отличить кох-виксовские палочки от палочек инфлюэнцы. Этот факт больше всего говорит о близости тех и других микробов (Кнорр).

Согласно Кнорру, у больных эпидемическим конъюнктивитом реакция Грюбер-Видаля с собственным штаммом всегда положительная, иногда даже при разведении 1:800; что касается других кох-виксовских штаммов, то некоторые из них агглютинировались, а другие не агглютинировались.

Мы исследовали реакцию Грюбер-Видаля у больных эпидемическим конъюнктивитом в острых и хронических формах. Пользовались мы не собственными (т. е. выделенными у исследованных больных) штаммами, а прежде выделенными. Может быть, этим объясняется то, что положительную реакцию мы наблюдали только в 25 проц. случаев, при чем титр агглютинации колебался между 1:800 и 160. Реакцию агглютинации мы ставили одновременно с 4 штаммами кох-виксовских бацилл. Как правило, у нас получалась положительная реакция агглютинации не со всеми четырьмя штаммами, а с одним, двумя или тремя из них.

В то время, как многие авторы изучали серологические реакции больных эпидемическим конъюнктивитом, никто не изучал кожные реакции таких больных на кох-виксовский антиген.

Нас интересовало, возникает ли в процессе взаимодействия организма с кох-виксовскими палочками повышенная чувствительность организма к этому микробу, т. е. не принадлежит ли эпидемический конъюнктивит к ряду аллергических заболеваний и нельзя ли объяснить часто возникающие рецидивы с более резким и бурным течением именно существованием аллергии.

Для кожных биологических реакций мы пользовались фильтратами кох-виксовских бацилл. Для изготовления их брали трехдневные культуры на асцитическом агаре, которые смывали физиологическим раствором и затем пропускали через свечу Шамберляна. Полученные фильтраты приближались к типу фильтратов Шварцмана. Их предварительно выдерживали в лаборатории не менее 10 дней.

Для сравнения мы предварительно изучали реактивность здоровых людей на этот фильтрат и остановились на таком разведении, которое у здоровых вызывало очень слабую или отрицательную реакцию. Применение этого разведения на больных эпидемическим конъюнктивитом давало возможность выявить больных, повышенно реагирующих на фильтрат. Мы вводили внутрикожно 0,1 куб. см фильтрата и учитывали реакцию через 24 часа.

Наши исследования показали, что почти у всех больных в начале (с 1-го до 7-го дня) заболевания возникали либо отрицательные либо очень слабые положительные кожные реакции.

Больные с хроническими формами конъюнктивита и в стадии рецидива почти в 50 проц. случаев давали положительные кожные реакции.

У Кнорра при серологических исследованиях получалась положительная реакция агглютинации только с собственными штаммами. Возможно, что если бы и мы в кожных реакциях пользовались собственным антигеном, то имели бы более ярко выраженные данные .

Мы воздерживаемся от выводов, но нам кажется, что наблюдения в этом направлении следует продлить.

Бациллы Кох-Викса, как показали Моракс, Гофман, Вайхсельбаум, Мюллер, совершенно безвредны для конъюнктивы животных. Обезьяны, собаки, кролики. свинки, крысы, мыши и другие животные оказались рефрактерными при всех видах заражения. Через 24 часа в месте заражения микробы не обнаруживались.

Что касается общего действия на организм животных, то только применение массовых доз инфекционного материала некоторыми авторами (Нестлингер, Кнорр) приводило к смертельному перитониту. Мы также, пользуясь внутрибрюшным введением мышам смыва целой агаровой культуры, при испытании 4-х штаммов наблюдали смерть в двух случаях. При введении таких же доз убитых микробов мыши во всех случаях оставались живыми.

Слизистая человека, напротив, очень чувствительна к кох-виксовским бациллам. Заражение людей чистыми культурами получили Моракс, Викс, Вайхсельбаум, Мюллер, Гофман.

Иммунитет после эпидемического конъюнктивита ограничен и непродолжителен (Моракс, Петин, Мюллер). Надо полагать, что благодаря его возникновению и наступает потухание эпидемии. Наличием иммунитета можно объяснить факт существования бациллоносителей в окружении больных эпидемическим конъюнктивитом.

Так как в настоящее время нет специфического средства для профилактики и лечения этой болезни, мы попытались извлечь из выделений больных эпидемическим конъюнктивитом бактериофаг, вирулентный для кох-виксовских бацилл. Для этого несколько больных не подвергались никакому медикаментозному лечению, а оставались под нашим наблюдением до естественного самоизлечения. К моменту угасания воспалительных явлений, когда начинался процесс выздоровления, мы стерильным тампоном очищали глаз от выделений, погружали тампон в пробирку со стерильным бульоном и ставили взвесь в термостат. Через сутки фильтровали ее через свечу Шамберляна. Разные количества этого фильтрата (от 0,5 до 3 куб. см) прибавляли к свежей пробирке бульона, в которую, кроме того, засевались палочки Коха-Викса. Все это ставилось в термостат. Однако, во всех наших опытах приготовленные таким образом бульонные посевы кох-виксовских бацилл давали нормальный рост, и нам не удалось получить стерильных пробирок. Последующие перевивки из бульонных взвесей на агаровые пробирки также давали обычный рост. Иными словами, в наших, правда, немногочисленных опытах нам не удалось выделить специфический бактериофаг, и мы решили поставить другую серию опытов.

Согласно указаниям Д'Эрелля, природа бактериофага едина: в кишечнике всех организмов существуют бактериофаги, питающиеся за счет кишечной палочки. Они обладают свойством приспосабливаться к паразитизму за счет патогенных микроорганизмов, наводняющих организм в момент инфекции.

Д'Эрелль во всех своих работах подчеркивает способность

бактериофага приспосабливаться. По его утверждениям, большинство рас бактериофага с самого же начала поливалентно, т. е. способно атаковать одновременно различные бактериальные виды, а некоторые расы активны по отношению к таким далеким друг от друга в систематике видам, как кишечная палочка, бактерии дизентерии или чумы.

Исходя из вышесказанного, мы решили испытать имевшиеся в нашем распоряжении фаги (дизентерийный, холерный, пиогенный) в отношении кох-виксовских бацилл. Опыты показали, что только дизентерийный фаг в разведении 1:10, прибавленный к бульонной культуре кох-виксовских бацилл, способен вызвать просветление последней.

Путем адаптации дизентерийного фага к кох-виксовским бациллам повторными посевами нам удалось несколько повысить вирулентность фага, доведя титр до разведения 1:100. Дальнейшие пассажи уже неспособны были повысить вирулентность фага в отношении бацилл. Таким образом адаптированный к кох-виксовским бациллам фаг потерял свою способность действовать на дизентерийные бациллы в разведении даже 1:10. Получив таким образом фаг, правда, с небольшим титром, способным действовать на кох-виксовские бациллы, мы решили испытать его в профилактике и лечении эпидемического конъюнктивита.

Предварительно испробовали фаг на здоровых людях, чтобы исключить возможность вредного влияния на орган зрения. Мы закапали его себе, а после того 10 сотрудникам института. Во всех случаях нельзя было отметить никаких явлений раздражения органа зрения.

С целью профилактики фаг систематически закапывали всем детям яслей № 21, где находилось 200 детей. Закапывание было начато 19.IV и продолжалось до конца года. Всего за это время переболел 81 человек — 40,5 проц. всего числа (из них 14 человек по 2 раза). Сравним эти цифры с данными предыдущего года, когда в этих же яслях проводилась профилактика протарголом. В 1942 г. из 190 детей заболело 178, т. е. 93,6 проц., повторно болели 2 раза 40 человек, 3 раза — 10 человек.

Таким образом, мы не можем отметить 100-процентного влияния кох-виксовского фага на устранение заболеваний кох-виксовским конъюнктивитом, но все же, по нашим данным, при профилактике фагом результаты получились вдвое благоприятнее по сравнению с профилактикой протарголом.

Мы также испытали профилактическое значение фага при заболевании одного глаза. Попутно с лечением больного глаза в здоровый ежедневно закапывали кох-виксовский фаг. Всего под наблюдением было 54 человека с односторонним поражением эпидемическим конъюнктивитом. У 35 человек, подвергшихся фагированию здорового глаза, второй глаз заболел у 21 человека, не заболел у 14. Из 19 контрольных второй глаз заболел у 9 человек, остался здоровым до полного выздоровления больного глаза у 10 человек. Таким образом эти наблюдения не подтвердили сколько-нибудь существенного значения фага в профилактике эпидемиче-

ского конъюнктивита. Несколько лучший результат в яслях, по сравнению с 1942 годом, можно объяснить более слабой вспышкой эпидемии в этом году.

Попытки лечения фагом эпидемического конъюнктивита дали во всех случаях отрицательный результат. Таким образом, хотя in vitro и удалось доказать влияние фага на развитие микробов, полученный нами фаг оказался мало пригодным для клинических целей.

Мы можем сделать следующие выводы:

1) Эпидемический конъюнктивит в Туркмении вызывается типичной палочкой Кох-Викса. Морфологически, как в мазках, так и в культурах, попадаются короткие и длинные формы.

2) Нам не удалось доказать наличие более или менее заметной кожной реакции на кох-виксовский микроб у больных эпидемическим конъюнктивитом.

3) Выделить фаг к кох-виксовским бациллам от выздоравливающих больных нам не удалось.

4) Можно воспользоваться дизентерийным фагом для выработки фага, активного по отношению к бациллам Кох-Викса.

5) Полученный нами фаг не дал заметных положительных результатов, как в профилактике, так и в лечении эпидемического конъюнктивита.

6) Мы считаем свою работу незаконченной; необходимо продолжить опыты с фагом, получить более активные серии, а также изучить возможность участия фильтрирующего вируса при конъюнктивите, как это описано для бацилл инфлюэнцы.

Библиотека им. В.П. Філатова

Из глазной клиники Ростовского медицинского института
(Директор — заслуж. деятель науки проф. К. Х. Орлов)

РЕДКАЯ ТРАВМА ГЛАЗА (ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ)

Проф. К. Х. Орлов

Ко мне обратилась 52-летняя женщина с жалобой на боли ломящего, интермиттирующего характера в обоих глазах с затуманиванием зрения и появлением радужных колец вокруг источников освещения.

Эти явления все учащались на правом глазу, левый же оставался нормальным. Предложенную операцию больная категорически отвергла и лечение ограничивалось только впусканием капель пилокарпина. Это не остановило прогрессивного ухудшения зрения и через полтора года дало слепоту на левый глаз и падение зрения правого до 0,4 нормы. Внутриглазное давление дошло до 53 мм. Поле зрения концентрически сужено: кнутри 20 град., кверху 45, кнаружи 70, книзу 40. Офтальмоскспически — экскавация сосков зрительных нервов, резко выраженная на левом глазу и незначительно на правом. Передняя камера одинаково мелка на обоих глазах.

Предложение подвергнуться операции на этот раз было принято. Больная была положена в стационар для операции по Лагранжу. Во время операции, в момент, когда тонкий нож Графэ уже был приставлен к склере для вкола, больная толкнула руку оператора, и вкол и выкол ножа прошел намного дальше лимба на склере. Таким образом, разрез прошел по границе цилиарного тела с сосудистой оболочкой. Полученная рана зияла, и через нее выступило стекловидное тело. Ни капли крови! Стекловидное тело такой консистенции, что ни малейшей потери не получилось, хотя длина разреза была на глаз не менее 6-7 миллиметров и стекловидное тело немного выступало из разреза. С возможной быстротой был снят векоподъемник, и в дальнейшем веки разводились пальцами. После нескольких минут ожидания веки были осторожно разведены и на рану в склере наложены два шва только через конъюнктиву. Пущены капли риванола и пилокарпина. Повязка на оба глаза. Больная отведена в палату и уложена в постель с предупреждением о необходимости лежать неподвижно.

На третий день была сделана перевязка в постели, в лежачем положении. При осмотре швы лежат на месте, конъюнктива несколько приподнята выпятившимся под нее стекловидным телом. Больная жалуется на ломоту в правом глазу.

На 5-й день швы отошли. Конъюнктива резко выпячивается стекловидным телом. Чтобы предупредить дальнейшее выпадение стекловидного тела, наложены два конъюнктивальных шва.

На 8-й день на месте ранения — валикообразное выпячивание

стекловидного тела и покрывающей ее конъюнктивы, через которые все еще видна склеральная рана. На 10-й день зияние склеральной раны значительно уменьшилось.

На 12-й день — небольшой бугорок с булавочную головку — выпячивание стекловидного тела. На 15-й день стекловидное тело покрыто конъюнктивой. На 18-й день — гипертония. Тензия +2. Острота зрения 0,1.

На 23-й день на месте бывшего ранения ясно обрисовалась стафилома склеры, по величине и форме с рисовое зерно. Больной было указано, что необходимо прибегнуть к антиглаукоматозной операции, на что она согласилась.

Операция Эллиота с моей модификацией была сделана на 24-й день после ранения. При первой же перевязке стафиломатозное выпячивание склеры исчезло, оставив небольшой рубчик склеры. На 5-й день после операции, на месте бывшего ранения стафиломы, нет никакого следа выпячивания. На 6-й день острота зрения 0,5. Через три месяца то же состояние.

БІБЛІОТЕКА ім. В.П.Філатова

Из клиники глазных болезней Молотовского медицинского института
(Директор — заслуженный деятель науки проф П. И. Чистяков)

О ПРИВИВКЕ ТРАХОМЫ В СТЕКЛОВИДНОЕ ТЕЛО ПО СЦИЛИ

Канд. мед. наук Н. Ф. Воробьев

Опыты с прививкой трахоматозного материала по Сцили, несомненно, вызывают большой теоретический интерес. Они открывают новые возможности в изучении этиологии трахомы, позволяют проследить реакцию тканей глаза на трахоматозный вирус. Если бы эта реакция подтвердилась как специфическая, можно было бы использовать ее в некоторых случаях и с диагностической целью.

По предложению проф. П. И. Чистякова, с целью проверки опытов Сцили, я с апреля 1937 года занялся прививкой трахомы в стекловидное тело кроликов по способу Сцили. Для сравнения, пользуясь той же техникой, прививал и нетрахоматозный материал. Опытов с прививкой трахомы поставлено 10. Для инъекции использованы в одних случаях эксцизированные кусочки содержащей фолликулы трахоматозной конъюнктивы, взятой у больных с I и II стадией трахомы, в других случаях — содержимое фолликулов при выдавливании. Указанный материал в стерильных условиях тщательно растирался в ступке с несколькими каплями физиологического раствора для получения эмульсии. После предварительной пункции передней камеры, 0,1 куб. см эмульсии вводилась шприцем через склеру позади экватора в стекловидное тело кролика. Для облегчения прокола иногда делался надрез склеры катарактальным ножом.

В 8 случаях после инъекции эмульсии трахомы в стекловидное тело клиническая картина была более или менее однообразна.

Первые 10 дней держалась умеренная перикорнеальная инъекция, влага передней камеры мутнела, в области зрачка образовался фибринозный экссудат и с глазного дна наблюдался сероватый рефлекс (помутнение в стекловидном теле). В дальнейшем явления раздражения глаза уменьшались, но легкая инъекция и сужение зрачка держались до конца наблюдения. С глазного дна получался серый рефлекс от экссудата в стекловидном теле и отслоенной сетчатки. Глазное яблоко становилось мягче, атрофировалось. В одном глазу помутнел хрусталик.

В 2 случаях реакция на введение трахоматозной эмульсии была выражена более резко. Значительные явления раздражения с помутнением камерной влаги и экссудатом в области зрачка держались более долгое время и в одном глазу дело закончилось заращением зрачка и гипотонией. Другой глаз с 25-го дня начал увеличиваться в размерах, роговица по периферии помутнела, про-

росла сосудами, радужка набухла и в виде бугров выпячена в переднюю камеру; зрачок закрылся сероватым экссудатом, глаз стал более твердым. Такая картина держалась до конца наблюдения, еще около двух месяцев.

Глаза энуклеированы через различные сроки после опыта: через 15 дней — 2 глаза, через 45 дней — 2, через 60 дней — 2 и через 75 дней — 4 глаза. Энуклеированные глаза фиксировались в формалине, залиты в целлоидин. Срезы окрашены гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

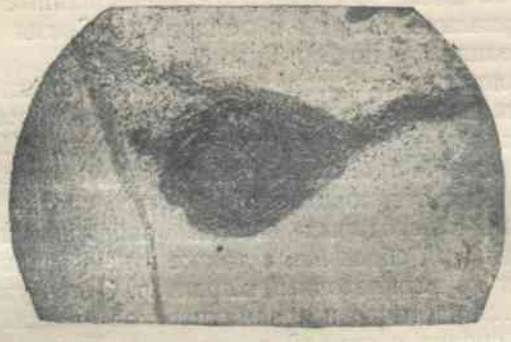
При гистологическом исследовании глаз, энуклеированных через 15 дней после опыта, лимфатических фолликулов или фолликулоподобных образований нигде не найдено. Неспецифическая реакция на введение трахоматозной эмульсии выражалась в мощной инфильтрации стекловидного тела и сетчатки лейкоцитами в стадии распада, в некоторых местах собранными в виде узлов. Ближе к сосудистой оболочке, а также в ней, разлитая инфильтрация принимает круглоклеточный характер. Здесь уже вокруг сосудов встречаются частично и плазматические клетки. Радужка зрачковым краем спаяна с сумкой хрусталика. Хрусталик прозрачный.

Через полтора месяца после опыта по гистологической картине нельзя судить о специфической трахомной реакции. В передней камере следы фибринозного экссудата. Радужка атрофична, зрачковым краем спаяна с капсулой хрусталика. Эпителий передней сумки хрусталика разросся до нескольких рядов. В корковых слоях встречаются вакуоли. Стекловидное тело сморщено. Вся его полость выполнена разросшейся соединительной тканью, в которой еще видны остатки круглоклеточной инфильтрации. Сетчатка отслоена, местами сложилась складками; на передней поверхности ее и в складках много новообразованной соединительной ткани и отдельные лимфоидные элементы. Сосудистая оболочка, начиная от плоской части цилиарного тела, сильно растянута, сосуды расширены, заполнены кровью. Резко выражена разлитая круглоклеточная инфильтрация, в особенности ближе к слою пигментного эпителия сетчатки. Фолликулоподобных образований в стекловидном теле и сосудистой оболочке нет.

В глазах, энуклеированных через 2 месяца после опыта, основные изменения выражались в дегенерации и отслойке сетчатки. Она отслоена почти на всем протяжении, у соска зрительного нерва собрана в складки и изменена до неузнаваемости. Слой невроэпителия погиб, ядерные слои плохо выражены, ядер мало, да и они плохо красятся. В области складок имеются сращения между передними поверхностями. В сосудистой оболочке круглоклеточная инфильтрация только у соска зрительного нерва, да и то разлитого характера. В стекловидном теле инфильтрации нет, но ближе к заднему полюсу глаза имеется большое старое кровоизлияние. Перед соском зрительного нерва — очаг круглоклеточной инфильтрации в виде узла, состоящий из одних лимфоцитов.

Что касается гистологических изменений в четырех глазах, исследованных через два с половиной месяца после прививки тра-

хоматозного материала, то и здесь ни разу не встретились настоящие трахоматозные фолликулы с выраженной краевой зоной из лимфоцитов и более бледно окрашивающегося центра из эпителиоидных клеток. Но все же во всех случаях можно было наблюдать фолликулоподобные образования, состоящие из одного ряда клеток — лимфоцитов. В опыте № 9 скопления лимфоцитов в



Фолликулоподобное скопление лимфоцитов в стекловидном теле кролика через 2,5 месяца после прививки трахомы по Сцили. Опыт № 10.

