

В. П. ФИЛАТОВ



Ювакина .
Пушиновская 33, кв. 5.





75
ЛЕТ
СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
В. П. ФИЛАТОВА



У К А З

ПРЕЗИДИУМА ВЕРХОВНОГО СОВЕТА СССР

о присвоении звания Героя Социалистического Труда
действительному члену Академии наук Украинской
ССР и Академии медицинских наук СССР

ВЛАДИМИРУ ПЕТРОВИЧУ ФИЛАТОВУ

За крупные научные открытия и выдающиеся заслуги в области лечения глазных заболеваний и подготовку научных кадров, в связи с 75-летием со дня рождения, присвоить звание Героя Социалистического Труда с вручением ордена Ленина и золотой медали „Серп и Молот“ действительному члену Академии наук Украинской ССР и Академии медицинских наук СССР Филатову Владимиру Петровичу.

Председатель Президиума Верховного Совета СССР
Н. ШВЕРНИК.

Секретарь Президиума Верховного Совета СССР
А. ГОРКИН.

Москва, Кремль,
15 июля 1950 г.



Депутат Верховного Совета УССР, Герой Социалистического Труда, лауреат Сталинской премии, действительный член Академии наук УССР и Академии медицинских наук СССР, заслуженный деятель науки, профессор

ВЛАДИМИР ПЕТРОВИЧ ФИЛАТОВ.

Профессор С. Ф. КАЛЬФА и Доцент В. Е. ШЕВАЛЕВ

ВЛАДИМИР ПЕТРОВИЧ
ФИЛАТОВ



ОДЕССКОЕ ОБЛАСТНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
1950

UNIVERSITY OF MICHIGAN
LIBRARY



ВВЕДЕНИЕ

Владимир Петрович Филатов является одним из наиболее популярных ученых среди трудящихся и медицинских работников нашей Родины. Его научные труды, тесно связанные с практическими нуждами здравоохранения находят отклик среди широких слоев населения. Это объясняется тем, что Владимир Петрович никогда не замыкался в скорлупу ученого, а всегда считал первоочередным долгом сделать свои достижения достоянием широких масс. Поэтому его труды особенно близки народным массам и широко внедряются в практику нашего здравоохранения.

Вторая черта деятельности Владимира Петровича та, что он никогда не шел на поводу у иностранных авторитетов. Являясь представителем крупной, самобытной русской офтальмологической школы, родоначальниками которой были московские профессора А. Н. Маклаков, А. А. Крюков и С. С. Головин, Владимир Петрович в своей деятельности всегда проникнут чувством глубокого патриотизма.

Горячая любовь к Родине поддерживала Владимира Петровича в его многолетней борьбе с английским хирургом Гиллисом, который, как известно, приписывал себе предложенный Филатовым метод пластики на круглом стебле. Только после шестнадцатилетней борьбы Владимиру Петровичу удалось заставить Гиллиса признать первенство русской науки в этом вопросе. В своей статье, посвященной круглому стеблю, в американском журнале «Хирургия, акушерство и гинекология» в декабре 1935 г. Гиллис официально признал приоритет в этом вопросе В. П. Филатова, а следовательно, и приори-

52.00 г. Одесса

тет русской медицинской науки. Наряду с тремя имеющимися в тысячелетней истории хирургии методами пластики (индийским, итальянским и французским) это крупнейшее достижение В. П. Филатова справедливо должно носить название русского метода пластики.

Характерной чертой творчества Владимира Петровича является увлечение широкими, социально-важными проблемами. В разработке этих задач он не стремится идти проторенными путями. Со свойственной ему целеустремленностью и настойчивостью он берется за разрешение таких вопросов, которые считались неразрешимыми. Благодаря настойчивости и таланту, Владимиру Петровичу удалось достигнуть успеха там, где, казалось ранее, все попытки добиться успеха были обречены на неудачу. Уже с первых шагов своей деятельности Владимир Петрович заинтересовался борьбой со слепотой от бельма и блестяще разрешает эту проблему, дав свой метод пересадки роговицы. Ему удалось разрешить проблему исправления больших дефектов лица и тела, применив свой метод пластики на круглом стебле. Он не может примириться с пессимистическим утверждением, что такие болезни, как атрофия зрительного нерва, пигментный ретинит, осложнения близорукости и ряд других, не поддаются лечению, и большую часть своей жизни посвящает методике борьбы с этими болезнями. Он создал новый лечебный метод — тканевую терапию, благодаря которому целый ряд болезней, считавшихся ранее неизлечимыми, в настоящее время поддается лечению.

В. П. Филатов — не только ученый, блестящий хирург и талантливый преподаватель, он и государственный деятель, активно участвующий в решении многих важных государственных вопросов. Как депутат Верховного Совета Украинской ССР, Владимир Петрович постоянно поддерживает связь со своими избирателями.

В этом году общественность нашей страны отмечает славный юбилей — 75-летие со дня рождения В. П. Филатова. К своему юбилею Владимир Петрович приходит, полный жизненных сил и творческой энергии. Его воодушевляет то внимание и забота, которыми окружает его наша социалистическая Родина, и высшая оценка его трудов партией и правительством, выразившаяся в присвоении ему звания Героя Социалистического Труда.

В то время, когда в капиталистических странах ца-

рит гонка вооружений, военная истерия вокруг атомной бомбы, когда в маленькую Корею, строящую свое счастливое будущее, вторглись американские империалисты и сотни «летающих крепостей» несут гибель детям и женщинам корейских городов и сел, — в нашей стране, являющейся надежным оплотом мира, идет мирное строительство.

Советские ученые ищут новые пути для борьбы с болезнями, для победы и торжества человека над ними. Вот что пишет В. П. Филатов:

«Вся советская наука, в том числе медицинская, бурно расцветает и неуклонно идет вперед. Советские ученые отдают все свои силы и знания на улучшение человеческой жизни и борьбу с болезнями. Могут ли советские ученые желать войны, являющейся источником эпидемий, рассадником инвалидности и уродств? Можем ли мы не протестовать против отвратительных форм войны, против применения атомного оружия? Атомная бомба — это истребление огромных масс мирного населения. Необходимо запретить использование атомного оружия. Правительство, которое первым попытается применить атомную бомбу, должно быть объявлено военным преступником. В своей борьбе за мир мы не одиноки, с нами большая часть населения земного шара. Мы знаем, что дело мира в надежных руках. Возглавляемый товарищем Сталиным, организованный прогрессивным человечеством фронт мира одержит победу над поджигателями войны».

Сотни поздравительных телеграмм из разных концов Советской страны — от учеников, от рабочих, колхозников и бойцов Советской Армии получил Владимир Петрович в день присвоения ему звания Героя Социалистического Труда. Десятки речей и поздравлений, статьи в общей и специальной печати наглядно показывают, что наша страна любит своих ученых, ценит их и гордится ими.

В. П. Филатов получил также поздравления и от ученых Болгарии, Чехословакии, Румынии и других стран народной демократии.

По несколько десятков писем получает ежедневно Владимир Петрович от многочисленных учеников и последователей, от врачей, от больных из самых далеких городов и сел нашей страны.

Имя Владимира Петровича широко известно не только в пределах Советского Союза, но и в зарубежных странах.

Наша страна знает и ценит своих ученых. Наша молодежь, посвятившая себя науке, должна знать, как работают, учат и строят советскую науку наши ученые, чтобы на их примере усваивать лучшие образцы служения нашей советской науке, нашей Родине.

У Владимира Петровича, крупного ученого, тонкого врача — клинициста, блестящего хирурга и талантливого преподавателя, есть чему поучиться нашей молодежи. Недаром врачи молодые и пожилые, окулисты и работники других специальностей стремятся побывать в институте В. П. Филатова, поучиться и поработать под его руководством.

Жизнь и творчество Владимира Петровича трудно охватить в кратком очерке, и мы делаем попытку представить только самое основное из его разносторонней деятельности; особенно трудно это сделать нам — его ближайшим ученикам. Подобно тому, как человеку трудно охватить взглядом с небольшого расстояния целиком весь крупный предмет из-за многочисленных деталей, точно так же и нам, стоящим вблизи Владимира Петровича, трудно охватить его многогранную деятельность в полном объеме. Поэтому мы заранее просим читателей простить нам все упущения и недостатки этого краткого очерка.

АВТОРЫ.

г. Одесса 10 августа 1950 г.

I

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЛАДИМИРА ПЕТРОВИЧА ФИЛАТОВА

Большого напряжения и великой
страсти требует наука от человека.

И. П. Павлов.

Владимир Петрович Филатов родился в 1875 г. в сельце Михайловке, Саранского уезда, Пензенской губернии, в семье врача. Вскоре семья его переехала в г. Симбирск (ныне Ульяновск), где Владимир Петрович учился в гимназии. Окончив гимназию в 1892 г., он в том же году поступил на медицинский факультет Московского университета.

Отец Владимира Петровича, Петр Федорович Филатов, из шести братьев которого четверо также посвятили свою жизнь медицине, был широко образованным врачом. Работая по хирургии и глазным болезням в Симбирской земской больнице, он первый пробудил в сыне интерес к медицине, в частности — к офтальмологии. В студенческие годы Владимир Петрович, приезжая домой на каникулы, работал под руководством отца в больнице, помогая ему во время амбулаторного приема больных и ассистируя при операциях. Здесь, в маленькой земской больнице, молодой студент впервые близко познакомился со страданиями больных, теряющих зрение, и с высоко полезной практической работой врача-окулиста.

Что может быть благороднее борьбы с самым тяжелым бедствием человечества — со слепотой? — думал Владимир Петрович. Вопрос о выборе специальности был решен. Он посвятил свою жизнь офтальмологии.

На медицинском факультете Московского университета в то время преподавал ряд выдающихся профессоров. На младших курсах учителями Владимира Петровича были Зернов (анатомия), Сеченов (физиология), Столетов (физика), Вернадский (минералогия). На старших курсах он слушал гигиену у Эрисмана, внутренние болезни — у Чернова, Захарьина и Остроумова, хирургию — у Синицина, Левшина, Боброва, Дьяконова и Лысенкова, нервные болезни и психиатрию — у Кожевникова и Корсакова, женские болезни — у Снегирева, детские болезни — у Нила Федоровича Филатова (родного своего дяди). Глазные болезни читал крупный русский офтальмолог, профессор А. А. Крюков, у которого, по окончании университета в 1897 г., Владимир Петрович был оставлен ординатором.

Уже в период студенческой жизни Владимир Петрович заинтересовался проблемой пересадки роговицы. Вот что он пишет по этому поводу в своих воспоминаниях.

«Когда я, будучи студентом 4-го курса медицинского факультета (в 1896 г.) изучал «Курс глазных болезней» проф. А. А. Крюкова, мой интерес привлекли те несколько строк, которые были посвящены автором вопросу о пересадке роговицы при бельмах, как способу восстановления зрения; в учебнике было сказано, что при полных бельмах можно испытать пересадку роговицы, взятой от животных (курица, овца); для производства операции, сказано было, применяется трепан Гиппеля, который был тут же изображен.

У меня родился ряд вопросов по поводу этих скудных сведений; получается ли результат, или нет? Что значит пробовать? Какова техника? Ответа на эти вопросы я не искал, но они залегли где-то в моем мозгу.

Позже встреча с больными, ослепшими вследствие бельма, которых отправляли из амбулатории ни с чем, как безнадежных, заставила меня вспомнить о том, что было сказано в учебнике Крюкова: «Можно попробовать пересадку роговицы». «Почему же не попробовать?» — спрашивал я ассистента. Тот махнул рукой: «Да ничего не выходит, пересаженная роговица все равно помутнеет. Гиппель, Адамюк и другие пробовали, ничего путного не добились».

В период ординатуры у проф. А. А. Крюкова моло-

дой ученый работал над овладением методикой исследования глаз под руководством проф. С. С. Головина и одновременно изучал основы патологической анатомии глаза у профессора Ф. О. Евецкого. В это время он написал две свои первые научные работы, посвященные интересным случаям врожденных аномалий глаза.

В 1900 г. В. П. Филатов по совету проф. Крюкова перешел на должность ординатора Московской глазной больницы, где под руководством профессора Ложечникова работал до 1903 г. Получив в глазной клинике проф. Крюкова хорошую подготовку по патологической анатомии, общей патологии и методике исследования глаз, Владимир Петрович в глазной больнице на большом клиническом материале занимался изучением отдельных форм заболеваний глаза и совершенствовал свою оперативную технику. В 1903 г. он был приглашен проф. С. С. Головиным в Одессу на должность ординатора в клинику глазных болезней Новороссийского университета. С этой клиникой связана вся его дальнейшая деятельность. В 1906 г. Владимир Петрович был уже ассистентом клиники, а в 1908 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Учение о клеточных ядах в офтальмологии». Это обширное исследование посвящено изучению влияния нормальных и цитотоксических сывороток на глаз. Чтобы понять, какую актуальность и значимость имела эта работа, необходимо вспомнить основные течения медицинской научной мысли в конце XIX и в начале XX столетия.

Работами ряда исследователей было установлено, что при впрыскивании животному клеток крови или какого-нибудь органа можно получить у него в крови вещества, направленные против этих клеток (так называемые цитотоксины).

В то время в офтальмологии изучалась теория аутоцитотоксического происхождения заболеваний глаз, которую выдвигал учитель и руководитель В. П. Филатова проф. С. С. Головин. Естественно, что Владимир Петрович, работая ассистентом проф. С. С. Головина, не мог не заинтересоваться этим учением.

Основатель экспериментального метода в медицине, Клод Бернар ставит следующие условия, необходимые для правильной постановки опытов: «Нужно не только экспериментировать; экспериментируя, нужно еще иметь

очень определенную цель, знать то, что хочешь делать, определить цель, которой хочешь достигнуть, наметить правила экспериментальной критики, которая одна может вести к постановке хороших экспериментов и к устранению причин ошибок, которые так легки в этих сложных и тонких исследованиях». Эти условия Клода Бернара полностью соблюдены в диссертационной работе В. П. Филатова. В ней он детально разработал вопросы о влиянии на глаз гемолитических и нормальных сывороток и перенес в офтальмологию достижения научной мысли того времени в области иммунологии.

Диссертацию Владимир Петрович посвятил своему отцу — первому руководителю его научной мысли.

В 1909 г. молодой доктор медицины получил приват-доцентский курс, а в 1911 г. был утвержден заведующим кафедрой и клиникой глазных болезней медицинского факультета, которой бессменно руководит до настоящего времени.

Получив самостоятельное положение и более широкие возможности для научной работы, Владимир Петрович постоянно возвращался к мысли о пересадке роговицы. Напряженная работа сначала в Московской глазной больнице, потом, в клинике глазных болезней в Одессе, преподавание, составление диссертации не охладили его интереса к этому вопросу, а лишь отсрочили его практическое осуществление. В этот период Владимиру Петровичу уже были известны опубликованные в 1906 году окулистом Цирмом и в 1911 г. проф. Шимановским удачные случаи пересадки роговицы, доказывающие принципиальную возможность осуществления этой операции. 28 февраля 1912 г. В. П. Филатов произвел свою первую полную пересадку роговицы, но трансплантат помутнел и больной не получил никакого улучшения зрения. Однако, этот случай сыграл свою роль, дав Владимиру Петровичу некоторую уверенность в технике операции, а, главное, пробудив еще больший интерес к этой проблеме. Позднее он часто говорил своим ученикам: «Кто из интереса к делу произведет пересадку роговицы, тот заболеет неизлечимой болезнью трансплантаторов; он не бросит эту операцию, он уподобится мухе, попавшей на липкую бумагу». Через два года В. П. Филатов произвел вторую такую же операцию, но потом на-

чалась империалистическая, а затем гражданская война, так что вернуться вновь к разработке этой проблемы он смог лишь в 1923 году.

В качестве профессора Владимир Петрович уделял много внимания преподаванию глазных болезней студентам и врачам-окулистам. Он тщательно готовился к лекциям, часто сам рисовал плакаты, таблицы и схемы для преподавания. После лекций он много времени проводил в организованной им при клинике лаборатории.

В первые годы своей самостоятельной работы в глазной клинике Владимир Петрович заинтересовался пластической хирургией. Несовершенство существовавших в то время методов пластических операций привело его уже в 1914 году к идее создания круглого стебля, открывшего широкие возможности пластического восстановления различных частей тела. Первая операция, сделанная им в 1914 году, не была опубликована Владимиром Петровичем, так как в послеоперационном периоде имели место осложнения, сводившие на нет результат операции. Второй случай (1916 год) был описан В. П. Филатовым и явился началом длинной серии работ русских и иностранных исследователей по этому вопросу. Со второй операции началась, по выражению крупного хирурга проф. Н. Н. Петрова, «новая эпоха в пластической хирургии лица».

С 1911 г. профессор Филатов является бессменным председателем Одесского офтальмологического общества, в котором он неоднократно выступает с докладами, направляя научную мысль городских окулистов.

Научная деятельность В. П. Филатова, начатая в до-революционный период, получила возможности для пышного расцвета лишь после Великой Октябрьской социалистической революции. Так, до 1917 г., в первые 20 лет своей деятельности, Владимир Петрович опубликовал 12 научных работ, после 1917 г. — около 300. Основные направления научной его деятельности получили свое развитие также после Октябрьской революции.

Владимир Петрович неоднократно выезжал в научные командировки за границу, где знакомился с достижениями выдающихся деятелей медицины и, главным образом, офтальмологии.

Исходя из своих все расширяющихся работ по пере-

садке роговицы, Владимир Петрович в 1933 году предложил новый метод лечения вначале глазных, а потом и самых разнообразных заболеваний—тканевую терапию. Значение этого открытия В. П. Филатова трудно достаточно оценить. Несмотря на скептицизм и отрицательное отношение к этому методу некоторых консервативно-настроенных врачей и научных работников, большинство из которых его не только не испытало, но даже не удосужилось изучить теоретически,— в Одессу из различных мест Советского Союза потянулись больные, жаждущие получить исцеление своих дотоле неизлечимых болезней. Приезжали и врачи, заинтересовавшиеся этим новым, простым и весьма эффективным методом лечения.

