

СБОРНИК
К СЕМИДЕСЯТИЛЕТИЮ
АКАДЕМИКА
В. П. ФИЛАТОВА

ОБЩЕСТВО
ИЗДАТЕЛЕЙ

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ

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

ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛИСТЬЕВ АЛОЭ

Диссертация на степень кандидата медицинских наук

Ассистент В. В. Скородинская

ПРЕДИСЛОВИЕ

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

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

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

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

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

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

содержащими большое количество сока, и культивируемое в домашних условиях.

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

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

ВВЕДЕНИЕ

Исторический обзор развития вопроса тканевой терапии

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

Этот новый вид лечения возник следующим образом.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Академик Филатов установил следующие важные положения.

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

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

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

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

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

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

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

Список тканевых препаратов:

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

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

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

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

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

Глазные заболевания:

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

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

Общие заболевания организма:

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

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

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

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

Гипотеза тканевого лечения

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

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

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

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

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

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

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

Действенными (и притом по различному механизму действия)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Получение тканевого материала от трупа человека

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

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

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

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

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

а) Получение кожи

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

б) Получение других тканей от трупа

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

в) Взятие крови у трупа

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

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

г) Получение цереброспинальной жидкости

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

Получение тканевых материалов от живого донора — человека

а) Гомопластический материал

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

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

б) Аутопластический материал

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

Получение тканевого материала от трупов животных

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

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

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

Гетеропластические материалы вполне действенны как в

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

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

На получении тканевых материалов от живых животных нет необходимости останавливаться.

Обработка тканевых материалов

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

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

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

3) в виде кашиц для имплантаций под покровы;

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

5) в виде выдавленных соков для инъекций;

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

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

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

Я остановлюсь здесь только на приготовлении водного экстракта из плаценты.

Новая техника

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

Экстракты из других тканей готовят аналогичным способом.

Способы применения консервированных тканей

Я приведу здесь способы применения только некоторых тканей.

Кожа

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

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

Имплантация автоклавированной кожи

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

Аналогично производят имплантацию и других автоклавированных материалов.

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

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

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

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

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

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

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

Глава I

ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНСЕРВИРОВАННЫХ В ТЕМНОТЕ ЛИСТЬЕВ АЛОЭ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Алоэ имеет несколько видов. В древности применяли *Aloë soccotrina*.

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

В своих исследованиях мы пользовались листьями *Aloë arborescens*.

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

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

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

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

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

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

Первоначальное применение алоэ относится к IV веку до нашей эры.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Глава II

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

Консервация листьев алоэ

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

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

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

Обработка листьев алоэ

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

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

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

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

Приготовление водного экстракта из консервированных листьев алоэ

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

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

а) Приготовление экстракта без стерилизации

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

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

Массу несколько раз пропускают сквозь фильтровальную бумагу. Порции фильтрата проверяют на наличие белка. Когда реакция с азотной кислотой покажет, что его меньше, чем 0,06⁰/₁₀₀, фильтрация прекращается. Экстракт разливают по ампулам или склянкам. Выборочная проверка стерильности по правилам бактериологии. Хранение на льду. Приготовление нестерилизованного экстракта для клинических целей теперь почти не применяется. Таким экстрактом можно пользоваться только для внутреннего употребления или для лабораторных исследований (для наружного применения на дефектах у животных и для инъекций им), а также для опытов с вымачиванием растений или для удобрения почвы.

5) Приготовление экстракта со стерилизацией бактериологическими фильтрами

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

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

3) Фильтрация несколько раз через бумагу.

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

5) Выборочная бактериологическая проверка.

6) Хранение на холоде.

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

в) Приготовление экстракта, стерилизуемого пастеризацией

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

г) Приготовление экстракта, стерилизуемого по методу тиндализации

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

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

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

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

д) Приготовление экстракта со стерилизацией в автоклаве

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

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

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

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

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

Выдают экстракты из лаборатории под расписку заведующего лечебным отделением учреждения.

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

Методика применения экстрактов алоэ

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

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

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

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

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

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

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

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

а) Приготовление водного экстракта из листьев алоэ для микроклизм

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

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

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

2) К 100 граммам ($\frac{1}{4}$ фунта) листьев прибавляют 3 стакана воды и оставляют на 1 час для настаивания.

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

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

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

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

б) Приготовление водного экстракта алоэ для глазных капель и примочек

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

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

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

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

г) Экстракт для внутреннего применения

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

д) Приготовление и применение порошков и мазей

Приготавливать порошки можно так: измельченной массе из листьев с прибавкой равного количества воды дают постоять, фильтруют и жидкость стерилизуют, затем высушивают при помощи вакуума или в сушильном шкафу. Можно и просто измельчить листья (обрезав шипики), сильно растереть, простерилизовать и высушить массу.

Порошки можно применять для присыпки на раны и язвы. Тонкий порошок, описанный выше, пригоден и для присыпок в глаз.

Употребляют порошки и внутрь. Из них можно приготовить мазь (1-2 проц.) на вазелине или на другой основе. В смеси с маслом (например, касторовым или миндальным) можно получать взвеси.

е) Подготовка листьев для имплантаций под кожу и применение их

После механической обработки кипяченой водой листья алоэ стерилизуют в чашках Петри в автоклаве. Перед операцией край листа срезают ножницами. Для имплантации берут кусок листа в 6—8 кв. см. Кожа пациента на боку обезболивается 1-процентным новокаином. Сделав надрез кожи у начала складки, нож проводят плашмя под кожу и пилобразными движениями образуют карман. Не выпуская складки кожи, оператор вводит в карман анатомическим пинцетом кусок алоэ. Слегка ослабив пальцы и переместив их ближе к разрезу, он вынимает пинцет. 2-3 шва на рану. Швы удобнее проводить заранее, до введения куска алоэ.

Импантированное под кожу алоэ не вызывает воспаления. Метод имплантаций, как показали наблюдения академика Филатова, дает терапевтический эффект. Консервированный в темноте лист алоэ после обеззараживания его бриллиантовой зеленью можно закладывать в распластанном виде (и без шипиков) между щекой и десной при альвеолярной пиоррее.

Перечисленные выше методы обработки листьев алоэ, консервированных в темноте, и способы приготовления препаратов из них не исчерпывают всей методики. Можно варьировать их и дальше. Я привела лишь основное в этом вопросе.

Техника консервирования листьев алоэ, обработка их для различных форм препаратов (экстракт, порошок, мази, листья для имплантации под кожу) очень проста, доступна и может быть использована в любых условиях для лечебных целей, а также для экспериментов.

По аналогии с алоэ можно применять с лечебной целью и листья других растений. По предположению академика Филатова, всякий лист при хранении в темноте может выработать в себе биогенные стимуляторы. До сих пор испробованы были с положительным результатом листья: агавы (Филатов, Костенко), подорожника, свеклы, кукурузы (Филатов, Скородинская), проростков гороха, выращенных в темноте и холоде и в атмосфере углекислоты (Благовещенский, Филатов), проростков ячменя (Лубенцов, Благовещенский). Ведутся исследования и других листьев.

Методика подготовки, приготовления препаратов из других растений и применения их приблизительно такая же, как для алоэ.

Глава III

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Применение и изучение активных свойств животных тканей, сохранных на холоде, дало академику Филатову возможность сделать вывод, что при хранении на холоде в ткани происходят биохимическая перестройка и накопление активных веществ — биогенных стимуляторов. Эта реакция ткани на затруднительные условия жизни (низкая температура, нарушение дыхания, иннервации и кровообращения) — основное условие для выработки стимуляторов жизненных процессов. В этих затрудненных условиях ткань не погибает, она продолжает жить и только перестраивается, накапливая в себе высокоактивные вещества — биогенные стимуляторы (Филатов). В опытах Филатова и Баженовой с культурами тканей эпителий консервированной рогаговицы давал рост и особенно интенсивно рос при воздействии на него подсадки консервированной и убитой высокой температурой ткани. Опыты Пупенко показали размножение клеток в тканях при консервации их на холоде. Доктор Вельтер своим экспериментом доказала, что при пересадке консервированной рогаговицы трансплантат приживал после хранения рогаговицы при температуре 2—4 град. выше нуля в течение 15 и даже 30 дней.

В моих опытах по изучению регенерации эпителия на изолированных глазах животных и человека клетки эпителия начинали размножаться и наползали на дефект через 5—6 дней хранения на холоде.

Все эти опыты и клинические данные по пересадке консервированной рогаговицы показывают, что отделенная от организма ткань не погибает, а живет. Дальнейшие опыты и наблюдения показали, что такая ткань в процессе консервации обогащается высокоактивными веществами — биогенными стимуляторами. Пересадка консервированных тканей, а затем и имплантация этих

тканей, подвергнутых действию высокой температуры, дали прекрасный лечебный эффект и убедили нас в активном действии биогенных стимуляторов на процессы рассасывания и регенерации.

Биогенные стимуляторы, по предположению академика Филатова, имеются в изолированных тканях не только животного, но и растительного происхождения и даже в целых организмах. Интересно привести здесь высказывания проф. А. В. Благовещенского о природе биогенных стимуляторов: «Способность организма приспособляться к неблагоприятным условиям среды — факт хорошо известный в биологии. Достаточно вспомнить пустынные растения, вырабатывающие мясистые органы, как приспособления к засушливым условиям; альпийские растения, накапливающие желтые пигменты для борьбы с ультрафиолетовым излучением. Значительно менее известна физиология и биохимия этих процессов, природа защитных веществ и реакций, ведущих к их образованию. Однако, постепенно накапливается материал и в этом направлении. В 1921 году академик В. И. Палладин на съезде ботаников и физиологов растений в Ленинграде сообщил о своих опытах с новообразованием ферментов при сохранении в замкнутых пространствах разрезанных помидор и вывел заключение, что ферменты — осколки протоплазмы. Подобные наблюдения были сделаны в то же время и В. И. Любименко. Эти явления можно было, конечно, объяснить тем, что в условиях опыта клетки изучавшихся растений могли частично отмирать и автолизироваться. Процесс же автолиза в ряде случаев освобождает ферменты из их связанного состояния, и увеличение активности может быть результатом только этого процесса. Здесь нельзя еще говорить о чем-то принципиально новом, что позволило бы биохимически подойти к проблеме приспособляемости. Это принципиально новое было дано в работах академика В. П. Филатова о трансплантации тканей, консервированных на холоде. Ткань при этом не подвергается посмертному автолизу, она остается живой, но в ней протекают процессы, приводящие к образованию каких-то веществ, резко стимулирующих обмен в клетках организма при введении их в него».