виде фолликулов небольших размеров найдены в плоской части цилиарного тела и в соединительной ткани, развившейся между цилиарным телом и экватором хрусталика. В опыте № 10 фолликулоподобные скопления лимфоцитов, одни больших, другие меньших размеров, обнаружены в стекловидном теле перед соском зрительного нерва и один большой очаг — в сосудистой оболочке

Фолликулоподобное скопление лимфоцитов в сосудистой оболочке. Узел из лимфоцитов как бы прорвался в стекловидное тело. Опыт № 10. Прививка трахомы по Сцили через 2,5 месяца.

близко к цилиарному телу, при чем здесь видно, что фолликул как бы прорывается через сосудистую оболочку в стекловидное тело. В обсих опытах, кроме узелковой инфильтрации, выражена разлитая лимфоидная инфильтрация в цилиарном теле и в прилежащей сосудистой оболочке. Стекловидное тело сморщено, выполнено соединительной тканью.

В других двух опытах (№ 7 и № 8), клинически протекавших с

большими явлениями раздражения, кроме разлитой инфильтрации лимфоцитами, в некоторых местах с примесью плазматических клеток, также были обнаружены в сосудистой оболочке и прилежащем стекловидном теле небольшие очаги лимфоцитов, но без выраженного центра из эпителиоидных клеток. В этих глазах почти вся полость стекловидного тела была выполнена лейкоцитами в стадии распада, при чем в центральной части клетки плохо окрашивались и были превращены в детрит. Среди лимфоидной инфильтрации, располагающейся ближе к задней стенке глазного яблока, заметно новообразование соединительной ткани.

Таким образом, из 10 опытов с прививкой трахомы в стекловидное тело кролика ни в одном не получено фолликулов, гистологическое строение которых можно было бы отождествить с трахоматозными фолликулами у человека. Только в четырех случаях со сроком наблюдения в два с половиной месяца в стекловидном теле и сосудистой оболочке найдены фолликулоподобные образования различных размеров, состоящие сплошь из лимфоцитов, но без бледного центра из эпителиоидных клеток.

Параллельно с опытами по прививке трахомы в стекловидное тело по Сцили мы, пользуясь той же техникой, поставили для сравнения 3 опыта с прививкой нетрахоматозной эмульсии: в 1 случае содержимое халязиона и в 2 случаях эмульсию из растертого птеригиума, взятого при операции. Глаза кролика были энуклеированы через два с половиной месяца.

В опытах с введением эмульсии растертого птеригиума в стекловидное тело клинически в течение 5-6 дней держались легкая перикорнеальная инъекция и гиперемия радужки. В стекловидном теле отмечалось диффузное помутнение, сосок зрительного нерва был виден неясно. В дальнейшем глаз совершенно успокоился, но отслоилась сетчатка и в стекловидном теле появились кровоизлияния полосовидной формы. При гистологическом исследовании фолликулоподобных образований в оболочках глаза и в стекловидном теле не было найдено. Нигде не отмечалась и разлитая круглоклеточная инфильтрация. В стекловидном теле, ближе к задней поверхности хрусталика, видны некротизированные остатки введенной эмульсии. Перед сетчаткой, вблизи ora serrata, кровоизлияние в виде тяжей. Сетчатка почти на всем протяжении отслоена, причем у соска зрительного нерва она сложилась складками. В области складок на передней поверхности сетчатки развилась соединительная ткань. Дегенеративные изменения в сетчатке выражались в гибели слоя невроэпителия, в неправильном расположения ядер в зернистых слоях, в образовании вакуолей в ядерных слоях и в слое ганглиозных клеток.

В опыте с введением эмульсии халязиона в стекловидное тело клинически реакция была резко выражена. Первые 8 дней наблюдались: значительная перикорнеальная инъекция, фибринозный экссудат в передней камере и в области зрачка, помутнение в стекловидном теле. К 9-му дню инъекция глаза стала мало выраженной, влага передней камеры прояснилась, но по зрачковому краю

осталась пленка. С глазного дна повсюду сероватый рефлекс от экссудата в стекловидном теле. В дальнейшем помутнел хрусталик. Через 1 месяц после опыта глаз вновь стал резко инъецированным, роговица по периферии помутнела, проросла сосудами; в передней камере появился фибринозно-гнойный экссудат. Радужка набухла, выпячена в виде бугров. На ее поверхности были видны расширенные кровеносные сосуды. Перед энуклеацией, т. е. через 2 месяца после опыта, глаз еще был резко раздражен, роговица мутна, пронизана сосудами. В передней камере — фибринозно-гнойный экссудат. Зрачок закрыт сероватой пленкой.

Гистологические изменения выражались в следующем:

Роговица резко васкуляризирована, много сосудов под эпителием в поверхностных слоях паренхимы. В передней камере фибринозный экссудат с большим количеством клеточных элементов, большей частью круглых, и меньше лейкоцитов. В радужке и цилиарном теле сосуды расширены, заполнены кровью. Сосудистая оболочка диффузно инфильтрирована круглыми клетками, главным образом, вокруг сосудов. В стекловидном теле мощная инфильтрация из лейкоцитов, при чем клетки в стадии распада, местами превращены в детрит. Среди инфильтрации в стекловидном теле замечается развитие соединительной ткани. Фолликулоподобных скоплений лимфоцитов в стекловидном теле и сетчатке не найдено.

Подводя итог нашим экспериментам, мы можем сделать следующее заключение:

В опытах с прививкой в стекловидное тело кроликов трахомной эмульсии по способу Сцили, а также и эмульсий из тканей, не пораженных трахомой, мы не обнаружили гистологически лимфатических фолликулов, по строению тождественных с трахоматозными фолликулами у человека.

Из 10 опытов с прививкой трахомы все же в четырех случаях, со сроком наблюдения в два с половиной месяца, в стекловидном теле и сосудистой оболочке найдены фолликулоподобные скопления лимфоцитов, но без выраженного бледного центра из эпителиоидных клеток. В глазах, где вводился нетрахоматозный материал, фолликулоподобных образований не отмечено. Хотя эти образования не идентичны трахоматозным фолликулам у человека, нельзя категорически отрицать, что они появляются не в результате специфической реакции на прививку трахомы, тем более, что, кроме лимфоцитов, встречается инфильтрация и плазматическими клетками, т. е. теми элементами, которые наблюдаются и при трахоме. Кроме того, как указано выше, при введении внутрь глаза кролика нетрахоматозной эмульсии образования скоплений лимфоцитов в виде узлов не наблюдалось.

Поскольку реакция тканей глаза кролика на введение трахомной эмульсии оказывается неопределенной, способ Сцили нельзя использовать с диференциально-диагностической целью для подтверждения или отрицания трахомы, тем более, что для проведения опыта требуется длительное время — около трех месяцев.

Из Украинского экспериментального института глазных болезней
имени академика В. П. Филатова (Директор — акад. В. П. Филатов)
и 2-й поликлиники (Главврач — Кушнир)

ЛЕЧЕНИЕ ТРАХОМЫ И НЕКОТОРЫХ ДРУГИХ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦИТОТОКСИЧЕСКОЙ АНТИРЕТИКУЛО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СЫВОРОТКОЙ

А. Е. Волокитенко

Вопрос о цитотоксинах возник давно. В отечественной медицинской литературе по этому вопросу уже в начале XX столетия появилось несколько работ (Мечников — 1901 г., Маньковский — 1902 г., Тарасевич — 1902 г., Мечников — 1903 г., Вишневский — 1907 г. и др.) Особенно занимались этим вопросом заграницей (Эрлих, Моргенрот, Ремер, Вессели, Сакс, Ашофф и др.).

Первым из отечественных офтальмологов стал разрабатывать этот трудный раздел проф. Головин (1904 г.) со своими учениками (Филатовым, Вернке — 1907 г.).

На человеке гемолитическая сыворотка была впервые применена Эльшнигом и Терча в 1904 г. Эльшниг ввел ее в стекловидное тело при кровоизлиянии в него в двух случаях. В первом не было ни реакции, ни желательного результата, второй закончился иридоциклитом, потребовавшим энуклеацию глазного яблока.

Вопрос о применении цитотоксинов в терапии особенно широко разрабатывался в последнее время академиком Богомольцем и его школой (Леонтьев, Варшамов, Марчук, Кавецкий, Дядюша, Федоров, Юровская, Федюшкин и др.).

В офтальмологии цитотоксическая антиретикулярная сыворотка впервые была применена д-ром П. А. Дыбан (Умань). Он испробовал эту сыворотку на 65 больных при ряде глазных заболеваний. В 50 случаях был получен хороший лечебный эффект («Вестник офтальмологии», том XVI, вып. 2—3, 1940 г.).

Как доказано работами академика Богомольца и его школы, цитотоксическая антиретикуло-эндотелиальная сыворотка в малых дозах вызывает стимуляцию ретикуло-эндотелиальной системы и благотворно влияет при некоторых заболеваниях (скарлатина, рожа, сыпной тиф, рак и др.).

Исходя из данных, полученных акад. Богомольцем и его школой, академик В. П. Филатов предложил мне проследить влияние цитотоксической антиретикуло-эндотелиальной сыворотки при трахоме и при некоторых других глазных заболеваниях.

Сыворотка для людей получалась путем иммунизации коз, ослов и лошадей селезенкой, костным мозгом и молочными пятнами сальника трупа человека, использованными не позже чем через

14—16 часов после смерти с предварительным взятием крови на реакцию Вассермана.

Полученный антиген растирали в ступке с песком с добавлением 0,85-проц. физиологического раствора поваренной соли и последующим центрофугированием. Эмульсию (антиген) вводили внутривенно или внутрибрюшинно 5 раз с перерывами в 4-5 дней в возрастающих дозах: 5, 7,5, 10, 12,5 и 15 куб. см. Через 5 дней после последней инъекции антигена определяли титр цитотоксинов в сыворотке животного по методу Бордэ—Жангу. Когда он оказывался не меньше 1:100, а гемолитическая способность не больше 1:20, сыворотка считалась годной для лечения.

Методика инъекции. В стерильных условиях открывали ампулу, содержащую 1 куб. см неразведенной цитотоксической сыворотки. Последнюю разливали в ампулы по 0,1 куб. см и в каждую ампулу добавляли по 0,9 куб. см 0,85-проц. физиологического раствора поваренной соли, т. е. мы разводили ее в 10 раз. При разведении сыворотки всегда делается посев на ее стерильность. Разведенную сыворотку хранили в леднике при температуре +2-4 град. в течение 48 часов. К этому времени просматривали ее посев и, если он оказывался стерильным, сыворотка считалась годной к употреблению. Она применялась местно под конъюнктиву век или под кожу верхней конечности в виде инъекции. Можно вводить ее и внутривенно. Разведенную сыворотку вводили подкожно в количестве: 1 куб. см при первой инъекции, 2 куб. см при второй и 2,5 куб. см при третьей. (Дозировка Киевского института биологии и патологии).

Местно — в переходные складки век — сыворотку вводили в меньших количествах, а именно: по 0,25—0,3 куб. см в переходную складку верхних век каждого глаза при первой инъекции, по 0,5—0,6 куб. см в переходные складки нижних век при второй, а при третьей инъекции по 0,5 куб. см в переходные складки 4-х век или по 1 куб. см в переходные складки верхних век. Мы несколько уменьшили дозы сыворотки для местного лечения вследствие получаемого отека конъюнктивы век и глазного яблока. Курс состоял из 3-х инъекций, которые делались через день или два. Все они должны быть проведены в промежуток времени не больше 10 дней.

Я проследил действие цитотоксической сыворотки на 30 больных, из них трахомных — 14 чел.

По стадиям болезнь распределялась следующим образом: трахома I — 1 случай, трахома II — 7, трахома III — 3 случая и трахома IV — 3 случая.

Цитотоксическая сыворотка была применена также при следующих заболеваниях: керато-конъюнктивите — 1 случай, кератите — 3, ирите — 4, катаракте — 4, краевой язве роговицы — 1, склерите — 2, иридоциклите — 1.

Для иллюстрации лечебного эффекта цитотоксической сыворотки приведем краткие истории болезни.

1. Больная Т., 31 г., домашняя хозяйка. 17.II 1939 г. обратилась в Институт экспериментальной офтальмологии по поводу заболевания обоих глаз. Больна год. Не лечилась.

Диагноз: трахома I обоих глаз.

Объективно: На конъюнктиве верхних и нижних век, особенно в области переходных складок верхних век, имеется много фолликулов. Роговицы прозрачные. Зрение равно 0,8 на обоих глазах. Рефракция эмметропическая. Глазное дно — норма.

19.II 1939 г. сделана первая инъекция разведенной в 10 раз цитотоксической сыворотки по 0,3 куб. см в переходные складки верхних век каждого глаза.

20.II — отмечается небольшой отек верхних век и их конъюнктивы. Фолликулы без изменения. Зрение обоих глаз равно 1,0. Больная жалуется на головную боль.

21.II — отек век и их конъюнктивы почти прошел, фолликулы без изменения. Сделана 2-я инъекция сыворотки по 0,5 в переходную складку нижних век каждого глаза.

23.II — отек верхних век и их конъюнктивы прошел. Отек нижних век и их конъюнктивы уменьшился. Со стороны фолликулов изменений нет. Зрение равно 1,2 на обоих глазах. Сделана 3-я инъекция разведенной цитотоксической сыворотки в переходные складки верхних и нижних век каждого глаза по 0,5 куб. см. Головная боль держится.

25.II — к отеку век и их конъюнктивы присоединился отек конъюнктивы глазного яблока. Фолликулы без изменения. Отмечается повышение температуры до 38 град.; зрение обоих глаз 1,5.

27.II — отек век, конъюнктивы век и глазных яблок прошел. Фолликулы без изменения.

29.II — больная уехала в деревню с условием показаться через месяц.

Приехала она только через три с половиной месяца. При осмотре у больной не было найдено ни одного фолликула. Конъюнктива век — гладкая и блестящая, без рубцов, зрение обоих глаз равно 1,5. По словам больной, рассасывание зерен было обнаружено через месяц после последней инъекции.

2. Больной С., 30 лет, служащий (амб. карта № 1035). 3 III 1939 г. поступил в Институт. Болен около двух лет.

Диагноз: трахома II обоих глаз и начинающийся паннус левого глаза.

Объективно: Глазные щели несколько сужены. На конъюнктиве верхних и нижних век, особенно в области переходных складок верхних век, имеются фолликулы и единичные рубчики. Конъюнктива век несколько набухшая и инфильтрирована. На роговице левого глаза имеется начинающийся паннус (сосуды перегибаются через лимб) и поверхностное помутнение роговиц обоих глаз. Зрение правого глаза равно 0,5, левого — 0,3.

5.III — начата цитотоксинотерапия. Сделана 1-я инъекция разведенной цитотоксической сыворотки в переходную складку нижних век каждого глаза по 0,3 куб. см.

Репозиторий ГГМУ им. Н.Н. Петрова

6.III — появился небольшой отек нижних век, конъюнктивы их и конъюнктивы глазных яблок. Паннус левого глаза и фолликулы конъюнктивы век обоих глаз без изменения. Зрение правого глаза равно 0,7, левого — 0,4. Больной отмечает головную боль.

7.III — отек нижних век, конъюнктивы век и глазных яблок почти прошел. Сделана 2-я инъекция сыворотки по 0,6 куб. см в переходные складки верхних век.

8.III — появился отек верхних век и их конъюнктивы. На конъюнктиве нижних век его уже нет. Отек конъюнктивы глазных яблок еще держится. Фолликулы (оба глаза) и паннус (левый глаз) без изменений. Помутнения роговиц стали менее интенсивными. Зрение правого глаза равно 0,8, левого — 0,5. Головная боль держится.

9.III — отек верхних век, конъюнктивы их и глазных яблок почти прошел. Сделана 3-я инъекция разведенной сыворотки в переходные складки верхних и нижних век каждого глаза по 0,5 куб. см.

10.III — отек век и конъюнктивы их увеличился. Отечность конъюнктивы глазных яблок значительно выражена. Появилась припухлость околоушных желез. Паннус левого глаза стал несколько тоньше. Помутнения на роговицах обоих глаз продолжают рассасываться, фолликулы без изменения. Зрение правого глаза равно 0,8, левого — 0,6. Головная боль продолжается.

12.III — отеков со стороны обоих глаз (веки, конъюнктива их, конъюнктива глазных яблок) нет. Паннус левого глаза продолжает регрессировать. Помутнения роговиц стали еще менее интенсивными, фолликулы без изменений. Зрение правого глаза равно 0,9, левого — 0,6. Головная боль прекратилась. Отечность околоушных желез прошла.

27.III — глазные щели обычные. Отмечено уменьшение фолликулов. Паннус левого глаза продолжает регрессировать — он занимает меньшую площадь и стал бледнее и тоньше. Помутнение роговиц стало еще менее интенсивным. Зрение правого глаза равно 0,9, левого — 0,7. Больной показался еще через месяц. Фолликулов мало, большинство из них рассосалось. Отмечено почти полное рассасывание помутнения роговиц, паннус почти рассосался. Инфильтрация конъюнктивы век не было. При осмотре больного через 2 месяца мною не было обнаружено у него ни одного фолликула как на нижних, так и на верхних веках. Паннуса на роговице левого глаза уже не было. На роговице правого глаза помутнения рассосались, а на роговице левого остатки их еще имелись. Зрение правого глаза равно 1,0, левого — 0,7. Инфильтрации век также не было обнаружено при осмотре 27.IV.

3. Больная Б., 29 лет, рабочая (амб. карта № 3014). Обратилась 1.VI 1939 г. во 2-ю поликлинику по поводу ухудшения зрения обоих глаз, светобоязни, рези в глазах и отделяемого из них. Больна несколько лет.

Диагноз: трахома III, паннус.

Объективно: Глазные щели несколько сужены, конъюнктива

век инфильтрирована и рубцово изменена. Паннус роговицы занимает около восьмой части ее, кроме того, имеются точечные помутнения средней интенсивности. Зрение обоих глаз равно 0,2. Имеется слизисто-серозное отделяемое из конъюнктивального мешка.

2.VI 1939 г. начаты подкожные инъекции сыворотки в принятых дозах через день.

Уже после 2-й инъекции глазные щели приняли обычную ширину, инфильтрация конъюнктивы век уменьшилась, отделяемого стало меньше. После 3-й инъекции начали регрессировать сосуды и точечные помутнения роговицы. Острота зрения повысилась с 0,2 до 0,5. Отделяемого из конъюнктивального мешка не было.

Через две недели после последней инъекции инфильтрация конъюнктивы век прошла, помутнения роговицы значительно рассосались, сосуды также стали тоньше. Острота зрения обоих глаз повысилась до 0,6.

При осмотре больной через 5 недель были обнаружены остатки паннуса, сосуды еще несколько перегибались через лимб, точечные помутнения роговиц были значительно менее интенсивны. Зрение обоих глаз равнялось 0,7. Больше мне не пришлось наблюдать больную.

Переходим к рассмотрению случаев лечения других заболеваний глаз цитотоксической сывороткой.

1. Больной О., 29 лет, рабочий ж.-д. мастерских (амб. карта №2112). 23.IV 1939 г. обратился во 2-ю поликлинику по поводу острых болей левого глаза и соответствующей половины головы. Болен 4 дня.

Диагноз: ирит левого глаза.

Объективно: Глазная щель сильно сужена, светобоязнь, слезотечение; имеется конъюнктивальная и глубокая перикорнеальная инъекция. Зрачок узкий. После закапывания 1-проц. раствора атропина он несколько расширился и принял неправильную форму. Радужная оболочка сильно гиперемирована. Зрение правого глаза равно 1,0, левого — 0,08.

25.IV 1939 г. начата цитотоксинотерапия. Сыворотка вводилась под кожу верхней конечности через день в обычных дозах.