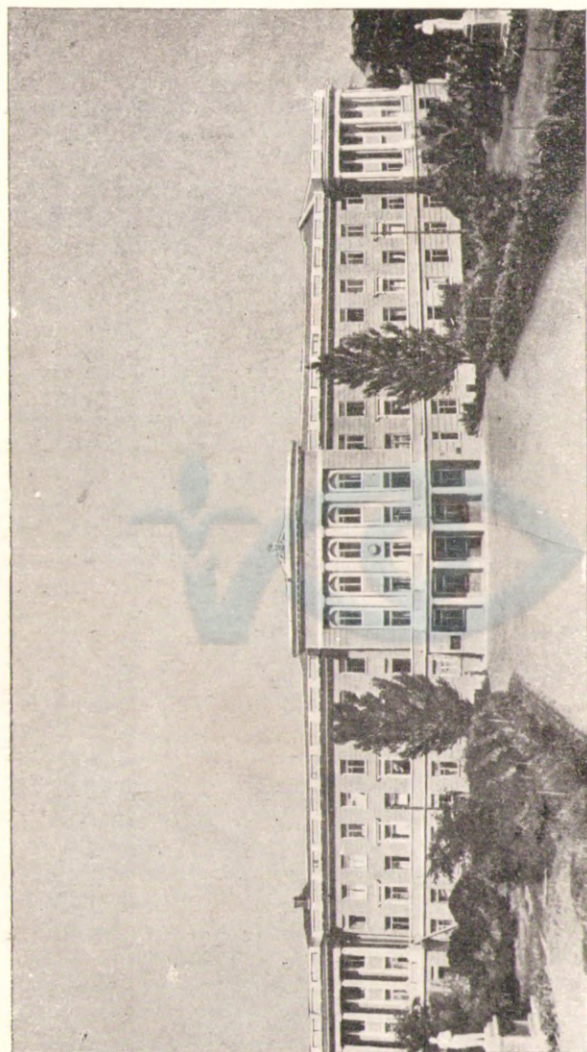
Широкое развитие исследований В. П. Филатова по пересадке роговицы, а также нового, предложенного и созданного им метода лечения — тканевой терапии, и работ по другим проблемам офтальмологии потребовало расширения клинической и лабораторной базы. Старая клиника глазных болезней медицинского института не могла уже обслужить больных, приезжавших из разных концов Советской страны, а маленькая лаборатория не могла вместить всех работников.

Наше правительство, всегда поддерживающее ценные научные начинания, учитывая размах, эффективность и важность научных работ Владимира Петровича для трудящихся нашей страны, приняло решение о создании в г. Одессе крупной клинической и экспериментальной базы для его научных исследований.

В 1936 г. был организован Украинский институт экспериментальной офтальмологии, впоследствии переименованный в Украинский Экспериментальный Институт глазных болезней имени академика В. П. Филатова.

Первые два года, не имея еще собственной базы, институт помещался в одном из зданий второй клинической больницы, которое никак не могло вместить всех больных, желавших оперироваться у В. П. Филатова, и врачей, стремившихся к научной работе под его руководством.

В 1939 году была закончена постройка трехэтажного корпуса и ряда подсобных зданий института глазных болезней. Правительство щедро отпускало средства на строительство и оборудование института. Благодаря



Украинский экспериментальный институт глазных болезней имени академика В. П. Филатова.

энергии своего руководителя, институт быстро превратился в одно из лучших офтальмологических учреждений Союза. Владимир Петрович получил возможность широкой клинической и лабораторной разработки научных проблем.

Нападение немецко-фашистских захватчиков на нашу Родину прервало работу института, который с самого начала войны превратился в крупный специализированный госпиталь. Под руководством одного из учеников В. П. Филатова, доцента В. Е. Шевалева, этот госпиталь существовал во время героической обороны Одессы, оказывая квалифицированную глазную и хирургическую помощь доблестным защитникам города-героя.

Владимир Петрович с частью своих учеников эвакуировался в Пятигорск, где работал в эвакуогоспитале, а затем — в Ташкент. Здесь приказом НКЗ СССР был восстановлен в сокращенном объеме Украинский институт глазных болезней на базе эвакуогоспиталя (начальник — М. Я. Тиваровский). Являясь директором института, Владимир Петрович одновременно состоял главным консультантом указанного госпиталя.

Война, эвакуация и связанные с ней трудности не снизили уровня научного творчества выдающегося советского ученого.

Все свои замечательные достижения талантливый теоретик и клиницист-хирург поставил на службу героической Советской Армии, неутомимо внедряя свои методы лечения в работу госпиталей.

В период Великой Отечественной войны им опубликованы брошюры и монографии: «Офтальмология на службе Красной Армии», «Круглый стебель в офтальмологии», «Тканевая терапия» (1943 г.), «Пересадка роговицы и тканевая терапия» (1945 г.), ряд статей в сборнике Среднеазиатского военного округа, посвященном 25-летию Красной Армии, и в журналах; им сделано также свыше 40 докладов. Все эти работы Владимира Петровича способствовали широкому распространению предложенных им методов и послужили делу быстрейшего восстановления здоровья раненых воинов Советской Армии и инвалидов Отечественной войны.

В сентябре 1944 г. Владимир Петрович возвратился в Одессу вместе с институтом, реэвакуированным по постановлению правительства. Здесь он сразу же, со свой-

ственной ему энергией, принялся за восстановление здания института, разрушенного немецко-румынскими захватчиками.

При активной поддержке со стороны Никиты Сергеевича Хрущева, партийных и советских организаций удалось за короткий период не только полностью восстановить институт, но и значительно расширить его клиническую и лабораторную базу. Так если до войны институт располагал 175 койками и имел 8 лабораторий, то уже в 1947 году количество коек было доведено до 320, а число лабораторий до 10.

Наша партия и правительство проявляют неустанную заботу, создавая наилучшие условия для научной работы академика Филатова и его школы. Так, например, в институт поступает только в этом году более чем на миллион рублей первоклассных отечественных приборов и инструментария.

В тех помещениях, где в черные дни оккупации фашисты устроили казармы для своих солдат, сейчас вновь работают оборудованные по последнему слову техники лаборатории и клинические отделения.

В уютных, чистых палатах института лечатся окруженные заботой всего персонала советские граждане, приехавшие сюда со всех концов необъятного Советского Союза, за помощью к знаменитому советскому ученому-врачу Владимиру Петровичу Филатову. И многие из них будут всегда помнить, как в солнечной Одессе они вновь обрели зрение, вновь получили возможность видеть окружающий мир во всем многообразии его форм и красок — видеть цветущую Родину и участвовать в созидательном мирном труде советского народа, уверенно идущего к коммунизму под руководством любимого вождя и учителя И. В. Сталина.

Вся жизнь и деятельность В. П. Филатова проникнута любовью к науке и постоянным стремлением к совершенствованию своих знаний. Он всегда чем-нибудь занят. Даже находясь в санатории, на берегу моря или в поезде, он продолжает работать или обдумывать интересующие его проблемы. Однако, Владимир Петрович не превратился в ученого, замкнувшегося в узкой сфере своей специальности; он не только ученый и государственный деятель, но и врач-клиницист, блестящий



Владимир Петрович Филатов осматривает больную.



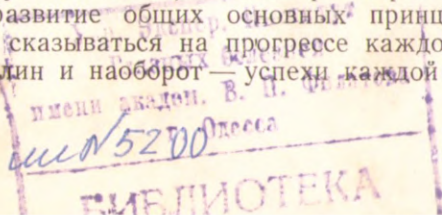
хирург, одаренный педагог, талантливый художник, интересный рассказчик и веселый собеседник.

В краткие периоды отдыха Владимир Петрович работает над своими мемуарами. Многих интересных людей встречал он на своем жизненном пути, много событий и эпизодов видел, многое может он вспомнить из опыта своей большой и разносторонней жизни. Написанные спокойным эпическим стилем, с тонким юмором и большой наблюдательностью, мемуары доставляют большое удовольствие слушателям, когда автор читает их в узком кругу своих друзей и учеников.

Владимир Петрович не только хороший мемуарист, он и большой любитель поэзии и сам иногда пишет стихи. Он охотно читает их своим ученикам и молодым врачам, собирающимся в его уютном кабинете на даче по соседству с институтом. А когда наступает весна, жители Одессы нередко могут встретить почтенного ученого в Аркадии, на Малом Фонтане, у берега моря пишущим свои этюды. В них много зелени, света, воздуха и моря — южного теплого Черного моря, которое так любит Владимир Петрович Филатов.

Научная продукция В. П. Филатова, выразившаяся более чем в 300 печатных работах, богата и многогранна. Почти в каждый раздел офтальмологии он внес много нового и оригинального.

Владимир Петрович любит свою специальность и законно радуется тому, что, благодаря трудам его и его учеников, офтальмология не только с пользой заимствует из других медицинских наук применяющиеся в них методы, но и сама обогащает смежные дисциплины. «Офтальмология как медицинская дисциплина уже с раннего своего возраста получила правильное идейное питание,— говорит В. П. Филатов.— Все, что влияет на целое, влияет на часть; все, что влияет на часть, влияет на целое. Посему каждая болезнь организма влияет на орган зрения, всякое заболевание органа зрения влияет на весь организм». Этот афоризм, который охотно цитирует В. П. Филатов, был высказан одним из основоположников офтальмологии — Бером более ста двадцати лет тому назад. Перефразируя эти слова, Владимир Петрович отмечает: «Всякое развитие общих основных принципов медицины должно сказываться на прогрессе каждой из ее частных дисциплин и наоборот — успехи каждой спе-



циальности должны сказываться на движении вперед всей медицины. Я буду удовлетворен, если тканевая терапия с ее гипотезой окажет влияние на развитие тех или иных сторон медицины, которая, как и живой организм, по своей сути неделима». Владимир Петрович прав: не только тканевая терапия, нашедшая себе применение в разных отраслях медицины, способствует ее прогрессу: круглый стебель Филатова дал толчок развитию пластической хирургии; работы офтальмологов по пересадке роговицы, которые академик Филатов так сильно развил, подтвердили крупный биологический факт — возможность пересадки роговицы от одного человека другому с сохранением ее прозрачности т. е. истинной ее гомотрансплантации.

Выдающийся ученый с мировым именем, В. П. Филатов является также прежде всего врачом-клиницистом. Основной лозунг его работы: «не клиника для лабораторий, а лаборатории для клиники». «Я уже несколько лет проповедую лозунг — в клинику, — пишет Владимир Петрович. — Я разумею под этим зовом следующее: надо помнить, что медицина есть наука, основанная прежде всего на наблюдении. Каждый больной человек есть материал, из которого можно почерпнуть много данных, которых не найти ни в пробирке, ни в кролике... Вспомним, что различные терапевтические воздействия, сопровождающиеся надлежащим наблюдением за больным, являются своего рода экспериментом (направленным, конечно, для блага самого пациента), дающим ценный научный материал».

Следующим принципом работы В. П. Филатова является терапевтическая активность и оптимизм. «Все средства науки для излечения больного. Никогда не опускать рук и бороться до конца». Это его постоянный призыв. В предисловии к своей книге «Оптическая пересадка роговицы и тканевая терапия» он пишет: «Для меня всегда было неприемлемым то явление, которое, к сожалению, еще не изжито среди врачей и в медицинских учреждениях; больного наблюдают, изучают, описывают, но не лечат; больного признают неизлечимым, а он выздоравливает. Я признаю, конечно, древнее правило: «прежде всего не вредить», но отсюда не следует, что у постели больного надо опускать в бессилии руки. Надо активно вмешиваться в жизнь больного организма, опи-

раясь, конечно, на науку». «Пока больной еще не ослеп окончательно, мы должны напрягать все усилия для того, чтобы сохранить или вернуть ему хотя бы крупицу зрения. Ни один больной не должен получать от офтальмолога отказ в этой попытке или, что еще хуже, не должен уйти с назначением лечения формального (лишь бы что-нибудь назначить)».

Весьма одаренный педагог, Владимир Петрович сумел привить своим ученикам любовь к больному, стремление во что бы то ни стало помочь ему, не останавливаясь перед трудностями. Осмотры больных и обходы, проводимые им, являются богатой школой для специалистов. На этих осмотрах больных ученики, следя за развитием мысли своего учителя, приучаются к клиническому мышлению, к умению синтезировать отдельные симптомы заболевания в одно целое, делать соответствующие обобщения.

Считая, что офтальмолог, не владеющий скальпелем, не есть законченный специалист, В. П. Филатов уделяет много внимания хирургической подготовке своих последователей.

Мастерски выполняя наиболее сложные и тонкие глазные операции, он ежедневно передает свои хирургические навыки ученикам. За полвека врачебной работы им самим произведено много тысяч операций. Во всей его деятельности красной нитью проходит настойчивая борьба за восстановление зрения в самых тяжелых, почти безнадежных случаях.

Владимир Петрович часто производит труднейшие операции, когда даже очень квалифицированные специалисты-окулисты отказываются от оперативного вмешательства. При этом В. П. Филатов всегда исходит только из интересов больного, тщательно обследуя его, обдумывая и взвешивая все «за и против» операции. В том случае, если есть хоть малейшая надежда на повышение зрения или улучшение заболевания, Владимир Петрович решает на операцию и, благодаря своему исключительному хирургическому мастерству и огромному клиническому опыту, во многих, казалось бы, «безнадежных» случаях добивается успеха.

Большой интерес представляют поучительные беседы Владимира Петровича, которым он уделяет немалую часть своего времени. Нередко они превращаются в на-

стоящее творчество, в процессе которого рождается ряд новых мыслей, служащих основными проблемами для научной разработки. Слушая его увлекательные беседы, трудно провести грань, где кончается врач и педагог и где начинается научный исследователь.

Кроме основательных, глубоких знаний в изучаемой области, сообразительности и настойчивости в достижении поставленной цели, Владимир Петрович старается развивать творческую фантазию своих учеников. Он говорит молодежи: «Фантазия это не унижительное слово. Фантазия — это начало науки, изобретений, искусства. Желание летать по воздуху превращается в творчество образов, формируется фантазией в еще несбыточные, но мыслимые способы овладеть воздухом; рождаются образы Икара и Дедала, ковра-самолета».

Чтобы достигнуть успеха в науке, недостаточно знаний, настойчивости, ума и фантазии — часто говорит Владимир Петрович, — нужно еще чувство-страсть, которая привела бы в движение все способности, все силы человеческого ума и, так сказать, мобилизовала бы их на выполнение поставленной исследователем перед собой задачи.

Любовь к Советской Родине, стремление принести ей пользу — вот те чувства, которые создают страстность в научной работе врача, определяют ее направление и обеспечивают успех исследования.

Несколько молодых поколений прошло школу Филатова. Значительное число его учеников в разных местах нашей страны успешно борется со слепотой, разрабатывает научные проблемы, непрерывно поддерживая связь со своим учителем, получая от него указания и советы.

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

Требовательный руководитель и опытный педагог-клиницист, Филатов любовно выращивает кадры, приви-



Владимир Петрович Филатов беседует с молодыми врачами.



вает им любовь к больному и настойчивость в достижении поставленной перед собой научной задачи. Учениками Владимира Петровича за последние годы защищены ряд диссертаций на ученую степень доктора и кандидата медицинских наук (Кальфа, Копп, Фишер, Кашук, Ершкович, Шевалев, Розовская, Бродский, Бушмич, Шмульян, Вельтер, Вассерман, Курышкин, Пржибыльская, Баженова, Шейн, Каменецкая, Костенко, Скородинская, Збарский, и др.) и опубликовано свыше 600 научных работ. Многие из его учеников работают профессорами и доцентами, воспитывая в свою очередь кадры в духе филатовской школы.

Интерес к работам нашего выдающегося ученого огромен. В институт приезжают гости из зарубежных стран, чтобы на практике, под непосредственным руководством выдающегося офтальмолога, поучиться тем или иным методам исследования или лечения глазных болезней.

Свою научно-педагогическую и врачебную работу Владимир Петрович совмещает с активной общественно-политической деятельностью. Так с 1911 г., как мы уже говорили, он бессменно работает на посту председателя Одесского офтальмологического общества. В. П. Филатов — почетный член Ташкентского и Тбилисского офтальмологических обществ, а также Ученых Советов Министров Здравоохранения УССР и СССР. Он является депутатом Одесского городского Совета депутатов трудящихся и с 1939 г. депутатом Верховного Совета УССР двух созывов. На поприще общественного работника и государственного деятеля Владимир Петрович работает с той же неутомимой энергией, какую он вкладывает в свою научно-педагогическую и врачебную деятельность. Получая большое количество писем и заявлений от своих избирателей, он тщательно изучает их и никогда не оставляет без ответа. По некоторым вопросам ему приходится выступать на сессиях Верховного Совета.

Владимир Петрович — верный слуга своего народа и патриот своей Родины.

Этим далеко не исчерпывается вся его разносторонняя деятельность. Он проводит большую работу, будучи действительным членом двух академий — Академии наук УССР и Академии медицинских наук СССР, председателем республиканской проблемной комиссии по тканевой

терапии, действительным членом общества по распространению политических и научных знаний, а также ряда других научно-общественных организаций. За выдающуюся работу «Оптическая пересадка роговой оболочки и тканевая терапия» ему в 1941 г. была присуждена Сталинская премия первой степени. Отмечая исключительные заслуги Владимира Петровича, правительство присвоило ему в 1935 г. почетное звание заслуженного деятеля науки и наградило в том же году орденом Трудового Красного Знамени, в 1944 г. — орденом Ленина, в 1945 г. — орденом Отечественной войны I степени, в 1948 г. — вторым орденом Ленина, а в 1950 г. Владимир Петрович Филатов удостоен высшей правительственной награды — ему присвоено звание «Героя Социалистического Труда», с вручением еще одного ордена Ленина и золотой медали «Серп и молот».

Богат и многогранен жизненный путь Владимира Петровича Филатова — путь человека, отдающего все свои знания и силы на службу народу.

Владимиру Петровичу исполнилось 75 лет. Он по-прежнему со свойственной ему энергией и энтузиазмом трудится над разнообразными научными проблемами, блестяще производит сложнейшие операции, лечит, учит и ведет большую общественно-политическую работу на благо советской науки, на благо нашей Советской Родины.

Говоря об огромной научной деятельности Владимира Петровича, мы имеем возможность здесь упомянуть только главнейшие его научные достижения.

II

КРУГЛЫЙ СТЕБЕЛЬ

Чем крупнее открытие, тем меньше нужно слов, чтобы его охарактеризовать. Круглый стебель Филатова — это новая эпоха пластической хирургии лица.

Н. Петров.

Пластика на круглом стебле, предложенная академиком Филатовым, завоевала мировую известность и является гордостью советской пластической хирургии.

Чтобы показать значение введенного В. П. Филатовым метода пластики при помощи круглого стебля, мы кратко опишем принципы основных методов, применяющихся в пластической хирургии.

Пластические операции, как известно, делаются для восстановления тканей или органов человека, утраченных в результате болезни либо ранения (например, носа, губ, век, ушной раковины, пищевода и т. д.) Главной целью этих операций является восстановление деятельности поврежденного или утраченного органа; часто операции эти делаются также для устранения обезображивания пострадавшего. Для пластической хирургии пользуются различными тканями. Чаще всего требуют пластики дефекты кожи.