Академик Филатов высказал предположение о накоплении или выработке биогенных стимуляторов в тканях растительного происхождения, провел ряд работ, связанных с изучением действия экстрактов из листьев алоэ (свежих и консервированных). Сюда относятся: работа Филатова и Скрипченко об активном действии сока из листьев алоэ, сохранявшихся 10 суток в темноте, на заживление дефекта в эпителии рога у кролика; опыты Филатова и мои по заживлению туберкулезных язв в эксперименте на кроликах, показавшие более быстрое заживление туберкулезных дефектов под влиянием инъекций экстракта из консервированных листьев алоэ; работы Филатова и Назаренко на растительных объектах, которые ясно подчеркнули более активное действие на рост и развитие растений сока из листьев алоэ, сохранявшихся 10 суток в темноте, по сравнению с дей-

ствием сока из свежих листьев. Исследования по изучению накопления активных веществ, как в животных, так и в растительных тканях в процессе их консервации, дали академику Филатову возможность в дальнейшем перейти к вопросу о природе этих веществ, так называемых биогенных стимуляторов.

В 1940 г. на Всесоюзном совещании ботанико-физиологов в Москве проф. Благовещенский выступил по вопросу о временном воздействии неблагоприятных условий на энергетическое состояние ферментов в проросших семенах. Многочисленными опытами проф. А. В. Благовещенский показал, что при всех различных условиях качество ферментов выше в тех случаях, когда растение приспособляется к неблагоприятным условиям (высокогорье, пустыня, охлаждение). Примером могут служить следующие опыты Благовещенского. Только что проросшие семена огурцов с едва прорывшимися корешками помещали в чашке Петри на влажной бумаге при температуре 1 град. выше нуля на 5 суток. Вещный вид охлажденных листьев оставался совершенно неизменным, нельзя было заметить ни малейших признаков отмирания. После охлаждения ростки продолжали развиваться при температуре 20—22 град. выше нуля. Оказалось, что, по сравнению с контролем, активность каталазы подвергавшихся охлаждению ростков увеличивалась.

Эксперимент академика Филатова подтвердил его предположения о накоплении в консервированных тканях активных веществ — факторов консервации. Экстракты из этих тканей академик Филатов стал применять с лечебной целью в клинике. Вследствие войны разработка этих вопросов временно прекратилась и была продолжена в период эвакуации на базе эвакогоспиталей в г. Пятигорске, а затем в г. Ташкенте в Узбекской научно-исследовательской ветеринарной станции (директор Мусерская) и в эвакогоспитале (начальник майор Тиваровский).

Одна группа опытов была проведена с целью еще раз сравнить влияние водного экстракта из консервированных и свежих листьев алоэ на заживление дефекта кожи. Эта работа оказалась необходимой потому, что опыты довоенного периода были недостаточны многочисленны.

Целью моих экспериментов было установить влияние на регенеративный процесс водных экстрактов из свежих листьев алоэ и экстракта из тех же листьев, но предварительно подвергнутых консервации, т. е. хранению в темноте 15 суток.

Опытными животными были белые мыши, по возможности, одного и того же помета, весом 17—20 грамм. Животные находились в одинаковых условиях, на одинаковом пищевом режиме. Накануне опыта или в день операции на спине мышки, возле хвоста, выщипывалась шерсть, краской делались пометки (на головке, хвосте или в другом месте). После образования дефекта, на технике которого я остановлюсь отдельно, дефект измерялся по двум взаимно перпендикулярным меридианам. Данные заносились на карточку, в которой, кроме величины дефекта, отмеча-

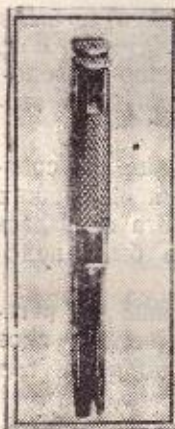
Этись и другие показатели наблюдения: состояние края дефекта, начало и ход эпителизации, отделяемое и образование корки на дефекте, поведение животного, рост волос в области операционного поля вокруг дефекта.

Для записи мы пользовались условными знаками: $>$ (увеличение), $<$ (уменьшение), $-$ (отсутствие), $=$ (без изменений), $+$ (появление нового факта), \times (образование корки), Σ (отхождение корки), ровные или неровные края дефекта отмечались сокращенно: р.к., н. к.

Такого рода запись на карточке давала нам ежедневно сравнительную картину дефекта в опыте и в контроле.

Для изображения на кривой мы отмечали площадь дефекта по дням для каждого животного (средняя величина двух диаметров измерения определяла площадь круга по формуле πR^2). Среднее из данных общего числа наблюдений изменения величины дефекта давало возможность изобразить это на кривой. Окончательная проверка закрытия дефекта определялась раствором метиленовой синьки. В первых опытах экстракт вводился вблизи дефекта по 0,3 куб. см через день.

Чтобы получить однотипные по величине дефекты, мы иссекали кожу с помощью трепана диаметром в 5 мм. Круглым трепаном указанного диаметра иссекали кусок кожи на спине у хвоста при фиксации мышки за ушко и за хвост на столике. Высеченный кружок отделяли ножницами. Образовывался дефект круглой формы с ровными краями, причем он получался большего размера (диаметром 6—7 мм). Иссекалась только кожа. В отдельных случаях наблюдалось кровотечение из края дефекта, которое быстро прекращалось. Дефект измерялся с по-



Трепан.



Дефект кожи у мышки.

мощью измерительной стеклянной линейки под контролем бинокулярной лупы. Пользуясь такой методикой, мы в дальнейшем провели ряд опытов. Они были начаты 21.VII 1942 г.

В одной из серий, 25.X 1942 г., опыты сводились к сравнительной оценке влияния водного экстракта из свежих и из консервированных листьев алоэ на заживление дефекта у белых мышей. Всего под опытом было 15 мышей, из них 5 — контрольных, которым не вводили экстракта, 5-и животным вводили экстракт из свежих листьев алоэ и 5-и — из консервированных листьев (хранились в темноте 15 суток).

Как первоначальные опыты (18 мышей), так и эта серия опы-

тов с образованием дефекта с помощью трепана убедила нас в том, что под влиянием экстракта из консервированных листьев дефект закрывался быстрее, по сравнению с дефектом у контрольных животных и тех, которым был введен экстракт из свежих листьев.

Действие экстракта алоэ на заживление дефекта у белых мышей



Эксперименты для выяснения сравнительной эффективности тиндализованного и кипяченого экстракта консервированного алоэ и тиндализованного экстракта из свежих листьев

В серии от 9. XII 1943 года были поставлены опыты на 12 мышах: 3 из них были контрольными, 3-м вводили экстракт из свежих листьев, 3-м — тиндализованный экстракт из консервированных листьев алоэ и 3-м — кипяченый экстракт из консервированных листьев. (Экстракт кипятился в течение 15 минут). В указанной серии наиболее активно действовал на регенеративный процесс кипяченый экстракт из консервированных листьев — дефект зажил через 8-9 дней. При введении же тиндализованного экстракта из консервированных листьев он зажил через 11 суток, при введении экстракта из свежих листьев — через 13-14 дней, а у контрольных животных — через 14-15 дней.

Данные этой серии имели большое значение с теоретической точки зрения, так как разрешали вопрос о термостабильности биогенных стимуляторов, а с другой стороны выяснялся вопрос о возможности стерилизации водных экстрактов с целью примене-

ния их для лечения больных. Одновременно были проведены опыты с кипяченым водным экстрактом из листьев подорожника и из листьев гороха «Маша».*)

Действие экстракта алоэ на заживление дефекта у белых мышей



Те же данные об усилении действия кипяченого экстракта из консервированных листьев получены проф. Благовещенским и его учеником И. И. Чикалло. При исследовании биохимической природы биогенных стимуляторов в консервированных тканях Чикалло наблюдал резкое усиление активности фермента при воздействии кипяченого водного экстракта из консервированных проростков хлопчатника. Экстракт был освобожден от белков не только кипячением, но и осаждением химическими реактивами.

Сравнительное изучение влияния водного экстракта из консервированных листьев алоэ и экстракта из тех же листьев, но подвергнутых кипячению в течение 15 минут, дало возможность поставить эксперименты по изучению действия автоклавированных водных экстрактов из консервированных листьев алоэ. Вопрос этот тесно связан с практическим применением в клинике с лечебной целью автоклавированных консервированных тканей и экстрактов из них.

*) Д-ром Тарасовой было изучено действие экстрактов из гетеротканей. Последние данные подтвердили полученные мною результаты по применению кипяченого водного экстракта из консервированных листьев алоэ.

Эксперименты для выяснения эффективности автоклавированного водного экстракта из консервированных листьев алоэ

Эта серия опытов проводилась для изучения действия водного экстракта из консервированных листьев алоэ, подвергнутого 30-минутному кипячению, а также экстракта из тех же листьев, автоклавированного при 120 град. в течение часа при 1,5 атм.

Эксперименты были произведены для того, чтобы выяснить теплостойкость биогенных стимуляторов, накапливающихся в листьях при их консервации в темноте. Вместе с тем окончательно разрешался вопрос о стерилизации высокой температурой препаратов из консервированных тканей.