После первой инъекции глазная щель стала шире, светобоязнь и слезотечение уменьшились. Перикорнеальная инъекция стала более поверхностной и менее интенсивной, конъюнктивальная инъекция также стала менее интенсивной. Радужная оболочка менее гиперемирована. Острота зрения повысилась до 0,2. После 2-й инъекции воспалительные явления еще более уменьшились, зрачок стал круглым. Острота зрения повысилась до 0,6. Боли в глазу и в соответствующей половине головы прекратились. После 3-й инъекции светобоязнь исчезла, глазное яблоко стало спокойным; радужная оболочка была еще несколько гиперемирована. Через 3 дня после последней инъекции больной был выписан на работу с остротой зрения 0,9.

В остальных трех случаях ирита примененная цитотоксическая сыворотка дала быстрое излечение.

1. Больной Ю., 73 лет, инвалид (амб. карта № 1906). 28.II 1939 г. обратился в Институт по поводу плохого зрения обоих глаз. На левом глазу 4 года тому назад была удалена катаракта; правым глазом стал плохо видеть за последние 3 года.

Диагноз: начинающаяся катаракта правого глаза. Зрение равно 0,04, не коррегирует; афакия левого глаза. Зрение равно 0,2, с корр. + 13,0 диоптрий равно 0,4.

2.III 1939 г. начата цитотоксинотерапия. Сыворотка вводилась под кожу верхней конечности через день в обычных дозах (1 куб. см — 3 инъекции). Никакого лечебного эффекта в смысле рассасывания катаракты не было отмечено, но острота зрения левого глаза повысилась с 0,4 до 0,5 с той же коррекцией.

Не было получено лечебного эффекта и в остальных трех случаях катаракты:

1. Больной Р., 28 лет, рабочий. 25.VI 1939 г. обратился во 2-ю поликлинику с тяжелым керато-конъюнктивитом обоих глаз скрофулезного характера. Лечился обычными средствами с февраля по май, но 25.VI наступил рецидив.

Объективно: Блефароспазм, слезотечение. Края век гиперемированы и утолщены; из конъюнктивального мешка выделяется обильное количество слизисто-серозного отделяемого; конъюнктива век значительно инфильтрирована. В области лимба каждого глаза отмечается по несколько узелков, переходящих на роговицу. На роговице обоих глаз имеются точечные инфильтраты. Зрачки несколько сужены. Радужные оболочки слегка гиперемированы. Зрение обоих глаз равно 0,1, не коррегируется.

27.VI начата цитотоксинотерапия. Кроме промывания глаз 2-процентным раствором борной кислоты, местно ничего не применялось. Цитотоксическая сыворотка вводилась под кожу руки в обычных дозах через день. Уже после 1-й инъекции воспалительные явления значительно уменьшились, отделяемого стало меньше. Острота зрения поднялась до 0,3. Инфильтраты начали рассасываться. После 2-й инъекции начали рассасываться узелки. Через 5 дней после 3-й инъекции все воспалительные явления исчезли, узелки и инфильтрация рассосались, конъюнктива век приняла нормальный вид. Острота зрения повысилась до 0,7.

Через 2 недели глазное яблоко спокойно. Конъюнктива век имела обычный вид. Острота зрения обоих глаз равнялась 0,8.

2. Больной Е., 46 лет, бухгалтер (амб. карта № 2018). 11.IV 1939 г. обратился во 2-ю поликлинику с резкими болями со стороны левого глаза. Болен 6 дней.

Диагноз: язва роговицы левого глаза.

Объективно: Светобоязнь, слезотечение, гиперемия конъюнктивы век, конъюнктивальная и перикорнеальная инъекции. Язва находится книзу от центра, соответственно 6 часам, площадью 2,5 × 3 мм, с несколько подрытым краем, направленным к центру; края язвы инфильтрированы, дно ее грязное. Зрение равно 0,06.

Больному были проделаны: аутогемотерапия, прижигание язвы раствором иода, 20-процентным раствором сернокислого цинка, а также были применены и другие медикаментозные средства. Язва прогрессировала.

27.IV начата цитотоксинотерапия. Сыворотку вводили под кожу верхней конечности в соответствующих дозах через 2 дня. После 1-й инъекции воспалительные явления несколько уменьшились, язва начала очищаться. После 3-й инъекции глазное яблоко стало почти спокойным. Язва находилась в стадии заживления. Через неделю после 3-й инъекции глазное яблоко стало совершенно спокойным. На месте бывшей язвы осталось небольшое помутнение роговицы. Острота зрения равнялась 0,4.

Не имея возможности описывать дальнейшие случаи, отметим, что лечение герпетических кератитов сывороткой в двух случаях дало положительный лечебный эффект, в одном же случае положительного эффекта отмечено не было.

Из двух случаев склеритов также в одном случае лечение оказалось недостаточно успешным.

Лечение больного иридоциклитом дало хороший результат. Воспалительные явления постепенно стихли через 3 недели после начала цитотоксинотерапии. Острота зрения с 0,05 повысилась до 0,3.

Данные нашего материала позволяют сделать следующие выводы:

1) Из 8 случаев зернистой трахомы в 5 случаях мы добились полного рассасывания трахомных зерен, а в 3 — значительного рассасывания их (в пределах срока наблюдения).

2) При осложненной трахоме мы достигли частичного рассасывания паннуса в сроки 1,5—2 месяца, а в четырех случаях — полного рассасывания в несколько большие сроки.

3) Рассасывание трахоматозных зерен начиналось между 3-мя неделями и 2,5—3 месяцами, а регрессирование сосудов в большинстве случаев было отмечено после 2-й—3-й инъекции.

4) Хороший лечебный эффект мы получили при применении цитотоксической сыворотки у больных с иритами, у которых воспалительный процесс заканчивается за 8-10 суток.

5) При других глазных заболеваниях (герпетические кератиты, язва роговицы, керато-конъюнктивит, склериты) мы добились постепенного затихания воспалительного процесса в большие сроки, чем при иритах, но все же выздоровление наступало в меньшие сроки, чем при обычной терапии.

6) Не было получено лечебного эффекта в одном случае герпетического кератита, в одном случае склерита и во всех четырех случаях катаракты.

БИБЛИОТЕКА ВГМУ

ПРОЯВЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НЕВРОЗОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ НЕКОРРЕГИРОВАННОГО АСТИГМАТИЗМА

А. В. Лотин

О проявлениях функциональных неврозов под влиянием некорригированного астигматизма в руководствах по глазным болезням почти ничего не упоминается, а в отделе, посвященном связи глазных заболеваний с общими, об этом говорится очень мало. Вот почему я считаю уместным описать случай излечения истеро-эпилептических припадков у больной В. П. Н., 31 года, после коррекции близорукого астигматизма с резко выраженной анизометропией и спазмом аккомодации, а также упомянуть о случаях истерического амавроза и функционального невроза, возникших на почве некорригированного дальнозоркого и близорукого астигматизма при постоянной, очень напряженной работе.

Говоря о первом случае, я назвал припадки истеро-эпилептическими потому, что в данном случае была заподозрена эпилепсия очень опытным невропатологом, который направил ко мне больную для консультации и не видел ее во время припадков. Больная, библиотекарь нотного отдела областной библиотеки, загруженная работой, требующей напряжения зрения, следующим образом описала испытываемые ею ощущения перед припадками и во время них: «Голова какая-то странная, головные боли, особенно сильные после всяких волнений; на улице неуверенность в себе; кажется, что сделается дурно». Это часто заставляло больную вернуться с дороги домой или на службу. Такое состояние сопровождалось явлениями глазной мигрени в виде синих и красных кругов, побуждавшими больную закрывать глаза. Однако, и это не помогало. Больная старалась преодолеть появление припадка, на короткое время теряла сознание, при чем иногда прикусывала язык; появлялась слюна. По сообщению матери пациентки, были и судорожные движения, а иногда непроизвольное мочеиспускание.

Характерным для истерии было то, что при наступлении припадка больная всегда успевала добежать до дивана или до кровати и, как она удачно выразилась, «сознательно» теряла сознание, т. е. предчувствовала приближение припадка, чего не бывает у эпилептиков. Припадки были выражены настолько резко, что больная принуждена была ходить на службу и обратно в сопровождении матери. Появлялись они в разное время.

При исследовании глаз обнаружилось следующее:

Зрение обоих глаз равно 0,07—0,08. Астигмометром Жаваля обнаружен астигматизм: на правом глазу в 2,0 диоптрии, с накло-

ном оси 35 град. к виску (125 град. по Табо), на левом глазу в 6,0 диоптрий, с прямыми осями. Даны цилиндрические стекла конкав: на правый глаз в 1,5 диоптрий, на левый — в 5,0 диоптрий, и поверх них сферическое стекло конкав в 4,0 диоптрии на правый и 4,5 диоптрий на левый глаз. Зрение с коррекцией: правого глаза — 0,3—0,4, левого — 0,3.

Скиаскопически: Правый глаз—вертикальный меридиан миопия 4,0 диоптрий, горизонтальный—миопия 5,5 диоптрий. Левый глаз—вертикальный меридиан миопия 4,5 диоптрий, горизонтальный — миопия 9,5 диоптрий.

Таким образом обнаружена резко выраженная анизометропия как в смысле степени астигматизма в обоих глазах (по астигмометру Жаваля в 2,0 диоптрии на правом глазу и в 6,0 диоптрий на левом глазу), так и в степени близорукости в наибольшей оси: 5,5 в правом глазу и 9,5 в левом. При такой анизометропии, в связи со стремлением к бинокулярному зрению, несомненно, должен был развиться спазм аккомодации. Это и подтвердилось, когда больная пришла ко мне на следующий день с отдохнувшими глазами. Близорукость в обоих осях была: в правом глазу меньше на 1,0 диоптрию, а в левом на 1,5 диоптрий; острота зрения левого глаза с коррекцией повысилась до 0,4—0,5.

Скиаскопически: Правый глаз — вертикальный меридиан миопия 3,0 диоптрии, горизонтальный—миопия 4,5 диоптрий. Левый глаз — вертикальный меридиан миопия 3,0 диоптрии, горизонтальный — миопия 8,0 диоптрий.

Так как спазм аккомодации подтвердился, я назначил атропинизацию в течение 3,5 суток, с вечера 11.III до 14.III (в виде 1-проц. раствора атропина по 2 капли 2 раза в день).

Исследование 14.III дало следующие скиаскопические результаты: Правый глаз — вертикальный меридиан миопия 1,5 диоптрий, горизонтальный—эмметропия. Левый глаз—вертикальный меридиан миопия 5,0 диоптрий, горизонтальный — эмметропия.

Таким образом, если сравнить результаты последнего и первого исследований, то оказывается, что у больной был резко выраженный спазм аккомодации в 4,0 диоптрии на правом глазу и в 4,5 диоптрий на левом глазу, который, вероятно, существовал в течение долгого времени, и астигматизм из сложного близорукого обратился в простой близорукий.

Согласно полученному результату последнего исследования, больной прописаны простые цилиндрические стекла в 1,5 диоптрии на правый глаз с осью 55 град. к носу (или 35 град. по Табо) и в 5,0 диоптрий на левый глаз с горизонтальной осью (с учетом обычного компенсаторного неравномерного спазма аккомодации в 0,5 диоптрии на правый глаз и 1,0 диоптрию на левый глаз, ввиду большой разницы в степени астигматизма). Прописанные очки больная получила, только левое цилиндрическое стекло оказалось не в 5,0, а в 4,75 диоптрий.

Хотя больная лишь в течение очень непродолжительного времени выполняла мой совет носить очки постоянно, а затем стала но-

сить их только при занятиях, все же у нее в 1937 г. был один припадок, через 5 месяцев после назначения очков (до того за 4 месяца было 4 припадка), а в 1938 году их совершенно не было. В 1939 и в 1940 г.г. было по одному припадку после неприятностей и бессонных ночей, как об этом говорилось в начале истории болезни. В 1941, 1942 и 1943 г.г. припадков совершенно не было.

На основании изложенного естественно сделать вывод, что при несомненной истеричности больной, помимо других неблагоприятных факторов, самой главной причиной истерических припадков эпилептоидного характера было постоянное резко выраженное напряжение аккомодации с явлениями астенопии, глазной мигренью и головными болями. При этом постоянное нарастание всех указанных явлений заканчивалось припадком с потерей сознания и судорогами, симулировавшими эпилепсию. Надо полагать, что при постоянном ношении очков припадки совершенно прекратились бы.

С несколько аналогичным в смысле астигматизма случаем мы имели дело недавно. К сожалению, совершенно несознательный в медицинском отношении, а, возможно, и не вполне психически нормальный больной исчез из наблюдения. Больной этот Д. М. Г—й, на вид здоровый 35-летний мужчина, обратился ко мне 28.VII 1943 г. с жалобой на резкий упадок зрения за последние 8 дней после усиленной работы, требовавшей напряжения зрения. У него была справка районного врача (он только что был в командировке в одном из районов Куйбышевской области) о расстройстве вегетативной нервной системы умеренной степени и вторая справка одного из невропатологов: «Органических заболеваний центральной системы не обнаружено, анемнестически-функциональное расстройство нервной системы». В анамнезе: в детстве — воспаление легких, а в 1938 г. — какое-то нервное расстройство. Больной—киевлянин. Будучи в Одессе, обращался к академику В. П. Филатову, который рекомендовал постоянное ношение очков. Совета этого больной не выполнил, очками не пользовался и не пользуется, а между тем исследование глаз дало следующие данные:

Астигматизм обоих глаз (по Жавалю) 4,5 диоптрий.

Зрение обоих глаз без коррекции равно 0,02, с соответствующей коррекцией — 0,1.

Субъективные данные в смысле рефракции подтвердились и скиаскопически: у больного имеется значительный астигматизм обоих глаз при большой анизометропии, а именно: сложный близорукий астигматизм правого глаза с близорукостью в наибольшей оси в 6,0 диоптрий и смешанный астигматизм левого глаза с близорукостью в наибольшей оси в 3,5 диоптрий. При офтальмоскопии обнаружена розовая, с сероватым оттенком, одноцветность зрительных нервов, при небольшой неясности границ их, что может быть признано за псевдоневрит в связи с некорригированным астигматизмом или за начинающийся неврит, если принять во внимание сильное понижение зрения и при коррекции астигматизма. На основании всех этих данных анамнеза и исследования и резкой анизометропии при хорошо развитой у больного мышечной системе, я решил исследовать зрение под атропином, будучи совершенно уверен в на-

личии здесь спазма аккомодации. Но, к сожалению, после нескольких впусканий атропина больной исчез и больше не являлся.

Хотя исследование осталось незаконченным, но вполне возможно предположить, что проявления функционального невроза вызваны напряжением аккомодации при наличии некорригированного астигматизма и резкой анизометропии.

Я не имел возможности сделать литературные изыскания по вопросу, составляющему предмет этой статьи. Скажу только, что в книге Шмидт-Римплера «Заболевания глаз в связи с другими болезнями», в главе «Эпилепсия» находим следующие строки: «Зимерлинг нашел, что у эпилептиков, в 20 проц., имелись врожденные аномалии глаз: астигматизм, высокая гиперметропия и миопия» (стр. 250). Далее говорится: «Едва ли заслуживает веры утверждение некоторых американских авторов (Стевенс, Бикертон), что эпилепсия может быть излечена, если больные будут носить при астигматизме цилиндрические, при гиперметропии — двояковыпуклые, а при недостаточности внутренних прямых мышц — призматические очки» (стр. 250). В той же книге в главе «Хорея» (Витова пляска) говорится: «При хорее иногда удается получить улучшение посредством коррекции аномалий рефракции, аккомодации или глазных мышц. Так, у одной 14-летней девочки, которая до тех пор лечилась без видимого успеха, Гульд в течение трех недель достиг полного исцеления, назначив только подходящие цилиндрические очки. Исходя из того соображения, что подобного рода аномалии оказывают рефлекторное влияние на нервную систему (в особенности, если они вызывают боль во лбу и голове), необходимо горячо рекомендовать соответствующую коррекцию их как вспомогательное средство при других способах лечения».

Стевенс также утверждает, что хорея, подобно эпилепсии, во многих случаях была вылечена посредством коррекции недостаточности глазных мышц (гетерофория). Для проверки этого утверждения Стевенса Нью-йоркское неврологическое общество избрало комиссию, в которую вошел и Стевенс. Задачей комиссии было исследовать 5 больных, страдавших хореей, и 9 эпилептиков, довольно продолжительное время лечившихся по поводу слабости их глазных мышц. Из числа больных хореей у 3-х наступило улучшение; из эпилептиков никто не получил значительного облегчения. Ни в одном случае не было достигнуто полного выздоровления. Поэтому комиссия не могла согласиться с мнением Стевенса, хотя она не не отвергла влияния периферического раздражения на появление судорог.

Хотя утверждение Стевенса относительно эпилепсии и не подтвердилось, но выдержки из книги Шмидт-Римплера безусловно говорят в пользу того, что коррекция аномалии рефракции и недостаточности мышц благотворно влияет на судорожные явления в смысле их уменьшения. Приведенный выше факт излечения нашей больной вполне это подтверждает. Если в описанном случае отсутствие коррекции миопического астигматизма и анизометропии было причиной резко выраженных истерических припадков эпилептоидного

характера, то нельзя не упомянуть здесь о двух случаях истерического амавроза.

В первом случае я наблюдал его у молодой женщины. Одной из причин амавроза было, несомненно, постоянное сильное напряжение аккомодации вследствие некорригированного дальнозоркого астигматизма при длительной работе.

Больная была доставлена утром на прием в областную больницу с полной слепотой, без светоощущения, с нормальной реакцией зрачков на свет и с нормальным глазным дном. При расспросе больной, не было ли у нее каких-либо неприятностей, она сначала ответила отрицательно, но после повторных вопросов сказала, что была недавно под судом, но нисколько не волновалась, так как была уверена в оправдании. И это осуществилось. Таким образом, несмотря на отрицание больной, все же нельзя исключить известной психической травмы в качестве одной из причин истерического амавроза. Он наступил под утро, во время напряженной работы в ночную смену. Как показало дальнейшее исследование больной, у нее был дальнозоркий астигматизм, а очков она не имела. Диагноз — истерический амавроз — подтвержден невропатологом. Через несколько дней зрение больной восстановилось и она ушла из-под наблюдения, так как подлежала лечению в своей заводской амбулатории.

Другой случай истерической амблиопии относится к больной В. А. М—вой, 20 лет, доставленной в амбулаторию больницы 28.IV 1942 г. с птозом верхнего века левого глаза, светобоязнью, ломотой в веках и надбровьи и амблиопией, понижением зрения правого глаза до 0,02 и левого до 0,04. После впускания в глаз 1-процентного раствора дикаина острота зрения правого глаза равнялась 0,3—0,4, левого — 0,5.

Больная потеряла зрение внезапно, в 11 часов вечера, работая на ночной смене при ярком освещении. В справке из клиники нервных болезней сказано: «Спазм взора влево, парез левого отводящего нерва, диплопия. Заподозрен оптикоэнцефалит. Невротическая реакция». 1.V в амбулаторном листке отмечено: «При исследовании свечой и с цветным стеклом диплопии не обнаружено».

1.V зрение правого глаза равно 0,4—0,5, левого — 0,5—0,6. Офтальмометром Жаваля в правом глазу обнаружен астигматизм в 3,0 диоптрии. 8.V острота зрения правого глаза равна 0,6, а при коррекции со стеклом цилиндр. +2,5 диоптрии ось вертик. со сферой + 0,5 диоптрий равна 0,6—0,7, а левого глаза — 0,9, а при коррекции гиперметропии в 1,0 диоптрию равна 0,9—1,0. 13.V больная вышла на работу, а через полгода с небольшим, а именно, 8.I 1943 г., снова доставлена в больницу с понижением зрения обоих глаз до 0,02—0,03, а с вышеуказанной коррекцией — до 0,1. В амбулаторном листке отмечено: «Истерическая амблиопия на почве переутомления глаз мелкой работой». Через 6 дней отдыха зрение с коррекцией поднялось до 0,5 на правом глазу и до 0,7 на левом. Больная пробыла около месяца в клинике нервных болезней, причем дано было следующее заключение: «Систематических органических поражений центральной нервной системы отметить не удается. Диагноз — истерия».