Пластические восстановительные операции представляют собой исключительно важный раздел хирургии, значение которого осознано человечеством еще на заре его культуры. Все работавшие в этой области, начиная от древнего индусского врача и кончая передовыми советскими хирургами, потратили на развитие восстановительной хирургии немало ума и изобретательности.

Нужно указать, что восстановительная и пластическая хирургия это не одно и то же. Понятие «восстановительная хирургия» более обширно, чем «пластическая». Не всегда восстановление того или иного органа или функции производится путем пластики. Так, например, Владимир Петрович указывает: «Если я удаляю помутневший хрусталик (катаракту), то я, несомненно, произвожу восстановительную операцию — восстанавливаю функцию зрения, но пластику я при этом не произвожу». Пластическая хирургия составляет значительный, можно сказать, основной раздел восстановительной хирургии, а элементы пластики входят в состав почти каждой хирургической операции.

До предложения Филатова хирургия на протяжении тысячелетий дала три основных принципа кожной пластики.

1. Индийский метод пластики при помощи лоскутов кожи. Это самый древний способ кожной пластики, разработанный в Индии задолго до начала нашего летоисчисления. В то время в Индии существовало наказание — отрезание носа преступникам. Метод пластики лоскутами кожи был вначале разработан для восстановления носа, а потом стал применяться и в других областях пластической хирургии. Принцип этого метода состоит в том, что дефект покрывается при помощи передвижения лоскутов кожи из соседних участков здоровых тканей. На рис. 1 и 2 схематически показано, как по одному из способов индийского метода производилось восстановление части носа (так называемая частичная ринопластика). Как видно из рисунков, на лбу больного выкраивался кожный лоскут, который на ножке переносился на подлежащий закрытию дефект, в данном случае на кончик носа.

В дальнейшем питающая лоскут ножка отрезалась совсем или возвращалась на место. Дефект, образовавшийся на месте взятого лоскута, подвергался постепенному рубцеванию. Наиболее древний индийский метод пластики послужил основой для многочисленных способов пластического восстановления того или иного органа или ткани: век, носа, губ, дефектов кожи лица и т. д. которые с успехом применяются и в настоящее время.

Индийский метод. Схема одного из древних способов пластического восстановления части носа.

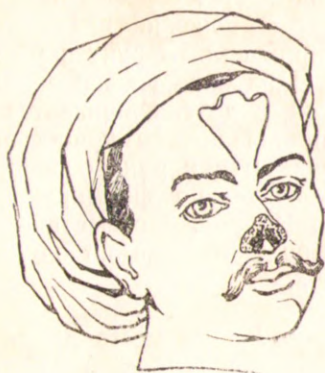


Рис. 1. Выкраивание вблизи от дефекта кожного лоскута на ножке, по которой, после отделения лоскута от подлежащих тканей, будет происходить его питание.



Рис. 2. Лоскут перемещен на дефект и прикреплен к его освещенным краям. Спустя 2-3 недели, когда лоскут прирастет к новому месту питающую его ножку отрезают.

Итальянский метод. Схема пластического восстановления тканей верхнего века лоскутом на ножке с руки.



Рис. 3. Один конец лоскута вшит в дефект века, а другой остается в связи с рукой.

2. Итальянский метод. Этот метод, возникший в Италии в XIV — XV столетиях, заключается в том, что лоскут кожи выкраивается не по соседству с дефектом, как при индийском методе, а на верхней конечности. На плече выкраивают лоскут кожи и прикрепляют руку к месту дефекта (например, к голове). Одна ножка выкроенного лоскута остается в связи с рукой, а другая вшивается у края дефекта. Когда лоскут приживает, питающая его ножка (идущая от руки) перерезается и рука освобождается. После этого лоскут окончательно формируют и закрепляют в области дефекта. На рис. 3 схематически изображена пластика дефекта нижнего века по одному из способов итальянского метода.

3. Французский метод — пересадки на место дефекта свободного куска кожи (без питающей ножки). Кожа выкраивается в каком-либо месте тела и переносится в область дефекта. Брать кожу можно либо во всю толщину, либо лишь поверхностный, тонкий ее слой. Кожа для пересадки берется только у самого больного, так как кожа от одного человека к другому не приживает.

Нужно отметить, что работы русских врачей внесли много ценного в этот метод и значительно способствовали его распространению.

Каждый из указанных методов послужил для создания многих способов операций, с успехом применяемых в настоящее время в пластической хирургии. Однако все эти методы имеют много недостатков.

Так, индийский метод требует ряда дополнительных разрезов, что нежелательно на лице. Кроме того, не всегда можно рядом с дефектом взять кожу для пластики: нередко приходится наблюдать обожженных (например, танкистов, бывших в горящем танке и др.), у которых вся кожа на лице настолько повреждена, что выкроить лоскут невозможно. Если же приходится выкраивать лоскут на длинной ножке (например, на шее для лица), то лоскут может омертветь вследствие плохого кровообращения в нем. Кроме того, иногда происходит инфицирование (заражение) окровавленной ножки лоскута, что может свести на нет результат операции. Недостаток итальянского метода — очень утомительное положение, которое приходится сохранять больному длительное время, и непригодность этого метода для пла-

стики во всех местах тела. Пересадка же свободных лоскутов кожи по французскому методу не всегда бывает успешна в силу их малой жизнеспособности; в случае же удачного приживления пересаженная кожа часто имеет вид как бы «бледной заплаты», выделяясь на фоне остальной розовой кожи.

Учитывая указанные дефекты, В. П. Филатов в 1914 г. впервые осуществил, а в 1917 г. описал свой метод пластики круглым стеблем, открывший новые пути в пластической и восстановительной хирургии.

4. Русский метод пластики при помощи круглого стебля Филатова.

Этот метод позволяет брать кожу вдали от дефекта, подлежащего закрытию или исправлению, обеспечивает хорошее питание лоскута и избавляет ножку лоскута кожи от опасности инфекции. Сущность этого метода заключается в следующем. На коже делаются два параллельных разреза большей или меньшей длины (рис. 4). Полоска кожи, находящаяся между ними, отделяется от подлежащей ткани с некоторым количеством жировой клетчатки. Концы образовавшейся таким образом кожной ленты не перерезаются, а края ее сшиваются друг с другом (рис. 5), благодаря чему лента превращается в стебель (рис. 6). Рана, оставшаяся на месте выкраивания ленты, зашивается. Через три недели, когда в стебле разовьется хорошая сеть кровеносных сосудов, около одного из концов стебля выкраивается кусок кожи, соединенный со стеблем, и по освобождении от тканей переносится на дефект, подлежащий закрытию, к краям которого и пришивается (рис. 7). Через 14—18 дней приживление пересаженного лоскута заканчивается, конец питающего его стебля отрезается и остаток либо отсекается, либо применяется для других пластик. На рисунках 8 и 9 схематически показан один из способов применения «длинного круглого стебля» для закрытия дефекта на щеке у больного. Образование «круглого стебля» на шее производится в основном так же как и на груди. Пересаженная таким способом на новое место кожа обладает большой жизнеспособностью, так как ее питают проходящие в стебле кровеносные сосуды. Когда кожа приживет к дефекту и получит достаточное питание, стебель отрезают и окончательно подправляют пересаженную кожу.

Круглый стебель Филатова. Схема одного из способов образования круглого стебля на груди для пластического восстановления дефекта подбородка.

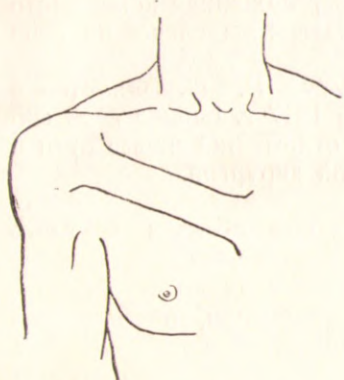


Рис. 4 Параллельные разрезы кожи и подкожной клетчатки. После проведения этих разрезов кожная лента между ними отделяется от подлежащих тканей и края сшиваются друг с другом, образуя круглый стебель.

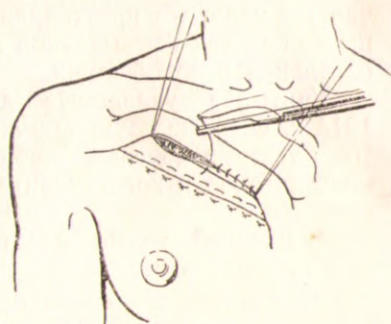


Рис. 5. Сшивание краев ленты друг с другом заканчивается. Кожа на том месте, где вырезана лента, уже сшита матрацным швом.



Рис. 6. Готовый круглый филатовский стебель. Благодаря сшиванию краев ленты друг с другом, он надежно защищен от инфекции.



Рис. 7. На плече у больного выкроен лоскут и перенесен на стебель на подбородок, где пришит к дефекту. По прошествии 2—3 недель, когда пересаженный лоскут кожи приживет, стебель отрезают и окончательно формируют пересаженный лоскут.

В обоих приведенных примерах для пластики применялся «длинный круглый стебель», образованный вблизи от подлежащего закрытию дефекта.

Если вблизи дефекта кожу взять нельзя, то заготавливают заранее стебель вдали от места, подлежащего пла-



Рис. 8. Длинный круглый стебель Филатова, образованный на шее для пластического восстановления дефекта на щеке у больного.

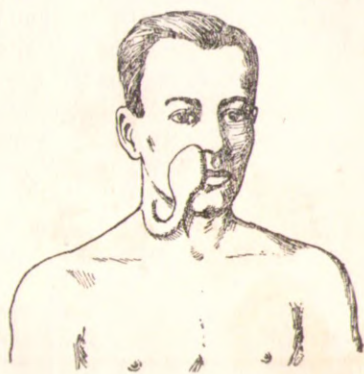


Рис. 9. Кожный лоскут с груди уложен и укреплен в области дефекта. Круглый стебель обеспечивает хорошее питание пересаженной кожи.

стике. По истечении трех недель один конец стебля отрезают и вшивают в разрез кожи, сделанный ближе к месту пластики: это первый «шаг» стебля; еще через три недели отрезают другой конец и опять вшивают стебель (второй «шаг» стебля); так поступают до тех пор, пока не подведут стебель к требуемому месту. Это так называемый «шагающий стебель». Он позволяет брать и доставлять для пластики материал из любой части тела, открывая этим новые широкие возможности пластического восстановления различных тканей и органов. Недостатком этого способа является то, что на переход стебля требуется довольно много времени, так как каждый его «шаг» занимает 3-4 недели. Владимир Петрович нашел, как устранить этот «недостаток». Он указал, что можно ускорить переход «круглого стебля», если, например, сделать его из кожи живота, а затем один конец вшить в область предплечья; через три недели, отрезав

конец стебля у живота, переносят стебель в любое место. На рис. 10 и 11 показана схема образования такого «путешествующего стебля» для пластики такого же дефекта щеки, для которого в предыдущем примере был применен «длинный стебель», образованный на шее вблизи от дефекта.

Предложенный и разработанный В. П. Филатовым

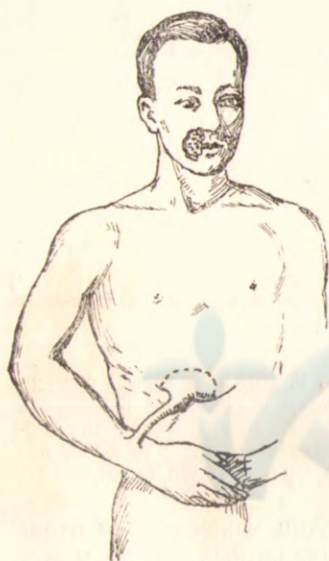


Рис. 10. Круглый стебель Филатова был образован в нижней части живота. Через 3 недели один из концов стебля отрезали и вшили его в кожу предплечья.



Рис. 11. Лоскут из кожи живота перенесен прямо к месту пластики. Этот прием так называемого «путешествующего стебля» значительно ускоряет доставку материала для пластики в отдаленные части тела.

метод пластики при помощи круглого стебля был высоко оценен в хирургии. Более 300 отдельных работ и монографий посвящено этому виду пластических операций отечественными и иностранными хирургами. Однако, вернемся к истории его изобретения.

В своей работе «Пластические операции при помощи круглого стебля» В. П. Филатов пишет: «Мне предстояло еще в начале 1914 г. сделать пластическую операцию на

лице молодого красивого пациента, у которого угол рта был оттянут в сторону безобразными рубцами (после ожога). Не желая производить пластику сдвигами соседних лоскутов, что могло повести к нарушению косметики лица, я производил выбор между применением одного из двух способов (индийского метода). Мне были очевидны опасности того и другого способа. При пальпации шеи, в целях ориентировки в возможности взять ленту с шеи, я взял кожу в складку и в тот момент идея круглого стебля в совершенно отчетливом виде возникла у меня в форме яркой догадки. Таким образом, основой возникновения идеи круглого стебля послужил учет недостатков хирургической пластики, дотоле существовавшей... Указанный пациент мною оперирован не был, но я тогда же приступил к экспериментам на кролике».

Опыт удался. На спине у кролика Владимир Петрович образовал круглый стебель от плеч до хвоста. Кожа стебля имела нормальный вид и на ней выросли волосы. В том же 1914 году, 3 ноября Филатов применил свой метод на больном с целью устранения рубцового выворота нижнего века, образовавшегося вследствие сибирской язвы. Операция прошла хорошо, но в послеоперационном периоде развилась экзема лоскута и стебля, что привело к его частичному омертвлению. Эта случайная неудача не остановила ученого. В 1916 году к Филатову обратился больной с раково-изъязвившейся опухолью нижнего века правого глаза. Сделанное ранее больному другими врачами удаление опухоли и пластическое восстановление образовавшегося дефекта путем сдвига лоскута оказалось неудачным. Опухоль вновь рецидивировала. Теперь для спасения жизни больного нужно было вместе с опухолью удалить почти все нижнее веко и часть кожи в области скуловой кости. Образовавшийся в результате удаления опухоли дефект нужно было заместить, но каким способом? Тщательно обдумывая все стороны предстоящей операции, Владимир Петрович решил сделать этому больному нижнее веко при помощи круглого стебля. Первая и последующие операции прошли удачно. Образованный на шее круглый стебель доставил к месту операции не только жизнеспособный лоскут кожи, но и часть предварительно подшитой к лоскуту слизистой оболочки губы. Последующими операциями Филатов сфор-

мировал нижнее веко и полностью закрыл образовавшийся после удаления раковой опухоли дефект тканей лица. Этот случай, опубликованный Владимиром Петровичем в № 4-5 «Вестника Офтальмологии» за 1917 год, и составил «новую эпоху пластической хирургии лица», о которой на 2 Украинском съезде хирургов в 1927 году говорил проф. Н. Н. Петров.

В этой работе Филатов дал не только описание пластики при помощи предложенного им «круглого стебля», но и наметил перспективы развития этого метода. Казалось бы, что в этом вопросе приоритет русского ученого должен был остаться вне всякого сомнения. Однако, в 1922 году Владимир Петрович с удивлением прочел в изданной в 1920 году в Англии монографии по пластической хирургии лица, что его метод не его метод, а английского хирурга Гиллиса и что круглый стебель, или как его назвал Гиллис, «трубчатый лоскут», был впервые применен Гиллисом спустя год после второй операции В. П. Филатова, описанной им в 1917 году. Возник спор о приоритете. Как всегда в подобных случаях, Владимир Петрович принципиально и настойчиво отстаивал свое первенство, защищая этим приоритет русской науки, одним из представителей которой он является.

После детального обсуждения этого вопроса 12 апреля 1928 года Одесское Хирургическое Общество вынесло решение, в котором указало, что «проф. В. П. Филатов предложил метод хирургической пластики на круглом стебле, несомненно, раньше д-ра Гиллиса, который рекомендовал тот же метод... Таким образом исторический приоритет проф. В. П. Филатова в этом вопросе стоит вне всяких сомнений». Гиллис долгие годы не упоминал в своих статьях работ В. П. Филатова и трудов его многочисленных последователей, печатавшихся на русском и иностранных языках, и только в 1935 году англичанин под давлением фактов признал приоритет русской науки, приоритет профессора Владимира Петровича Филатова.

В своей статье, посвященной круглому стеблю, опубликованной в американском журнале «Хирургия, акушерство и гинекология» в декабре 1935 года, Гиллис признает, что впервые этот метод был описан В. П. Филатовым.

Теперь этот метод пластики всюду известен под именем «круглого филатовского стебля».

Более 30 лет круглый стебель широко применяется в

хирургических больницах, клиниках и госпиталях для пластических целей, и область его применения все растет. Хирурги пользуются им для восстановления крыльев носа, кончика носа, всего носа, губ, несквозных и сквозных дефектов щек, неба, челюстей, ушей, рубцовых контрактур конечностей, пальцев, трахеи, пищевода, мочеиспускательного канала, влагалища, полового члена, мошонки, для закрытия дефектов, остающихся после удаления рубцов, опухолей и т. д. Круглый стебель — это метод и, как таковой, он представляет широкое поле для изобретательности хирургов в создании отдельных конкретных способов для достижения того или иного пластического эффекта. Как на почве индийского метода вырос ряд способов операций, так и на методе круглого стебля основаны способы операций Волошинова, Крамаренко, Богоразы, Лимберга, Джанелидзе, Парина, Франкенберга и многих других.

Работами Н. П. Преображенского, Е. И. Синельникова, В. Е. Шевалева и др. положено начало применению круглого стебля в экспериментальной медицине для измерения кровяного давления и записи пульса у животных путем включения в круглый стебель сонной артерии. Он также используется для изучения вопросов иннервации сосудов, регенерации нервов и т. п.

Чрезвычайно ценным оказался этот метод в эпоху Великой Отечественной войны, когда он широко применялся советскими хирургами для восстановления обширных дефектов у раненых солдат и офицеров Советской Армии. В настоящее время трудно встретить госпиталь, клинику, больницу восстановительной хирургии, в которой этот метод не применялся бы с успехом. Круглый стебель — ценный вклад, сделанный В. П. Филатовым в дело восстановления здоровья раненых воинов и инвалидов Отечественной войны.

В день 25-летия круглого стебля автор метода посвятил его нашей доблестной Советской Армии.

III

ПЕРЕСАДКА РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

Очень ярко выявился исследовательский талант В. П. Филатова в разработке проблемы пересадки роговой оболочки. Этой проблеме он посвятил свыше 75 научных работ. Ему пришлось преодолеть многочисленные трудности как научного, так и организационного характера, и только его неутомимая энергия и целеустремленность дали возможность в сравнительно короткий срок разрешить ряд сложнейших вопросов в этой области.