Для серии опытов от 10. II 1944 г. было взято 25 мышей. Контрольной группе (пяти) экстракт не вводили, второй пятерке вводили водный экстракт из свежих листьев алоэ, третьей — тиндализованный из консервированных листьев, четвертой — кипяченый 30 минут экстракт из консервированных листьев и пятой пятерке — автоклавированный экстракт тоже из консервированных листьев.

Действие экстракта алоэ на заживление дефекта у белых мышей.



Результат наблюдений (как видно из прилагаемой диаграммы) показывает, что водные экстракты из консервированных листьев алоэ после обработки высокой температурой (кипячение и автоклавирование) значительно сокращали срок заживления дефекта. Так, при воздействии некипяченого экстракта из консервированных листьев алоэ дефект закрывался через 11—12 дней. После

кипячения или автоклавирования экстракт становился более активным, т. е. ускорял процесс заживления. При введении такого экстракта дефект заживал в течение 8-9 дней. Усиление активности действия автоклавированного экстракта закономерно повторялось и в опытах с водным экстрактом из консервированных листьев подорожника и листьев гороха «Маша». *)

Действие высокой температуры не только не снижало, а, наоборот, усиливало активность экстракта. Вопрос этот чрезвычайно интересен и послужил предпосылкой для дальнейшего изучения биохимической природы биогенных стимуляторов. Исследования эти проводят проф. Благовещенский и его ученик И. И. Чикалло. По полученным ими предварительным данным, биогенные стимуляторы относятся к непредельным кислотам.

Продолжая изучать действие водного экстракта из листьев алоэ, мы поставили опыты на тех же животных (12 мышей), вводя им автоклавированные экстракты из свежих и из консервированных листьев. В первом случае заживление дефекта происходило с незначительным ускорением, по сравнению с прежними опытами применения неавтоклавированного экстракта из свежих листьев. В случаях же введения автоклавированного препарата из консервированных листьев срок заживления определялся 8-9 днями.

Изучая и наблюдая наших животных, мы отметили, что на другой день опыта дефект покрывался корочкой-пленкой из отделяемых при травматизации жидкости и крови. В последующие дни корка становилась более плотной и по краям начинала отходить, возвышаясь над уровнем дефекта. Если корка отпала на 3-й или 4-й день, то ясно видно было при осмотре бинокулярной лупой наполнение эпителия, при чем край дефекта большей частью был неровный. Иногда корочка отпадала при полной эпителизации дефекта. Картина закрытия его, в общем, была однотипна, но сам процесс регенерации проходил быстрее при введении водного экстракта из консервированных листьев алоэ, в особенности кипяченого или автоклавированного. Отделяемого гнойного или другого характера не отмечалось. Поведение мышей было очень бодрое. Рост волос в области операционного поля начинался скорее при воздействии экстракта из консервированных тканей.

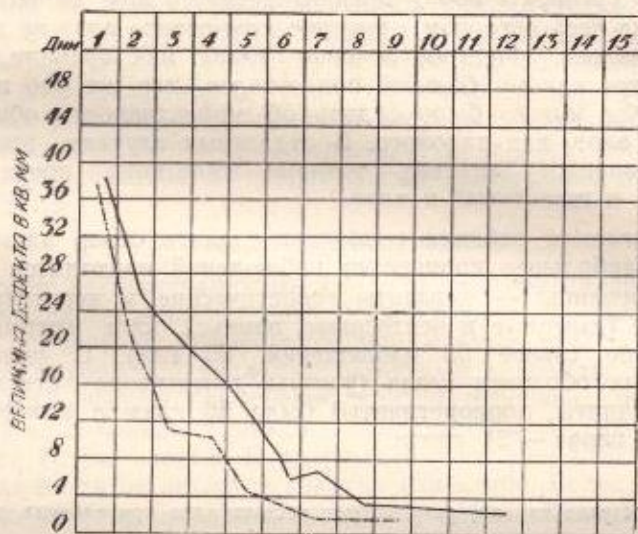
Следует отметить, что введение экстракта вдали от дефекта прекрасно действовало на заживление его, не вызывая тех колебаний в процессе регенерации, какие мы отметили в первоначальных опытах при введении экстракта у края раны.

На основании проведенных нами, а также Чикалло и Тарасовой, исследований влияния водных экстрактов из свежих и

*) Одновременно эксперименты, проведенные д-ром Тарасовой с водным экстрактом из консервированных гетеротканей (кожа, мышцы, селезенка барана), тоже отметили усиление действия кипяченого и автоклавированного экстракта на заживление дефекта у белых мышей, по сравнению с действием экстракта из свежих и некипяченого экстракта из консервированных листьев алоэ.

консервированных листьев алоэ, можно отметить, что ускорение процесса заживления наблюдалось именно при воздействии экстракта из консервированных листьев. Этот факт с несомненностью подтверждает предположение академика Филатова о накоплении факторов консервации, т. е. биогенных стимуляторов в консервированных тканях не только животного, но и растительного происхождения. Нам удалось показать в эксперименте, что кипячение или автоклавирование экстракта из консервированных листьев алоэ не снижало его активности.

Действие экстракта алоэ на заживление дефекта у белых мышей



— Автоклав, экстракт из консерв. листьев
 - - - - - свежих

Этими наблюдениями был разрешен вопрос о термостабильности биогенных стимуляторов, что дало возможность перейти к автоклавированию консервированных тканей для лечебных целей.

Кроме того, в наших экспериментах мы еще раз отметили влияние водных экстрактов из консервированных тканей растений при введении этих препаратов вдали от места дефекта.

Глава IV

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ НАД ЛЕЧЕБНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРЕПАРАТОВ ИЗ КОНСЕРВИРОВАННЫХ ЛИСТЬЕВ АЛОЭ ПРИ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Для лечения ряда глазных болезней, консервированные в темноте листья алоэ применялись в виде различных препаратов. Чаще всего в школе академика Филатова, в частности я, поль-

зовались водными экстрактами. Эти экстракты в первые годы подвергались стерилизации путем пастеризации или тиндализации, но потом мы перешли на автоклавирование. Экстракты почти всегда применялись в форме инъекций под кожу (виска, верхней конечности, бедра, спины), вне очага болезни или вблизи его, иногда межмышечно, под слизистую глаза и внутривенно. В некоторых случаях они давались в виде глазных капель, а также в виде клизм. Кроме экстрактов применялись для местного воздействия порошки из листьев алоэ и мази из этих порошков. Иногда вводились подкожно куски автоклавированных консервированных листьев алоэ. Почти всегда при употреблении того или иного препарата алоэ, предназначенного для общего действия его на весь организм, местное применение алоэ на глазах не практиковалось. Местное лечение глаза, как правило, сохранялось то же, какому больной подвергался, или же оно прекращалось, чтобы можно было судить об эффективности общего воздействия алоэ, как такового. В отдельных случаях применялось комбинированное лечение тканями животного происхождения (человека и животных) и алоэ.

Прилагаемая таблица позволяет сделать обзор нашего материала. Наибольшее количество наблюдений приходится на поражение роговицы — кератиты герпетические и кератиты других этиологий (язвенные и неязвенные, паннус). Эта группа заключает в себе свыше 53 наблюдений, 65 глаз. С поражениями внутренних оболочек глаза (увекты, помутнение стекловидного тела, ретииты, хориоретииты) было 56 глаз, с атрофией зрительного нерва — 24 глаза.

Водный экстракт из консервированных листьев алоэ при глазных заболеваниях

№№ по пор.	Наименование заболеваний	Колич. случаев	Колич. глаз	Количество успешных случаев
1	Герпетический кератит	26	28	25—26 глаз
2	Трахоматозный паннус	8	16	8—15 глаз
3	Язва роговой оболочки	5	5	5 — 5 глаз
4	Кератит различной этиологии	14	16	14—16 глаз
5	Увекты различной этиологии	15	16	12—13 глаз
6	Миопические хориоретииты	8	16	7—14 глаз
7	Пигментный ретиит	12	24	11—22 глаз
8	Атрофия зрительного нерва	12	24	7—11 глаз

Я остановлюсь сначала на поражениях роговицы.

А. Герпес роговицы

Герпес роговицы имеет различные клинические проявления. Для этого заболевания характерно появление пузырьков со светлым содержимым. В 1920-24 гг. Грютер в Германии и Липшиц (1920 г.) в Австрии, Левадити, Гарвье, Николау (1921-32 гг.) во Франции, Коопластаре (1923 г.) в Америке, Фано (1922-24 гг.) и (1922-28 г.г.) в Англии своими многочисленными работами доказали присутствие специфического ультравируса в содержимом пузырьков. Эти работы представляли интерес не только для офтальмологии, но и для общей медицины. Грютер установил возможность передачи вируса от человека животным, а также связь его с *Herpes labialis*. Токсичность этого вируса, возможно, зависит от сопротивляемости ткани. С точки зрения Грютера, в нормальных условиях дерматропный вирус вызывает поражения в тканях эктодермального происхождения. Если токсичность повышается, вирус становится нейротропным (цитировано по Duke-Elder 1938 г.).

Лечение герпетического кератита

Наиболее распространенные способы лечения герпетических кератитов таковы: ионтоферез, соскабливание эпителия острой ложкой, применение туширования пораженных участков иодной настойкой, карболовой кислотой, перекисью водорода, трехуксусной кислотой, эфиром, применение повязок, атропина, дионина с хинином в виде капель. Наиболее поддающейся лечению формой признается *Herpes simplex*. В результате того или иного лечения в роговице почти не остается никаких изменений. Более трудную задачу для лечения представляют другие формы: *Keratitis dendritica* с склонностью к частым рецидивам и *Keratitis disciformis*. Наши наблюдения над действием экстракта алоэ касаются, главным образом, этих двух последних форм герпетического кератита.

Экстракт алоэ вводили подкожно ежедневно или через день по 1-2 куб. см. Курсы лечения повторялись. Сроки наблюдения отмечены по окончании первого курса лечения.