30.I зрение с коррекцией поднялось на правом глазу до 0,7, а на левом до 0,8 и больной прописаны соответствующие цилиндрические очки для постоянного ношения.

Таким образом, из приведенных мною четырех случаев в первом мы имели дело с истерическими припадками (эпилептоидного характера), во втором — с каким-то функциональным неврозом, а в третьем и четвертом — с истерическим амаврозом. Во всех четырех случаях имелся некорригированный астигматизм с непосильным для глаз напряжением аккомодации, которое и было основной причиной проявления упомянутых неврозов.

Если некорригированный астигматизм должен быть поставлен в этом отношении на первом месте, то и другие некорригированные аномалии рефракции и гетерофории, при неблагоприятных условиях, могут играть ту же роль в проявлении функциональных неврозов.

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П.філатова

Из клиники глазных болезней Молотовского медицинского института
(Директор — засл. деятель науки проф. П. И. Чистяков)

ВЕСЕННИЙ КАТАРР, КАК АЛЛЕРГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

(К морфологии аллергического конъюнктивита)

Доцент А. Н. Чичканова

Среди заболеваний глаза, в основе которых подозревается аллергический патогенез, весенний катарр давно привлекал особое внимание офтальмологов. В качестве доказательства аллергической природы весеннего катарра использовано много данных клинического характера (зуд, склонность к рецидивам, эозинофилия в секрете конъюнктивы и др.).

До настоящего времени исследователи не пришли к единогласному заключению относительно характера аллергена, способного вызвать указанное заболевание. Пашев принимает весенний катарр за проявление трахео-бронхиального туберкулеза. Другие (Юниус) видят причину весеннего катарра в повышенной чувствительности к ультрафиолетовым лучам солнца. Однако, многим исследователям (Лерфельд, Форт, Таунзед) удавалось вызвать развитие весеннего катарра экспериментально у человека путем внесения экстракта из цветочной пыльцы в конъюнктивальный мешок.

Патологическая анатомия весеннего катарра также была использована для подтверждения аллергической теории этого заболевания.

Изменения конъюнктивы при весеннем катарре, как известно, сводятся к пролиферации эпителия и подэпителиальной ткани с последующим гиалиновым перерождением последней.

Ржаницин первый объяснил гистологические изменения конъюнктивы при этом страдании. Наиболее характерными для весеннего катарра автор считает изменения в подэпителиальной ткани. Изменения в других отделах конъюнктивы, по его мнению, вторичного происхождения. Крюкман использовал как доказательство аллергической природы весеннего катарра отек и связанное с ним гиалиновое перерождение соединительной ткани.

Аллергическая теория весеннего катарра до сих пор не обоснована экспериментально. В литературе мы нашли указание всего лишь на одну работу экспериментально-морфологического характера для обоснования аллергической природы этого заболевания.

Китзукава пытался вызвать экспериментально аллергический конъюнктивит для решения вопроса о сходстве его с весенним катарром. В опытах автора аллергический конъюнктивит выражался всего лишь одной эозинофильной инфильтрацией, что следует отнести за счет недочетов методики опытов. Одной эозино-

фильной инфильтрации безусловно недостаточно для подтверждения аллергической природы такого сложного заболевания глаза, как весенний катарр. Эозинофильную инфильтрацию, как известно, удается вызвать путем однократного воздействия, например, лошадиной сывороткой, где ни о какой аллергической реакции не может быть и речи.

Из всего вышеизложенного вытекает, что аллергическая теория весеннего катарра нуждается в подведении анатомической основы экспериментальным путем.

Для разрешения этого вопроса мы произвели ряд экспериментов на животных с целью вызвать аллергическую реакцию конъюнктивы. Полученный в наших опытах анафилактический конъюнктивит мы подвергли анализу с точки зрения сходства его с весенним катарром. Для этого мы воспользовались феноменом Артюса, как классическим примером наиболее ярко выраженной местной аллергической реакции.

Сравнительно с другими тканями глаза, конъюнктива реже служила объектом для подобного рода опытов. Морфология аллергических реакций конъюнктивы, по существу, совершенно не изучена.

Жирмэн-Жири наблюдал развитие на конъюнктиве феномена Артюса в виде отека и мелких кровоизлияний. Автор не производил микроскопического исследования конъюнктивы. Канцельсон в опытах с развитием феномена Артюса в роговой оболочке попутно получал острое аллергическое воспаление конъюнктивы. В опытах автора феномен Артюса на конъюнктиве выражался гиперемией, отеком, мелкими кровоизлияниями и явлениями некроза. Данных гистологического исследования в этой работе не приводится.

Ряд других исследователей (Мосса, Росси, Ротт, Канио, Микаэлян и Аронов) пытались вызвать острое гиперергическое воспаление конъюнктивы в виде феномена Шварцмана—Санарелли. В этих опытах феномен аллергической реакции выражался типичной некротическо-геморрагической реакцией. Гистологические исследования конъюнктивы и в этих экспериментах не производились.

Подопытными животными в наших экспериментах служили кролики, у которых легко удается вызвать гиперергическое воспаление. Сенсибилизация животных производилась подкожными инъекциями нормальной лошадиной сыворотки. После 4-х сенсибилизирующих инъекций сыворотки по 2,0 куб. см с интервалами в 5-6 дней следовала разрешающая инъекция в глаз (под конъюнктиву, в стекловидное тело, в сосудистый тракт). Всего под опытом было 15 кроликов, из них 5 контрольных.

После соответствующей обработки животные находились под наблюдением от нескольких дней до нескольких недель и по истечении необходимого срока наблюдения убивались воздушной эмболией. Глаза фиксировались в 5-проц. растворе формалина. Микропрепараты окрашивались гематоксилин-эозином и по методу Ван-Гизона.

В ответ на разрешающую инъекцию в наших опытах разви-

вался анафилактический конъюнктивит весьма своеобразного характера. Острый анафилактический конъюнктивит сопровождался изменениями конъюнктивы в виде отека, геморрагий, некроза ткани с образованием изъязвлений, что считается типичным для острой аллергии.

Рис. 1.
Сосочковые образования конъюнктивы. Вследствие гиалиноза ткань густо окрашена эозином. Явления отека в собственной соединительной ткани конъюнктивы.

Рис. 2.
Сосочки на конъюнктиве. Гиалиновое перерождение привело к утолщению волокон ретикулярной ткани и стенок двух кровеносных сосудов. Резко выражены явления отека и фильтрации подэпителиальной ткани.

Рис. 3.
Явления пролиферации эпителия и подэпителиальной ткани выразились в развитии ряда сосочков на конъюнктиве. Легкие явления гиалиноза ретикулярной ткани (более густая окраска ее эозином). Хорошо выражен отек соединительной ткани.

Рис. 4.
Резко выражен гиалиноз ретикулярной ткани конъюнктивы. Утрачено волокнистое строение ее. Волокна набухшие, утолщены и сливаются в одну гомогенную массу.

С переходом анафилактического конъюнктивита в подострый стадий макроскопическая картина резко изменялась. При продолжительности течения в несколько недель на конъюнктиве появлялись инфильтрация и сосочковые разращения, вследствие которых она теряла прозрачность и приобретала бархатистый вид.

Под микроскопом наиболее резко была выражена аллергическая реакция в подэпителиальном или ретикулярном слое конъюнктивы, меньше всего вовлекалась в патологический процесс собственная соединительная ткань; среднее место в этом отношении занимал эпителий конъюнктивы (см. рис. 1 и 4). В подэпителиаль-

ном слое развивались изменения в виде гиалинового перерождения соединительнотканных волокон и стенок кровеносных сосудов (см. рис. 2 и 4). Помимо этого, анафилактический конъюнктивит выражался в явлениях пролиферации соединительной ткани и эпителия, что сказывалось в развитии сосочковых образований на конъюнктиве (см. рис. 1, 2, 3). Аллергическая реакция конъюнктивы в наших опытах всегда сопровождалась инфильтрацией ее плазматическими клетками, лимфоцитами и эозинофилами (см. рис. 2 и 4). К числу постоянных симптомов аллергического воспаления конъюнктивы следует отнести также отек последней (см. рис. 1, 2, 3, 4).

Перечисленные патолого-анатомические изменения конъюнктивы в наших опытах указывают на большое сходство анафилактического конъюнктивита с весенним катарром. К числу общих симптомов того и другого патологического процесса следует отнести пролиферацию соединительной ткани и эпителия с последующим развитием сосочков и гиалиновое перерождение волокон ретикулярной ткани и адвентиции стенок сосудов. При анафилактическом конъюнктивите, как и при весеннем катарре, заболевание начинается с появления отека. В том и другом случае в инфильтрации конъюнктивы принимают участие лимфоциты, плазматические клетки и эозинофилы.

Анафилактический конъюнктивит, по нашим данным, резко отличается от аллергической реакции конъюнктивы, полученной в опытах Китзукава. Для развития анафилактического конъюнктивита Китзукава закапывал в конъюнктивальный мешок сенсибилизированных животных куриный белок или пептон Витте. Методика опытов автора дает основание сомневаться в возможности развития аллергической реакции указанным путем. Работами Рима установлено, что получить анафилактическую реакцию таким образом необычайно трудно. Для этого требуется мощная сенсибилизация в течение длительного времени. Этим, повидимому, следует объяснить тот факт, что в опытах Китзукава изменения конъюнктивы сводились к одной лишь эозинофильной инфильтрации, которая не может служить подтверждением аллергической теории весеннего катарра. И, напротив, данными наших экспериментов можно воспользоваться для доказательства аллергической природы этого заболевания.

Выводы:

1) Анафилактическая реакция конъюнктивы, по нашим данным, имеет большое сходство с весенним катарром у человека.

2) Анафилактический конъюнктивит, как и весенний катарр, сопровождается явлениями аллергии в виде гиалинового перерождения, пролиферации соединительной ткани и эпителия, отека и эозинофилии ткани.

3) Лечение весеннего катарра, как заболевания с аллергическим патогенезом, необходимо проводить путем десенсибилизации организма.

О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛАЗ, ВЫЗЫВАЕМЫХ ЛИЧИНКАМИ МУХ И ОВОДОВ

А. В. Лотин

На заре моей окулистической деятельности, 43 года тому назад, заведывая глазным отрядом Попечительства о слепых в местечке Куранец, Вилейского уезда, Виленской губернии, я наблюдал заболевание глаза 3-летнего ребенка, вызванное личинками живородящей вольфартовой мухи.

Наблюдение этого случая и литературные данные по этому вопросу были предметом доклада, сделанного мною в Офтальмологическом обществе в Петербурге в 1902 г., а затем и статьи в «Русском враче» за 1903 г.

Личинки различного рода мух отличаются от мух Вольфарта или своей формой или менее резко выраженной полосчатостью их тела. Различные болезненные явления, вызываемые у человека личинками мух, уже давно принято называть «мийазом» (myiasis), следовательно, поражения глаз в таких случаях должны быть названы офтальмомийазом.

По исследованиям И. А. Порчинского, единственный представитель мух, паразитирующих на теле человека и высших позвоночных, — это муха Вольфарта, названная так Порчинским по имени открывшего и точно описавшего ее в 1770 г. врача Вольфарта. Спустя 100 лет муха эта была снова описана австрийским естествоиспытателем Шинером под названием Sarcophila magnifica.

Как видно из трудов Порчинского, а также из касающихся мийаза статей других авторов (Жозеф, Мечнин, Лабонтлен, Фрейнд), географическое распространение мухи Вольфарта очень обширно. Как это упомянуто в моей статье, «она особенно распространена в России, встречается во всех почти местностях Германии, а также во Франции, хотя здесь реже, чем в Германии и в России, и, наконец, в Австрии и Италии».

По Порчинскому, муха Вольфарта встречается особенно в местностях, где сильно развито скотоводство.

В России случаи заболевания от личинок вольфартовой мухи наблюдались в Киевской, Самарской, Нижегородской губерниях. В Северо-Западном крае, а также в средних и привислянских губерниях муха Вольфарта очень редка, в южных же губерниях, как-то, Полтавской, Екатеринославской — ныне Днепропетровской области — она встречается значительно чаще, а в прикаспийских и оренбургских степях, а также в Закавказье стала уже обыкновенным насекомым. Очень сильно распространена муха Вольфарта в Могилевской губернии, где И. А. Порчинским и произведено большинство его наблюдений.

Вольфартова муха живет исключительно на открытом воздухе — в полях, лесах и т. д. Понятно, что заражение личинками ее происходит только тогда, когда люди спят под открытым небом в самое жаркое время, днем, когда муха особенно активна. Преимущественно она поражает маленьких детей, спящих в поле во время полевых работ.

Опасность поражения вольфартовой мухой заключается в том, что она откладывает не яйца, а уже развившиеся в ее теле личинки. Попав на имеющиеся раны или на неповрежденную поверхность тела, преимущественно же в легко доступные полости носа, уха, рта (десна) и изредка в глаза, личинки этой мухи, при помощи имеющихся на их голове крючков и покрывающих тело шипов, прокладывают себе путь в тканях, вызывая зуд, а иногда сильнейшие боли.

Из двух случаев, описанных Клокетом и проф. Грубе, можно заключить, к каким тяжелым последствиям, иногда даже со смертельным исходом, приводит внедрение в тело личинок мухи Вольфарта, и какие разрушения они вызывают, в частности, в глазнице и в глазном яблоке, иногда даже с последующей потерей зрения.

Не менее тяжелые заболевания глаз могут причинять и личинки оводов, как это показывает случай, который мы наблюдали в Куйбышеве в амбулатории глазной больницы в 1942 г.

Ветеринарный фельдшер Ч—в явился в глазную больницу с резко выраженными явлениями флегмоны век левого глаза с ограниченным некрозом кожи нижнего века во внутренней части его. Можно было бы предположить флегмонозную форму рожи, если бы в изъязвившемся участке кожи у внутреннего угла глаза не были обнаружены принимавшим этого больного зав. амбулаторией больницы Н. И. Ивановым 4-5 штук червей-личинок, которые тут же были удалены главным врачом больницы А. П. Захаровым. Присутствуя при этом в амбулатории, я вспомнил наблюдавшийся мной случай офтальмомийаза и, приняв во внимание большой размер личинок (от 15 до 20 мм), высказал предположение, что это личинки овода. Предположение мое подтвердилось, когда, осматривая личинки при небольшом увеличении под микроскопом, я обнаружил крючки на головном конце личинок и расположенные рядами шипики на поверхности тела.

Для более точного определения, к какому виду овода принадлежит личинка, я передал ее кандидату биологических наук А. Г. Кнорре. После подробного исследования он любезно дал мне заключение, что это личинка третьей стадии русского овода, так как и спинная и брюшная стороны члеников покрыты шипиками, в отличие от личинки овода овечьего, имеющей на третьей личинковой стадии шипики только на брюшной стороне. Определение стадии 3-й основано на величине тела (от 15—20 мм) и на отсутствии венца длинных шипов на заднем конце.

В большинстве руководств по глазным болезням о заболеваниях глаз от личинок мух и оводов ничего не говорится. Между

том, своевременное распознание этого заболевания и удаление личинок буквально спасает больного от очень тяжелых последствий, к которым приводит длительное пребывание личинок в органе зрения. Принимая все это во внимание, я решил вторично заняться этим вопросом.

Только в коллективном труде русских офталмологов «Глазные болезни» под редакцией проф. Л. Г. Беллярминова и приват-доцента А. И. Мерца, в главе «Животные паразиты глаза человека», принадлежащей перу профессора, а ныне академика Е. Н. Павловского, уделено внимание заболеваниям глаз от личинок оводов и мух. Наиболее подробно описаны все особенности их строения, дающие возможность точно их распознавать, но о характере вызываемых ими заболеваний говорится очень коротко.

Что касается различных видов оводов, то проф. Павловский упоминает о возможности заползания в область век так называемого желудочного овода, 2-я и 3-я стадии которого живут в желудке лошади. Личинки этого овода в первой их фазе могут гостепаразитировать в коже человека и заползать в область век. Болезнь эта известна в народе под названием «волоса».

Кожные оводы Hypoderma bovis и Hypoderma lineatum, паразитирующие в коже коров, но попадающие и в кожу человека, «при своей миграции», говорит проф. Павловский, «могут заходить в область бровей и век, вызывая иногда своим присутствием различные фурункулезные абсцессы или флегмонозные воспаления». «Три-четыре раза личинки кожного овода (до 12 мм длины) были найдены в передней камере глаза. Попадание их сюда можно предположительно объяснить активным проникновением личинок, вышедших из яиц, отложенных самкой овода на ресницы. Симптомы паразитирования личинок в передней камере глаза различны: болезненность воспаленного глаза, иридоциклит, понижение зрения и др. Личинка удаляется разрезанием лимба. Однажды личинка была найдена в гное при хориоретините с отслойкой сетчатки».

Третий вид оводов, описанных проф. Павловским, — это полостные оводы Cavicolae: овечий овод — Oestrus ovis и Rhinoestrus purpureus, которые являются живородящими насекомыми. «Самка на лету выбрасывает из полового отверстия мелкие личинки, стремясь попасть ими в ноздри овцы или лошади. Личинки весьма цепки, что объясняется богатым вооружением поверхности их тела шипиками и крючьями. Молодые личинки, около 1 мм длины, прицепившись к слизистой оболочке, тотчас же уползают в глубь носовой полости, где и живут».

Иногда эти виды оводов выбрасывают личинки в глаза людей на открытом воздухе. «Личинка прикрепляется к конъюнктиве или склере. Человек ощущает сильную боль и присутствие постороннего тела в глазу. Веки краснеют и несколько опухают, сосуды конъюнктивы наполняются кровью, отмечается обильное слезотечение. Личинки Oestrus ovis не повреждают самого глаза, и по удалении их все симптомы раздражения быстро проходят. Личин-

ки Rhinoestrus purpureus вызывают более серьезные повреждения». Что касается личинок мухи Вольфарта, о которой уже упоминалось выше, проф. Павловский отмечает, что мийаз от вольфартовой мухи тяжел и может даже вести к смерти».

О личинках оводов д-р А. G. Вайнштейн 26 января 1912 г. в Петербургском офтальмологическом обществе сделал интересный доклад «К вопросу о значении личинок овечьего овода Oestrus ovis в патологии глаза». При этом докладчик продемонстрировал личинки 1-й стадии овечьего овода, полученные от врача Н. Ф. Формаковского, извлекшего их из конъюнктивального мешка 7-летнего мальчика. По докладу д-ра Вайнштейна это подтверждено братьями Сержант, констатировавшими в Алжире случай офтальмомийаза, вызванного личинками овечьего овода.

Из всего вышесказанного можно сделать заключение, что личинки мухи Вольфарта и личинки овода, отложенные в конъюнктивальный мешок человека, вызывают те или иные расстройства со стороны глаз. Если личинки извлекаются вскоре после их попадания в глаз, когда они не успели еще глубоко внедриться в ткань, дело ограничивается раздражением глаза и более или менее острым конъюнктивитом. В случае же длительного пребывания их в тканях и глубокого внедрения в веки, в глазное яблоко или глазницу, возникают очень тяжелые явления в виде флегмоны век или глазницы с некрозом тканей, разрушения глазного яблока с последующей потерей зрения и, наконец, явления сепсиса со смертельным исходом.