Пересадка роговой оболочки применяется с целью возвращения зрения инвалидам и слепым, потерявшим его вследствие бельма. Бельмом называется стойкое, не поддающееся лечению помутнение роговой оболочки. Бельма образуются вследствие разнообразных причин, вызывающих заболевание или повреждение роговицы (язвы роговицы, трахома, сифилис, оспа, ожоги, ранение роговицы и т. п.). Бельмо может занимать часть роговицы (частичное бельмо) или же всю ее площадь (полное бельмо). Если частичное бельмо занимает периферическую часть роговицы, то зрение почти не страдает; если же оно занимает центр роговицы, то лучи света не проникают в глаз, и чем гуще бельмо, тем хуже видит больной. Больной тогда видит так же, как здоровый человек через густое матовое стекло, т. е. видит только свет и тень, являясь практически слепым. На рис. 12, 13, 14, 15, схематически изображены различные виды бельм: рис. 12 — частичное бельмо не в центре роговицы; рис. 13 — частичное бельмо в центре роговицы; рис. 14 — частичное бельмо в центре роговицы, сбоку сделан искусственный зрачок; рис. 15 — полное бельмо.

Схематическое изображение основных видов бельм



Рис. 12. Частичное периферическое бельмо. При этом зрение почти не понижено и бельмо представляет лишь косметический недостаток, который может быть устранен операцией татуажа (закраски бельма).

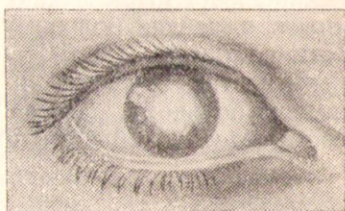


Рис. 13. Частичное центральное бельмо. В зависимости от его густоты зрение понижается в большей или меньшей степени вплоть до полной слепоты, при этом больной отличает свет от тьмы, но не видит предметов.



Рис. 14. Частичное центральное бельмо (такое же как и на рис. 13) Снизу и снаружи в радужке вырезано отверстие—искусственный зрачок, через который, минуя бельмо, в глаз попадают лучи света, и больной может различать окружающие предметы.



Рис. 15. Полное бельмо. Зрение при таком бельме понижается настолько, что больной совершенно не видит окружающих предметов и может отличать лишь день от ночи. Вернуть зрение при полном бельме можно только операцией пересадки роговой оболочки.

Как же можно помочь больным с бельмами роговой оболочки? При частичном бельме, расположенном на периферии роговицы, зрение у больного, как мы уже указывали, страдает мало, и он может обратиться к врачу лишь по поводу некрасивого вида глаза. Этот косметический недостаток можно легко устранить, окрасив бельмо, т. е. сделав больному операцию татуировки бельма. При частичном же бельме, расположенном в центральных частях роговицы и закрывающем зрачок, можно помочь больному, вырезав кусочек радужной оболочки соответственно области прозрачной части роговицы. Эта

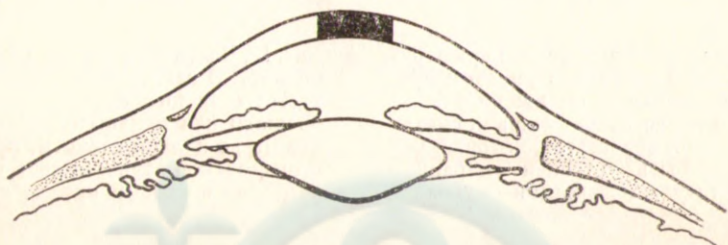


Рис. 16. Схематический разрез через переднюю часть глазного яблока. Черным затушевана та часть бельма, которая удаляется и заменяется прозрачной роговицей при операции частичной сквозной пересадки роговой оболочки.

операция образования искусственного зрачка (оптическая иридэктомия) дает возможность больному более или менее удовлетворительно различать окружающие предметы. Но как помочь больным с помутнением всей роговой оболочки, т. е. с полными бельмами? При полном бельме операция образования искусственного зрачка (иридэктомия) неприменима, и единственным путем для восстановления зрения является замена мутного, непрозрачного бельма или только центральной его части прозрачной роговицей, взятой из глаза другого человека. Эта замена осуществляется при помощи операции пересадки роговицы (рис. 16). Идея этой операции не нова. Еще 135 лет тому назад Рейзингер опубликовал мысль своего учителя Гимли о том, что помочь слепым вследствие бельм можно путем операции пересадки роговицы.

Разработкой пересадки роговицы занимались очень многие окулисты, но ни Рейзингеру, ни Гимли, ни их последователям, работавшим на протяжении 90 лет над этим вопросом, не удалось получить у человека приживления пересаженной роговицы с сохранением достаточной ее прозрачности. Первая, действительно, успешная пересадка роговицы была произведена лишь в 1905 г. Цирмом. В дальнейшем эту операцию разрабатывал, главным образом, пражский профессор Эльшниц, который, сделав 203 операции пересадки роговицы, добился успеха (стойкое прозрачное приживление пересаженной роговицы) в 31 случае, т. е. приблизительно в 15%.

В России пересадку роговицы экспериментально изучали еще в 1867 году д-р Ф. Фейгин и в 1896 году д-р В. Хвалынский. В 1902 — 1904 гг. д-р Суров произвел значительное количество опытов по пересадке роговицы на глазах животных (кроликов, собак, кур) и получил кое-какой положительный результат лишь у кур, что он объяснил особенно высокой жизнеспособностью тканей птиц. В результате всех своих опытов он пришел к выводу о бесперспективности этой операции.

Пересадку роговицы на глазах больных делал проф. Е. Адамык (1884 г.).

С 1893 г. до 1911 г. профессор Киевского университета А. Шимановский произвел ряд пересадок роговицы и в одном случае получил почти прозрачное приживление пересаженной роговицы, но зрение у больного не повысилось, так как у него было заболевание сетчатки.

Владимир Петрович Филатов заинтересовался пересадкой роговицы еще в 1896 году, будучи еще студентом. Работая молодым врачом, он не потерял интереса к этой проблеме. Вот что пишет он по этому поводу: «Однажды мои руководители спросили меня, какой научной работой я намерен заняться. Я без колебаний ответил: «Пересадкой роговицы». Надо мной начали посмеиваться, так как в то время проблема эта считалась похороненной. Я начал эксперименты, без особого успеха, на кроликах. Переехав в Одессу, я вернулся в 1913 — 1915 годах к пересадке роговицы и два раза произвел ее пациентам с бельмами, но без реального успеха. Война 1914 г. помешала мне продолжать работу и только в 1923 году я к этому вопросу возвратился вновь.

Мои опыты в этом направлении сперва давали сбивчивые результаты. И должен сказать, что разработка пересадки роговицы заняла у меня очень много сил. Это были настоящие муки творчества.

В качестве примера приведу такой случай: к нам в глазную клинику попал молодой человек, у которого на одном глазу было полное бельмо, а на другом — бельмо частичное. Можно было бы сделать иридэктомию. Он еще кое-что видел. Когда мой ассистент захотел ему сделать операцию, я, принимая во внимание, что молодой человек был очень истощен, сказал своему ассистенту, что — лучше не делайте ему этой операции, что-то он очень уж чахлый. Тот, по молодости лет, не послушал меня, сделал операцию. После операции в глаз попала инфекция, и этот единственный зрячий глаз пропал. И остался этот молодой человек у нас в клинике слепым, так как на другом глазу у него было полное бельмо.

Что же делать? Пришлось мне на этом глазу делать пересадку роговицы. Я ее сделал. Во время операции произошел ряд осложнений, и я почти не надеялся на то, что доведу эту операцию до конца. Но, в конце концов, это удалось, пересаженная роговица прижила и больной стал видеть. Порадовались мы на него и отпустили домой; но через некоторое время он приехал опять и у него на месте пересаженной роговицы образовалось воспаление и язва. Немало было тревог, пока мы его, наконец, выходили, и он стал зрячим.

Такие случаи остались у меня в памяти до сих пор. Но постепенно появились успехи, которые меня окрылили и убедили в правильности намеченного пути».

В. П. Филатов совершенно изменил технику операции пересадки роговицы. До его работ пересадка роговицы требовала огромного искусства со стороны оператора и была доступна лишь виртуозам глазной хирургии. При иссечении отверстия в бельме трепаном (вращающимся цилиндром с режущим краем) легко было поранить расположенный позади роговицы хрусталик (рис. 17), что всегда давало очень неприятные осложнения (образование катаракты, повышение внутриглазного давления и т. д.), сводившие на нет оптический результат операции. При отсутствии же хрусталика во время операции нередко происходило выпадение стекловидного тела, что представляло большую опасность для глаза. Кроме это-

го, пересаженный кусочек нередко выскакивал из отверстия бельма.

В. П. Филатовым были изобретены трепаны ФМ — I и ФМ — III, благодаря которым совершенно устраняется опасность ранения хрусталика и выпадения стекловидного тела. Реформе техники пересадки роговицы, сделавшей эту операцию, действительно, массовым методом борьбы со слепотой от бельм, Владимир Петрович посвятил очень много времени, труда и изобретательности. В

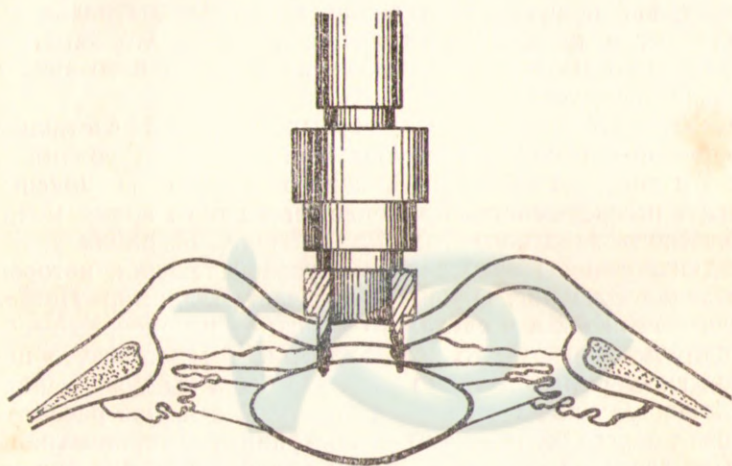


Рис. 17. Схематический разрез через переднюю часть глазного яблока в момент прорезания бельма трепаном Гиппеля (применявшимся для операции пересадки роговицы до изобретения В. П. Филатовым и А. П. Марциновским специальных ручных трепанов). На рисунке показан момент, когда водянистая влага уже вытекла через разрез в роговице и трепан, не встречая больше сопротивления, повреждает хрусталик.

своих воспоминаниях он писал: «Я полагаю, что мои ученики, узнавшие мои мечты и думы, связанные с проблемой пересадки роговицы, ознакомившись с радостями и разочарованиями, с препятствиями, встречавшимися мне на пути, и с условиями, помогавшими мне, увидят, что пересадка роговицы, поскольку я ее двигал вперед, совершала свои шаги не в виде изящного танца на гладком паркете, а шагала, как и большинство научных проблем, по довольно тернистому пути, который мне приходилось

расчищать с большим напряжением воли и мысли. Описание моего пути научит моих молодых последователей настойчивости, а описание моих неудач и ошибок избавит их от ложного и вредного представления о том, что достижения в области пересадки роговицы рождались в моей голове сами собою, как спелые плоды. Появление младенца на свет, роды — всегда событие яркое; но не надо забывать, что им предшествует длительная беременность. Так и рождение идеи — явление яркое, нередко подобное вспышке света; но этой вспышке предшествуют, как правило, длительные, многократные напряжения мысли, интереса и внимания, в результате чего создается то эмоциональное поле, на котором и возникает новая идея, догадка.»

Уже во время своих первых операций частичной сквозной пересадки роговицы В. П. Филатов убедился, что с техникой Гиппель-Эльшнига далеко не уйдешь. «При несовершенстве применявшегося в то время механического заводного трепана Гиппеля, операция пересадки роговицы требовала виртуозной техники, которой обладал Эльшниг. Однако — отмечает Владимир Петрович — если бы я и сделал то же самое и приобрел необходимую ловкость, то ведь это было бы достигнуто ценой гибели глаз, а кроме того, это была бы моя личная, индивидуальная техническая ловкость, а я уже рассматривал пересадку роговицы, как операцию, которая должна быть доступна широким массам окулистов, иначе она не сможет быть массовым средством для борьбы со слепотой при бельмах. В эти первые годы моей работы по пересадке роговицы я испытал по отношению к этой операции (как, впрочем — и по отношению к другим вопросам офтальмологии) большой психологический сдвиг. Я настолько был заинтересован ею, что часто думал о ней, особенно на сон грядущий; встречаясь с техническими и другими трудностями, я напряженно пытался догадаться, как выйти из них; я мыслил при этом больше образами, пытаясь представить себе десятки раз ход операции. Я был в состоянии постоянного волнения по поводу пересадки роговицы, в которую я был, так сказать, влюблен, которой я был охвачен, очарован».

«Первое, с чем пришлось столкнуться в технике операций — пишет В. П. Филатов — это с опасностью ранения хрусталика и опасностью выпадения стекловидного

тела. Я не имел в первых десятках моих случаев большого количества ранений хрусталика, но, во-первых — я знал, что даже у Эльшнига они бывали (а он ли не искусник?), а, во-вторых, самая возможность ранения вызывала у меня, когда я приступал к операции, неприятное чувство робости и неуверенности, а они — плохие наставники при операции. Я напряженно думал о том, как усовершенствовать иссечение диска в бельме.

Потеряв как-то глаз, вследствие выпадения стекловидного тела, за которым последовало кровотечение, я до бессоницы думал и думал о борьбе с выпадением стекловидного тела. Через два-три дня надо было делать операцию на глазу, который, по многим соображениям, мог дать выпадение стекловидного тела. Оно и произошло. Мои умственные усилия, не давшие мне результата раньше, все же подготовили пути для догадки: начало пути для победы над бедой было найдено. Когда злоеющая капля полезла из трепанационного отверстия, сделанного в бельме, в уме сверкнула мысль: подведи пластырь, что я и сделал, подведя ленту из слизистой оболочки».

Путь был найден и, что важнее всего — этот путь, идея пластыря, оказался пригодным сразу и для остановки выпадения стекловидного тела, и для профилактики этого осложнения, и для профилактики ранения хрусталика.

Так родился новый, значительно более совершенный, чем все предыдущие инструменты, трепан ФМ — I.

Трепан ФМ — I состоит из четырех частей: ручного трепана, рукоятки, винта и пластинки из слоновой кости (рис. 18).

1) Ручной трепан представляет собою полный цилиндр, нижний край которого («коронка») очень остро отточен; диаметр коронки равен 4,05 миллиметра.

2) Рукоятка изогнутой формы имеет на одном конце вертикально расположенную муфту, в которую может быть вставлен ручной трепан.

3) Винт служит для укрепления пластинки из слоновой кости.

4) Пластика из слоновой кости может быть привинчена к рукоятке при помощи винта.

При пользовании трепаном ФМ — I в бельме производится два разреза с помощью специального параллель-

ного копьевидного ножа. Конец его ставят впереди наружной части окружности бельма; затем проводят нож сквозь бельмо и переднюю камеру и выкалывают его впереди внутренней части края бельма.

Пластинка трепана, привинченная к рукоятке, проводится через оба разреза в бельме.

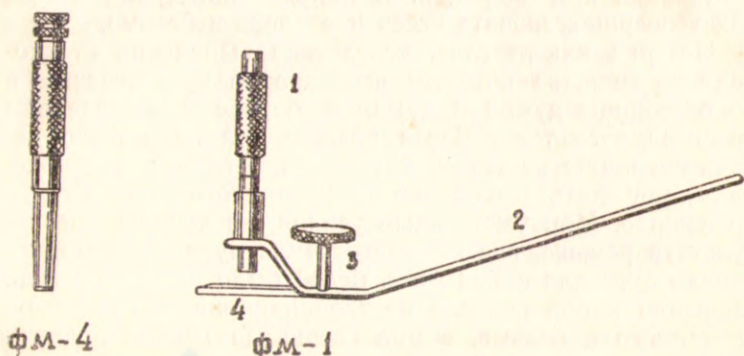


Рис. 18. Слева нарисован трепан ФМ-4, которым пользуются для вырезания роговицы из глаз трупa. Его внутренний диаметр на 0,05 мм. меньше чем у трепанов, которыми вырезается бельмо. Справа трепан Ф-1; он состоит из собственно трепана (1), станка с муфтой (2), винта (3) и пластинки из слоновой кости (4). Эта пластинка вводится в переднюю камеру глаза (через сделанные для этой цели разрезы) и во время операции надежно предохраняет от повреждения трепаном хрусталика и от вытекания стекловидного тела, если хрусталика в глазу нет.

Трепан диаметром в 4,05 мм. вводится в муфту и опускается до поверхности бельма. Легкими поворотами трепана просекают бельмо до встречи лезвия с пластинкой. Трепан вынимается. Ручка трепана отмыкается от пластинки, которая остается в глазу.

Иссеченный диск удаляется. Если иссечение было сделано не полностью, оставшиеся связи его отсекаются ножницами; если нужно, пластинка выдвигается из камеры для осмотра через большое отверстие и для очищения пространства позади бельма, после чего она опять вдвигается на место.

Владимир Петрович писал: «Трепан ФМ — I оказывал мне и другим окулистам незаменимые услуги, предохраняя хрусталик от ранения и позволяя избежать выпадения

ния стекловидного тела (или прекратить его). Однако, учитывая то обстоятельство, что против применения пластинки могли быть выдвинуты принципиальные возражения (некоторая сложность приема, правда, окупаемая устранением опасности), я продолжал свои изыскания, чтобы обойтись в подходящих случаях без пластинчатого метода.

Совместно с техником А. П. Марцинковским я сконструировал трепан ФМ — 3, который в подходящих слу-

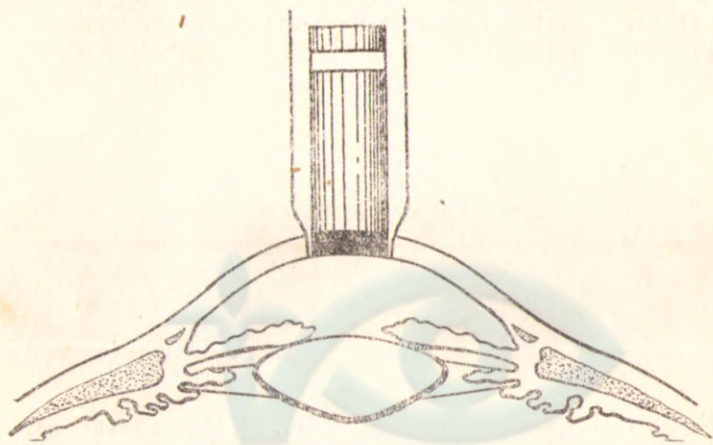


Рис. 19. Схематический разрез трепана ФМ—3 и передней части глаза. Конические расширения наружных его стенок не позволяют водянистой влаге вытекать снаружи, а воздух, находящийся внутри трепана (между перегородкой и иссекаемым диском бельма), препятствует прониканию жидкости внутрь трепана.