Всего под наблюдением находилось 26 больных (28 глаз). Из них только у двух было двустороннее поражение глаз. Во всех случаях заболевание глаз проявлялось после приступов малярии. При обследовании в тропической малярийной станции в г. Ташкенте у 22 больных обнаружена *Malaria tertiana* и у 4 тропическая форма малярии. Подвергались систематическому противомаларийному лечению 17 больных, совершенно не подвергались — 8. В 1 случае лечение малярии было нерегулярным. Кроме поражения глаз, у наших больных наблюдалось общее тяжелое состояние организма: слабость вследствие бессонницы и потери аппетита; больные становились нетрудоспособными. Невралгические боли в мышцах и суставах выражались в повышенной чувствительности. Все это усугубляло трудность борьбы с местным процессом в глазу.

Водный экстракт алов при герпетическом кератите

№№ по порядку	Фамилия	Какой глаз	Дата заболевания	Проводилось ли антималарийное лечение	Дата начала лечения	Начало улучшения	Острота зрения до лечения	Острота зрения после лечения	Результат	Сроки наблюдения
1	Б-аум	лев	8-42	нет	27-12-42	5	0,02	0,5	+	7 м.
2	А-ров	пр	12-42	да	2-1-43	6	0,1	0,7	+	15 м.
3	Ш-ва	пр	7-42	да	15-8-42	5	0,2	0,3	-	10 м.
4	Ю-ков	лев	1-43	да	26-3-43	5	0,03	0,45	+	3 м.
5	Б-кин	лев	12-42	нет	10-10-42	5	0,15	0,6	+	19 м.
6	М--вич	лев	9-42	нет	28-11-42	5	0,1	0,7	+	11 м.
7	Г-ова	пр	9-42	да	29-9-42	5	0,06	0,8	+	12 м.
8	Щ-ль	пр	3-11-42	да	7-12-42	4	0,1	0,8	+	13 м.
9	Ф-н	лев	11-42	да	23-11-33	10	0,02	0,7	+	8 м.
10	А-нов	лев	2-8-43	да	8-8-43	3	0,06	0,7	+	5 м.
11	Г-ан	пр	23-12-43	да	30-12-43	8	0,08	0,6	+	7 м.
12	Ц-кая	лев	5-9-43	да	23-9-43	9	0,06	0,35	+	2 м.
13	Г-чев	пр	20-10-42	да	8-11-42	7	0,08	0,4	+	6 м.
14	Ш-ова	лев	8-42	да	28-9-42	5	0,08	0,1	+	10 м.
15	В-ева	лев	2-11-42	да	25-11-42	4	0,08	0,9	+	9 м.
16	Р-ева	пр	17-11-42	да	17-11-42	4	0,02	0,8	+	8 м.
17	А-вич	лев	10-9-42	нет	17-10-42	2	0,03	0,6	+	7 м.
18	Е-ва	лев	12-11-42	да	12-12-42	3	0,01	0,1	+	1 м.
19	М-ова	пр и лев	17-10-42	да	15-11-42	3	пр 0,1 лев 0,06	пр 0,8 лев 0,5	+	8 м.
20	М-лин	лев	11-11-42	да	15-11-42	3	0,04	0,5	+	8 м.
21	К-мов	пр	5-9-42	нет	17-9-42	5	0,02	0,6	+	10 м.
22	А-мов	лев	28-10-42	да	27-11-42	5	0,02	0,03	+	3 м.
23	Ш-ова	лев	15-11-42	да	20-12-42	3	0,08	0,6	+	8 м.
24	Р-кая	лев	12-4-43	да	8-5-43	2	0,06	0,7	+	9 м.
25	П-ова	пр	10-12-42	да	19-6-43	12	0,1	0,5	+	9 м.
26	Ш-ман	лев	20-10-42	да	28-11-42	8	0,1	0,9	+	8 м.

Перехожу к описанию наших случаев.

1-й случай. Большая Ш-ва, 19 лет, работница завода. Диагноз: Keratitis dendritica.

В июле 1942 года заболела малярией. Антималарийное лечение начала в августе. Через месяц после начала заболевания в левом

1,5 мм. Зрение равно 1,0. Чувствительность роговицы остается пониженной.

При проведении 2-го курса лечения у больной, несмотря на антималярийное лечение, был приступ малярии, но на глазу никаких изменений не наблюдалось.

3-й курс (20 инъекций) проведен в марте 1943 г.

Больная была осмотрена в июле и в августе 1943 г. и в январе 1944 г. За время наблюдения, с 28 сентября 1942 г. по май 1944 г., рецидивов кератита не было. Зрение левого глаза равно 1,0.

Проведен 4-й курс (20) инъекций водного экстракта алоэ. Срок наблюдения — 1 год 8 месяцев.

2-й случай. Больной М—вин, 36 лет, инвалид Отечественной войны. Диагноз: *Keratitidis dendritica*.

Впервые заболел малярией 8 августа 1942 г. Обнаружена *Malaria tertiana*.

Антималярийной терапии не подвергался. Через месяц после приступа, в сентябре, заболел левый глаз. Внезапно появились стреляющие боли, светобоязнь, слезотечение и через 2—3 дня зрение сильно понизилось. До 28.XI 1942 г. лечился в поликлинике (получал хинин с метиленовой синькой, агропин). Боли периодически утихали, но инъекция и слезотечение оставались без изменений. Правый глаз здоров, зрение равно 1,0.

28.XI отмечено: резкая светобоязнь и слезотечение на левом глазу, перикорнеальная инъекция. На роговице в центре и в нижней части ее — древовидное помутнение, местами эпителий окрашивается флуоресценном. Вся роговица диффузно мутна в поверхностных слоях. Зрачок расширен. Рефлекс глазного дна есть, но детали дна рассмотреть трудно. Зрение равно 0,1 (широкий зрачок). Жалобы на боли в голове и в суставах рук и ног. Сон и аппетит нарушены.

С 28.XI проведено 19 инъекций. Боли в глазу ослабели после 5 инъекций, и больной стал спать. После 9 инъекций боли исчезли, инъекция и слезотечение уменьшились, эрозии заэпителизировались и началось рассасывание помутнений. После 14 инъекций зрение равно 0,3. После 19 инъекций (6.I 1943 г.) светобоязнь исчезла, инъекция поверхностна, зрачок сузился и зрение равно 0,5.

После 1-го курса лечения был перерыв в 28 дней. За этот период помутнения значительно рассосались и зрение равно 0,7. На правом глазу зрение равно 1,2. Боли в суставах уменьшились.

2-й курс — с 18.II по 1.III. Произведено 10 инъекций по 2 куб. см. Боли в голове и суставах прошли. Общее состояние, аппетит и сон улучшились.

В июне 1943 г. проведен 3-й курс лечения — 15 инъекций. За период наблюдения, с 28 ноября 1942 г. по октябрь 1943 г., не было ни приступов малярии, ни рецидивов кератита.

Срок наблюдения — 9 месяцев.

3-й случай. Больная Ф—н, учительница. Диагноз: Keratitis dendritica.

Заболела малярией в августе 1943 г., и после 3-го приступа в ноябре заболел левый глаз. Лечилась 2 недели в поликлинике (получала атропии и хиин). Антималярийное лечение проводилось систематически в тропической станции.

23.XI 1943 г. больная обратилась к академику Филатову со следующими явлениями: на левом глазу сильная светобоязнь, перикорнеальная инъекция, в центре роговицы в поверхностных



Больная Ф—н. QS—Keratitis dendritica.

слоях помутнение в виде веточек, местами окрашивается флуоресценном, роговица вся диффузно мутна, чувствительность понижена, зрение равно 0,02. Правый глаз здоров. На крыльях носа

—остатки герпетической сыпи. Боли в глазу, из-за которых больная не спит 10 суток. Она очень измучена и истощена.

23.XI 1943 г. начато лечение инъекциями алоэ под кожу виска по 1 куб. см через день. После 10 инъекций боли исчезли, эрозии заэпителизировались. После 15 инъекций началось рассасывание помутнений. После 20 инъекций зрение равно 0,2, а после 30 — повысилось до 0,3. Больная стала хорошо спать, поправилась и должна была выехать на место службы. Через 3 месяца острота зрения левого глаза равна 0,5. Повторно проделано 15 инъекций. В июле 1944 года больная отметила, что приступов малярии не было, она легко переносит яркое солнечное освещение. Зрение левого глаза равно 0,7. По желанию больной произведено еще 15 инъекций.

Срок наблюдения — 8 месяцев.

4-й случай. Больная Р—ская, 28 лет. Диагноз: OS—Keratitis disciformis.

В октябре 1942 г. заболела тропической малярией. Провела антималярийное лечение. В апреле 1943 г. был приступ малярии, после чего заболел левый глаз. До 8.V 1943 г. лечилась в поликлинике (принимала атронин, дионин в каплях). Состояние глаза не улучшилось. Правый глаз здоров. Зрение равно 1,0.

8.V 1943 г. обратилась к академику Филатову по поводу жестоких болей в левом глазу и потери зрения.

На левом глазу отмечено: отек верхнего века, сильная светобоязнь и слезотечение, глубокая перикорнеальная инъекция. На роговице в центре дисковидное помутнение во всех слоях размером 5×6 мм и в центре язва размером 2×3 мм. Края язвы ровные, дно серого цвета. Вся остальная часть роговицы мутна. С 6 ч. до 7 ч. и с 12 ч. до 1 ч. в поверхностных слоях роговицы сосуды, которые подходят к краю язвы. Камера средней глубины. Зрачок широкий. Есть слабый рефлекс глазного дна. Зрение равно 0,06 эксцентрически. Больная истощена, из-за болей не спит в течение 3 недель.

С 8.V по 20.V проведено 12 инъекций экстракта алоэ по 2 куб. см. Уже после 2 инъекций боли уменьшились, после 3 — язва заэпителировалась. Светобоязнь и перикорнеальная инъекция уменьшилась после 10 инъекций. Острота зрения была равна 0,1. Больная стала спать, так как боли прекратились. Общее состояние улучшилось, исчезла слабость, появился аппетит.