Что касается лечения офтальмомийаза, то прежде всего необходимо тщательно удалить пинцетом все личинки. Если они попали в конъюнктивальный мешок недавно, то достаточно назначить дезинфицирующие промывания, чтобы добиться быстрого выздоровления, как это было в первом моем случае. При длительном же пребывании личинок в тканях, после их полного удаления, необходимо, по обычным правилам, назначить лечение тех заболеваний, которые ими вызваны. Приняв во внимание вторичные гнойно-гнилостные инфекции, которые не могут не сопровождать вызванные в тканях личинками разрушения, следует применять, как местно, так и внутрь, сульфамидные препараты. Эффективность их уже твердо установлена, особенно при наличии стрептококковой инфекции.

При другой флоре гноящихся поверхностей, как, например, при наличии стафилококков, уместно применять бактериофаги.

Пытаясь найти в новейшей, доступной мне литературе какие-либо указания по интересующему меня вопросу, я обнаружил только один случай мийаза, вызванный овечьим оводом и описанный Сабей, утверждающим, что это первый случай подобного заболевания в Сирии, и два случая мийаза, описанные Гаркиа, который говорит, что с 1931 по 1935 гг. он не нашел в литературе ни одного случая этого заболевания.

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П. філатова

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

научных работ академика В. П. Филатова и его учеников,

опубликованных с 1936 по 1946 год

Составили: ст. научный сотрудник *Д. Г. Бушмич* и доцент *Б. С. Бродский*

1936 год

1. **Бродский Б. С.** — Значение субъективных ощущений при глаукоме для ранней диагностики («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 1, 269—278).
2. **Бродский Б. С.** — К диагностике внутриглазных инородных тел. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I. в. 2, стр. 143—145).
3. **Бродский Б. С.** — Осмотерапия при иритах и при придоциклитах. («Советский вестник офтальмологии», т. VIII, в. 4, 503—508).
4. **Бродский Б. С.** — Против формального подхода к составлению указателей литературы. («Врачебное дело», № 8, 735—736).
5. **Бродский Б. С. и Шмульян Л. П.** — Библиография по пересадке роговицы (1814—1935 гг.). («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I. в. 2, 149—200).
6. **Баженова М. А.** — Тканевые культуры консервированной роговицы. (Первое сообщение). («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, 79—84).
7. **Вельтер С. Л.** — Прояснение бельм после пересадки роговицы. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I. в. 2. 73—78).
8. **Вельтер С. Л.** — Сравнительная оценка инструментальной травмы пересаживаемой роговицы. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I. в. 2, 34—43).
9. **Вельтер С. Л. и Марцинковский А. П.** — Сравнительная оценка герметических трепанов (ФМ-II,ФМ-III) и трепана Гиппеля. («Советский вестник офтальмологии», т. VIII, № 5, 701—707).
10. **Ершкович І. Г.** — Досвід Вальсальви, як новий провокаційний метод для ранньої діагностики глаукоми. («Праці молодих учених медиків», 74—95 Держмедвидав).
11. **Ершкович И. Г.** — Значение провокационных методов для диагностики глаукомы, особенно в ее ранних стадиях. (Диссертация на степень кандидата медицинских наук). («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 1, 147—206).
12. **Ершкович И. Г.** — Результаты операций Лагранжа при глаукоме по данным глазной клиники Одесского мединститута. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. I, 287—303).
13. **Кальфа С. Ф.** — К вопросу о патологическом действии лучистой энергии на орган зрения при электроварке. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, 140—142).
14. **Кальфа С. Ф.** — Новые пути к патогенезу глаукомы. («Сборник научных работ, посв. 45-летию деятельности проф. В. Н. Долганова», 315—326).

15. **Кальфа С. Ф.** — Эластотонометрические исследования. (Докторская диссертация). («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. I, 51—145).
16. **Кальфа С. Ф., Бродский Б. С., Костенко Ф. М., Шмульян Л. П., Орадовская Е. И., Пржибыльская Я. И.**—Диагностическая и терапевтическая техника в офтальмологии. Под ред. акад. В. П. Филатова. Киев. 1936.
17. **Копп И. Ф.** — К гистологии роговицы при частичной сквозной кератопластике. (Второе сообщение). («Сборник трудов, посвященный 45-летию деятельности проф. В. Н. Долганова», 21—30).
18. **Костенко Ф. М.** — Дальнейшие наблюдения над лечением трахомы повторными выдавливаниями по методу проф. В. П. Филатова. (Сборник науч. работ глазной клиники Одесского мединститута». т. I, в. 2, 126—139).
19. **Костенко Ф. М.** — Трахома среди школьников Спартаковского района Одесской области. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, 118—125).
20. **Курышкин П. М.** — Еще два случая операции exenteratio orbitosinualis extra orbitalis по поводу распространенной раковой опухоли глазницы. («Сборник научных работ глазной клиники Одеского мединститута», т. I, в. 2, 108—111).
21. **Лернер В. П.** —Случай самопроизвольного рассасывания катаракты, вызванной электрическим током высокого напряжения. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, 146—148).
22. **Орадовская Е. И.** — Частичная сквозная пересадка роговицы по материалам Одесской глазной клиники. (Вторая серия). («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, 44—61).
23. **Пупенко Д. О.** — Патологическая анатомия консервированных при низкой температуре роговиц глаз. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, 91—103).
24. **Пржибыльская Я. И.** — Изменение адаптации, как ранний диагностический признак у глаукоматозных больных. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 1, 258—268).
25. **Розовская С. Б.** — Значение суточных колебаний внутриглазного давления для диагностики глаукомы, особенно в ее ранних стадиях. (Диссертация на степень кандидата медицинских наук). («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, 207—257).
26. **Розовская С. Б.** — Операция иридэнклейзис по материалам глазной клиники Одесского медицинского института. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 1, 279—286).
27. **Скородинская В. В.** — Тотальная пересадка роговицы по данным глазной клиники. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, 62—72).
28. **Филатов В. П.** — Аллопластика при полных и «безнадежных» бельмах. («Советский вестник офтальмологии», т. IX, в. 4, 400—405).
29. **Филатов В. П.** — Вопросы техники пересадки роговицы. Герметический трепан Филатова-Марцинковского. («Советский вестник офтальмологии», т. VIII, в. 2. 159—165)
30. **Филатов В. П.** — Вопросы техники частичной сквозной пересадки роговицы. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, 3—15).
31. **Филатов В. П.** — Гомопластическая пересадка роговицы у человека. («Экспериментальная медицина» № 7, 13—26).
32. **Филатов В. П. и Шмульян Л. П.** — Дальнейшие материалы к вопросу о пересадке роговой оболочки от трупа. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, 16—33).
33. **Филатов В. П.** — К вопросу об осмотерапии глазных заболеваний. («Советский вестник офтальмологии», т. VIII, в. 4, 491—497).
34. **Филатов В П.** — О пересадке роговой оболочки при бельмах. («Основы и достижения современной медицины», т. III, 302—335).
35. **Филатов В. П.** — Оперативная профилактика экслульсивной геморрагии. («Советский вестник офтальмологии», т. IX, в. 4, 405—408).

36. **Филатов В. П.** — Показания к пересадке роговой оболочки. («Сборник трудов, посвященный 45 летию деятельности проф. В. Н. Долганова»).
37. **Филатов В. П.** — Проблематика кафедры глазных болезней Одесского медицинского института. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 1, 35—49).
38. **Филатов В. П.** — Работа кафедры глазных болезней Одесского медицинского института за последние 18 лет. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 1, 5—34).
39. **Филатов В. П. и Баженова М. А.** — Тканевые культуры высушенной роговицы. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, 85—90; «Медицинский журнал УАН», т. VI, в. 3, 833—838).
40. **Filatow W. P.** — I piu recenti contributi alla questiona del trepianto della cornea cadaverica. („Archiv di oftalmologia" t. 48).
41. **Filatow W. P.** — Die Trepane von Filatow-Marzinkowsky für Hornautüberpflanzug. („Kl. Mbl. für Augenheilkunde", Bd. 96).
42. **Шмуклян Л. П.** — О неправильной проекции света у слепых от бельм. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, 104—107).

1937 год

43. **Бродский Ь. С.** — Увеит в результате мышьяковистого отравления. («Вестник офтальмологии», т. XI, в. 6, 898—900).
44. **Вассерман И. А.** — Терапия пигментного ретинита. («Вестник офтальмологии», т. XI, № 6).
45. **Вельтер С. Л.** — Прояснение помутневшего трансплантата в связи с подсадкой». («Вестник офтальмологии», т. X, № 5, 643—648).
46. **Ершкович И. Г. и Шевалев В. Е.** — Изменения внутриглазного давления под влиянием дозированной мышечной работы у собак. («Вестник офтальмологии», т. XI. № 2, 168—175).
47. **Копп И. Ф.** — Материал первой серии частичной сквозной пересадки роговицы. («Вестник офтальмологии», т. X, в. 3, 347—359).
48. **Марцинковский А. П.** — Новый нож для мелиорации. («Вестник офтальмологии», т. X, в. 5, 641—643).
49. **Филатов В. П.** — Значение мышечной работы для регуляции внутриглазного давления при глаукоме. («Вестник офтальмологии», т. XI, № 2, 151—153).
50. **Филатов В. П.** — Итоги нашей работы к 20-летию Великой Октябрьской социалистической революции. («Врачебное дело», № 11, 803—814).
51. **Филатов В. П.** — Лечебный эффект тканевых пересадок. («Советская медицина», № 11—12, 3—8).
52. **Филатов В. П.** — Несколько соображений по поводу мелиорации бельм и пересадки роговицы. («Вестник офтальмологии», т. X, № 5, 635—641).
53. **Филатов В. П.** — От оптической пересадки роговицы к лечению кератитов и некоторых заболеваний кожи методом тканевой трансплантации. («Вестник офтальмологии», т. XI, № 3, 293—310; «Медицинский журнал УАН», т. VII, в. 3, 743—761).
54. **Филатов В. П.** — От оптической пересадки роговицы к методу лечебной тканевой пересадки. («Чорноморська комуна» от 22 июня).
55. **Филатов В. П., Ершкович И. Г. и Фишер А. Г.** — Влияние некоторых физкультурных упражнений на внутриглазное давление. («Вестник офтальмологии», т. I, № 2, 154—160).
56. **Филатов В. П., Ершкович И. Г. и Шевалев В. Е.** — Экспериментальные исследования по вопросу о влиянии мышечной работы на внутриглазное давление. («Вестник офтальмологии» т. XI, № 2, 161—167).
57. **Filatow W. P.** — Culture des tissus de la cornee dessechée. („Archives d'Ophtalmologie," v. I, № 5, 385 - 390).
58. **Filatow W. P.** — Transplantation of the cornea from preserved cadaver eyes. („The Lancet", v. I, № 24, 1395—1397).

1938 год

59. **Баженова М. А** — Тканевые культуры оболочек глаза взрослого животного. («Вестник офтальмологии», т. XIII).

60. **Браиловский С. М.** — О частичной сквозной пересадке роговицы от трупа. («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова»).

61. **Бродский Б. С.** — Ожоги глаз нашатырным спиртом и возможности их лечения. («Вестник офтальмологии», т. XIII, в. 4, 565—570).

62. **Бродский Б. С.** — Осмотерапия острых воспалительных заболеваний сосудистого тракта глаза. (Диссертация на степень кандидата медицинских наук). (Укр. яз). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 387—435).

62. **Бродский Б. С.** — Осмотерапия при глаукоме. (Доложена на научной конференции глазной клиники. Рукопись).

63. **Баженова М. А.** — Тканевые культуры сушеной и консервированной на холоде роговицы. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова, 177—181).

64. **Вассерман И. А.** — Значение величины трансплантата при пересадке роговой оболочки. (Экспериментальное исследование). (Диссертация на степень кандидата медицинских наук). Одесса.

65. **Вассерман И. А.** — К технике иссечения бельма трепаном ФМ-III новой модификации. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 157—162).

66. **Вассерман И. А.** — Эксперименты по пересадке трупной консервированной роговицы. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова». 113—122).

67. **Вельтер С. Л.** — Влияние пересадки консервированной кожи на волчанку твердого неба. («Научные материалы УИЭО», в. II, 12—15).

68. **Вельтер С. Л.** — Рассасывание отложений на передней поверхности хрусталика под влиянием пересадки роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО», в. 2, 51—53).

69. **Вельтер С. Л.** — Экспериментальное изучение пригодности консервированной трупной роговицы для целей трансплантации. (Диссертация на степень кандидата медицинских наук). (Укр. язык). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 23—49).

70. **Вельтер С. Л.** — Просветление бельм после пересадки роговицы. («Вестник офтальмологии», т. XIII, в. 1, 44—52).

71. **Вербицька Е. А.** — Лікування пігментного ретиніта ретинолем. («Наукові матеріали УІЕО», в. 1, 34—37).

72. **Вербицкая Е. А.** — Новый адаптометр. («Наукові матеріали УІЕО», в. 1, 38—40).

73. **Волокитенко А. Е.** — Осмотерапия при иритах и иридоциклитах. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 437—442).

74. **Глейберман Е. Я.** и **Баженова М. А.** — Случай влияния пересадки консервированной кожи кролику с экспериментальным кожным туберкулезом. («Научные материалы УИЭО», в. 2, 29—30).

75. **Гриншпон Ц. И.** — Лечение блефаритов fermentillae. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 495—500).

76. **Ершкович И. Г.** и **Шевалев В. Е.** — Изменение внутриглазного давления под влиянием дозированной мышечной работы у собак. (Укр. яз.). («Збірник, присв. 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 277—286).

77. **Кальфа С. Ф.** — Изменения эластотонометрической кривой при реактивной гипертонии. («Научные материалы УИЭО», в. 2, 78—80).

78. **Кальфа С. Ф.** — Обзор научной деятельности проф. В. П. Филатова. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 7—21).

79. **Кальфа С. Ф.** и **Ландесман А. У.** — Диагностическое значение исследования глазного дна при врожденном сифилисе. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 545—550).

80. **Кашук М. Э.** — Взаимоотношение между общим кровяным, внутриглазным и давлением в центральной артерии сетчатки. (Диссертация на степень кандидата медицинских наук). Одесса.

81. **Кашук М. Э.** — Эластотонометрия тонометром Шиотца. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 287—302).
82. **Копп И. Ф.** — Вопросы терапии трахоматозного паннуса. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 359—367).
83. **Копп И. Ф.** — Субконъюнктивальная имплантация роговицы, как лечебно-биологический фактор. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 163—172).
84. **Костенко Ф. М.** — Лечение трахоматозного паннуса аутотрансплантацией слизистой оболочки губы, консервированной на холоде. («Научные материалы УИЭО», в. II, 68—72).
85. **Костенко Ф. М.**—Лечение трахоматозного паннуса пересадкой конъюнктивы глазного яблока, консервированной на холоде. («Научные материалы УИЭО» в. II, 73—77).
86. **Костенко Ф. М.** — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой трупной слизистой оболочки, консервированной на холоде. («Вестник офтальмологии», т. XIII, в. 4, 500—507).
87. **Костенко Ф. М.** — Результаты лечения трахомы повторным выдавливанием по методу проф. В. П. Филатова по анкетам окулистов СССР. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 337—349).
88. **Курышкин И. М.** — Экспериментальные исследования в области физиологии и патологии питания роговицы. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова» 195—219).
89. **Лассен Г. В.** — Результаты операции Эллиота по данным глазной клиники Одесского мединститута. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 303—310).
90. **Орадовская Е. И.** — Частичная сквозная пересадка роговицы от трупа по материалам Одесской глазной клиники. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 123—137).
91. Отчет Украинского института экспериментальной офтальмологии за 1937 г. Одесса.
92. **Петросьянц Е. А.** и **Лернер В. П.** — Некоторые вопросы охраны глаз рабочих на заводе им. Марти, (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 379—385).
93. **Пржибыльская Я. И.** — Расстройства адаптации при отслойке сетчатки. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 565—577)
94. **Пупенко Д. О.** — Патологическая анатомия бельм, как почвы для пересадки роговицы. («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова»).
95. **Розовская С. Б.** — Значение эластотонометрии для диагностики глаукомы. («Вестник офтальмологии», т. XIII, в. 6, 749—765).
96. **Скородинская В. В.** — Влияние осмотерапии на просветление помутнения трансплантата при частичной сквозной пересадке. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 173—176).
97. **Скородінська В. В.** — Інструкція одержання і консервування трупного матеріалу («Наукові матеріали УІЕО», в. I, 41—45).
98. **Філатов В. П.** — Гомотрансплантація консервованої шкіри з лікувальною метою при туберкульозі гортані. («Наук. матеріали УІЕО», в. I, 21—22).
99. **Филатов В. П.** — Гомотрансплантация трупной консервированной кожи при язве 12-перстной кишки. («Научные материалы УИЭО». в. II, 3—5).
100. **Філатов В. П.** — До питання про справжню гомотрансплантацію шкіри: («Наукові матеріали УІЕО», в. I, 18—20).
101. **Филатов В. П.** — Итоги нашей работы за 20 лет советского здравоохранения («Советская медицина», № 14—15, 21—28).
102. **Филатов В. П.** — Итоги работы руководимой мною школы к 20-й годовщине Октября. («Научные материалы УИЭО», в. I, 5—13).
103. **Филатов В. П.** — К вопросу о лечебной пересадке тканей. («Врачебное дело», № 11—12).

104. **Филатов В. П.** — Лечебная тканевая пересадка при внутриглазных заболеваниях. («Вестник офтальмологии», т. XII, в. 2, 157—159).

105. **Філатов В. П.** — Лікувально-тканинне пересаджування при внутрішньоочних захворюваннях. («Наукові матеріали УІЕО», в. I, 14—17).

106. **Филатов В. П.** — О лечебной гомопластической пересадке консервированной на холоде слизистой оболочки. («Вестник офтальмологии», т. XII, в. 3, 307—310; «Наукові матеріали УІЕО», в. I, 23—27).

107. **Филатов В. П.** — От оптической пересадки роговицы к лечебной трансплантации тканей». («Архив биологических наук», т. I, в. 3, 21—35).

108. **Філатов В. П.** — Офтальмологія. («ХХ років радянської медицини України», 249—272).

109. **Філатов В. П.** — Підсумки роботи керованої мною школи до XX роковин Жовтня. («Наукові матеріали УІЕО», в. I, 5—13).

110. **Філатов В. П.** — Про лікувальне гомопластичне пересадження консервованої на холоді слизової оболонки. («Наукові матеріали УІЕО», в. I, 23—27).

111. **Филатов В. П.** — Лечебная гетеропластическая пересадка кожи при люпусе. («Наукові матеріали УІЕО», в. II, 16—19).

112. **Филатов В. П.** и **Вельтер С. Л.** — Лечение уплотненных рубцов кожи аутотрансплантацией консервированной кожи. («Научные материалы УИЭО», в. II, 6—7).

113. **Филатов В. П.** и **Вельтер С. Л.** — Пересадка трупной консервированной кожи при близорукости. («Научные материалы УИЭО», в. II, 38—40).

114. **Филатов В. П.**, **Вельтер С. Л.** и **Петросьянц Е. А.** — Лечебная пересадка роговицы при кератоконусе. («Научные матер. УИЭО», в. II, 41—45).

115. **Филатов В. П.** и **Вербицкая Е. А.** — Лечение пигментного ретинита внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Научные материалы УИЭО», в. II, 81—86).

116. **Филатов В. П.** и **Волокитенко А. Е.** — Осмотерапия, как профилактика миопических хориоретинитов. («Научные материалы УИЭО», в. II, 92—94).

117. **Филатов В. П.** и **Ершкович И. Г.** — Аутопластическая пересадка консервированной кожи при рубцовом выворотe век. («Научные материалы УИЭО», в. II, 26—27).