чаях позволяет избежать ранения хрусталика без применения предохранительной пластинки.

На рис. 19 схематически изображена трепанация бельма трепаном ФМ — 3. Ранение хрусталика при пользовании этим трепаном предупреждается благодаря тому, что наружная поверхность его коронки обточена на протяжении 0,75 м/м цилиндрически, а далее конически. На расстоянии 7,5 м/м от режущего края имеется герметическая перегородка. Трепан, поставленный на бельмо, приводится в полувращательное движение рукой. Когда режущий край коронки покажется в передней камере глаза, то жидкость из нее не может вытечь

наружу вследствие того, что конус коронки закрывает прорезанное отверстие снаружи; внутрь же трепана жидкость не может проникнуть, так как между непроницаемой перегородкой и иссекаемым диском роговицы имеется воздух, препятствующий выходу водянистой влаги.

Для предупреждения выскакивания пересаженного диска роговицы Владимир Петрович вначале укреплял его с помощью перекидных швов, под которые подкладывалась яичная пленка. Но даже эта тонкая пленка оказалась слишком грубой для пересаженной роговицы, и В. П. Филатов перешел на укрепление трансплантата при помощи ленты, выкраиваемой из слизистой оболочки глаза. На рис. 20 и 21 схематически показано выкраива-

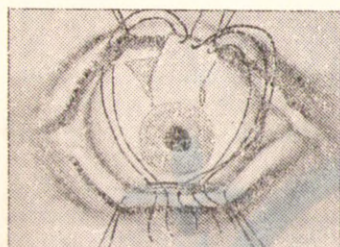


Рис. 20. Приготовление из слизистой оболочки глазного яблока лоскута для укрепления пересаженной роговицы (в первые дни после операции). В центре бельма видна пересаженная роговица (трансплантат).

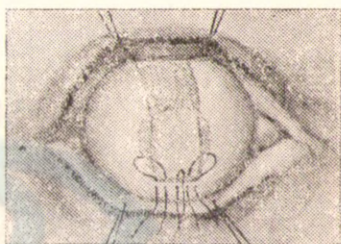


Рис. 21. Пересаженная роговица накрыта лоскутом слизистой оболочки, который укрепляется швами. Спустя 8—10 дней после операции, когда пересаженная роговица надежно прирастет на новом месте, лоскут срезают.

ние этой ленты в верхней части глазного яблока. После вставления в бельмо прозрачной роговицы выкроенная лента перекидывается через роговицу и укрепляется предварительно наложенными швами.

Не останавливаясь на других деталях техники операции, отметим лишь, что, благодаря указанным усовершенствованиям, операция пересадки роговой оболочки настолько упростилась, что стала доступной каждому квалифицированному главному врачу.

Однако, разработка техники операции — только часть вопроса. Обыкновенно для пересадки бралась роговица

из глаз, удаленных вследствие ранения или тяжелого заболевания. Владимир Петрович скоро убедился, что слепых и инвалидов, нуждающихся в операции пересадки роговицы, может быть больше чем глаз, удаляемых у других больных по поводу повреждений или тяжелых болезней; кроме того, не все удаленные глаза оказывались пригодными, как источник материала для пересадки, так как роговица в этих глазах была слишком повреждена. Пересадке роговицы угрожал кризис из-за недостатка «пересадочного материала».

В. П. Филатов доказал, что можно с успехом для пересадки роговицы использовать роговую оболочку трупных глаз. Эти глаза, взятые у трупов через несколько часов после смерти, можно до операции сохранять в течение нескольких дней на леднике (консервировать). Перед операцией эти глаза обрабатываются дезинфицирующими растворами. Из их роговицы высекается прозрачный кружочек, который пересаживается в предварительно вырезанное в бельме больного отверстие. Это предложение открыло новый источник получения материала, и операция пересадки роговицы сделалась действительным и массовым способом борьбы со слепотой и инвалидностью от бельма.

Операция пересадки роговицы имеет большое социальное значение: В. П. Филатов подсчитывал, что кандидатов на операцию пересадки роговицы имеется во всем мире более 5 миллионов. После работ Владимира Петровича вопрос о возвращении зрения этому множеству слепых и инвалидов является вполне реальной задачей. Разрешение этого вопроса зависит уже только от организационных мероприятий (подготовка врачей, владеющих техникой операции, производство инструментов, создание глазных стационаров и т. д.).

Однако не при всех бельмах можно вернуть зрение больному при помощи операции пересадки роговицы. В некоторых случаях необходимы предварительные операции для устранения повышения внутриглазного давления (зеленой воды), новые способы которых вырабатывает В. П. Филатов. Много трудов было потрачено на выработку показаний к операции пересадки роговицы и на мероприятия по улучшению почвы для пересадки.

До августа 1950 года Владимир Петрович и его сотрудники произвели свыше 2400 операций пересадки

роговицы, что превышает число операций, сделанных во всем мире за 130 лет существования этой проблемы.

Результаты, получаемые после операции, зависят от качества бельма и прозрачности трансплантата.

Глаза с бельмами, осложненные повышенным внутриглазным давлением, или с неправильным светоощущением, являются непригодными для операции пересадки роговицы и оперировались нами, в большинстве случаев, по настоянию самих больных, просивших не отказывать им в попытке вернуть хоть немного зрения.

На материалах нашего института можно проследить, что пересадка роговицы от трупных консервированных глаз дает почти в три раза больше случаев прозрачного приживления трансплантата, чем от глаз живых доноров.

Преимущество применения для пересадки роговицы трупных консервированных глаз по сравнению с глазами от живых доноров подтверждается также данными профессора Коппа (Сталино) на материале в 100 случаев.

Пересадка роговицы теперь настолько разработана, что является практически средством борьбы со слепотой и инвалидностью вследствие бельма. Успехи ее колеблются в зависимости от состояния бельма и глаза.

В среднем прозрачное приживление наблюдается у 65% оперированных больных.

В. П. Филатов делит глаза с точки зрения пригодности их для приживления трансплантата на 5 категорий: первая категория, т. е. такая, в которой бельмо занимает только часть роговицы и других осложнений в глазу нет, дает 90% стойкого, хорошего успеха. По направлению к 5-й категории процент успеха снижается; 5-я категория состоит из глаз сильно осложненных, их можно считать почти безнадежными. Но это «почти» заставляет нас оперировать и их. Иногда у «безнадежных» больных бывают удачи.

Не надо забывать, что операцию можно повторять, и иногда хороший результат получается при второй-третьей пересадке.

Под руководством В. П. Филатова Н. А. Пучковской разработан метод пересадки почти всей роговицы, что позволяет применять операцию пересадки роговицы в самых тяжелых случаях, когда частичная сквозная пересадка роговицы эффекта не дает. После восстановления

всей роговицы можно сделать в центре ее частичную сквозную пересадку роговой оболочки.

В школе В. П. Филатова пересадкой роговицы занимались следующие врачи: Андреева, Афанасьева, Барг, Баженова, Бушмич, Бархаш, Бродский, Вельтер, Вассерман, Волокитенко, Гриншпон, Драгомирецкий, Ершкович, Жученко, Заец, Зайцева, Збарский, Кальфа, Кашук, Копельман, Костенко, Курышкин, Лассен, Мочалова, Орадовская, Петросянц, Пахомова, Пржибыльская, Пучковская, Розовская, Рахлина, Спиваковский, Скородинская, Скрипченко, Фишер, Шевалев, Шмульян.

Из окулистов Советского Союза пересадкой роговицы занимались: Абдулаев, Авербах, Адамюк, П. Архангельский, Александрович, Баталин, Беляев, Березин, Браиловский, Бусыгин, Васютинский, Дьячков, Ерошевский, Замковский, Зац, Иванова, Кобзарь, Комарович, Касперович, Копп, Кузнецов, Лазарев, Мармолевский, Медведев, Мурзин, Назаров, Никифорова, Петруня, Павлов, Петров, Плитас, Попов, Пупенко, Рошин, Савельев, Самойлов, Сапежко, Страхов, Стефанов, Сергеева, Твердов, Товбин, Фельдман, Чечик-Кунина, Шерешевская, Шимановский, Штеренберг, Лазарев, Шевырева, Юдин, Юзефова, Ахундова и другие.

Операция пересадки роговой оболочки широко развивается в СССР. В настоящее время мы, несомненно, идем в этом вопросе впереди всех окулистов зарубежных стран. В. П. Филатов пишет:

«Надо заметить, что наша школа в Одессе не может уже увеличить количество операций пересадки роговицы, производимых за год, так как мы можем выделить в нашем институте и в глазной клинике только определенное количество коек для больных, которые подлежат этой операции. Учитывая длительное пребывание таких больных в институте, количество пересадок не может в нем превышать 200—250 в год.

К большому числу пересадок роговицы моя Одесская школа, в которой первенствующее место занимает Украинский экспериментальный институт глазных болезней имени академика В. П. Филатова, и не должна стремиться. Наша школа, играющая ведущую роль в деле пересадки роговицы, ведет показательную работу, занимается изучением проблемы как клиническими методами, так и экспериментально-лабораторными исследованиями. Дело

других окулистов и учреждений вводить операцию пересадки роговицы в больничные учреждения, пользуясь нашими усовершенствованиями и вводя в эту проблему новые достижения.

До войны наша школа в отношении «рекорда» по вопросу о пересадке роговицы занимала первенствующее положение; но мы будем рады, если её рекорд будет превышен. Суть нашей работы заключается не в стремлении занять первенствующее место по статистике операций, а в распространении пересадки роговицы как средства борьбы со слепотой и инвалидностью на почве бельма.

Конечно, нашей школе желательно, чтобы рекорд ее был превышен окулистами Советского Союза».

2 августа 1949 года коллективы сотрудников Украинского экспериментального института глазных болезней имени академика В. П. Филатова, глазной клиники Одесского медицинского института и республиканского глазного госпиталя для инвалидов Отечественной войны, т. е. тех учреждений, которыми руководит В. П. Филатов, отметили, что Владимир Петрович лично сделал тысячную операцию пересадки роговой оболочки. Если подсчитать количество операций пересадки роговицы, сделанных на 1 августа 1950 года В. П. Филатовым, его учениками и другими советскими окулистами, то эта цифра превысит 3900 операций.

Школой В. П. Филатова возвращено зрение многим сотням слепых и инвалидов.

В деле пересадки роговицы бойцам и инвалидам советская медицина, в лице школы В. П. Филатова, имеет крупные заслуги.

Таким образом, операция пересадки роговицы в Советском Союзе, благодаря трудам Владимира Петровича и помощи, которую оказывают ему наша партия и правительство, стала массовым, ходовым методом для борьбы со слепотой и инвалидностью при бельмах.

Врачи, изучившие операцию пересадки роговицы в институте Филатова, делают ее теперь не только в глазных клиниках крупных городов, но и в областных и даже районных больницах.

Можно привести очень много примеров удачных операций пересадки роговицы, но вследствие недостатка

Правый глаз б-ной Грабельниковой



Рис. 22. До операции
острота зрения = 0,06.



Рис. 23. После операции
острота зрения = 0,9.

У М. Е. Грабельниковой бельма на обоих глазах после золотухи. Зрение правого глаза было 0,06. Зрение левого глаза было настолько мало, что она ничего не видела, а лишь различала свет от тьмы, т. е. оно равнялось светоощущению. В мае 1941 г. ей была произведена пересадка роговицы на правом глазу. Острота зрения после операции = 0,9. Срок наблюдения около 9 лет. В январе 1947 года ей сделали пересадку роговицы и на левом глазу. Острота зрения на этом глазу после операции равнялась 0,5. Срок наблюдения 3 года. Бывшая слепая т. Грабельникова теперь работает бухгалтером.

Правый глаз больного Кирьянова



Рис. 24. До операции
Острота зрения = 0,02.



Рис. 25. После операции
Острота зрения 1,5.

У В. И. Кирьянова были бельма на обоих глазах после ранения мелкими осколками. Острота зрения обоих глаз равнялась 0,02, т. е. он едва различал пальцы на расстоянии одного метра от глаза, а дальше все терялось у него в густом тумане, он был почти слепым. В сентябре 1945 г. ему сделали пересадку роговицы на левом глазу и в мае 1946 года — на правом. Острота зрения после операции на левом глазу = 0,8, а на правом 1,5, т. е. в полтора раза выше нормы. Тов. Кирьянов работает бригадиром в колхозе и его зреники могут позавидовать многие. Сроки наблюдения 5 и 4 года.

места мы остановимся лишь на 3 случаях (рис. 22, 23, 24, 25, 26, 27).

Всемерно развивая и пропагандируя операцию пересадки роговой оболочки, как массовый реальный метод борьбы со слепотой и инвалидностью вследствие бельма, Владимир Петрович, верный основному принципу советской медицины, что предупредить болезни легче, чем их лечить, постоянно указывает в заключение своих лекций по пересадке роговицы: «Выявляя все значение пересадки роговицы, я говорю, если так можно выразиться,—

Левый глаз б-ного Шомполова



Рис. 26. До операции
острота зрения = 0,05.



Рис. 27. После операции
острота зрения = 0,2.

У Н. Л. Шомполова из Сахалина было сплошное помутнение роговицы левого глаза с остротой зрения 0,05. После операции пересадки роговицы острота зрения повысилась до 0,2. На протяжении 31½ лет достигнутый эффект сохранен и Н. Л. Шомполов получил возможность вернуться к своей прежней работе столяра-модельщика.

«во здравие ее».— Есть поговорка: «Начал за здравие, а кончил за упокой».

Вот и я, начав «за здравие» пересадки роговицы, хочу сказать несколько слов и «за упокой ее».

Вы, конечно, несколько удивлены такому обороту дела? Постараюсь объяснить.

Вы слышали, что пересадка роговицы нужна огромному количеству слепых и инвалидов. В этом, конечно, ее огромная ценность.

Но неужели должно всегда быть так, чтобы вечно имелись миллионы людей с бельмами? Ясно, что нет.

Конечно, необходимо всячески распространять пересадку роговицы, но на имеющихся уже граждан с бель-

мами, исчисляемых миллионами, не хватит ни окулистов, ни средств на организацию борьбы с этим источником слепоты и инвалидности. Для исчерпания его, хотя бы частично, пересадка роговицы является действенным средством, но это средство — на худой конец, средство для борьбы с имеющимся уже злом и ясно, что надо сделать так, чтобы появление самих бельм сведено было к какому-то неизбежному минимуму, если нельзя прекратить развитие бельм, как источника слепоты и инвалидности, совершенно.

Надо сделать так, чтобы была упразднена сама необходимость пересадки роговицы, этой великой и благодетельной операции.

С этой целью, продолжая развивать пересадку роговицы, ставя ее на службу миру бельмастых слепых и инвалидов, нужно принимать все меры, чтобы вылечивать те болезни, которые ведут к развитию бельм или предотвращать эти болезни, устраняя их причины.

В этом направлении должна идти борьба со стороны органов здравоохранения».

Широкий размах работ Владимира Петровича и его школы позволяет ему говорить: «Моя школа способствовала развитию пересадки роговицы в Советском Союзе. Но мы постараемся способствовать, насколько возможно, упразднению ее.

Но пока наступит время, когда пересадка роговицы станет ненужна — я, вместе со слепыми и инвалидами вследствие бельм, пожелаю пересадке роговицы пышного развития и внедрения в практику врачей-окулистов нашей великой Родины».

IV

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Пессимизм у постели больного и в науке бесплоден и не ему принадлежит будущее.

Филатов.

Новый метод лечения — тканевая терапия является самым крупным достижением В. П. Филатова. Мы уже писали, каких замечательных результатов достиг Владимир Петрович в борьбе со слепотой от бельма при помощи операции пересадки роговицы. Однако, нередко бывало и так: операция прошла хорошо; больной уже начинает видеть, но пересаженная роговица мутнеет и он слепнет вновь.

Сколько переживаний больного и врача связано с операцией пересадки роговицы! Усовершенствовав технику этой операции и сконструировав для ее производства новые инструменты, Владимир Петрович значительно увеличил успешность этой операции, т. е. процент прозрачного приживления пересаженной роговицы, доведя его в пригодных для операции глазах до 24,1%, но этого все же было недостаточно. Мы уже упоминали, что профессор Эльшниц, сделав 203 операции пересадки роговицы, получил прозрачное приживление в 31 случае, т. е. в 15% оперированных им больных. Казалось бы, что все обстоит благополучно, более того — даже хорошо. Уже в первой серии своих пересадок роговицы Филатов превзошел прославленного пражского хирурга, увеличив на 9% по сравнению с ним успешность этой операции. Но

если для Эльшнига было достаточно установить закономерность, что в 15% пересаженная роговица остается прозрачной, а в 85% мутнеет, т. е. исследовать и описать явление, то для советского ученого Филатова этого было недостаточно. Он стремился не только изучить и описать, но и преодолеть это неблагоприятное явление (помутнение трансплантата), найти способы борьбы с ним. Ведь за этими цифрами стоят живые люди, надеявшиеся, мечтавшие о возвращении зрения и не получившие его из-за помутнения пересаженной роговицы.

Для борьбы с помутнением трансплантата (пересаженной роговицы) Владимир Петрович применял различные средства, освещение глаз ультрафиолетовыми лучами, ванночки из куриных зародышей и т. д., но все это не давало заметных результатов. В определенном проценте случаев пересаженная роговица мутнела, сводя на нет результаты операции. Что делать? Примириться с этим явлением, как это сделал Эльшниг, — нет, надо было найти выход, но какой? И вот тогда Владимир Петрович обратился к учению о культуре тканей. Было известно, что если кусочек ткани (кожи, печени, роговицы) поместить в стеклянную баночку и налить туда питательный экстракт, то при определенных условиях температуры и влажности произойдет замечательное явление: отделенная от организма ткань растет и размножается. Но проходит некоторое время и рост ткани останавливается. Ученые заметили, что если к такой, прекратившей свой рост ткани, подсадить другой кусочек этой же ткани, то он не только начинает сам расти, но и возбуждает (стимулирует) рост старого, уже переставшего расти кусочка. Пересаженная роговица тоже ткань, помещенная в новые для нее условия. Владимир Петрович решил, что если кусочек новой ткани усиливает рост и размножение старой, то не возбудит ли новый кусочек роговицы жизненные процессы в трансплантате, т. е. в пересаженной роговице, не вернет ли ему прозрачность? Знала наука и еще одно интересное явление. После пересадки роговицы бельмо вокруг трансплантата нередко светлело. Ученые не могли объяснить причину этого явления и рассматривали его как «научный курьез». Когда Владимир Петрович начал применять для пересадки роговой оболочки роговицу из сохрани-

емых на холоде трупных глаз, то это явление стало чаще и было более резко выражено. Иногда после пересадки сохраняемой на холоде роговицы бельмо вокруг трансплантата становилось настолько прозрачным, что у некоторых врачей даже возникало сомнение — нужно ли было делать этому больному пересадку роговицы?