2.VI, после сильного охлаждения (промокла под дождем), у больной повысилась температура. На роговице возле лимба между 2 ч. и 4 ч. появились 2 герпетических пузырька. Сильные боли, зрение равно 0,2. Больной продолжены инъекции экстракта алоэ. После 10 инъекций зрение повысилось до 0,4. Больная выехала в деревню и до сентября не показывалась. 2-го сентября зрение равнялось 0,3. Проведено 10 инъекций по 2 куб. см через день. После лечения зрение равно 0,5. 20-го октября зрение равно 0,7. Проведено еще 10 инъекций.

Срок наблюдения — 9 месяцев.

Б. Кератиты различной другой этиологии

а) Туберкулезные и скрофулезные кератиты.

Кроме герпетического кератита инъекции водного экстракта алоэ были испытаны в случаях туберкулезного и скрофулезного кератита.

Под наблюдением находилось 5 больных (6 глаз). В детстве все они, по их словам, страдали золотухой. При обследовании фтизиатром рентгеноскопия обнаружила увеличение или инфильтрацию бронхиальных желез. Реакции Манту резко положительная. Общее состояние больных: истощены, раздражительны, страдают плохим аппетитом, бессонницей, поты по ночам. У данных больных, вследствие их повышенной реактивности, старались, по возможности, измерять температуру 3 раза в день. Кроме того, во время курса лечения их 1-2 раза осматривал фтизиатр.

Остановлюсь на описании случаев.

1-й случай. Больная Б—сай, 26 лет. Диагноз: *Keratitis tbc.*

В детстве болела золотухой. С 20-летнего возраста считала себя здоровой. У больной двое детей, оба здоровы. В семье туберкулезом легких болела сестра. В январе 1943 г. больная перенесла грипп, а в феврале того же года заболел левый глаз. В нем появились сильные боли, светобоязнь и зрение резко упало. Лечение проходило в районной больнице до 7.III 1943 г. Больная получала атропин и тепло.

При осмотре 7.III 1943 г. на левом глазу обнаружены: сильная светобоязнь, глубокая перикорнеальная инъекция. В различных слоях роговицы узелковые инфильтраты сероватого цвета; вся роговица диффузно мутна, много сосудов в различных слоях, зрачок плохо виден, остальные среды не видны. Т (пальпаторно) — норма. Зрение равно счету пальцев на 1 метр. Проекция света правильная. Поле зрения нормально. Больная потеряла аппетит, страдала бессонницей и ощущала резкую слабость, работать не могла. Исследования фтизиатра: бронхоаденит с перибронхитом, инфильтрация вокруг железистого конгломерата. Реакция Манту резко положительная. Температура 36,5 (измерялась 3 раза в день). Исследование мокроты: ВК не обнаружено. Анализ мочи в пределах нормы.

13 марта начато лечение инъекциями алоэ по 1 куб. см ежедневно и местно в глаз в каплях 2 раза в день.

После 4-х инъекций экстракта началось рассасывание узелковых инфильтратов, но помутнение в роговице усилилось и сосуды расширились (роговица приняла розовый цвет). Боли в глазу уменьшились после 6 инъекций, инфильтраты рассасывались медленно. Одновременно уменьшалась сеть сосудов, можно было видеть зрачок не совсем правильной формы. После 8 инъекций у больной резко повысилась температура — до 39 град., прощупывались инфильтраты подчелюстных желез. Со стороны глаз обострений не было. Через 2 дня температура упала до 36,5 и в

состоянии глаза наступило резкое улучшение: инфильтраты рассосались, сосудов стало меньше, на задней поверхности роговицы видны отложения экссудата, а также синехии. Все это указывало на процесс и в сосудистой оболочке. Зрение равно 0,1. У больной появились аппетит и сон. Резкий подъем температуры указывал на реакцию организма, возможно, под влиянием экстракта алоэ. Поэтому в дальнейшем таким больным мы вводили только 0,5 куб. см и даже 0,25 куб. см этого экстракта.

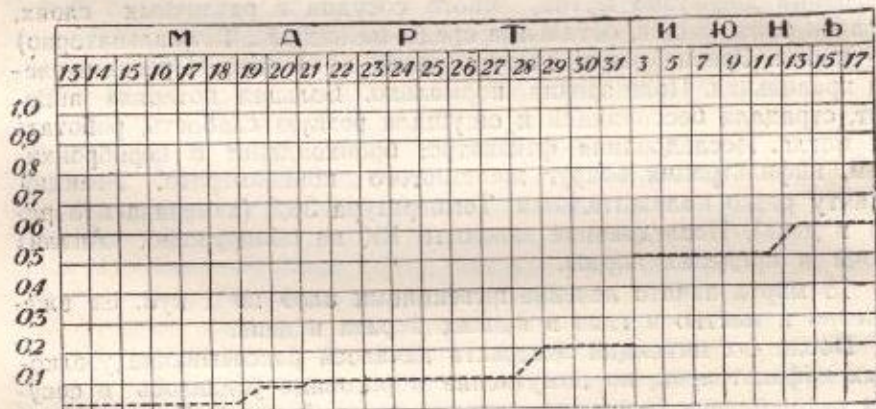
После 15 инъекций зрение на левом глазу равно 0,2, помутнение в роговице, а также экссудат на задней поверхности рассосались, и видны передние синехии на 1—7—8 часах. В начале апреля зрение у больной равно 0,3. После 20 инъекций сна вынуждена была выехать и приступила к работе. По заключению фтизиатра, инфильтрация желез рассосалась.

2-й курс лечения больная начала 3-го июня, при чем общее состояние ее было очень хорошее, бодрое, температура в пределах нормы. Глазное дно видно, оно нормально. Зрение равно 0,5. После 2-го курса лечения острота зрения равна 0,6. При введении экстракта никаких осложнений не наблюдалось.

В конце сентября больная снова подверглась тканевому лечению и приняла 20 инъекций. Рентгеноскопия легких показала, что явления бронхоаденита очень уменьшились. Больная работает и чувствует себя бодрой, температура все время в пределах нормы.

В феврале 1944 г. отмечено: зрение левого глаза равно 0,8, на роговице — остатки помутнений в поверхностных слоях, на хрусталике точечный пигмент на 7 и 8 час., синехии отошли. Проведен 4-й курс лечения.

Срок наблюдения — 1 год и 2 месяца.



Больная Б—сай. OS—Keratitis tbc.

2-й случай. Больной мальчик П—хин, 16 лет. Диагноз: Keratitis scrophulosa.

В детстве страдал золотухой. В 8-летнем возрасте болели глаза, лечился несистематически около двух лет. При исследовании

фтизиатром (рентгеноскопия) обнаружены инфильтрация и увеличение бронхиальных желез. ВК в мокроте нет. Реакция Манту резко положительная. Больной истощен. Температура в течение трех суток в пределах нормы. В детстве перенес ряд инфекционных болезней (скарлатину, дифтерит, корь). Мать и отец здоровы.

На обоих глазах резкая светобоязнь, глубокая перикорнеальная инъекция. Отдельные точечные инфильтраты серо-желтого цвета и помутнения роговицы в разных слоях. Сосуды тянутся к инфильтратам в различных слоях. Зрачки расширены атропином. Зрение правого глаза равно 0,08, левого — 0,05. Из-за сильной светобоязни больной не может самостоятельно передвигаться. Он находился в хороших условиях питания и окружающей обстановки.

С 15.V 1943 г. больному начали ежедневно вводить водный экстракт алоэ по 0,5 куб. см. После 3-х инъекций светобоязнь и инъекция глаза уменьшились, зрение возросло до 0,1 на правом глазу, на левом осталось без изменений. Температура повысилась до 38,7 и держалась в течение двух суток. Со стороны легких обострения процесса фтизиатр не наблюдал. На третьи сутки температура упала (инъекции продолжали). После 6 инъекций наступило улучшение общего состояния больного (появился аппетит, больной начал хорошо спать), а на левом глазу светобоязнь, перикорнеальная инъекция уменьшились, инфильтраты частично рассосались, сосудов стало меньше, зрачок расширился. После 10 инъекций роговица стала настолько прозрачной, что на правом глазу можно было рассмотреть глазное дно, зрение равнялось 0,3, а на левом — 0,1. Дальнейшее применение тканевой терапии продолжало оказывать свое лечебное действие на глаза и на общее состояние. Больной получил 4 курса лечения: 1-й в мае — 20 инъекций, 2-й в июле — 25 инъекций, 3-й — в октябре и 4-й — с 14 ноября.

После этого лечения зрение правого глаза равнялось 0,8, а левого — 0,5. Общее состояние больного настолько улучшилось, что в октябре он начал занятия в школе, был бодрым, прибавил в весе. До мая 1944 г. состояние глаз не изменилось. В поверхностных слоях роговицы оставались помутнения.

Срок наблюдения — 11 месяцев после окончания 1-го курса лечения.

В группе туберкулезных кератитов я имела под наблюдением 5 случаев (6 глаз). У всех больных улучшение наступило довольно быстро: в 4-х случаях после 3—5 и только в одном случае после 10 инъекций исчезла светобоязнь и началось рассасывание инфильтратов в роговице. Острота зрения повышалась с нескольких сотых до 7 и 8 десятых после первого же курса лечения, состоявшего из 20—25 инъекций экстракта алоэ по 1 куб. см через день. Все эти больные получали в глаз атропин, назначенный раньше, до тканевой терапии. Лечение алоэ происходило в период ухудшения процесса. Улучшение его в глазу при введении экстракта тесно связано с улучшением общего со-

стояния организма (урегулирование температуры, уменьшение инфильтрации желез, улучшение аппетита и сна, прибавка в весе). Через один-полтора-два месяца больные получали повторно инъекции алоэ и оставались под наблюдением от 11 месяцев до 1 года и 7 месяцев. В этот период наблюдения я не замечала обострения процесса.