118. **Филатов В. П.** и **Ершкович И. Г.** — Лечебная пересадка консервированной кожи при глазных заболеваниях. («Научные материалы УИЭО», в. II, 31—37).

119. **Филатов В. П.**, **Ершкович И. Г.** и **Вербицкая Е. А.** — Витамин «В» при глаукоме. («Научные материалы УИЭО», в. II, 87—91).

120. **Філатов В. П.** і **Кальфа С. Ф.** — Шви, як метод фіксації повік. при внутрішньоочних операціях. («Наукові матеріали УІЕО», в. I, 31—33).

121. **Филатов В. П.** и **Костенко Ф. М.** — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированной кожи. («Научные материалы УИЭО», в. II, 57—60).

122. **Филатов В. П.** и **Костенко Ф. М.** — Лечение трахомы пересадкой консервированной на холоде конъюктивы и хряща трупа. («Научные материалы УИЭО», в. II, 64—67).

123. **Филатов В. П.** и **Кан Г. Л.** — Гомотрансплантация трупной консервированной кожи при туберкулезе легких. («Научные материалы УИЭО», в. II, 8—9).

124. **Филатов В. П.** и **Розовская С. Б.** — Суточные изменения эластотонометрической кривой. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 269—276).

125. **Филатов В. П.** и **Скородинская В. В.** — Гетеротрансплантация консервированной роговицы. («Научные материалы УИЭО», в. II, 54—56).

126. **Филатов В. П.** и **Скородинская В. В.** — Просветляющая частичная несквозная пересадка роговицы при бельмах. («Научные материалы УИЭО», в. II, 46—50).

127. **Филатов В. П.** и **Шейн А. А.** — Лечение трахоматозного паннуса пере-

садка консервированной склеры. («Научные материалы УИЭО», в. II, 61—63).

128. **Filatow W. P.**— Cornea grafting. („Bul. of practical Ophthalmology", v. 8, № 2).

129. **Filatow W. P.**— Sur la transplantation optique de la cornee et sur la transplantation therapeutique des tissus. („Acta medica USSR, v. 1, № 2, 412—444).

130. **Фишер Е. М.** — Упражнение конвергенции по способу проф. В. П. Филатова. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 501—503).

131. **Шевалев В. Е.** — Экспериментальное исследование о влиянии мышечного утомления на внутриглазное давление. (Диссертация на степень кандидата медицинских наук). Одесса.

132. **Шмульян Л. П.** — К технике клинического исследования передней камеры боковым освещением. (Укр. яз.). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 519—525).

133. **Шмульян Л. П.** — Частичная сквозная пересадка роговицы с консервированного глаза трупа. (Укр. яз.). (Диссертация на степень кандидата медицинских наук). («Збірник, присвячений 40-літтю діяльності проф. В. П. Філатова», 51—111).

134. **Шмульян Л. П. и Гольдштейн Б. Л.** — Лечение волчанки пересадкой консервированной трупной кожи. («Научные материалы УИЭО», в. II, 20—24).

135. **Яныk И. В.** — Заживление поверхностного дефекта в роговице „Rana esculenta". («Биологический журнал», т. VII, № 5—6, 967—974).

1939 год

136. **Андреева В. В.** — Дальнейшие наблюдения над рассасыванием отложений на передней поверхности хрусталика под влиянием пересадки роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО», 45—46).

137. **Андреева В. В.** — Просветляющая частичная несквозная пересадка роговицы при помутнениях роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО», 39—40).

138. **Баженова М. А.** — Пересадка сушеной и замороженной роговицы на кроликах. («Научные материалы УИЭО», 49—51).

139. **Баженова М. А.** — Профилактика электроофтальмии на заводе им. Январского восстания. («Научные материалы УИЭО», 203—204).

140. **Баженова М. А.** — Сравнительное изучение разных способов консервации роговицы путем метода тканевых культур. («Научные материалы УИЭО», 52—53).

141. **Бродский Б. С.** — Лечебная пересадка кожи при туберкулезных кератитах. («Научные материалы УИЭО», 130—132).

142. **Бродский Б. С.** — Лечение атрофии зрительных нервов после отравления хинином. («Научные материалы УИЭО», 116—117).

143. **Бродский Б. С.** — Лечение keratitis rosacea пересадкой консервированной кожи. («Научные материалы УИЭО», 123—129).

144. **Бродский Б. С.** — Лечение тяжелых скрофулезных кератитов пересадкой консервированной кожи. («Научные материалы УИЭО», 126—127).

145. **Бродский Б. С.** — Об унификации требований к литературным указателям в медицинских журналах. («Советская медицина» № 10, 42).

146. **Бродский Б. С., Баженова М. А., Кашук М. Э. и Курышкин П. И.** — Опыт борьбы с травматизмом по материалам Одесской глазной станции скорой помощи. (Доклад на II Украинском съезде офтальмологов 25—30 IX 1938 г.; «Вестник офтальмологии», т. XIV, в. 6, 98).

147. **Вассерман И. А.** — Имплантация консервированной плаценты при помутнении роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО», 120—122).

148. **Вассерман И. А.** — Имплантация консервированной плаценты при помутнениях трансплантата. («Научные материалы УИЭО», 41—42).

149. **Вассерман И. А.** — Мелиорация белым. («Научные материалы УИЭО», 28—30).

150. **Вассерман И. А.** — Методика получения экспериментальных бельм. («Научные материалы УИЭО», 47—48).

151. **Вассерман И. А.** — Пересадка консервированной трупной роговицы. («Вестник офтальмологии», т. XIV, в. 2—3, 10—26).

152. **Вассерман И. А.** — Послеоперационный период при пересадке роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО», 17—20).

153. **Вельтер С. Л.** и **Башанская М. А.** — Лечение пояснично-крестцового радикулита пересадкой консервированной трупной кожи. («Научные материалы УИЭО», 87—89).

154. **Вербицкая Е. А.** — Операции с оптической целью при пигментном ретините, («Научные материалы УИЭО», 216—217).

155. **Вербицкая Е. А., Кашук М. Э.** и **Вассерман И. А.** — Лечение пигментного ретинита по методу Лаубера в комбинации с ретинолем и ребрином. («Научные материалы УИЭО», 213—215).

156. **Вербицкая Е. А.** и **Литвак И. И.** — Адаптация, как метод выявления А-гиповитаминозных состояний. («Научные материалы УИЭО», 218—219).

157. **Волокитенко А. Е.** — Изменения рефракции после пересадки роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО», 23—25).

158. **Волокитенко А. Е.** — Имплантация консервированной плаценты при миопических хориоретинитах и высокой миопии без изменений в области желтого пятна. («Научные материалы УИЭО», 100—102).

159. **Гелелович Е. И.** — Углеводный обмен при консервировании роговицы. («Научные материалы УИЭО», 64—65)

160. **Глейберман Е. Я.** — Трансплантация консервированной кожи при экспериментальном туберкулезе кожи. («Научные материалы УИЭО», 143—144).

161. **Гриншпон Ц. И.** — Гомотрансплантация консервированной трупной кожи при двустороннем травматическом поражении тройничного нерва с явлениями нервнопаралитического кератита. («Научные материалы УИЭО», 136—137).

162. **Ершкович И. Г.** — Влияние мышечной работы на внутриглазное давление при глаукоме. («Научные материалы УИЭО», 163—165).

163. **Кальфа С. Ф.** — Значение эластотонометрии в клинике глаукомы. («Научные материалы УИЭО», 159—162).

164. **Кальфа С. Ф.** и **Бродский Б. С.** — Магнит из никель-алюминиевой стали для удаления инородных тел из глаза. («Научные материалы УИЭО», 195—196).

165. **Кальфа С. Ф.** — Частичная сквозная пересадка роговой оболочки с тектонической целью. («Научные материалы УИЭО», 33—35).

166. **Каменецкая Ц. Ю.** — Влияние возраста донора на приживление трансплантата («Научные материалы УИЭО», 26—27).

167. **Каменецкая Ц. Ю.** — Лечебная пересадка тканей при помутнениях стекловидного тела. («Научные материалы УИЭО», 108—110).

168. **Каменецкая Ц. Ю.** — Тонометрические исследования на нормальных глазах кролика. («Научные материалы УИЭО», 178—179).

169. **Каменецкая Ц. Ю.** — Экспериментальная глаукома. («Научные материалы УИЭО», 176—177).

170. **Кашук М. Э.** — Некоторые профилактические мероприятия по борьбе с глазным травматизмом на Одесском станкостроительном заводе им. Ленина. («Научные материалы УИЭО», 205—206).

171. **Кашук М. Э.** — Объективные признаки расстройства ретинальной циркуляции при глаукоме. («Научные материалы УИЭО», 168—169).

172. **Кашук М. Э.** и **Ровинский С. А.** — Кровяное давление в центральной артерии сетчатки, в височной артерии и состояние глазного дна при сосудистых заболеваниях головного мозга. («Научные материалы УИЭО», 226—227).

173. **Копп И. Ф.** — Лечение кератитов методом субконъюнктивальной имплантации роговой ткани. («Научные материалы УИЭО», 133—135).

174. **Костенко Ф. М.** — Лечение трахоматозного паннуса имплантацией консервированной плаценты. («Научные материалы УИЭО», 188—189)

175. **Костенко Ф. М.** —Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированных тканей. («Вестник офтальмологии», т. XIV, в. 6, 105).

176. **Костенко Ф. М.** —Новое в лечении трахомы. («Научные материалы УИЭО», 183—185).

177. **Костенко Ф. М.** — Техника лечебной пересадки консервированных тканей при трахоматозном паннусе. («Научные материалы УИЭО», 186—187).

178. **Лигнау Н. Г.** — Влияние кожной пересадки на регенерацию. («Научные материалы УИЭО», 138—139)

179. **Петросьянц Е. А.** — Биомикроскопия трупных консервированных глаз. («Научные материалы УИЭО», 54—55).

180. **Петросьянц Е. А.** — Дальнейшие наблюдения над влиянием лечебной просветляющей пересадки роговицы при помутнениях трансплантата. («Научные материалы УИЭО», 43—44).

181. **Петросьянц Е. А.** — Лечение хориоретинита невыясненной этиологии имплантацией консервированной плацечты. («Научные материалы УИЭО», 98—99).

182. **Петросьянц Е. А.** — Отдаленные результаты случаев прозрачных приживлений пересаженной роговицы («Научные материалы УИЭО», 31—32).

183. **Пржибыльская Я. И.** — Суточные колебания темновой адаптации у глаукомных больных. («Вестник офтальмологии», т. XIV, в. 2—3, 37—41).

184. **Продан М. Т.** — Изучение стерильности перчаточного сока. («Научные материалы УИЭО», 232—234).

185. **Розенфельд Е. А.** — Обмен липоидов при консервировании роговицы. («Научные материалы УИЭО», 66—67).

186. **Розовская С. Б.** — Лечение глазных заболеваний инъекциями консервированной крови. («Научные материалы УИЭО», 118—119).

187. **Скородинская В. В.** —Имплантация плаценты с лечебной целью при кератитах. («Научные материалы УИЭО», 123—124).

188. **Скородинская В. В.** — Лечебная пересадка роговицы при кератитах. («Научные материалы УИЭО», 36—38).

189. **Скородинская В. В.** — Лечение миопических хориоретинитов внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Научные материалы УИЭО», 106—107).

190. **Скородинская В. В.** — О регенерации эпителия роговицы при низкой температуре на изолированных трупных глазах. («Научные материалы УИЭО», 56—58).

191. **Спиваковский Я. Н.** — Исходы детского глазного травматизма. («Научные материалы УИЭО», 200—202)

192. **Спиваковский Я. Н.** — Лечебная пересадка консервированной кожи при туберкулезных увеитах. («Научные материалы УИЭО», 103—105).

193. **Спиваковский Я. Н.** — Повышение остроты зрения после удаления множественных инородных тел из роговицы. («Научные материалы УИЭО», 197—199).

194. **Филатов В. П.** — Деятельность УИЭО за 1938 г. (Краткий обзор). («Научные материалы УИЭО», 3—13).

195. **Филатов В. П.** — К вопросу о лечении и профилактике хориоретинитов. («Вестник офтальмологии», т. XIV, в. 6, 18—20).

196. **Филатов В. П.** — Лечебная пересадка консерзированной кожи при бронхиальной астме. («Казанский медицинский журнал», № 4, 6—7; «Научные материалы УИЭО», 90—91).

197. **Филатов В. П.** — Лечебная пересадка тканей. (Журналы «Проблемы туберкулеза», 8—13; «Советская наука», № 6, 81—91).

198. **Филатов В. П.** — Лечение бронхиальной астмы внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Научные материалы УИЭО», 92—93).

РЕПОЗИТОРИЙ ГБМУ

199. **Филатов В. П.** — Лечение хориоретинита имплантацией плаценты. («Научные материалы УИЭО», 96—97).

200. **Филатов В. П.** — Улучшение функций второго здорового глаза при тканевых пересадках. («Научные материалы УИЭО», 94—95).

201. **Филатов В. П.** и **Вассерман И. А.** — Феномен Артюса на глазу кролика. («Научные материалы УИЭО», 223—225).

201. **Филатов В. П.** и **Бродский Б. С.** — Объем окулистической помощи на разных этапах эвакуации. (Доклад на конференции Одесского мединститута, посвященный организации медицинской помощи в военное время, 5—8.III 1939 г. Рукопись).

202. **Филатов В. П.** и **Вельтер С. Л.** — Лечение acne vulgaris имплантацией консервированной плаценты. («Научные материалы УИЭО», 82—83).

203. **Филатов В. П.** и **Вельтер С. Л.** — Случай упорного хронического фурункулеза, излеченного пересадкой консервированной трупной кожи. («Научные материалы УИЭО», 76—77).

204. **Филатов В. П.** и **Вельтер С. Л.** — Эритоматозная волчанка, с успехом леченная пересадкой консервированной трупной кожи. («Научные материалы УИЭО», 80—81).

205. **Филатов В. П.** — Лечебная пересадка консервированной кожи при бронхиальной астме. («Научные материалы УИЭО», 90—91).

206. **Филатов В. П.** и **Вербицкая Е. А.** — Имплантация консервированной печени при пигментном ретините. («Научные материалы УИЭО», 209—210).

207. **Филатов В. П.** — Имплантация консервированной плаценты при пигментном ретините. («Научные материалы УИЭО», 211—212).

208. **Филатов В. П.** и **Вербицкая Е. А.** — Лечение пигментного ретинита внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Вестник офтальмологии, т. XIV. в. 4, 21—28).

209. **Филатов В. П.** и **Глейберман Е. Я.** — Влияние трансплантации консервированной кожи на течение туберкулезного процесса у экспериментальных животных. («Научные материалы УИЭО», 140—142).

210. **Филатов В. П.** и **Ершкович И. Г.** — Внутримышечные инъекции рыбьего жира при глаукоме. («Научные материалы УИЭО», 153—155).

211. **Филатов В. П.** и **Ершкович И. Г.** — Лечебная имплантация консервированной плаценты при глаукоме. («Научные материалы УИЭО», 156—158).

212. **Филатов В. П.** и **Кранифельд Б. И.** — Гомотрансплантация трупной консервированной кожи при язве желудка. («Научные материалы УИЭО», 78—79).

213. **Филатов В. П.** и **Можаровская В. А.** — Случай лечебной пересадки кожи при диабете и глаукоме. («Научные материалы УИЭО», 114—115).

214. **Филатов В. П.**, **Шевалев В. Е.** и **Клопенко Л. Я.** — Опыт лечебной гомотрансплантации консервированной кожи у лепрозных больных. («Научные материалы УИЭО», 73—75).

215. **Хорошина А. Г.** — Дальнейшие наблюдения над дренированием передней камеры для понижения тензии. («Научные материалы УИЭО», 174—175).

216. **Хорошина А. Г.** — Дренирование передней камеры хитином для понижения тензии. («Научные материалы УИЭО», 172—173).

217. **Хорошина А. Г.** — Имплантация консервированной плаценты при рецидивирующих кровоизлияниях в стекловидное тело. («Научные материалы УИЭО», 111—113)

218. **Хорошина А. Г.** — Результаты пересадки роговицы на глазах с предшествующей оптической иридектомией. («Научные материалы УИЭО», 21—22).

219. **Шевалев В. Е.** — Экспериментальные исследования на изолированном глазу («Научные материалы УИЭО» 170—171).

220. **Шевалев В. Е.** и **Каменецкая Ц. Ю.** — Изменение внутриглазного давления под влиянием мышечной деятельности при экспериментальной глаукоме. («Научные материалы УИЭО», 166—167).

221. **Шейн Я. С.** — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированной склеры. («Научные материалы УИЭО», 190—192).

222. **Шестерикова Г. П. и Гелелович Е. И.** — Влияние экстрактов кожи на некоторые биохимические показатели крови. («Научные материалы УИЭО», 145—147).

223. **Шестерикова Т. П. и Гелелович Е. И.** — Изменение азотистых продуктов при консервации роговицы. («Научные материалы УИЭО», 62—65).

224. **Шестерикова Т. П. и Рапопорт Х. М.**—Изменения минеральных веществ при консервировании роговицы. («Научные материалы УИЭО», 68—71).

225. **Шмульян Л. П.** — Излечение торпидной язвы кожи лечебной пересадкой консервированной кожи по Филатову. («Научные материалы УИЭО», 84—86).

226. **Шмульян Л. П.** — Новый принцип геометрического построения сопряженных точек в оптике. («Научные материалы УИЭО», 229—231).

227. **Ясиновская А. В., Розенфельд Е. Л., Гелелович Е. И. и Раппопорт К. М.** —Некоторые биохимические изменения крови при имплантации консервированных тканей и при инъекции рыбьего жира. («Научные материалы УИЭО», 148—150).

228. **Яныk Н. В.** — Заживление поверхностного дефекта в роговице различных животных. («Научные материалы УИЭО», 59—61).

1940 год

229. **Александрович Е.** — Лечение помутнений роговой оболочки пересадкой консервированной трупной роговицы. («Сборник трудов УИЭО», т. I, 137—140).

230. **Андреева В. В.** — Дальнейшее наблюдение над рассасыванием отложений на передней поверхности хрусталика под влиянием пересадки роговой оболочки. («Сборник трудов УИЭО», т. 1, 115—120).

231. **Афанасьева О. Н.** — Гомотрансплантация и имплантация пастеризованной кожи в эксперименте на животных. («Сборник трудов УИЭО», т. I, 213—219).

232. **Бродский Б. С.** — Значение постоянного магнита для удаления осколков из глаз. («Военно-санитарное дело», № 11, 72—73).

233. **Бродский Б. С.** — Опыт использования постоянного магнита для удаления инородных тел из роговицы. («Советский врачебный журнал», № 5, 383—384).

234. **Бродский Б. С.** — Постоянные магниты в глазной практике. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 141—148).

235. **Бродский Б. С.** — Удаление осколков из глаза при помощи новых постоянных магнитов. (Рукопись). (Сборник В. М. А., посвященный юбилею В. Н. Долганова»).

236. **Бушмич Д. Г.**—Влияние тканевых пересадок на цветовое чувство и цветовое утомление. («Сборник трудов УИЭО», т. 1, 171—179).

237. **Вассерман И. А.** —Дальнейшие наблюдения над частичной сквозной пересадкой консервированной трупной роговой оболочки. («Сборник трудов УИЭО», т. 1, 79—94).

238. **Вассерман И. А.** — Двусторонняя пересадка роговой оболочки. (Сборник трудов УИЭО», т. 1, 103—114).

239. **Вассерман И. А.** —Клиника мелиорации бельм. («Вестник офтальмологии» т. XVII, в. 3, 9).