Если новый кусочек ткани, подсаженный к старому, уже переставшему расти кусочку, возбуждает его жизнедеятельность; если вокруг пересаженной роговицы просветляется окружающее бельмо, то, предположил Владимир Петрович, можно думать, что новая ткань выделяет какие то особые вещества, повышающие или усиливающие жизнедеятельность старой. Тот факт, что пересаженная роговица, сохраняемая до этого в течение нескольких суток на холоде, оказывает более сильное просветляющее действие, чем свежая, позволяло думать, что во время сохранения роговицы на холоде в ней накапливаются эти усиливающие жизнедеятельность ткани вещества, которые В. П. Филатов впоследствии назвал по их происхождению «биогенными стимуляторами». Так в 1933 г. родился новый лечебный метод, получивший теперь широкое распространение во всех отраслях медицины и в ветеринарии — тканевая терапия.

Первые опыты Владимира Петровича дали благоприятные результаты. Пересадка небольшого кусочка роговицы на краю бельма вызывала определенное просветление трансплантата. Вскоре, как мы уже указывали, Владимир Петрович стал для этой цели пользоваться кусочком не свежей роговицы, а сохраненной предварительно на холоде. При этом действие такой роговицы, в смысле ее влияния на просветление трансплантата, оказывалось более сильным. После этого Владимир Петрович стал делать пересадку сохраняемой на холоде роговицы не только с оптической целью, т. е. для возвращения больному зрения или же с целью возвращения прозрачности трансплантату, но и с целью лечения воспалений роговицы.

Для этого на краю больной роговицы срезались поверхностные слои ее и на дефект прикреплялся кусочек поверхностных же слоев сохраненной на холоде роговицы трупного глаза. Результат этой операции оказался превосходным: тяжелые заболевания роговицы, которые должны были тянуться много месяцев, быстро проходили.

Вот что говорит по этому поводу Владимир Петрович: «Первые успешные пересадки роговицы, сделанные с лечебной целью, окрылили меня. У меня, естественно, возник вопрос — если пересадка роговицы, сделанная с лечебной целью при воспалениях роговицы, дает такие успехи, то, может быть, и другие ткани, сохраняемые на холоде, могут при других заболеваниях тоже давать успех. Например, кожа при кожных заболеваниях. И уже первые опыты превзошли все мои ожидания».

Пересадки кусочков трупной, сохраняемой на холоде кожи оказывали поразительное лечебное влияние на ряд кожных болезней (волчанку, туберкулезные язвы, трофические язвы, псориаз и т. п.). Дальнейшие наблюдения показали, что пересадка сохраняемой на холоде кожи оказывает лечебное действие не только при болезнях кожи, но и при ряде глазных, внутренних, нервных и других заболеваний, а лечебные пересадки роговицы благоприятно влияют не только на заболевания роговой оболочки, но и других частей глаза. Следовательно, специфичности влияния не существует (в том смысле, что лечебная пересадка кожи действует только на болезни кожи, пересадка роговицы — на заболевания роговицы и т. п.). Владимир Петрович пришел к выводу, что для лечебной цели можно пользоваться любой тканью человека или животного, причем такая ткань не должна непременно совпадать по своему строению с той тканью организма, которая поражена болезненным процессом, и, кроме того, эта ткань не должна быть пересаживаема непременно вблизи заболевшей ткани или органа пациента. Подчеркиваем, что результаты пересадок выдержанных на холоде тканей явно превышали по своему эффекту результаты, получаемые при применении свежих тканей.

Повидимому, все ткани животного происхождения (человека и животных) способны давать биогенные стимуляторы при хранении на холоде в течение нескольких суток. В. П. Филатовым и его последователями были с успехом испробованы роговица, склера, сосудистая оболочка, зрительный нерв, сетчатка, хрящ, слизистые оболочки, кожа, печень, брюшина, селезенка, жировая клетчатка, мышцы, плацента, яичко, нервы, мозг и др. ткани. Кроме тканей и экстрактов из них, с лечебной целью могут быть применяемы некоторые биологические жид-

кости из сохранных на холоде трупов (например, кровь, спинномозговая жидкость) или органов (например, водянистая влага и стекловидное тело глаза). Рыбий жир, применяемый в виде межмышечных впрыскиваний, содержит, по мнению Владимира Петровича, стимуляторы, попадающие в него из печени трески, в которой они образуются в процессе ее обработки. Из растительных материалов получили большое распространение экстракты из листьев алоэ — столетника, этого известного народного средства. В. П. Филатовым доказано, что при сохранении листьев в темноте (около 12 суток) их целебные свойства сильно возрастают. Кроме листьев алоэ, лечебные свойства, при сохранении в темноте, приобретают, как показали опыты В. П. Филатова, В. В. Скородинской, С. П. Скрипченко, А. Г. Хорошиной и др. листья агавы, ячменя, люцерны, подорожника, лопуха и других растений.

Эти наблюдения позволили В. П. Филатову сделать первое обобщение, легшее в основу гипотезы тканевой терапии. Ткани, отделенные от человеческого организма, куски тканей животных, а также листья растений, будучи сохраняемы в условиях, неблагоприятных для их существования, но не убивающих их, подвергаются биохимической перестройке, сопровождающейся накоплением в этих тканях особых веществ (биогенных стимуляторов), поддерживающих жизненные процессы в этих тканях.

Для отделенных от организма тканей человеческих или тканей животных наиболее изученным условием для образования биогенных стимуляторов является хранение их при относительно низкой температуре (2 — 4° выше нуля). Что касается листьев растений, то необходимым условием для накопления в них биогенных стимуляторов является хранение их в темноте.

Образовавшиеся при указанных условиях биогенные стимуляторы можно ввести больному различными путями.

Введением под кожу больного обогащенной биогенными стимуляторами во время пребывания на холоде или в темноте (для растений) и затем автоклавированной (стерилизованной) ткани или впрыскивания стерильных экстрактов из этих тканей и других, содержащих биогенные стимуляторы, материалов.

Консервированная (обогащенная биогенными стимуляторами) ткань, например, кожа, вводится под кожу больного в виде кусочка размером 6—8 кв. см. (для взрослого человека). Для этого после обезболивания кожи на боку у больного производят небольшой поперечный разрез складки кожи, проникающий до подкожной клетчатки, длиной в 2—3 сантиметра. В разрез вводят скальпель, которым отделяют кожу от подкожной клетчатки, образуя длинный карман, предназначенный для помещения в него консервированной и стерилизованной ткани. На кожу накладывают 1—2 шва. Место операции покрывают стерильной наклейкой.

Эта простая и совершенно безболезненная операция принесла исцеление и облегчение тысячам больных с самыми различными заболеваниями. Ее можно делать в любом медицинском учреждении амбулаторно.

В последнее время в институте академика Филатова врачом А. И. Курсиковым разработан новый метод введения консервированных тканей. Кусочки подлежащей введению ткани помещают в специальный металлический винтовой шприц. После предварительного обезболивания в кожу больного вкалывают иглу, которую соединяют со шприцем. Вращением ручки шприца создают в шприце высокое давление, благодаря которому ткань выдавливается через иглу под кожу больного в виде кашицы. Обычно взрослому человеку вводят однократно 2—3 гр. консервированной и автоклавированной ткани.

Вшивание под кожу кусочков обогащенных биогенными стимуляторами тканей или введение их кашицы при помощи шприца нужно повторять каждые 3—4 недели.

Можно проводить тканевое лечение и впрыскиванием экстрактов из тканевых препаратов. Уколы делают ежедневно под кожу руки. В зависимости от возраста и состояния больного ему впрыскивают от 0,1 до 1,0 куб. сант. экстракта. Всего на курс делается 30—40 впрыскиваний.

После того, как В. П. Филатовым и В. В. Скородинской было установлено, что биогенные стимуляторы не разрушаются при нагревании до 120° в течении часа, для тканевой терапии применяются только стерильные (автоклавируемые) материалы.

Мы уже указывали, что В. П. Филатовым и его учениками было доказано образование биогенных стимуляторов в разнообразных тканях человека или животных в период сохранения их на холоде и в листьях растений во время хранения их в темноте. Экстракты для выпрыскиваний могут быть также приготовлены из различных консервированных животных и растительных тканей. Способ приготовления экстрактов для тканевой терапии настолько прост, что они могут быть изготовлены в каждой больнице или в другом оборудованном медицинском учреждении. Специальная инструкция по изготовлению и применению тканевых препаратов для лечения биогенными стимуляторами по методу В. П. Филатова высылается бесплатно Украинским Институтом глазных болезней им. академика В. П. Филатова по требованию врачей. В настоящее время отечественная фармацевтическая промышленность выпускает некоторые тканевые препараты в готовом виде и их можно приобрести в любой аптеке. Наибольшее распространение для лечения различных заболеваний получили экстракты из предварительно сохраненных в темноте листьев алоэ (столетника), из консервированной плаценты (детского места) и отгон из лиманной грязи (пелоидодистиллат); кроме того, производятся некоторые искусственные тканевые препараты, например, ФБС (активный тканевой препарат, выделенный и изученный В. П. Филатовым, В. А. Бибером и В. В. Скородинской).

Экстракты из тканевых препаратов могут применяться и внутрь, и в форме небольших клизм, однако действие тканевых препаратов при их введении под кожу оказывается более сильным.

Теперь познакомимся кратко с тем, как же действует тканевая терапия или лечение биогенными стимуляторами при различных заболеваниях? Мы уже указывали, что Владимир Петрович, будучи специалистом по глазным болезням, естественно, прежде всего применил свой метод лечения при различных глазных заболеваниях. Нужно отметить, что тканевая терапия открыла совершенно неожиданно широкие возможности лечения ряда глазных заболеваний, которые до этого считались почти неизлечимыми. При других же заболеваниях глаз тканевая терапия оказалась более сильно и быстро действующим методом, чем другие способы их лечения.

Не останавливаясь на результатах лечения многочисленных и разнообразных заболеваний органа зрения, мы в нижеприведенной таблице укажем лишь на результаты тканевой терапии некоторых наиболее тяжелых или распространенных болезней глаз.

Наименование болезни	Количество глаз	Количество успешно лечен- ных тканевой терапией
Воспаление роговицы (различного происхождения)	998	934
Воспаление сосудистого тракта . .	590	463
Хориоретиниты у близоруких . . .	1199	1025
Пигментное перерождение сетчатки	532	458
Атрофия зрительного нерва	958	622
Симпатическое воспаление глаз . .	56	43

Как видно из этой таблицы, тканевая терапия дает особенно хорошие результаты при воспалении роговицы различного происхождения (кератитах), так как из 998 больных кератитами, получивших тканевое лечение, лечебный эффект был отмечен у 934 человек, что составляет 93%. Тканевая терапия некоторых форм воспалений роговицы, например, трахоматозного паннуса или воспаления роговицы вследствие золотухи, дает настолько хорошие результаты, что эти заболевания могут служить как бы объектом для клинической проверки эффективности тканевых препаратов (наблюдения В. П. Филатова, Д. Г. Бушмича, Ф. М. Костенко, В. В. Андреевой, С. А. Бархаш, А. Г. Хорошиной, М. Н. Глобач и др.), (рис. 28, 29, 30, 31).

Из других заболеваний роговицы воспалительного характера замечательные результаты получены при паренхиматозном воспалении ее на почве врожденного сифилиса, при туберкулезе, при герпетическом воспалении на почве гриппа и малярии. Для этих заболеваний характерно прекращение после тканевой терапии возвратов болезней.

Тканевая терапия заболеваний роговицы на почве повреждений у воинов Советской Армии и у инвалидов Отечественной войны оказалась хорошим методом лечения этих заболеваний.

Сотни наблюдений В. П. Филатова и его учеников доказали пользу тканевой терапии при воспалениях сосудистой оболочки самого различного происхождения, а также и при помутнениях стекловидного тела. (В. П. Филатов, И. Г. Ершкович, Ц. И. Гриншпон и др.) Эти воспаления, особенно травматического происхожде-



Рис. 28. До лечения.



Рис. 29. После лечения.

Девочка Авлажий Надя страдала тяжелым золотушным поражением глаз и кожи лица. Ей сделали 7 инъекций тканевых экстрактов и ребенок поправился полностью. Она находится под наблюдением института уже 2½ года и рецидива болезни не было, в то время как до лечения заболевание обострялось каждые 2—3 месяца.

ния, представляют тяжкое заболевание, нередко кончающееся атрофией, т. е. сморщиванием глаза. Но даже и при начинающейся атрофии глаза в некоторых случаях тканевая терапия останавливала процесс атрофии, и впоследствии при помощи операции удавалось вернуть инвалиду некоторое зрение, позволявшее ему самостоятельно ходить. Владимир Петрович считает тканевую терапию наиболее могущественным способом лечения воспалений сосудистой оболочки.

Заболевания глаз при высокой близорукости также поддаются тканевому лечению. Под влиянием тканевой терапии у этих больных повышается острота зрения и увеличивается эластичность (сопротивляемость) склеры,

обычно пониженная при этом заболевании. Самое же важное то, что в 70—80% случаев систематическое тканевое лечение останавливает прогрессирование процесса (работы В. П. Филатова и его учеников В. Е. Шевалева, В. В. Скородинской, Т. В. Шлопак, Я. С. Шейна, Г. А. Драгомирецкого, А. Е. Волокитенко и др.)



Рис. 30. До лечения.



Рис. 31. После лечения.

Больная П-кова много лет страдала тяжелым трахоматозным воспалением роговицы. Вследствие воспаления у нее была резкая светобоязнь, слезотечение и понижение зрения. Острота зрения на правом глазу была 0,01, на левом—0,02. Под влиянием тканевого лечения прошли светобоязнь и слезотечение и значительно повысилась острота зрения, на правом глазу до 0,1, на левом—до 0,3. На протяжении 3 лет достигнутый успех сохранен.

Даже при таком тяжелейшем заболевании, как пигментное перерождение сетчатки, тканевое лечение дает положительные результаты. А между тем крупнейшие специалисты в области глазных болезней считали пигментное перерождение сетчатки болезнью, не поддающейся никакому лечению и рано или поздно приводящей глаз к слепоте. Предложенная академиком В. П. Филатовым тканевая терапия, как показали исследования В. П. Филатова, В. В. Скородинской, Е. А. Вербицкой, А. Ю. Липкиной и В. Н. Кипнис, приносит значительное

улучшение при этом заболевании. Под влиянием тканевого лечения повышается острота зрения, расширяется поле зрения и улучшается зрение в сумерках, т. е. уменьшается, а иногда и совсем исчезает обычно встречающаяся у этих больных куриная слепота.

Весьма ценные результаты получены при тканевой терапии атрофии зрительных нервов — этой частой и тяжелой болезни, нередко приводящей к слепоте. В. П. Филатовым и под его руководством В. В. Скородинской, Д. Г. Бушмичем, Л. Д. Данчевой, В. П. Гетьман, Н. Г. Гольдфельд, С. А. Заяц и др. более чем на тысяче случаев доказана высокая эффективность тканевого лечения этого заболевания. Даже тогда, когда зрение бывает равно нулю, т. е. больной уже не может отличить свет от тьмы, день от ночи, удавалось при помощи тканевой терапии вернуть больному некоторое зрение. Такие случаи, правда, пока что единичны.

Очень тяжелой является атрофия зрительных нервов на почве отравления древесным (метиловым) спиртом. Одной рюмки его бывает достаточно, чтобы наступила слепота и инвалидность. И в этих случаях Владимиру Петровичу удавалось восстановить некоторым больным часть зрения с помощью тканевой терапии.

Тканевая терапия дает значительные успехи, а нередко и полное излечение при целом ряде кожных болезней, внутренних, хирургических, нервных, детских и различных воспалительных женских заболеваниях. В настоящее время тканевая терапия на значительном количестве случаев испытана более чем при сорока различных болезнях. Литература, посвященная теоретическому обоснованию и практическому применению тканевой терапии при всевозможных заболеваниях в разных отраслях медицины, насчитывает свыше 400 работ.

В кратком очерке мы не имеем возможности останавливаться на результатах применения тканевой терапии при всех заболеваниях, а приведем лишь некоторые примеры.

Кожные болезни дают особенно много наглядных примеров успешности тканевого лечения. Исторически тканевая терапия после ее применения при воспалительных заболеваниях роговицы и некоторых других глазных болезнях была впервые испытана В. П. Филатовым у больной Р., страдающей волчанкой лица. Болезнь осо-

бенно поразила ее щеки и нос (рисунок 32 и 33), где имелись инфильтраты и изъязвления. Больная испробовала все способы лечения, но безрезультатно. Владимир Петрович вырезал ей одну из язв на лице около угла



Рис. 32. До тканевого лечения.



Рис. 33. Спустя 9 дней после лечения.

Больная Р. безуспешно лечилась несколько лет общепринятыми способами от волчанки лица. Спустя три дня после пересадки консервированной кожи было отмечено резкое улучшение. На 9-й день почти все язвы зажили. В дальнейшем улучшение прогрессировало.

нижней челюсти и посадил туда кусок кожи, сохраненный пять дней на холоде. Уже через девять дней большинство язв на носу зажило, а спустя 28 дней зажили и язвы на щеках.

Приведем еще один пример успешного излечения волчанки. У больной С., под влиянием тканевой терапии, зажили все язвы и полностью рассосались инфильтраты. Уже спустя 2 месяца ее кожа приняла совершенно нормальный вид. Этот случай Владимир Петрович наблюдал на протяжении 4 лет и рецидива заболевания не было. (рис. 34 и 35).



Рис. 34. До лечения.



Рис. 35. После лечения.

Больная В. С. С-ко заболела красной волчанкой во время беременности. Лечилась 8 месяцев безрезультатно. После пересадки консервированной кожи явления волчанки исчезли, спустя два месяца. В течение четырех лет рецидива не было.



Рис. 36. До лечения.



Рис. 37. После лечения.

Больной Р-к с туберкулезным поражением кисти дома лечился разнообразными способами. После подсадки консервированной кожи язва быстро зажила и дала ему возможность работать на одном из крупных заводов. Срок наблюдения 4 года.

Этот пример показывает эффективность тканевой терапии при туберкулезных язвах кисти руки (рис. 36, 37). Пересадка трупной, сохраненной на холоде кожи привела к быстрому и стойкому заживлению до этого не заживавших язв. Бывший инвалид уже много лет работает на одном из крупных заводов нашей страны.