б) Кератиты после эпидемического конъюнктивита

Под наблюдением находилось 9 человек (3 взрослых и 6 детей) с поражением роговицы на 10 глазах.

Эпидемический гнойный конъюнктивит — настоящий бич для населения Средней Азии. В теплое время, начиная с весны и до осени, и взрослые и дети страдают этим массовым инфекционным заболеванием. Острый эпидемический конъюнктивит часто протекает с общим поражением организма, с повышением температуры до 39 градусов, с инфильтрацией желез и одутловатостью лица. При лечении этого заболевания, наряду с местным лечением, мы применяли рыбий жир, а чаще экстракт алоэ в виде микроклизм у детей, ослабленных какой-либо предшествующей болезнью (корь, коклюш), а также у взрослых. При этом можно было отметить, что эпидемический конъюнктивит проходил быстрее и без осложнений. Лечение экстрактом алоэ, несомненно, повышало защитные силы организма.

В 8 случаях мы применили экстракт по поводу кератита, развившегося после острого эпидемического конъюнктивита.

Все больные по поводу эпидемического конъюнктивита лечились в поликлиниках, а под нашим наблюдением были по поводу заболевания роговицы. Формы кератитов были различные.

1-й с л у ч а й. Больная Чер—ва, 23 лет, служащая. Диагноз: Keratitis punctata.

Со 2-го сентября 1943 года больная лечилась в поликлинике в течение трех недель по поводу остроэпидемического конъюнктивита. Под влиянием терапии (ляпис, атропин) явления конъюнктивита прошли, но через 7 дней в глазу появились сильная боль, светобоязнь и зрение упало до 0,1. Из анамнеза выяснилось, что конъюнктивит протекал с повышением температуры и с увеличением желез.

9.XI 1943 г. у больной на левом глазу отмечено: поражение роговицы в виде точечных инфильтратов в средних и глубоких слоях по всей площади роговицы, сосудов нет; флуоресциновая проба отрицательная. Сильная светобоязнь и поверхностная перикорнеальная инъекция. Глазное дно рассмотреть нельзя, зрение равно 0,1 при расширенном зрачке. Работать не может. Жалобы на боли в глазу. Правый глаз здоров. Зрение равно 1,0.

По данным терапевта: малярии у больной не было; морфология крови в пределах нормы; реакция Манту и Пирке отрицательная; рентгеноскопия легких изменений не обнаружила.

11 ноября введено подкожно 2 куб. см водного экстракта алоэ. После 4 инъекций боли уменьшились и началось рассасывание ин-

равно 0,3, а после 20 — 0,5. Ребенок выехал в деревню. Через месяц, 5.IX, роговица на левом глазу прозрачна; при осмотре бинокулярной лупой — очень нежное помутнение в средних слоях в верхнем и наружном квадратах роговицы. Зрение правого глаза равно 1,0, а левого — 0,8. Общее состояние очень улучшилось, ребенок прибавил в весе, хорошо спит, аппетит усилился.

В ноябре 1943 г. и в марте 1944 г. мать провела лечение экстрактом алоэ в виде микроклизм (15 клизм на курс). До июля 1944 года ребенок был здоров. Срок наблюдения — 10 месяцев.

Поражения роговицы на почве эпидемического конъюнктивита, которые я наблюдала в Ташкенте, нередко протекали с явлениями поражения всего организма (высокая температура — 39-40 градусов, одутловатость, увеличение лимфатических желез). В отделяемом со слизистой век наших больных были обнаружены палочки Кох-Викса. Во всех случаях кератиты развивались по окончании гноетечения, и в этой стадии больные обращались ко мне после безуспешного обычного лечения в поликлинике.

Во всех случаях прекращение болей в глазу и уменьшение светобоязни наблюдалось после 4-х инъекций. В одном случае улучшение наступило после 5 микроклизм из экстракта алоэ. Надо заметить, что приведенные сроки наблюдения указаны для совершенно несомненных признаков улучшения. Оно проявлялось в рассасывании инфильтратов, в закрытии эрозий, в повышении остроты зрения. Это последнее в пяти случаях равнялось до лечения 0,08—0,1, а после 10—30 инъекций повышалось до 0,7-0,8. В сроки от двух недель до полутора месяцев лечение проводилось повторно, и в течение срока наблюдения, от 7 до 15 месяцев, рецидивов не было. У некоторых больных (2-й, 3-й, 5-й случаи) острота зрения повышалась и по окончании курса лечения.

Есть основание думать, что лечение экстрактом алоэ больных данной группы с кератитом на почве эпидемического конъюнктивита имеет существенное влияние на течение процесса. И мне, и академику Филатову приходилось наблюдать немало случаев больших разрушений роговицы у больных, которые лечились в поликлиниках обычными методами. Особенно это касается детей с ослабленным организмом. Введение экстракта алоэ улучшало общее состояние организма и вместе с тем оздоравливало местный процесс на глазу.

При лечении алоэ приведенные 3 случая кератита на почве коревой, тифозной и скарлатинозной инфекции закончились благополучно с образованием небольших помутнений в поверхностных слоях в виде пятнышек. Зрение с 0,05, 0,08 и 0,2 повысилось до 0,5—0,8. Явное улучшение начиналось после 4, 5, 9 инъекций. Больные обращались в период обострения процесса при явлениях общего упадка питания и ослабленности организма на почве общей инфекции.

После первого курса лечения, при улучшении общего состояния организма, явления кератита проходили: боли, светобоязнь уменьшались, более или менее обширные помутнения в роговице рассасывались и острота зрения повышалась.

Вследствие недостаточного количества случаев установить удельный вес лечения алоэ при кератите указанной этиологии трудно, но результаты надо признать ободряющими.

В. Язвы роговой оболочки

Под наблюдением было 5 случаев (5 глаз).

1-й случай. Больная Ф—н. Диагноз: язва роговицы.

Язва образовалась на правом глазу после заболевания гриппом. Размер ее 5×6 мм с неровными краями и желтым дном, гипопион. Зрение равно 0,04. Левый глаз здоров, зрение равно 1,0. Больная получала атропин и тепло.

С 9.XII 1943 г. (через 7 дней после заболевания) применены были инъекции экстракта алоэ подкожно по 1 куб. см 2 раза в день в течение 5 дней. Уже после 4-й инъекции язва покрылась эпителием, на месте ее во всех слоях роговицы образовалось густое помутнение, рассасывание которого протекало очень медленно. Всего больная получила, кроме 5 первых, 25 инъекций (ежедневно по 1 куб. см). Помутнения рассосались, осталось пятнышко, частично занимавшее зрачковую область. Зрение равно 0,2, с коррекцией +1,5 диоптрий равно 0,4.

Больная отметила улучшение общего состояния: усилился аппетит, прошли боли в суставах (раньше страдала резкими болями в плечевом и коленном суставах).

Срок наблюдения — 4 месяца.

2-й случай. Больной П—ов, 63 лет, смотритель двора. Диагноз: язва роговицы.

На левом глазу язва была поверхностной, но обширной: 7×8 мм. Развилась она после гриппа. Больной лечился в поликлинике 8 суток (с 3.II 1943 г.). Получал атропин, тепло; назначен был сульфидин, но больной его не принимал.

По назначению академика Филатова я применила в данном случае капли алоэ местно, 4 раза в день по 3 капли (атропин и тепло больной попрежнему получал). Общее состояние было ослаблено гриппозной инфекцией.

При осмотре бинокулярной лупой можно было наблюдать в течение трех суток наложение эпителия (роговица окрашивалась флуоресценном). При впускании алоэ в капли гиперемия усиливалась, сосуды расширялись. На 4-й день язва закрылась. Больному продолжали пускать в глаз капли в течение месяца. Зрение с 0,1 при широком зрачке через 20 дней повысилось до 0,4, а через 30 суток равнялось 0,6. Имелась начинающаяся катаракта.

Срок наблюдения — 8 месяцев.

При лечении язв роговицы экстрактом алоэ в трех случаях его вводили подкожно, в одном случае — под слизистую глаза в комбинации с имплантацией под кожу части консервированного и автоклавированного листа алоэ, и в одном случае применялись только капли алоэ. Во всех случаях язвы (2 простые и 2 гнойные) образовались после травмы. Явное улучшение язвенного процесса рого-

вицы наступило после 3—4—6 инъекций. После первого курса лечения (15—20—30—50 инъекций) процесс можно было считать законченным с образованием небольших помутнений, при чем острота зрения после первого курса лечения повышалась с 0,02 до 0,5 и с 0,04 до 0,3.

У больного П—ва, который получал капли, при обширной язве острота зрения поднялась с 0,1 до 0,6.

Улучшение, наступавшее при язвенных процессах в роговице в результате применения экстракта алоэ, несомненно. Случай с применением капель экстракта алоэ, как единственный, не позволяет сделать прямых выводов, но в сопоставлении с данными Скрипченко (эксперименты по заживлению поверхностных дефектов роговицы у кролика при применении сока из консервированных листьев алоэ) свидетельствует об эффекте употребления алоэ в виде капель при язвах роговицы.

Г. Трахоматозный паннус

Поражение роговицы трахоматозным процессом представляет собой хроническое воспаление роговой оболочки. Борьба с такого рода поражением глаз нередко очень трудна. Предложен целый ряд различных методов лечения паннуса, на которых я останавливаться не буду. Укажу только, что тканевое лечение в виде пересадок и имплантаций различных консервированных тканей не только улучшало самый процесс, но нередко приводило к выздоровлению с прекращением рецидивов.

Применение водного экстракта из консервированных листьев алоэ, несомненно, оказывало лечебное действие при трахоматозном паннусе (Филатов, Кальфа, Скородинская). Наши наблюдения касаются случаев с давностью процесса от 1 года до 10 лет, в стадии трахомы II-III.

Все больные и раньше подвергались лечению, которое большей частью было несистематическим. Возраст больных — от 15 до 27 л.

1-й случай. Больная М—ова, 21 г. Диагноз: трахома III, паннус.