240. **Вассерман И. А.** — Материалы об особенностях послеоперационного течения после пересадки роговой оболочки. («Вестник офтальмологии», т. XVI, в. 6. 410—415).

241. **Вассерман И. А.** — Послеоперационный период при пересадке роговой оболочки. («Сборник трудов УИЭО», т. I, 65—78).

242. **Вельтер С. Л.** — Детали техники частичной сквозной пересадки роговицы. («Сборник трудов УИЭО», т. I, 43—64).

243. **Вельтер С. Л.** — Патологическая анатомия пересаженной роговицы человека. («Вестник офтальмологии», т. XVII, в. 1—2, (7—8), 3—23).

244. **Вельтер С. Л.** и **Глейберман Е. Я.** — Выживаемость бледной спирохеты в тканях при консервации на холоде. («Сборник трудов УИЭО», т. I, 181—190).

245. **Вербицкая Е. А.** — Дальнейшие наблюдения над действием внутримышечных инъекций рыбьего жира при пигментном ретините. («Сборник трудов УИЭО», т. I, 163—170).

246. **Волокитенко А. Е.** —Изменение рефракции после пересадки роговой оболочки. («Вестник офтальмологии», т. XVIII, в. 3 (9), 213—232).

247. **Вургафт М. Б.** — Влияние консервированных тканей на адаптацию у миопов. («Сборник трудов УИЭО), т. II, 213—218).

248. **Глейберман Е. Я.** — Карциноматозный штамм, спонтанно полученный у сифилитического кролика. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 185—193).

249. **Глейберман Е. Я.** — Феномен лизиса карциноматозных клеток жидкостью передней камеры глаза. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 179—184).

250. **Гриншпон Ц. И.** — Лечение трахоматозного паннуса имплантацией трупного консервированного хряща век. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 127—132).

251. **Гриншпон Ц. И.** — Экспериментальная отслойка сетчатки. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 171—178).

252. **Драгомирецкий Г. А.** — Лечение миопического хориоретинита микроклизмами из консервированной плаценты. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 141—146).

253. **Ершкович И. Г.** — Влияние мышечной работы на внутриглазное давление при глаукоме. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 45—59).

254. **Ершкович И. Г.** — Лечение глаукомы внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 25—37).

255. **Кальфа С. Ф.** — Значение местной сосудистой реакции в регуляции внутриглазного давления. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 69—73)

256. **Кальфа С. Ф.** — Conjunctivitis sicca. («Сборник В. М. А., посвященный юбилею В. Н. Долганова»).

257. **Кальфа С. Ф.** — Рефлекс, регулирующий внутриглазное давление. (Рукопись направлена в «Сборник, посвященный акад. Воробьеву»).

258. **Кальфа С. Ф.** — Современное состояние вопроса о патогенезе и ранней диагностике глаукомы. («Сборник трудов УИЭО», в. II, 7—23).

259. **Кальфа С. Ф.** и **Бродский Б. С.** — Постоянный магнит из железо-никель-алюминиевого сплава для удаления инородных тел из глаза. («Вестник офтальмологии», т. XVII, в. 4, (10) 456—458).

260. **Каменецкая Ц. Ю.** — О методе измерения внутриглазного давления у кроликов. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 95—100).

261. **Каменецкая Ц. Ю.** — Экспериментальная глаукома. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 75—85).

262. **Кашук М. Э.** — Соотношение между средним кровяным давлением и офтальмотонусом. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 38—44).

263. **Копельман Е. Б.** — Лечение язв роговицы стрептоцидом. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 203—211).

264. **Копп И. Ф.** — Результаты частичной сквозной пересадки роговицы по материалам научно-опорного пункта УИЭО в Запорожье. («Сборник трудов УИЭО», т. I, 95—102).

265. **Костенко Ф. М.** — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой трупной консервированной конъюнктивы. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 103—111).

266. **Костенко Ф. М.** — Лечение трахомы стрептоцидом. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 133—138).

267. **Костенко Ф. М.** — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированной кожи. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 113—119).

268. **Петросьянц Е. А.** — Отдаленные результаты пересадки роговицы: («Вестник офтальмологии», т. XVII, в. 3, (9), 190—199).

269. **Петросьянц Е. А.** — Экспериментальное изучение пригодности гетерогенной консервированной роговицы для целей трансплантации. («Сборник трудов УИЭО», т. I, 121—126).
270. **Пржибыльская Я. И.** — Диагностическое значение адаптометрии при глаукоме. (Диссертация на степень кандидата медицинских наук). (Рукопись).
271. **Сайдаковский А. Г.** — О толщине склеры нормальных глаз. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 195—202).
272. **Скородинская В. В.** — Лечебная пересадка роговицы при кератитах. («Вестник офтальмологии», т. XVII, в. 6 (12), 699—708).
273. **Скородинская В. В.** — Лечение атрофии зрительных нервов инъекциями рыбьего жира («Сборник трудов УИЭО», т. I, 155—162).
274. **Скородинская В. В.** — Лечение миопических хориоретинитов инъекциями рыбьего жира. («Сборник трудов УИЭО», т. I, 147—154).
275. **Спиваковский Д. Н.** — Повышение остроты зрения после удаления множественных поверхностных инородных тел из роговицы. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 149—155).
276. **Хорошина А. Г.** — Задняя фистулизирующая склероэктомия. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 87—93).
277. **Філатов В. П.** — Від оптичного пересадження рогівки до лікувального пересадження тканини. (Доповідь в Академії наук УРСР, в. 7, 3—17).
278. **Филатов В. П.** — Дальнейшие материалы по вопросу о лечебном значении консервированных тканей. («Советская медицина», № 13—14, 5—8).
279. **Филатов В. П.** — Новые пути в профилактике миопических хориоретинитов. («Врачебное дело», № 1, 1—4).
280. **Филатов В. П.** — Обзор научной деятельности руководимой мною школы и перспективы дальнейшей работы. («Сборник трудов УИЭО», т. I, 7—41).
281. **Филатов В. П.** — Оптическая пересадка роговицы и лечебная пересадка тканей. (Монография, представленная в Комиссию по присуждению Сталинской премии, 1940 г.).
282. **Филатов В. П.** — Оптическая пересадка роговицы при бельмах. («Советская наука», в. 3—4, 102—113).
283. **Филатов В. П. и Баженова М. А.** — Экспериментальная пересадка сушеной и замороженной роговицы. («Вестник офтальмологии», т. XVII, № 5 (11), 536—543).
284. **Филатов В. П. и Бродский Б. С.** — Ранения и повреждения органа зрения. (Глава в руководстве «Материалы по военно-полевой хирургии», под редакцией акад. Н. Н. Бурденко, профессоров А. В. Мельникова и А. А. Слободского. Москва, 1940, 228—256).
285. **Филатов В. П. и Ершкович И. Г.** — Применение внутримышечных инъекций рыбьего жира с лечебной целью при глаукоме. («Сборник В. М. А., посвященный юбилею В. Н. Долганова»).
286. **Філатов В. П. і Кашук М. Е.** — Роль офтальмології в діагностиці гіпертонічної хвороби. («Медичний журнал УАН», г. X, в. I, 247—257).
287. **Филатов В. П. и Розовская С. Б.** — Лечение глазных заболеваний консервированной кровью. («Сборник трудов УИЭО»), т. I, 129—136).
288. **Filatow W. P.** — Transplantation of the cornea. („Modern trends in Ophthalmology. „Butterworths medical Publications". London, p. 582—587).
289. **Шевалев В. Е. и Каменецкая Ц. Ю.** — Изменение внутриглазного давления под влиянием мышечной деятельности при экспериментальной глаукоме. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 61—68).
290. **Шейн Я. С.** — Дальнейшие наблюдения над лечением трахоматозного паннуса пересадкой консервированной склеры. («Сборник трудов УИЭО», т. II, 121—126).
291. **Шестерикова Т. П. и Розенфельд Е. Л.** — Динамика биохимических процессов при консервировании глаз. («Сборник трудов УИЭО», т. I, 235—245).
292. **Шестерикова Т. П., Ясиновская А. В., Розенфельд Е. Л., Гелелович Е. И. и Рапопорт К. М.** — Влияние инъекций рыбьего жира и пересадки кон-

сервированных тканей на некоторые биохимические показатели крови. («Сборник трудов УИЭО», т. I, 221—234).

293. **Яник Н. В.** — Влияние пересадки консервированной кожи на заживление кожного дефекта в эксперименте на животных („Сборник трудов УИЭО", т. I, 203—211).

294. **Яник Н. В.** — Загоювання поверхневого дефекта в рогівці. («Медичний журнал Академії наук УРСР», т. X, в. 2, 591—605).

1941 год

295. **Кальфа С. Ф. и Бродский Б. С.** — Постоянные магниты в глазной практике. („Советская медицина", № 3, 32—33).

1942 год

296. **Бродский Б. С.** — К вопросу о военных травмах и рациональной помощи. Наш опыт удаления внутриглазных осколков постоянным магнитом. «Сборник трудов Башкирского республиканского трахоматозного диспансера и глазной клиники Башкирского мединститута», в. 3, 17—23).

297. **Бродский Б. С.** — Вторая модель постоянного магнита для удаления ферромагнитных осколков из глаза (изготовлена в г. Уфе, БАССР). Доложена на научной конференции Башмединститута 31/V 1942 г. (Рукопись).

298. **Бушмич Д. Г.** — Постоянные магниты проф. Кальфа и д-ра Бродского и их значение в военно-полевых условиях. («Труды Оборонной республ. сессии Туркменского научно-медицинского общества и госпитального совета НКЗ ТССР», 121—123).

299. **Вассерман И. А.** — О методах конъюнктивальной пластики при повреждениях роговой оболочки. («Труды Оборонной республ. сессии Туркменского научно-медицинского общества и госпитального совета НКЗ ТССР», 116—120).

300. **Ершкович И. Г.** — Опыт применения терапии консервированными тканями по методу акад. В. П. Филатова, по материалам глазного отделения эвакогоспиталя. («Труды Оборонной республ. сессии Туркменского научно-медицинского общества и госпитального совета НКЗ ТССР», 112—115).

301. **Кальфа С. Ф.** — Лечение консервированными тканями по Филатову при военных повреждениях. («Труды Оборонной республ. сессии Туркменского научно-медицинского общества и госпитального совета НКЗ ТССР», 107—112).

302. **Филатов В. П.** — Офтальмология на службу Красной Армии. (Издание Сануправления САВО, Ташкент).

1943 год

303. **Бродский Б. С.** — Ручной постоянный магнит для удаления осколков из глаза и некоторые соображения по поводу магнитных операций. («Вестник офтальмологии», т. XXII, в. 3, 13—15).
Доложена на научно-практической конференции окулистов БАССР 25—26/IX 1943 г. Принята для служебного использования ЦВВК.

304. **Бродский Б. С.** — Некоторые вопросы глазной экспертизы у призываемых Главвоенсанупра Красной Армии.

305. **Бродский Б. С.** — Первая помощь при сквозных ранениях роговицы. (Доложена на научной конференции Уфимской глазной больницы и глазных клиник 1 МОЛМИ и БМИ 14/IV 1943 г. (Направлена в журнал «Советская медицина»).

306. **Бродский Б. С.** — Полезны ли ручные магниты? (Доложена на научной конференции окулистов БАССР 25—26/IX 1943 г. Направлена в сборник Санотдела ОдВО).

307. **Бродский Б. С.** — Случаи поражения глаз и лица каменноугольным пеком. (Доложена на научной конференции Трахоматозного диспансера

и глазной клиники Башмединститута 21/VII 1943 г. Направлена в сборник Башк. республ. трахом. института и глазной клиники Башмединститута).
308. **Бушмич Д. Г.** — Организационные формы массовых мероприятий оздоровления призывников. («Вестник офтальмологии», т. XXII, в. 6, 23—32).
309. **Вассерман И. А.** — Закрытие повреждений роговой оболочки конъюнктивальной пластикой по Филатову. («Военная медицина глубокого тыла в Отечественной войне». Сборник САВО, 489—492, Ташкент).
310. **Вассерман И. А.** — Кератопластика при гнойных язвах и абсцессах роговой оболочки. («Труды II Оборочной республиканской сессии Туркменского научно-медицинского объединения»). (Доклад).
311. **Вассерман И. А.** — Пересадка роговицы при трахоме. («Труды II Оборонной республиканской сессии Туркменского научно-медицинского объединения»). (Доклад).
312. **Вассерман И. А.** — Тканевая терапия при трахоме и ее осложнениях. («Труды II Оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского объединения»). (Доклад).
313. **Ершкович И. Г.** — Терапия консервированными тканями, как подготовка к оперативному вмешательству при боевых ранениях глаз. («Вестник офтальмологии», т. XXII, в. 3, 19—20).
314. **Кальфа С. Ф.** — Трахома и борьба с нею в ТССР. («Труды II Оборонной республиканской сессии научно-медицинского объединения»). (Доклад).
315. **Кальфа С. Ф.** и **Вассерман И. А.** — Практика пересадки роговой оболочки в Туркмении. («Труды II Оборонной республиканской сессии научно-медицинского объединения»). (Доклад).
316. **Кальфа С. Ф.** — Этапы развития тканевой терапии. («Хирургия»).
317. **Кальфа С. Ф.** — Эфир при заболеваниях роговой оболочки. («Вестник офтальмологии», т. XXII).
318. **Кальфа С. Ф.** и **Ершкович И. Г.** — Терапия консервированными тканями по методу академика Филатова при боевых ранениях глаз и их последствиях. („Военная медицина глубокого тыла в Отечественной войне», 466—471, Ташкент).
319. **Костенко Ф. М.** — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированных тканей. (Диссертация на ученую степень кандидата медицинских наук. Рукопись).
320. **Филатов В. П.** — Круглый стебель в офтальмологии. (Из серии «Восстановительная хирургия», в. 2, стр. 30).
321. **Филатов В. П.** — Круглый стебель в офтальмологии. («Военная медицина глубокого тыла в Отечественной войне», 479—488, Ташкент).
322. **Филатов В. П.** — Показания к оптической пересадке. («Военная медицина глубокого тыла в Отечественной войне», 472—478, Ташкент).
323. **Филатов В. П.** — Рабочая гипотеза тканевого лечения. («Ветеринар»).
324. **Филатов В. П.** — Рабочая гипотеза тканевой терапии. («Военная медицина глубокого тыла в Отечественной войне», 46—52, Ташкент).
325. **Филатов В. П.** — Тканевая терапия («Лечение физиологическими стимуляторами тканевого происхождения». Изд. НКЗ УзССР в помощь военному врачу, Ташкент).
326. **Филатов В. П.** — Тканевое лечение. (Хирургия», № 7).
327. **Филатов В. П.** — Тканевое лечение в офтальмологии. («Военная медицина глубокого тыла в Отечественной войне», 459—469, Ташкент).
328. **Филатов В. П.** — Тканевое лечение в условиях военного времени. («Вестник офтальмологии», т. XXII, № 5—6, 6—11).
329. **Филатов В. П.** — Тканевое лечение при хирургических и других заболеваниях. («Военная медицина глубокого тыла в Отечественной войне», 53—60, Ташкент).
330. **Филатов В. П.** — Тканевая терапия при некоторых заболеваниях. («Советская медицина», № 10, 1—3).
331. **Шевалев В. Е.** — Боевые ранения глаз. (Сборник «Военная медицина в обороне Одессы и Севастополя», изд. Санупрамления Красной Армии).

332. **Бродский Б. С.** — Условия, обеспечивающие эффективность постоянных магнитов. (Доложена на научной конференции глазной клиники Башмединститута совместно с врачами эвакогоспиталей 14/IX 1944 г. Направлена в журнал «Вестник офтальмологии»).

333. **Бродский Б. С.** — Глубокие кровоизлияния в сетчатку малярийного происхождения. (Доложена на научной конференции глазной клиники Башмединститута совместно с врачами эвакогоспиталей 31/V 1944 г. Направлена в сборник Башкирского республиканского трахоматозного института).

334. **Бродский Б. С.** — Случай неполного отрыва зрительного нерва. (Доложен на научной конференции Башмединститута совместно с врачами эвакогоспиталей 24/VIII 1944 г. Направлена в Сборник Башкирского республиканского трахоматозного института).

335. **Бродский Б. С.** — К вопросу о разрезах склеры при удалении осколков из глаза. («Вестник офтальмологии», т. XXIII, в. 4, 38—40; т. XXV, в. 3. 12—14).

336. **Бродский Б. С.** — Применение 70° спирта для борьбы с последствиями продолжительного пребывания в глазу грифеля химического карандаша. («Советская медицина», № 4—5, 28).

337. **Бушмич Д. Г.** — Влияние тканевой терапии на функции здорового глаза. («Сборник Украинского экспериментального института глазных болезней». Медгиз. Москва).

338. **Бушмич Д. Г.** — Дальнейшие наблюдения над влиянием пересадки консервированных тканей при атрофии зрительных нервов. («Сборник научных работ Туркменского респ. трахоматозного института», т. III).

339. **Бушмич Д. Г.** — Дальнейшие наблюдения над лечением атрофии зрительного нерва межмышечными инъекциями рыбьего жира. («Сборник научных работ Туркменского респ. трахоматозного института», т. III).

340. **Бушмич Д. Г.** — К диагностике помутнений хрусталика. («Сборник научных работ Туркменского респ. трахоматозного института», т. III).

341. **Бушмич Д. Г.** — Лечение атрофии зрительного нерва осмотерапией (Дальнейшие наблюдения). («Сборник научных работ Туркменского респ. трахоматозного института», т. III).

342. **Бушмич Д. Г.** — Операция Барр по материалам Туркменского трахоматозного института. («Сборник научных работ Туркменского респ. трахоматозного института», т. III).

343. **Бушмич Д. Г.** — Значение организационных мероприятий в борьбе с эпидемическим конъюнктивитом. («Сборник научных работ Туркменского респ. трахоматозного института», т. II).

344. **Вассерман И. А.** — Лечение консервированными на холоде тканями трахомы и ее осложнений («Сборник научных работ Туркменского респ. трахоматозного института», т. II).

345. **Вассерман И. А.** — Лечение трахоматозного паннуса внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Сборник научных работ Туркменского респ. трахоматозного института», т. II).

346. **Кальфа С. Ф.** — Борьба с повышением давления после боевых травм. Сообщение I. («Вестник офтальмологии», т. XXIII, в. 3, 25).

347. **Кальфа С. Ф.** — Лечение трахомы местными применениями стрептоцида. («Вестник офтальмологии», т. XXIII, в. 11, 39).

348. **Кальфа С. Ф.** и **Вассерман И. А.** — Замечания в статье Г. А. Копылова «Лечебная пересадка консервированной кожи кролика». («Хирургия», № 3, 87—89).

349. **Кашук М. Э.** — Тканевая терапия язвенного блефарита и весеннего конъюнктивита. (Направлена в Сборник санотдела ХВО).

350. **Каменецкая Ц. Ю.** — Экспериментальная глаукома. (Диссертация на степень кандидата медицинских наук. Рукопись).

351. **Кашук М. Э.** — Лечебное применение консервированных тканей при боевых травмах глаза. (Направлена в Сборник санотдела ХВО).

352. **Філатов В. П.** — Робоча гіпотеза тканинного лікування. («Юбилейный сборник УАН», т. I, 409—412).

353. **Филатов В. П.** — К технике энуклеации. («Вестник офтальмологии», т. XXIII, в. 4. 3—4).

354. **Филатов В. П.** — О работе моей школы. (Направлена через антифашистский комитет для издания в Индии).

355. **Филатов В. П.** — Оптическая коррекция дефектов глазного протезирования и разновеликости глаза. («Вестник офтальмологии», т. XXIII, в. 3. 3—4).

356. **Филатов В. П.** — Пересадка роговой оболочки. (Направлена через ВОКС для издания в США).