В. П. Филатовым, А. А. Фельдманом, Л. И. Шмульяном и Б. С. Бродским было собрано большое количество наблюдений по применению тканевой терапии при волчанке. Данные этих авторов показывают, что тканевая терапия является сильным средством, дающим не только значительное улучшение, но часто и полное излечение



Рис. 38. До применения тканевой терапии.



Рис. 39. После 56 инъекций отгона лиманной грязи.

У больной К. пендинская язва зажила после 56 инъекций отгона лиманной грязи.

Очень эффективной оказалась тканевая терапия при кожном лейшманиозе, так называемой пендинской язве. Под наблюдением Владимира Петровича был 51 больной с пендинской язвой и все они выздоровели через один-два месяца после начала тканевого лечения. На рис. 38 и 39 показано лицо студентки К. Пендинская язва не

заживала у нее два с половиной года и полностью зажила после 56 инъекций отгона лиманной грязи. Как видите, на месте язвы не осталось почти никаких следов.

Хорошее влияние оказывает тканевая терапия на течение кожной болезни-псориаза. В ряде случаев при этом длительном и упорном заболевании под влиянием тканевой терапии наступило полное выздоровление (рис. 40 и 41)

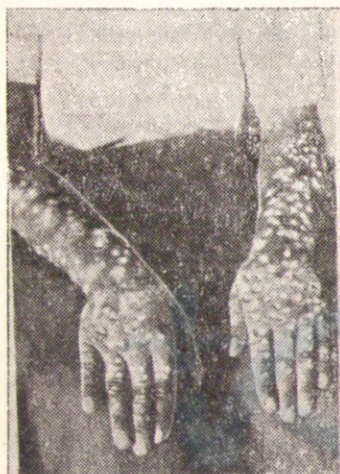


Рис. 40. До тканевого лечения.



Рис. 41. После тканевого лечения.

Руки больной, страдающей тяжелым кожным заболеванием—псориазом. Применявшиеся обычные методы лечения не дали результата. После тканевой терапии больная совершенно поправилась.

Тканевая терапия получила широкое применение для лечения длительно незаживающих язв кожи (различного происхождения). Из 179 больных, подвергшихся лечению тканевыми препаратами, был получен у 139 человек положительный результат.

Успешное применение тканевой терапии при многих кожных и внутренних заболеваниях позволило В. П. Филатову испытать ее при таком тяжелом и редком заболевании, как проказа. Первые наблюдения над тканевой терапией проказы были проведены в 1938 г. в Украин-

ском лепрозории В. П. Филатовым, В. Е. Шевалевым и Л. Я. Клопенко. В то время еще не была установлена теплостойкость биогенных стимуляторов (их способность выдерживать стерилизацию в автоклаве), поэтому для тканевой терапии применялась не имплантация, т. е. введение под кожу консервированной автоклавированной ткани или впрыскивания стерильных экстрактов из консервированных тканей, как это делается в настоящее время, а пересадки кусочков консервированной нестерилизованной трупной кожи. У четырех больных проказой с большими трофическими язвами, образовавшимися вследствие распада лепром, наступило значительное улучшение, у двух из них язвы уменьшились, а у двух зажили полностью. В дальнейшем тканевая терапия применялась нередко при лечении прокаженных и оказалась ценным вспомогательным методом лечения этого тяжелейшего заболевания (наблюдения В. П. Филотова, В. Е. Шевалева, В. В. Скорюдинской, А. А. Шелаковского, Э. П. Киршфельда, Л. Г. Балуевой, Н. И. Кирюхиной и других). Проведенные наблюдения показали, что при всем многообразии проявлений проказы нет почти таких явлений, при которых не оказалась бы полезной тканевая терапия. Под влиянием тканевой терапии происходило рассасывание узлов и инфильтраций, заживление язв, восстановление болевой и температурной чувствительности, улучшение процесса в глазу, на коже и слизистых оболочках и значительное повышение общего самочувствия больных. Благоприятные результаты применения тканевой терапии при проказе получены на значительном количестве случаев, многие из которых были под нашим наблюдением в течение нескольких лет.

Владимир Петрович пишет: «Я должен подчеркнуть, что мы еще не имеем случая полного, стойкого излечения больных от проказы при помощи тканевой терапии, но уже и теперь тканевое лечение дает прокаженным облегчение их страданий. Я уверен, что недалеко то время, когда советская медицина найдет способы воздействия на микроб проказы и тогда тканевая терапия при лечении этой болезни явится очень надежным помощником».

В качестве примера благоприятного влияния тканевой терапии при проказе приведем один случай. У боль-

ного Ш-ко, (рис. 42 и 43) под влиянием тканевой терапии, в виде нескольких курсов подкожных впрыскиваний экстракта консервированного листа алоэ и четырех имплантаций сохраненной на холоде и автоклавированной



Рис. 42. До лечения

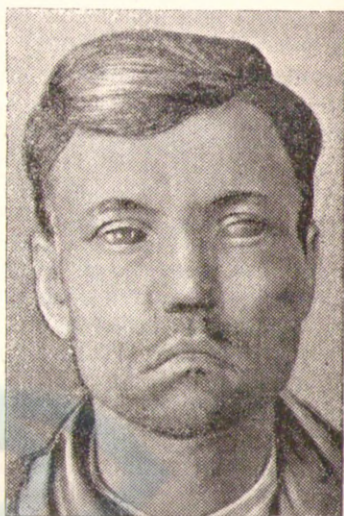


Рис. 43. После лечения

У больного Ш-ко, страдающего тяжелой бугорковой формой проказы, под влиянием тканевой терапии рассосались лепромы на носу и значительно уменьшились лепромы роговицы. После операции пересадки роговицы он получил возможность различать правым глазом окружающие предметы.

кожи, наступило рассасывание лепром на носу и роговицах глаз, значительное уменьшение инфильтрации и небольшое восстановление чувствительности.

Тканевая терапия оказалась полезной и при язвах вследствие гуммозного сифилиса. После имплантации или пересадки консервированной кожи язвы быстро заживали и гуммы рассасывались (А. А. Фельдман, И. Д. Перкель, С. А. Якунер).

При тканевой терапии происходит рассасывание рубцов, образовавшихся под влиянием ожогов, повреждений и других причин. Владимир Петрович наблюдал много случаев, когда после тканевой терапии

рубцы рассасывались так хорошо, что больные получали возможность свободно двигать рукой, ногой или пальцами, которые ранее были почти неподвижны из-за стягивания их грубыми рубцами. На своих лекциях В. П. Филатов приводит пример с больным С., у которого рубцы после ожога горячим паром были настолько мощными, что не позволяли больному ни сжать кисть руки в кулак, ни расправить ее. Спустя три недели после пересадки кожи этот больной вернулся к своей работе маляра. Очень эффективным было влияние тканевой терапии на рубцы пищевода, возникшие в результате ожога при проглатывании каких либо едких веществ. Такие больные находятся в очень тяжелом состоянии, так как не могут глотать пищу. После произведенных им имплантаций трупной, сохраняемой на холоде и автоклавированной кожи рубцы рассасывались настолько значительно, что больной получал возможность принимать даже плотную пищу (наблюдения С. А. Баккала).

Из 44 больных с рубцовым сужением мочеиспускательного канала, бывших под наблюдением д-ра Ага, под влиянием тканевой терапии в комбинации с бужированием, у большинства наступило значительное улучшение.

При внутренних болезнях тканевая терапия с большим успехом применяется для лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Из 160 больных, получавших тканевую терапию, положительный лечебный эффект отмечен у 124 человек. У многих больных при рентгеновском исследовании до лечения тканевыми препаратами была обнаружена «ниша», после же лечения ее обнаружить не удавалось. (наблюдения В. П. Филатова, Л. К. Коровицкого, М. Д. Короб и др.)

Очень хорошо действует тканевое лечение при бронхиальной астме. Из 169 больных этим заболеванием улучшение или же полное выздоровление наблюдалось у 137 человек.

Благоприятные результаты получены под влиянием тканевой терапии при детской дистрофии (после дизентерии). Из 200 детей, получавших тканевую терапию, выздоровело 189 (Е. Е. Гранат).

Из заболеваний нервной системы тканевая терапия с большим успехом применялась для лечения невритов и

радикулитов различного происхождения. Из 97 больных, получавших тканевое лечение, улучшение или излечение наблюдалось у 81. При травматической эпилепсии, — этом тяжелейшем последствии ранений головы или контузий, тканевая терапия также оказывает положительное действие (наблюдения Л. Л. Пападато и С. А. Баккал).

Широкое применение получило тканевое лечение различных воспалительных гинекологических заболеваний. Из 270 больных, получавших это лечение, хорошие результаты были отмечены у 258 человек (наблюдения Г. К. Живатова, Л. С. Державиной и др.).

Примеров эффективного применения тканевой терапии в различных отраслях медицины можно было бы привести много, но и указанные данные наглядно свидетельствуют о том, что предложенный и разработанный Владимиром Петровичем новый метод лечения — тканевая терапия является мощным способом борьбы с разнообразными болезнями человека.

Тканевая терапия широко применяется также в ветеринарии.

На основании клинических наблюдений и широкой экспериментальной разработки метода тканевого лечения В. П. Филатовым была создана гипотеза тканевой терапии, которая в настоящее время сводится к следующим основным положениям:

1. Отделенные от организма животные или растительные ткани при воздействии на них таких факторов среды, которые затрудняют их жизнь, подвергаются биохимической перестройке. При этом в тканях вырабатываются вещества, стимулирующие биохимические процессы в этих тканях, позволяющие им сохранить жизнь в неблагоприятных условиях; эти вещества по их происхождению В. П. Филатов назвал биогенными стимуляторами. Образование биогенных стимуляторов следует рассматривать как выработанный эволюционным путем способ приспособления обмена веществ организма к изменяющимся условиям среды.

Биогенные стимуляторы возникают в отделенных от организма тканях, пока они живы и находятся в состоянии переживания. (В. П. Филатов, Д. О. Пупенко, М. А. Баженова, В. В. Войноясинецкий, В. В. Скородинская, С. Р. Мучник и др.).

2. Биогенные стимуляторы, будучи введены в организм тем или иным путем (имплантацией консервированной и автоклавированной ткани или инъекциями экстрактов из нее), активизируют в нем жизненные процессы. Усиливая обмен веществ в организме, они тем самым повышают физиологические функции: увеличивают сопротивляемость организма болезнетворным факторам и усиливают его регенеративные свойства, что и способствует выздоровлению. Клинические наблюдения В. П. Филатова и опыты его учеников и последователей (Д. Г. Бушмич, Р. О. Файтельберг, Г. С. Шулюмовой и др.).

3. Биогенные стимуляторы возникают в результате биохимической перестройки и в целых живых организмах, подвергнутых неблагоприятным, но не убивающим их условиям среды. (В. П. Филатов, В. В. Скородинская, С. П. Скрыпченко).

4. Факторы среды, вызывающие появление биогенных стимуляторов, могут быть разнообразными. Из неблагоприятных факторов, способствующих возникновению биогенных стимуляторов в отделенных от организма животных тканях, наиболее изученным является сохранение их при относительно низкой температуре 3—4 градуса выше нуля, а в отношении листьев растений — сохранение их в темноте.

В настоящее время доказано возникновение биогенных стимуляторов в животных и растительных тканях, а также в целых организмах под влиянием таких факторов, как лучи Рентгена, ультрафиолетовые лучи, в результате травматических повреждений и т. д.. Они образуются также при некоторых физиологических условиях, как например, при усиленной мышечной работе (исследования В. П. Филатова, И. Г. Ершкова, М. Э. Кашука, Д. Г. Бушмича и Ц. М. Барг).

5. Из физико-химических свойств биогенных стимуляторов имеет особенно важное значение их теплостойкость. Они сохраняют биологическую активность при нагревании до 120° С в течение часа (В. П. Филатов и В. В. Скородинская).

Биогенные стимуляторы растворимы в воде и способны частично перегоняться с водяным паром (В. П. Филатов, В. А. Бибер, В. В. Скородинская). На этом их свойстве основан метод получения водных экстрактов и

паровых оттонов из различных, обогащенных биогенными стимуляторами тканей.

Биогенные стимуляторы не являются белками. Они не являются и ферментами. Доказано, что тканевые препараты сохраняют свое биологическое действие и после осаждения белков. (А. В. Благовещенский, В. А. Бибер, В. В. Ковальский, Л. С. Палладина).

Химическая природа некоторых биогенных стимуляторов уже определена. Они представляют собой сложный комплекс веществ. В настоящее время выделены представители четырех групп биогенных стимуляторов.

В. П. Филатов не отдает предпочтения одному какому нибудь веществу; по его мнению, наиболее полно будет стимулировать тот «букет» биогенных стимуляторов, который образовался в ткани и организме. Более или менее полно состав биогенных стимуляторов будет представлен в водных вытяжках (экстрактах), полученных из консервированных тканей.

6. Появление биогенных стимуляторов под влиянием неблагоприятных факторов среды представляет собой общий закон для всей живой природы. Биогенные стимуляторы образуются всюду, где идет борьба за жизнь и приспособление к новым условиям существования. Биогенные стимуляторы обнаружены В. П. Филатовым в лиманной грязи, в иле пресных озер, в осенних листьях, в торфе, в черноземе и в других материалах, содержащих остатки животных и растительных организмов, т. е. везде, где животные и растения, медленно умирая, накапливали биогенные стимуляторы (В. П. Филатов А. Ф. Сысоев, В. А. Бибер, и др.).

7. Биогенные стимуляторы действуют на весь организм в целом. Этим объясняется широта их действия при различных заболеваниях.

Сущность тканевой терапии в том, что она стимулирует организм, усиливает его сопротивляемость любой форме заболевания.

Понятно, что нервная система тонизируется биогенными стимуляторами. Она играет в процессе выздоровления при лечении тканевыми препаратами такую же руководящую роль, как и при применении других методов лечения организма.

8. Интимная сторона действия биогенных стимуляторов выражается в изменении обменных и энергетических

процессов в организме. Коснемся вопроса о влиянии биогенных стимуляторов на ферменты. Всем известно огромное значение ферментов для жизни. От деятельности ферментов зависят все жизненные процессы: дыхание, обмен и проч. Первые данные в этом вопросе были получены в 1942 году И. И. Чикало в лаборатории проф. Благовещенского. Он доказал, что экстракты из содержащихся в темноте листьев растений усиливают действие ферментов (в пробирке).

Последующие исследования А. Ф. Сысоева и Т. В. Шестериковой в лаборатории института показали, что биогенные стимуляторы активизируют ферменты не только в пробирке, но повышают их активность в животном и растительном организме. Полученные этими исследователями данные позволяют считать, что биогенные стимуляторы усиливают ферментативную деятельность и, следовательно, обмен веществ в организме.

Опытами проф. В. В. Ковальского установлено весьма интересное явление. Биогенные стимуляторы не только активизируют ферменты, но и значительно расширяют и перемещают оптимум их действия.

Таковы основные положения гипотезы тканевого лечения.

Наряду с многочисленными клиническими исследованиями в Украинском Институте глазных болезней имени академика В. П. Филатова под его руководством проводилось и проводится широкое экспериментальное изучение различных вопросов теории и практики тканевого лечения. В результате проведенных исследований прежде всего было подтверждено положение Владимира Петровича о том, что биогенные стимуляторы возникают в живой, переживающей, а не в мертвой ткани. Консервируемая на холоде животная ткань длительное время сохраняет свою жизнеспособность. Так, М. А. Баженова получила культуры роговичной ткани при консервации ее на протяжении 10-12 суток при температуре $2-4^{\circ}$ выше нуля и даже при сохранении ее при температуре 20° ниже нуля.

Д. О. Пупенко показал, что в сохраняемых на холоде тканях происходит размножение и перемещение клеток. Эти работы были продолжены В. В. Войно-Ясинецким, который наблюдал в некоторых опытах размножение клеток роговицы даже после 20 суток сохранения ее

на холоде. Он установил интересное явление. Если заразить консервированную ткань микробами или сделать на ней ожог, то она реагирует на это скоплением клеток вокруг места заражения или ожога, т. е. так же, как и живая ткань.

Опытами С. Р. Мучника установлено, что сохраняемая на холоде ткань изолирует введенную извне краску в своей протоплазме в виде зерен, т. е. так же, как это происходит в живой ткани. Клетки же умерших тканей окрашиваются диффузно, не образуя зерен.

Н. А. Пучковская установила, что если на удаленном глазу кролика соскоблить эпителий и затем оставить глаз на сохранении при комнатной температуре, то клетки эпителия размножаются и вскоре закрывают образовавшийся дефект. К таким же результатам пришла и В. В. Скородинская, проводившая эти исследования при более низкой температуре ($+3^{\circ}$ – $+4^{\circ}$).

Опытами В. А. Бибера и И. М. Фарбман установлено влияние биогенных стимуляторов на повышение окислительно-восстановительных процессов с активизацией дыхательных функций живой клетки.

Указанные экспериментальные данные доказывают, что ткань в период сохранения ее на холоде размножается, дышит и реагирует на внешние раздражения, т. е. она живет.

Следующий раздел экспериментальных исследований был посвящен выяснению очень важного вопроса о том, как же действуют биогенные стимуляторы на различные функции здорового и больного организма.

Наблюдениями Р. О. Файтельберга и В. А. Евдокимова было установлено, что биогенные стимуляторы усиливают выделение желудочного сока и повышают его кислотность. В. П. Филатовым, Д. Г. Бушмичем установлено, что под влиянием биогенных стимуляторов повышаются функции здоровых глаз (острота зрения, световосприятие, адаптация).

А. Е. Шевалев установил, что экстракт из консервированного листа алоэ значительно усиливает деятельность изолированного сердца лягушки. Сходные данные были получены Н. Б. Медведевой в институте имени А. А. Богомольца.

Д. С. Щастный и Е. Ф. Тамберг показали, что

введение тканевых препаратов ускоряет исчезновение микробов из тока крови.

М. Б. Вургафт в эксперименте с лягушками показал, что предварительное введение биогенных стимуляторов увеличивает резистентность к стрихнину.

С. С. Черняк установил, что инфузории, находившиеся в среде, содержащей биогенные стимуляторы, оказываются более стойкими к хинину, чем контрольные. Одно и то же количество хинина убивает контрольных инфузорий, в то время как бывшие в среде с биогенными стимуляторами остаются живыми и даже размножаются.

Опытами Н. В. Янык с аксалотлями было установлено усиление регенерации под влиянием охлаждения.

Интересные данные были получены Г. С. Шулюмовой и ее сотрудниками. Под влиянием биогенных стимуляторов наблюдалось значительное усиление защитных свойств крови у подопытных кроликов, лошадей и других животных. После введения тканевых препаратов у животных наблюдалось повышение титра гемолизина, повышение бактерицидности комплемента и увеличение титра антитоксина.