Больна трахомой 5 лет. В течение этого времени подвергалась лечению: выдавливание трахоматозных зерен 2 раза со смазыванием раствором ляписа в промежутках между ними. После выдавливания состояние глаз улучшалось, но через год, после родов, процесс обострился, больная отметила падение зрения, сильную светобоязнь. В течение последних 3-х лет подвергалась местной терапии в виде капель и мази, а также аутогемотерапии. Перед началом тканевой терапии, 3 месяца тому назад, больной проделана 10 раз аутогемотерапия, местно — желтая мазь. Зрение правого глаза равно 0,15. На левом глазу острота зрения равна 0,08. На слизистой век обоих глаз — нежные рубцы, переходная складка инфильтрирована, отделяемого немного. Сильная светобоязнь. Роговица на обоих глазах диффузно мутна, сосуды пронизывают ее поверхностные слои сверху, захватывая область зрачка. Камера средней глубины. Зрачок

сужен, глазное дно рассмотреть нельзя. Внутриглазное давление в пределах нормы. Большая работать не может.

В декабре 1942 г. больная обратилась к нам по поводу обострения паннуса на обоих глазах. С 11 декабря ей было проделано 20 инъекций водного экстракта алоэ подкожно по 2 куб. см через день.

В течение 7 суток состояние процесса оставалось без изменения. После 7 инъекций светобоязнь уменьшилась, а после 12 инъекций исчезла. Помутнения в роговице то усиливались, то уменьшались, а сосуды расширялись. Через неделю после 1-го курса (20 инъекций) я могла отметить значительное рассасывание помутнений, роговица стала прозрачной и сосудов стало меньше. Острота зрения правого глаза с 0,15 повысилась до 0,5, а левого — с 0,08 до 0,3. Местно в оба глаза большая ничего не получала.

Через месяц был проведен 2-й курс лечения — тоже 20 инъекций через день по 2 куб. см и местно капли алоэ. Перед началом 2-го курса было отмечено значительное улучшение паннуса на правом глазу. Зрение его равно 0,55. На левом глазу, в центре роговицы, появились точечные инфильтраты, и сосуды доходили до центра. Зрение равнялось 0,2. При проведении 2-го курса на левом глазу после 8 инъекций сосуды сильно расширились, инфильтраты начали рассасываться. После 11 инъекций помутнение роговицы усилилось и острота зрения временно снизилась. На правом глазу после 6-7 инъекций рассасывание помутнений с одновременным уменьшением сосудов шло постепенно, и после 20 инъекций острота зрения равнялась 0,75.

В августе 1943 г., после длительного перерыва, больная явилась с такими явлениями: светобоязни нет, слезистая век на обоих глазах довольно гладкая, еле заметные белые рубчики. Роговица правого глаза нежно диффузно мутна возле лимба. Очень тонкие сосуды в поверхностных слоях у лимба. Зрение равно 0,55. На левом глазу помутнение более интенсивно, сосудов больше, но они очень сужены, расположены в поверхностных слоях и не доходят до центра. Зрение равно 0,5.

После 3-го курса лечения наступило значительное улучшение в отношении рассасывания помутнений и обратного развития сосудов. После 15 инъекций острота зрения равнялась 0,75 на правом глазу и 0,45 на левом.

В декабре 1943 г. больной произведена имплантация консервированного листа алоэ (2 грамма). Через 2 недели особенно резко просветлела роговица на левом глазу. Зрение равно 0,8; на правом глазу состояние роговицы без изменения. В мае 1944 года больная была на консультации. При осмотре через лупу в проходящем свете сосуды в лимбе едва заметны, лимб остается расширенным. Острота зрения без изменений (0,75 на правом глазу и 0,8 на левом).

Срок наблюдения — 1 год и 4 месяца по окончании 1-го курса лечения.

2-й с л у ч а й. Больная Ал—ко, 21 года, колхозница. Диагноз: трахома III, паннус.

Больна трахомой 3 года. Систематически не лечилась. Пользо-

валась каплями и мазью из медного купороса. Состояние глаз особенно ухудшилось после работы на хлопке. Кроме трахомы, имеется поражение легких и желез туберкулезного характера.

29.XI 1942 г. больная обратилась к академику Филатову с таким состоянием глаз: веки отечны, края их утолщены, глазная щель сужена, блефароспазм. На слизистой век обоих глаз белые рубчики. Глубокая перикорнеальная инъекция. Вся роговица пронизана сосудами, поверхность ее неровная; по всей поверхности в передних слоях много инфильтратов серого цвета в виде точек. Зрачок сужен, зрение правого глаза равно 0,08, левого — 0,04. Сильная светобоязнь и боль в глазах. Самостоятельно ходить больная не может. Лицо одутловато.

С 29.XI 1942 г. больной начали вводить подкожно водный экстракт алоэ по 1 куб. см ежедневно. После 4-х инъекций процесс на обоих глазах обострился — усилились светобоязнь и помутнения, зрение на правом глазу равно 0,05, на левом — 0,04. Для устранения этих явлений мы в течение 10 дней вводили экстракт по 0,5 куб. см через день и под конъюнктиву глаза по 0,2. После 8 инъекций светобоязнь уменьшилась, почти все инфильтраты в роговице рассосались, сосудов стало меньше. После 12 инъекций состояние роговицы на обоих глазах улучшилось. В нижней половине правого глаза она просветлела настолько, что виден был край зрачка, количество сосудов уменьшилось. На левом глазу роговица стала более ровной и сосудов — меньше. Зрение правого глаза равнялось 0,08, левого — 0,04. После 20 инъекций все инфильтраты роговицы рассосались, но осталась диффузная муть; сосуды видны только в верхней половине роговицы. Зрение обоих глаз равно 0,1. После 30 инъекций зрение правого глаза равно 0,2. На левом глазу количество сосудов уменьшилось, но помутнение в поверхностных слоях остается еще диффузным по всей площади; зрение равно 0,1.

В феврале 1943 г. проведено еще 20 инъекций экстракта алоэ, после чего явления паннуса значительно уменьшились. Зрение правого глаза равно 0,4, левого — 0,2.

В мае 1943 г. — 3-й курс лечения. Общее состояние больной значительно улучшилось, она начала работать. Ей прописаны защитные очки и цинковые капли. В октябре 1943 г. при осмотре у больной отмечено: на правом глазу светобоязни и инъекции глаза нет, сосуды в верхней половине очень сужены, переходят через лимб в роговицу на протяжении 3 мм; в поверхностных слоях роговицы имеются помутнения в виде отдельных пятен. Зрение равно 0,5 при ширине зрачка 4 мм. На левом глазу сосуды у лимба, помутнение более интенсивно, чем на правом. Зрение равно 0,3. Проведено 20 инъекций водного экстракта алоэ. После 8 инъекций значительно регрессировали сосуды на левом глазу. Зрение на правом равно 0,5, на левом — 0,45.

В марте 1944 г. больная была на консультации. Отмечено: на обоих глазах слизистая век ровная, следы паннуса, помутнения в поверхностных слоях едва заметны. Зрение правого глаза равно 0,6,

левого — 0,5. Светобоязни нет. За время наблюдения рецидивов не было. Больной произведена имплантация под кожу автоклавированного консервированного листа алоэ. В течение двух недель после этого изменений со стороны глаз не наблюдалось. Больная уехала в колхоз. Фтизиатром отмечено улучшение туберкулезного процесса в легких и железах.

Срок наблюдения — 1 год и 3 месяца.



Больная Ал-ко. OU—Trachoma.

Лечение трахоматозного процесса в роговице инъекциями водного экстракта консервированных листьев алоэ показало, что прежде всего исчезала светобоязнь и сосуды начинали регрессировать.

после чего начиналось рассасывание инфильтрации в роговице. Отмечалось улучшение и слизистой век, показателем чего было повышение остроты зрения. В отдельных случаях при длительных (свыше года) наблюдениях рецидива процесса не наблюдалось. Как и при лечении кератитов и язв, мы проводили лечение больных и данной группы повторно. Такого рода систематическое лечение укрепляло и общее состояние больных и вместе с тем давало возможность бороться с местным процессом. Считаем, что инъекции экстракта алоэ полезно применять как местно под слизистую глаза, так и подкожно.

Водный экстракт алоэ при трахоматозном паннусе

№№ п.п.	Фамилия	Какой глаз	Длительность заболевания	Начало тканевого лечения	Начало улучшения	Общее кол-во инъекций	Результат	Острота зрения до лечения	Острота зрения после лечения	Срок наблюдения
1	М—ова	ОЦ	5 лет	11-12-42	7	20	+	пр 0,15 лев 0,08	0,75 0,8	16 м.
2	Об—ова	"	1 год	13-12-43	5	25	+	пр 0,6 лев 0,4	0,8 0,75	14 м.
3	М—ягила	"	1 год	12-3-43	7	25	+	пр 0,15 лев 0,25	0,8 0,8	16 м.
4	А—шко	"	3 года	29-11-43	8	30	+	пр 0,08 лев 0,04	0,6 0,5	15 м.
5	М—шев	"	4 года	17-11-42	5	15	+	пр 0,04 лев 0,1	0,6 0,5	3 м.
6	М—ньян	"	10 лет	17-2-42	5	14	+	пр 0,04 лев 0,2	0,3 0,2	3 м.
7	М—лов	"	11 лет	17-3-42	5	15	+	пр 0,2 лев 0,4	0,5 0,7	4 м.
8	Ку—ши	"	11 лет	17-3-42	3	15	+	пр 0,35 лев 0,4	0,6 0,7	4 м.