357. **Филатов В. П. и Кальфа С. Ф.** — Лечение трахоматозного паннуса консервированным алоэ. («Сборник научных трудов Туркменского респ. трахоматозного института», т. II).

358. **Filatow W. P.** — Tissue therapy in Ophthalmology. („Am. Review of Soviet Med." № 1 (Oct.), p. 53).

359. **Шейн Я. С.** — Лечение миопических хориоретинитов тканевой терапией (Диссертация на степень кандидата медицинских наук. Рукопись).

1945 год

360. **Brodsky B. S.** — New Permanent Hand Magnet in the Light of present day Magnet operation Methods („Amer. Journal of Ophthalmology", № 11, p. 1245—1251).

361. **Ершкович И. Г.** — К вопросу о лечении т. н. «безнадежных» случаев боевых ранений глаза. («Вестник офтальмологии», т. XXIV, в. 4, стр. 19).

362. **Кальфа С. Ф.** — Борьба с повышением давления после боевых травм. Сообщение II. («Вестник офтальмологии», т. XXIV, в. 1—2, стр. 55—58).

363. **Кальфа С. Ф.** — По поводу конъюнктивальной пластики по Кунту при боевых ранениях роговой оболочки. («Вестник офтальмологии» т. XXIV, в. 3, стр. 28—29).

364. **Кальфа С. Ф.** — Владимир Петрович Филатов. (К 70-летию со дня рождения). («Хирургия», № 3, 3—5).

365. **Филатов В. П.** — Оптическая пересадка роговой оболочки и тканевая терапия. (Москва. Медгиз, 232 стр.).

366. **Филатов В. П.** — Об оптических операциях на субатрофированных глазах. («Вестник офтальмологии», т. XXIV, стр. 8—9).

367. **Филатов В. П.** — Несколько соображений по поводу тканевой терапии. («Врачебное дело», № 11—12).

368. **Филатов В. П.** — К вопросу о пластическом восстановлении век при помощи круглого стебля. («Вестник офтальмологии», т. XXIV, № 3, стр. 9).

369. **Filatow W. P.** — Tissue therapy in cutaneous leischmaniosis. („Amer. Rev. o Sov. Med." Aug. 484—490).

1946 год

370. **Барг Ц. М. и Серебрянник Ф. Я.** — Тканевая терапия незаживающих язв кожи («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

371. **Бродский Б. С.** — Экстракт консервированной кожи кролика в терапии последствий боевых повреждений глаза и некоторых глазных заболеваний. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

372. **Бродский Б. С.** — К вопросу о внедрении в глазную практику постоянных магнитов Бродского—Кальфа. («Офтальмологический журнал», № 1, стр. 40—42).

РЕПОЗИТОРИЙ ГОМГМУ
БИБЛИОТЕКА им. В.П. Филатова

373. **Бродский Б. С.** — К вопросу о применении постоянного магнита из сплава «альнико». (Послана в печать в «Сборник Башкирского трахоматозного института и глазной клиники Башмединститута»).

374. **Бродский Б. С.** — Арахнодактилия и врожденный вывих хрусталиков. (Послана в печать в «Сборник Башкирского трахоматозного института и глазной клиники Башмединститута»).

375. **Бродский Б. С.** — Постоянные магниты в медицине. (Направлена в журнал «Наука и жизнь»).

376. **Бушмич Д. Г.** — Тканевая терапия трахоматозного паннуса. («Офтальмологический журнал», № 2, стр. 22—25).

377. **Бушмич Д. Г.** — Лечение атрофии зрительного нерва пересадками консервированных тканей. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. Филатова». Москва. Медгиз).

378. **Бушмич Д. Г.** — Осмотерапия при атрофиях зрительных нервов. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. Филатова». Москва. Медгиз).

379. **Бушмич Д. Г.** — Лечение атрофии зрительного нерва внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. Филатова». Москва. Медгиз).

380. **Бушмич Д. Г.** — Влияние тканевой терапии на функции здорового глаза. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. Филатова». Москва. Медгиз).

381. **Бушмич Д. Г.** — Выдавливание трахоматозных зерен и тканевая терапия в лечении трахомы. («Офтальмологический журнал», № 1, стр. 31—36).

382. **Бушмич Д. Г. и Гетьман В. П.** — Тканевая терапия атрофии зрительного нерва. («Вестник офтальмологии», т. XXV, в. 1, стр. 20—24).

383. **Бушмич Д. Г. и Бродский Б. С.** — Библиографический указатель научных работ акад. В. П. Филатова и его учеников, опубликованных с 1936 по 1946 гг. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

384. **Вельтер С. Л.** — Клиническая картина последовательной глаукомы при пересадке роговой оболочки. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

385. **Волокитенко А. Е.** — Лечение трахомы и некоторых других глазных заболеваний цитотоксической антиретикулоэндотелиальной сывороткой («Сборник научн. работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

386. **Волокитенко А. Е.** — Два случая лечения невроретинита имплантацией плаценты, консервированной на холоде. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

387. **Вургафт М. Б.** — Исследование глазного дна при ранениях черепа в специализированном ППГ. («Вопросы нейрохирургии», № 1, стр. 60).

388. **Вургафт М. Б.** — К методике обработки ран век. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

389. **Гольдфельд Н. Г.** — Лечение боевых травм глаза и глазных заболеваний камерной влагой консервированных глаз животных. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

390. **Гольдфельд Н. Г.** — К вопросу о поражениях зрительного нерва антифризом и их тканевое лечение. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

391. **Гольдфельд Н. Г.** — Тканевое лечение контузионных изменений глазного дна с дырчатым дефектом желтого пятна. («Вестник офтальмологии», т. XXV, № 1, стр. 24—26).

392. **Головина А. С.** — Пересадка роговицы при бельмах у бойцов. («Вестник офтальмологии», т: XXV, № 1, стр. 43—46).

393. **Гришпон Ц. И.** — Тканевая терапия при увеитах и помутнениях стекловидного тела. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

394. **Драгомирецкий Г. А.** — Лечение миопического хориоретинита стекловидным телом консервированных глаз. («Офтальмологический журнал», № 3, стр. 32—33).

395. **Дубовый Е. Д. и Копельман Е. Б.** — Применение рентгеновских лучей при болезненной абсолютной глаукоме. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

396. **Ершкович И. Г.** — Тканевая терапия рубцов после военных травм. («Сборник научных работ, посв. 70 летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

397. **Ершкович И. Г.** — Тканевая терапия травматической эпилепсии. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

398. **Ершкович И. Г.** — Тканевое лечение травматических иридоциклитов по методу академика В. П. Филатова. («Вестник офтальмологии», т. XXV, в. 1, стр. 13—16).

399. **Ершкович И. Г.** — Тканевая терапия травматических изменений стекловидного тела в период Великой Отечественной войны. («Вестник офтальмологии», т. XXV, в. 1, стр. 16—20).

400. **Ершкович И. Г.** — Пересадка роговицы при осложненных бельмах после военной травмы. («Офтальмологический журнал», № 2, стр. 18—20).

401. **Ершкович И. Г.** — Тканевая терапия контузионных хориоретинитов. («Офтальмологический журнал», № 1, стр 26—31).

402. **Ершкович И. Г.** — Влияние трансплантации и имплантации консервированных на холоде тканей при глаукоме. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

403. **Ершкович И. Г.** — Подготовка к внутриглазным операциям при боевых ранениях пересадкой консервированных тканей. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

404. **Ершкович И. Г.** — Лечение боевых травм глаза инъекциями консервированной гомокрови. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

405. **Ершкович И. Г.** — Тканевая терапия последствий военных ранений глаза («Офтальмологический журнал», № 3, стр. 7—16).

406. **Ершкович И. Г. и Копельман Е. Б.** — Оперативное вмешательство на субатрофических глазах после военной травмы. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

407. **Ершкович И. Г. и Гольдфельд Н. Г.** — Тканевая терапия травматических изменений глазного дна. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

408. **Збарский Ш. Ю.** — Боевые травмы глаза в Отечественной войне и организация специализированной помощи в армейском районе. («Офтальмологический журнал» № 3, стр. 3—6).

409. **Збарский Ш. Ю.** — Глазное дно при свежих огнестрельных ранениях черепа. («Офтальмологический журнал», № 1, стр. 43—46).

410. **Кальфа С. Ф.** — Тканевая терапия при эпителиальной дистрофии роговицы. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

411. **Кальфа С. Ф.** — Два случая тектонической пересадки роговицы. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

412. **Кальфа С. Ф.** — Глаукома при боевых повреждениях и борьба с нею.

(«Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

413. **Кальфа С. Ф.** — Случай пульсирующего травматического энофтальма. («Вестник офтальмологии», т. XXV, в. 3, стр. 41—42 и «Офтальмологический журнал», стр. 15—18).

414. **Кальфа С. Ф.** — Значение изменений эластотонометрических кривых в характеристике глаукоматозного процесса («Офтальмологический журнал» № 1, стр. 13—24).

415. **Кальфа С. Ф.** и **Драбкина Р. С.** — Бактериология эпидемического конъюнктивита в ТССР. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

416. **Кальфа С. Ф.** — Рецензия на книгу В. П. Филатова «Оптическая пересадка роговицы и тканевая терапия». («Вестник офтальмологии», т. XXV, № 1, стр. 49).

417. **Кальфа С. Ф.** и **Шевалев В. Е.** — Академик В. П. Филатов. Издание УАН. Киев.

418. **Кашук М. Э.** — Эластотонометрические исследования при гипертонической болезни. («Офтальмологический журнал», № 2, стр. 9—15).

419. **Кашук М. Э.** — Тканевая терапия глазных осложнений гипертонической болезни. («Офтальмологический журнал», № 2, стр. 36—40).

420. **Кашук М. Э.** — Лечебное применение автоклавированных консервированных тканей при последствиях боевых повреждений органа зрения. («Офтальмологический журнал», № 3, стр. 17—20).

421. **Кашук М. Э.** — Подконъюнктивальная фистулизация передней камеры путем дренажирования десцеметовой оболочкой. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

422. **Кашук М. Э.** и **Голигорский С. Д.** — Лечение незаживающих язв пересадкой консервированной кожи. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

423. **Копельман Е. Б.** — Дисцизия секундарных катаракт по модификации акад. В. П. Филатова при боевых травмах глаза. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва, Медгиз).

424. **Копп И. Ф.** — Наблюдения над частичной сквозной пересадкой роговицы. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

425. **Липкина А. Ю.** — Тканевая терапия пигментного ретинита. («Офтальмологический журнал», № 2, стр. 29—33).

426. **Нагаева** — Тканевая терапия при пролиферирующем ретините. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

427. **Скородинская В. В.** — Методика приготовления экстракта из консервированной кожи. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

428. **Скородинская В. В.** — Лечение пендинской язвы водными экстрактами из консервированных тканей. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

429. **Скородинская В. В.** — Лечение пигментного ретинита автоклавированным экстрактом алоэ. («Вестник офтальмологии», т. XXV, т. 1, стр. 9—12).

430. **Скородинская В. В.** — Лечебное значение препаратов из консервированных листьев алоэ. (Диссертация на степень кандидата медицинских наук).

431. **Скородинская В. В.** и **Тарасова.** — Влияние водных экстрактов из консервированных тканей на заживление дефекта кожи у белых мышей. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

432. **Скрипченко С. П.** — Пересадка роговой оболочки при бельмах у детей. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

433. **Скрипченко С. П.** — Тканевое лечение инвалидов Отечественной войны (по материалам Одесского дома инвалидов № 4). («Офтальмологический журнал», № 3, стр. 25—28).

434. **Спиваковская Д. Н.** — Причина слепоты после боевых травм глаз (по материалам глазного эвакогоспиталя). («Сборник Санотдела ОдВО»).

435. **Спасский В. И., Бродский Б. С. и Кудояров Г. Г.** — Пуповина в качестве материала для тканевой терапии. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

436. **Файтельберг и Хаметов** — Влияние пересадки консервированной кожи на скорость заживления ран. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

437. **Филатов В. П.** — Некоторые вопросы тканевой терапии. («Офтальмологический журнал», № 3, стр. 3—6).

438. **Филатов В. П.** — Деятельность школы в период Отечественной войны («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

439. **Филатов В. П.** — Тканевое лечение при атрофиях зрительных нервов. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П Филатова». Москва. Медгиз).

440. **Филатов В. П.** — К вопросу о пластическом восстановлении век при помощи круглого стебля. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

441. **Филатов В. П.** — Техника операции дисцизии секундарной катаракты. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад В. П. Филатова». Москва.. Медгиз).

442. **Филатов В. П.** — Технические замечания к операции Лагранжа-Гольта. («Сборник научных работ Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова». Москва. Медгиз).

443. **Филатов В. П.** — К методике тканевой терапии. (Лечение биогенными стимуляторами). («Вестник офтальмологии», т. XXIV, в. 1, стр. 3—9).

444. **Филатов В. П.** — Перспективы оптической пересадки роговицы. («Вестник офтальмологии», т. XXIV, в. 1, стр. 34—38).

445. **Филатов В. П. и Бушмич Д. Г.** — Модификация офтальмодинамометра Баяра. («Офтальмологический журнал», № 2, стр. 7—8).

446. **Филатов В. П., Бибер В. А. и Скородинская В. В.** — Об одном новом источнике биогенных стимуляторов. (Лечебное значение экстрактов из пелоидов). («Офтальмологический журнал», № 1, стр. 7—12).

447. **Филатов В. П., Рукин В. А. и Малюта Л. А.** — Методика учета научных материалов в научно-исследовательском клиническом учреждении (Предварительное сообщение). («Офтальмологический журнал», № 1, стр. 47—48).

448. **Хорошина А. Г.** — Лечение консервированными тканями последствий военных травм глаза. («Офтальмологический журнал», № 3, стр. 21—24).

449. **Шейн Я. С.** — Изменения глазного дна при проникающих ранениях черепа. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

450. **Шевалев В. Е.** — Упрощенная конструкция призоптометра («Офтальмологический журнал», № 2, стр. 34—38).

451. **Шмульян Л. П.** — Военно-полевые сотрясения глазного яблока. («Сборник научных работ, посв. 70-летию акад. В. П. Филатова». Одесса).

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П.Філатова

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Предисловие V

Проф. Кальфа С. Ф., доцент Ершкович И. Г., доцент Бушмич Д. Г. — Жизненный путь академика Владимира Петровича Филатова. . VII

КРУГЛЫЙ СТЕБЕЛЬ

***Лимберг** А. А., проф.* — 20-летний опыт применения стебельчатого лоскута в восстановительной хирургии лица 1

Гусынин В. А., проф. — Преобразовательное значение филатовского стебля в пластической хирургии 6

Рабинович И., проф. — Филатовский лоскут 12

Коган Г. М. — Пластика круглым филатовским стеблем 14

Стерхов Г. Г. — Филатовский стебельчатый лоскут при трофических язвах и других дефектах кожи 21

Глотова Е. И. — Применение филатовского стебля для восстановления тотального травматического дефекта 1-го и 2-го пальцев руки . . 27

ВОЕННАЯ ОФТАЛМОЛОГИЯ

***Баккал** С. А., проф.* — Стерилизация рук хирурга на фронте и в тылу 33

Ершкович И. Г., ст. научн. сотр., и Копельман Е. Б., мл. научн. сотр. — Оперативное вмешательство на субатрофических глазах после военной травмы 39

Ершкович И. Г., ст. научн. сотр., и Гольдфельд Н. Г., мл. научн. сотр. — Тканевая терапия травматических изменений глазного дна . . . 48

Чистяков П. И., проф. — Простой способ — Вельтера — для определения места залегания инородного тела в глазу 58

Круглов А. Н., проф. — Извлечение внутриглазных инородных тел мощным электромагнитом 62

***Шильян** Л. П., доцент.* — Военно-полевые сотрясения глазного яблока 66

Круглов А. Н., проф. — Изменения дна глаза при травмах черепа . . 70

Шейн Я. С., майор мед. сл. — Изменения органа зрения при проникающих ранениях черепа 76

Вургафт М. Б., капитан мед. сл. — Из практики работы военного окулиста 82

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Скородинская В. В., ассистент. — Лечебное значение листьев алоэ. (Диссертация на степень кандидата медицинских наук) 85

Гроссфельд Г. С., проф. — Вещества роста и вещества реституции . . 184

Ершкович И. Г., ст. научн. сотр. — Тканевая терапия рубцов после военных травм и ожогов 188

Спасский В. И., проф., Бродский Б. С., доцент, и Кудояров Г. Г.—Пуповина, как материал для тканевой терапии 196

ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА НИИ ВТ им. Филатова

Стр.

Бродский Б. С., доцент. — Экстракт консервированной кожи кролика в терапии последствий боевых повреждений глаза и некоторых глазных заболеваний 201

Ершкович И. Г., ст. научн. сотр. — Тканевая терапия травматической эпилепсии 207

Авгушевич П. Л. — К вопросу о лечебной пересадке 210

Барг Ц. М., канд. мед. наук, и Серебрянник Ф. Я., доктор. — Тканевая терапия незаживающих язв кожи 215

Чепурин Н. С., доктор. — Опыт лечебной гомотрансплантации консервированной кожи при псориазе 219

ПЕРЕСАДКА РОГОВИЦЫ

Копп И. Ф., проф. — Наблюдения над частичной сквозной пересадкой роговицы. (Диссертация на степень доктора медицинских наук. Автореферат) 221

Вельтер С. Л., ст. научн. сотр. — Клиническая картина последовательной глаукомы при пересадке роговой оболочки 231

Скрипченко С. П. — Пересадка роговой оболочки при бельмах у бойцов 238

ГЛАУКОМА

Архангельский П. Ф., проф. — Наши попытки освещения некоторых сторон проблемы глаукомы 245

Кашук М. Э., ст. научн. сотр. — Подконъюнктивальная фистулизация передней камеры путем дренажирования десцеметовой оболочкой . . 249

Чепурич Н. С., доктор. — Влияние грязевых процедур и рапных ванн на внутриглазное давление 257

Дубовый Е. Д., проф., и Копельман Е. Б., доктор. — Применение рентгеновских лучей при болезненной абсолютной глаукоме 262

VARIA

Кононенко И. Ф., канд. мед. наук. — Изменение органа зрения при нейроинфекциях 267

Кальфа С. Ф., проф., и Драбкина Р. С., доктор мед. наук. — Бактериология эпидемического конъюнктивита в ТССР 282

Орлов К. Х., проф. — Редкая травма глаза (во время операции) . . 290

Воробьев Н. Ф., канд. мед. наук. — О прививке трахомы в стекловидное тело по Сцили 292

Волокитенко А. Е. — Лечение трахомы и некоторых других глазных заболеваний цитотоксической антиретикуло-эндотелиальной сывороткой 297

Лотин А. В. — Проявление функциональных неврозов под влиянием некоррегированного астигматизма 304

Чичканова А. Н., доцент. — Весенний катарр, как аллергическое заболевание 310

Лотин А. В. — О заболеваниях глаз, вызываемых личинками мух и оводов 314

БИБЛИОГРАФИЯ

Бушмич Д. Г., ст. научн. сотр., и Бродский Б. С., доцент. — Библиографический указатель научных работ академика В. П. Филатова и его учеников, опубликованных с 1936 по 1946 год 319

Библиотека им. В. П. Филатова

Технический редактор
М. И. КОПЕЛЬМАН

*

Сдано в производство 10.V 1946 г.
Подписано к печати 16.XI 1946 г.
БР 03380.
Печ. листов 22,5. Уч.-изд. лист. 26,25
Тираж 3000 экз. Заказ № 1418.

Областная типография, Одесса.

*

Цена в переплете 45 руб.

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П.Філатова

БІБЛІОТЕКА
ім. В.П. Філатова