Все эти данные экспериментально подтверждают положение Владимира Петровича о том, что биогенные стимуляторы повышают физиологические функции организма, а в случае болезни усиливают защитные и регенеративные его свойства, способствуя выздоровлению.

Предложенная Филатовым гипотеза может объяснить многие биологические феномены.

Есть основание предположить, думает В. П. Филатов, что некоторые лечебные мероприятия являются для тканей организма тем неблагоприятным условием для жизни, которое и ведет, согласно его гипотезе, к перестройке тканей с выработкой биогенных стимуляторов и к выздоровлению. С этой точки зрения следовало бы пересмотреть и «специфическую терапию» сифилиса и лечение при помощи ряда химических агентов и физиотерапевтических воздействий (ультрафиолетовые лучи, рентгенотерапию, лечение теплом, холодом или голодом, кровопускания, шоковую терапию и т. д.). С точки зрения биогенных стимуляторов В. П. Филатов склонен объяснять и явление кризиса при некоторых болезнях.

Тканевая терапия может иметь две главные формы: можно вызвать появление биогенных стимуляторов в са-

мом больном организме, вызывая его «перестройку», и можно вводить биогенные стимуляторы в готовом виде, как описано выше, тканевые препараты обязательно стерилизуются. Этот способ проще и лишен каких бы то ни было опасностей.

С точки зрения гипотезы перестройки живой материи под действием вредных, но не убивающих ее влияний среды (с появлением биогенных стимуляторов), можно искать объяснения многих биологических, физиологических, патологических феноменов (усиленный рост растений, происхождение лечебных свойств грязей, стимулирующее действие перегноя листьев, лечебный эффект рентгенизации по способу Мале и т. д.).

В настоящее время Украинский институт глазных болезней занят разработкой гипотезы тканевой терапии. Большая работа по тканевой терапии производится и за пределами института как в Одессе, так и в других городах Советского Союза.

Тканевая терапия завоевала почетное место среди других методов лечебной медицины. В. П. Филатов — врач-клиницист — наблюдениями над больными создал новый лечебный метод в медицине и построил новую научную гипотезу, способствующую лучшему познанию природы.

V

НАУЧНЫЕ РАБОТЫ В. П. ФИЛАТОВА В ДРУГИХ ОТДЕЛАХ ОФТАЛМОЛОГИИ

Надо неустанно развивать нашу науку. Надо работать, будучи убежденным, что организм больного таит в себе много возможностей к выздоровлению, которые надо уметь выявить. Надо быть уверенным в том, что современная нам наука богата диагностическими и лечебными ресурсами.

В. П. Филатов.

Велика и многогранна научная продукция В. П. Филатова. Мы указали на основные его работы в области пластической хирургии, пересадки роговой оболочки и тканевой терапии, но этим далеко не исчерпывается его научное творчество. Почти нет такого раздела офтальмологии, в который он не внес бы много нового и оригинального. Научные достижения В. П. Филатова касаются таких отделов офтальмологии, как патология глаза, методика клинического исследования, офтальмохирургия, глаукома, трахома, глазной травматизм, военнопольная офтальмология и неоперативное лечение глазных болезней.

Характерным для всех работ В. П. Филатова, как мы уже указывали, является его преимущественный интерес к лечебной, практической стороне вопроса, желание помочь больному во что бы то ни стало, отогнать от него призрак надвигающейся слепоты. «Не надо забывать, что понятие об окончательной неизлечимости больного очень относительно. Окончательно неизлечимая болезнь или ее неизлечимые последствия, по мере развития науки, пере-

ходят в разряд излечимых. Наша школа с отрадой отмечает, что с пессимизмом можно бороться. Но развивая в наших учреждениях оптимизм, мы не должны упускать из виду, что рядом с ним должна идти старшая сестра его — спокойная, уравновешенная критика», — так пишет В. П. Филатов.

Первые научные работы Владимира Петровича были посвящены вопросам изучения экспериментальной и клинической патологии глаза. Центральное место среди этих работ занимает диссертация «Учение о клеточных ядрах в офтальмологии», значение которой нами уже указывалось. В 1910 году вышло сокращенное ее изложение под названием «Влияние кровяных сывороток на глаз».

Значительный интерес также представляет его труд о роли микроба сенной палочки как возбудителя заболеваний глаз.

Интересные работы посвящены заболеваниям глаз при базедовой болезни, при лимфогранулематозе и при сепсисе. Совместно с проф. Н. К. Лысенковым В. П. Филатов описал очень редкое врожденное уродство — циклопию (одноглазость) у лошади. Хронические воспаления слизистой оболочки глаза (конъюнктивиты) и воспаления края век также получили новое, оригинальное освещение в работах Владимира Петровича.

Много ценного внес В. П. Филатов и в методику клинического исследования больных. Так, он предложил оригинальный метод для исследования труднодоступных для осмотра частей слизистой оболочки глаза, а также помутнений хрусталика в проходящем свете, имеющий значительные преимущества перед обычными методами исследования. Совместно с проф. Н. И. Исаченко В. П. Филатов улучшил метод рентгенологического определения образования кости в глазу. Он также усовершенствовал метод определения проекции света у больных с бельмами. Для исследования внутриглазного давления и эластической реакции оболочек глаза В. П. Филатов предложил новую методику, так называемую эластотонometriю, оказавшуюся одним из лучших способов ранней диагностики глаукомы. Этот метод позволил проф. С. Ф. Кальфа клинически доказать существование в глазу особого рефлекса, регулирующего внутриглазное давление, и создать новую теорию происхождения глаукомы.

Данные С. Ф. Кальфа были подтверждены в опытах на изолированных глазах В. Е. Шевалевым.

Глаукома или, как ее называют в народе, зеленая или темная вода, по статистическим данным, является основной причиной слепоты. Это заболевание часто встречается и само по себе, и как осложнение при бельмах роговой оболочки. Раз начавшись, глаукома, оставленная без лечения, приводит больного к слепоте. В. П. Филатов уделяет много труда и внимания ранней диагностике глаукомы, выяснению ее причин и правильному лечению ее. Следует напомнить, что только ранняя диагностика глаукомы является залогом успешного лечения этого заболевания и предупреждения слепоты.

Учитывая это обстоятельство, Владимир Петрович повел борьбу со слепотой от глаукомы путем улучшения ее ранней диагностики.

Применяя метод эластотонометрии, мы даже в амбулаторных условиях можем поставить диагноз глаукомы в самом ее начале. Метод этот заключается в применении для этой цели набора тонометров Маклакова (аппарата для исследования внутриглазного давления) разного веса. Это предложение, как показали работы С. Ф. Кальфа, значительно улучшило методику исследования внутриглазного давления и позволило ему найти причину нарушения регуляции последнего. Оказывается, в глазу имеются чувствительные окончания нервов, которые реагируют на каждое изменение высоты внутриглазного давления. Стоит только повыситься внутриглазному давлению, как это вызывает раздражение нервных окончаний, и они рефлекторно через сосудодвигательные нервы вызывают сокращение заложенных в глазу сосудов. Сокращение кровеносных сосудов приводит к уменьшению содержащейся в глазу крови, а это, в свою очередь, — к снижению внутриглазного давления. Так, благодаря эластотонометрии был открыт рефлекс, регулирующий внутриглазное давление. Нарушение правильной работы этого рефлекса при нервных потрясениях, поражении нервной системы под влиянием интоксикаций приводит к развитию глаукомы.

По инициативе В. П. Филатова в 1931 году был организован при глазной клинике Одесского мединститута первый глаукоматозный диспансер, который функционирует по сей день. Практика показала, что правиль-

ная борьба с глаукомой может идти только при применении диспансерного метода. В настоящее время по почину Владимира Петровича подобные диспансеры организованы в ряде других городов (Москва, Куйбышев, Баку, Днепропетровск и др.).

Диспансерный метод обслуживания глаукомных больных дает возможность постоянно держать под контролем состояние глаз больных и следить за эффективностью лечебных мероприятий. В случае необходимости больные, находящиеся под наблюдением диспансера, немедленно направляются на койку. При каждом посещении диспансера больной тщательно, всесторонне обследуется, при чем ему обязательно исследуется внутриглазное давление эластотометром. Определение внутриглазного давления пальцами, как это кое-где еще делается, является совершенно ненадежным способом, приводящим к большим ошибкам, так как невозможно наощупь точно измерить внутриглазное давление, как невозможно точно следить за температурой тела простым приложением руки.

При диспансере имеется патронажная сестра, которая, посещая больных надому, проверяет выполнение больным назначений врача и, в случае несвоевременной явки больного, вызывает его в диспансер. Только таким тщательным наблюдением достигается возможность сохранения зрения при глаукоме.

Очень интересной и ценной является также работа В. П. Филатова относительно происхождения глаукомы. Совместно с И. Г. Ершковым и В. Е. Шевалевым он доказал, что мышечная работа понижает внутриглазное давление, повышение которого характерно для глаукомы. При этом в организме образуются вещества типа биогенных стимуляторов (М. Э. Кашук).

Исходя из этих наблюдений, В. П. Филатов высказал мысль, что в происхождении глаукомы играет роль недостаток веществ, образующихся во время мышечной деятельности, вследствие чего страдает функция рефлекторного аппарата глаза. Оперативному лечению глаукомы Владимир Петрович посвятил ряд ценных работ. В этих работах он делает практически важные указания относительно техники операций и устанавливает показания к их применению. Одновременно он разрабатывает новые типы операций при последовательной глаукоме.

Владимир Петрович является сторонником активного лечения глаукомы. Он считает, что только в раннем периоде болезни можно спасти зрение больному. Поэтому, если, несмотря на усиленное применение снижающих внутриглазное давление лекарств, оно остается повышенным, для спасения зрения В. П. Филатов рекомендует прибегать к немедленному оперативному вмешательству. Учениками В. П. Филатова опубликованы несколько диссертаций и много научных работ по проблеме глаукомы.

Работы В. П. Филатова, посвященные вопросам трахомы, представляют большой вклад в дело борьбы с этим заболеванием. Трахома, оставленная без систематического лечения, как правило, приводит к воспалению роговицы и образованию бельма, т.е. к инвалидности и слепоте. Большой заслугой В. П. Филатова является предложенный им метод лечения трахомы повторными выдавливаниями специальным пинцетом зерен, которые образуются на слизистой оболочке век и глаза, без медикаментозного лечения между выдавливаниями.

Этот метод в корне изменил все дело лечения трахомы, так как он освобождает больного от необходимости систематического посещения в течение многих месяцев, а иногда и лет, лечебных учреждений, не приковывает больного к ним и не отрывает его на долгое время от работы. Метод повторных выдавливаний, особенно в комбинации с тканевой терапией, резко сокращает сроки лечения этого тяжелого заболевания.

Наш опыт по лечению трахомы в Туркмении с несомненностью показал большое значение метода повторных выдавливаний по В. П. Филатову (С. Ф. Кальфа, В. Е. Шевалев, Д. Г. Бушмич, С. А. Бархаш).

Еще в период мирного строительства, до Великой Отечественной войны, В. П. Филатов уделял значительное внимание борьбе с травматизмом глаз и военно-полевой офтальмологии. По его инициативе, в Одессе, в 1932 г. была организована первая в Союзе станция скорой глазной помощи с мощной электромагнитной установкой, успешно работающая и в настоящее время. Много внимания уделял Владимир Петрович и борьбе с травматизмом глаз на производстве и у детей. С начала Отечественной войны выдающийся офтальмолог все свои знания и силы отдавал делу лечения раненых и внедрению своих методов в лечебную практику эвакогоспиталей.

Блестящий офтальмохирург, Владимир Петрович много времени и энергии посвящает глазной хирургии. Мы уже говорили о таких крупных достижениях, как пластика на круглом стебле и пересадка роговицы, да и тканевая терапия возникла вначале как чисто оперативная методика.

Из других операций, разработанных В. П. Филатовым, следует упомянуть об экстроорбитальной экзентерации глазницы, предложенной совместно с Н. К. Лысенковым. Эта операция дает возможность оперировать в пределах здоровых тканей и расширяет границы хирургического вмешательства при раке орбиты, прорастающем в смежные полости, который раньше считался неизлечимым.

Много внимания и энергии было затрачено на хирургическое лечение отслойки сетчатки, этого грозного осложнения близорукости. Интерес Владимира Петровича к этой операции возник в связи с одним случаем, горячо возмущившим его, как советского гражданина.

Одна жительница г. Харькова тов. Житкова в 1929 году заболела отслойкой сетчатки и в результате ослепла на один глаз. Ей удалось узнать, что проф. Гонен из Лозанны в Швейцарии с успехом производит при этой болезни новую, предложенную им операцию. Надеясь, что врач, живущий в стране, где находится комитет Красного Креста, призванного по уставу осуществлять помощь всем страждущим, поможет ей, тов. Житкова обратилась к Гонену с просьбой спасти ее от слепоты. Ответ Гонена показал все лицемерие капиталистического мира, скрывающего за громкими фразами о бесклассовости науки и гуманности врачебной деятельности, призванной осуществлять помощь каждому нуждающемуся в ней, свою истинную сущность. Ответ Гонена был написан в стиле, который не оставлял сомнений в истинном зверином облике капиталистического представителя науки. Он, не стесняясь в выражениях, ответил, что его убеждения не позволяют ему оказывать помощь советским гражданам и поэтому он отказывает Житковой в разрешении приехать к нему на операцию.

Больная Житкова тогда обратилась за помощью к Владимиру Петровичу. Блестящей операцией В. П. Филатов возвратил Житковой зрение. Это была первая операция против отслойки сетчатки, произведенная в Советском Союзе. В. П. Филатов не только внедрил эту

операцию в практику нашего здравоохранения, но и разработал новый тип операции при этом заболевании, основанный на применении химических прижиганий склеры без вскрытия глазного яблока.

Наиболее грозным осложнением при операции удаления катаракты является так называемое экспульсивное кровотечение. При возникновении этого кровотечения глаз всегда погибал. Владимиром Петровичем, независимо от Вергёфа, был разработан метод, который не только дает возможность спасти глаз при начавшемся экспульсивном кровотечении, но и предупредить возникновение этого грозного осложнения.

После удаления слезного мешка или его рубцового сморщивания у больных остается упорное и иногда мучительное для них слезотечение. Для избавления их от слезотечения и создания оттока для слезы В. П. Филатовым совместно с В. Е. Шевалевым была разработана новая операция пластического восстановления слезного мешка при помощи слизистой оболочки, взятой из губы больного.

Хотя В. П. Филатов, как хирург, отдает большую часть своего времени офтальмохирургии, в области неоперативного лечения глазных болезней им также сделано много ценного и интересного. Так, например, он способствовал широкому применению лечения глазных заболеваний при помощи вливаний в кровь концентрированных растворов солей (осмотерапии) и аутогемотерапии.

О тканевой терапии мы уже сказали выше.

С 1928 года по инициативе Владимира Петровича в офтальмологическую практику была введена бриллиантовая зелень, (применявшаяся ранее в хирургии проф. С. А. Баккалом), которая оказала большие услуги при хирургических вмешательствах на глазу, так как она не повреждает нежных тканей глаза, как это наблюдалось при употреблении иодной настойки.

Много внимания уделяет замечательный советский ученый — педагог также распространению офтальмологических знаний, внедрению их в практику работы глазных врачей и подготовке кадров окулистов. Им написан ряд руководств и отделов в коллективных монографиях и учебниках по глазным болезням. В замечательной статье «Проблематика кафедры глазных болезней» В. П. Филатов высказывает свои взгляды на подготовку окули-

стов и на организацию и планирование научно-исследовательской работы в офтальмологических учреждениях. «Выбирая для разработки ту или иную проблему,— пишет он в своей статье,— мы должны в первую очередь учитывать важность этой проблемы для нужд социалистического строительства, для трудящихся нашей страны». Этот взгляд, эту целенаправленность всей научной работы на пользу трудящихся осуществляет Владимир Петрович в своей повседневной деятельности, систематически борясь со слепотой и инвалидностью и развивая теорию и практику советской офтальмологии.

В. П. Филатов является типичным представителем оптимизма в медицине. В одной из статей он пишет: «Почти за 50 лет моей офтальмологической деятельности я не имел основания разочароваться в выбранной мною еще на студенческой скамье специальности.

Когда-то один юморист сказал, что печальное зрелище представляет молодой пессимист и смешным является старый оптимист. К себе, как к специалисту, я не полагал бы возможным применить эту сентенцию. Мой офтальмологический оптимизм, моя вера в прогресс нашей науки поддерживаются целым рядом успехов, достигнутых офтальмологами в дорогой мне специальности.

Мне стоит упомянуть хотя бы развитие изучения глаукомы и ее оперативного лечения, оперативное лечение отслойки сетчатки, замечательную разработку методов исследования органа зрения, перестройку физиологической оптики, развитие методов оперативной терапии катаракты, возрождение пересадки роговицы, внедрение в офтальмологию лечебных методов общей медицины. Все это и мои собственные достижения в области офтальмологии способствуют бодрости моего настроения».

По этому перечню можно судить, какой крупный вклад в дело прогресса офтальмологии, других отраслей медицины и биологических наук внес Владимир Петрович Филатов.

«Офтальмология не может развиваться вне связи со всей медициной в целом,— говорит Владимир Петрович,— да она никогда и не порывала этой связи, с другой стороны, она неоднократно с пользой служила развитию общей медицины, своими казалось бы, частными успехами, например, введением круглого стебля в пла-

стическую хирургию, пересадки роговицы в практику советского здравоохранения и т. д.

Тканевая терапия (с ее гипотезой) — это новое дитя офтальмологии, повела меня далеко за пределы моей «узкой» специальности во все отделы медицины и дальше, в просторы биологических наук.

Я буду удовлетворен, если гипотеза тканевой терапии окажет влияние на развитие тех или иных биологических дисциплин, на развитие советской науки, направляемой на служение народу великим корифеем науки товарищем Сталиным».





СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Указ Президиума Верховного Совета СССР*	2
Введение	5
Основные этапы жизни и деятельности Владимира Петровича Филатова	9
Круглый стебель	23
Пересадка роговой оболочки	34
Тканевая терапия	52
Научные работы В. П. Филатова в других отделах офтальмологии	77

Редактор—старший научный сотрудник Н. А. Пучковская
Техредактор Я. Ольман



БР 08036. Поступило в производство 10-VIII 1950 г. Подпи-
сано к печати 18-VIII 1950 г. Бумага 54×84/16×27 5/8 л.
5,5 п. л. Уч.-изд. л. 4,5 + 4 вклейки. Тираж 40 000.
Зак. № 2099. Цена 5 рублей.

Книжная фабрика Укрполиграфтреста
Одесса, Стурдзовский пер., 5.



1905