Влияние водного экстракта консервированных листьев алоэ при лечении трахоматозного паннуса проверено на 8 больных с длительностью заболевания от 1 года до 3—4—5—10—11 лет. Процесс был двусторонний. Четырем больным (8 глаз) применено комбинированное лечение: выдавливание трахомных зерен на слизистой века, инъекции под слизистую век по 0,2 и инъекции экстракта алоэ под кожу. Из 8 глаз на 7 отмечены несомненные признаки улучшения с возрастанием зрения. Так, как эти случаи заболеваний наблюдались только по 3-4 месяца, то можно говорить лишь о непосредственном ободряющем успехе. В остальных 4 случаях (8 глаз), наблюдавшихся с момента окончания первого курса лечения от 1 года 2 месяцев до 1 года 4 месяцев, результаты более убедительны. Уменьшение светобоязни, рассасывание инфильтрации в роговой оболочке глаза, уменьшение количества сосудов и повышение остроты зрения — вот признаки улучшения, которые наступали после 5—8 инъекций. К концу 1-го курса (20—30 инъекций) острота зрения значительно повышалась.

В сроки один-полтора-два месяца курсы инъекций повторялись.

За время наблюдения рецидивов и обострения процесса не было, и это особенно ценный результат лечения. Отсутствие рецидивов характерно и для других форм тканевого лечения, как это установлено школой академика Филатова. Лечение паниуса экстрактом алоэ, несомненно, ценно и должно быть широко изучено.

2. Заболевания сосудистого тракта

Я коснусь случаев применения тканевой терапии при увеитах различной этиологии, преимущественно развившихся на почве туберкулеза, ревматизма, малярии и травмы у бойцов Красной Армии.

Материал нашего Института дал неоспоримые доказательства пользы тканевого лечения при увеитах.

При воспалительных процессах увеального тракта академик Филатов и его ученики (Кальфа, Драгомирецкий, Дайновская и другие) с успехом применяли пересадку различных консервированных тканей, а также инъекции рыбьего жира, микроклизмы из консервированных тканей.

По предложению академика Филатова я провела ряд наблюдений над лечением заболеваний сосудистого тракта подкожными инъекциями экстракта алоэ. Этот метод в дальнейшем нашел широкое применение при лечении увеитов и иридоциклитов травматического происхождения у бойцов Красной Армии (работы акад. Филатова, д-ров Гриншпон, Ногаевой).

Академик Филатов в своих книгах «Офтальмология — на службу Красной Армии» и «Тканевая терапия» указывает на лечебное действие водного экстракта алоэ при такого рода заболеваниях.

Водный экстракт алоэ при заболеваниях увеального тракта

№№ п.п.	Фамилия	Диагноз	Давность заболевания	Начало тканевого лечения	Дата улучшения	Острота зрения		Количество инъекций	Результат	Срок наблюдения
						до лечения	после лечения			
1	Рож — ва	Хориоретрит, туберк.	2 м.	29.IX-42	5 инъекций	пр 0,08	1,0	20	+	24 м.
2	Тих — ва	Увеит туберк.	2 нед.	9.IV-42	6 "	пр 0,06	0,7	30	+	14 м.
3	А — эв	Увеит ревмат.	3½ г.	30.XII-42	3 "	0,08 0,04	0,8 0,3	20	+	14 м.
4	Ш — кан	"	3 г.	2.II-43	5 "	лев 0,1	0,7	20	+	10 м.
5	С — ва	Увеит на почве малярии	"	9.VII-43	5 "	0,1 0,25	0,7 0,85	20	+	20 м.
6	П — вич	"	"	3.II-42	3 "	0,3 0,1	0,8 0,9	20	+	12 м. 20 д.
7	К — ов	Увеит после тифа	1½ м.	24.X-44	6 "	0,02 0,4	0,8 0,8	25	+	4 м.

После 25 инъекций зрение равно 0,5. Помутнение в стекловидном теле очень нежное, диффузное. На месте очага и в области кровоизлияния пигмент. После 30 инъекций зрение равно 0,7. Значительно уменьшилась скотома. Общее состояние больной резко улучшилось после 25 инъекций, усилился аппетит.

В обоих приведенных случаях инъекции водного экстракта алоэ, несомненно, дали эффект.

Повторные курсы по 20 инъекций в июле и в ноябре 1943 года и в феврале 1944 года.

Срок наблюдения — 1 год и 2 месяца.

3 - й с л у ч а й. Больная П—вич, 29 лет, учительница. Диагноз: увеит малярийного происхождения.

Заболела тропической малярией 13 января 1943 года (первый приступ). Антималярийное лечение проводилось под наблюдением маляриолога. Через 3 недели после приступа заболели оба глаза, и 3.II 1943 г. у больной при объективном исследовании отмечено: резкая светобоязнь, глубокая перикорнеальная инъекция, зрачок узкий. На задней поверхности роговицы правого глаза на 6—7 часах диффузное помутнение. Зрение равно 0,3. Тензия нормальна (пальпаторно). Жалобы на резкие боли в глазу, наступающие в виде приступов. На левом глазу глубокая перикорнеальная инъекция, резкая светобоязнь, радужка гиперемирована; на задней поверхности роговицы мелкие преципитаты, зрачок узкий, помутнение стекловидного тела. Зрение равно 0,1. При расширении атропином синехий нет. Глазное дно — сосок зрительного нерва слегка гиперемирован. Больная потеряла аппетит, не спит из-за периодически усиливающихся болей в глазах и мышцах.

Назначение — атропин в оба глаза и инъекции экстракта алоэ. Улучшение на левом глазу началось после 3-х инъекций, а на правом—после 8. Острота зрения повышалась при рассасывании экссудата и помутнений в стекловидном теле. При этом было отмечено, что помутнение в стекловидном теле то усиливалось, то уменьшалось. На левом глазу после 10 инъекций мы наблюдали появление новых преципитатов, но при дальнейшем введении экстракта все эти изменения исчезли, и после 20 инъекций зрение правого глаза равно 0,7, левого — 0,9 при узкой щели (зрачок расширен атропином). Через 2 недели общее состояние больной значительно улучшилось, боли в мышцах прекратились, вялость исчезла. Больная чувствовала себя бодрой и приступила к работе.

В июне у больной был приступ малярии (она не лечилась систематически). По ее словам, этот приступ не был таким тяжелым, как первый, и на состоянии глаз не отразился.

Проведен 2-й курс лечения. В августе больная подверглась тканевому лечению третий раз, получив 20 куб. см экстракта алоэ на протяжении 30 дней. В феврале 1944 г. при осмотре отмечено: состояние глаз без изменений (на хрусталике правого глаза отложенные пигмента на 6—7 часах), общее состояние хорошее. Антималярийное лечение не применялось. В марте 1944 г. снова осмот-

рена. Общее состояние хорошее. На правом глазу зрение равно 0,8, на левом 0,9. В марте 1944 г., перед отъездом больной из Средней Азии, ей произведена имплантация под кожу консервированного листа алоэ.

По словам больной, после лечения инъекциями алоэ у нее появились менструации, которые отсутствовали уже с августа 1941 года. Больная была под наблюдением гинеколога, который подтвердил ее сообщение.

Таким образом, лечебный эффект, несомненно, сказался как на состоянии глаз, так и на общем состоянии больной (прекращение болей в мышцах, улучшение сна, появление аппетита и менструаций).

Срок наблюдения — 1 год и 20 дней.

Итак, мы наблюдали 2 случая туберкулезного увеита, 2 — ревматического, 2 — малярийного и 1 случай увеита после возвратного тифа. Кроме того, успешно было проведено лечение в 5 случаях травматического увеита у бойцов Красной Армии.

Инъекции водного экстракта алоэ при воспалительных процессах сосудистого тракта, как видно из наших наблюдений, способствовали рассасыванию помутнений стекловидного тела, уменьшению воспаления, исчезновению болей, экссудата, отложений на задней поверхности роговицы, задних синехий. С прекращением болей устанавливался более регулярный сон и общее состояние больного улучшалось. Тканевая терапия в виде инъекций водного экстракта алоэ, как мы уже указывали, широко применялась при поражении сосудистого тракта на почве боевых травм у защитников Родины. Особенно ценным было то, что часто на единственном оставшемся глазу с явлениями увеита, при неправильной проекции света, даже с явлениями начальной атрофии, удавалось после применения подкожных инъекций алоэ в чистом виде и в комбинации с другими видами тканевой терапии восстановить правильную проекцию света, подготовить глаз к операции с оптической целью и тем самым вернуть зрение.

3. Миопический хориоретинит

Одной из актуальных проблем офтальмологии является борьба с осложнениями близорукости. Лечению близорукости и ее осложнений, а также ее профилактике академик Филатов и его школа посвятили много работ. Тканевое лечение при миопических хориоретинитах оказывало благоприятное действие: повышалась острота зрения, расширялось поле зрения, рассасывались помутнения стекловидного тела. При этом лечении эффекты были получены при пересадке консервированной кожи, плаценты, при введении консервированных тканей в виде микроклизм (Филатов, Скородинская, Драгомирецкий, Каменецкая).

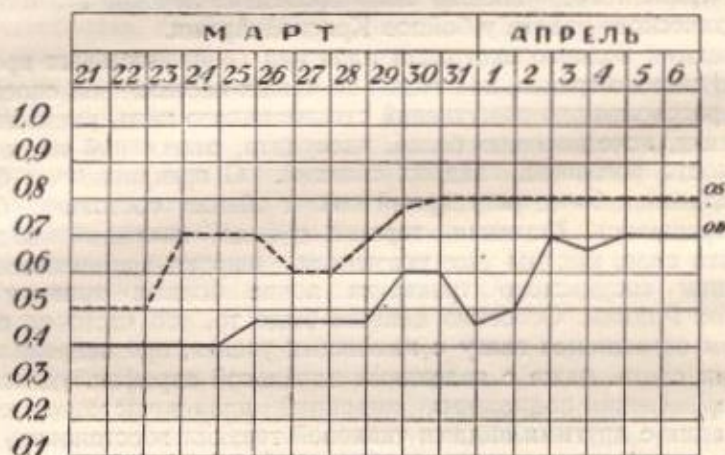
Начиная с 1942 года, при миопии и ее осложнениях мы применяли тканевую терапию в форме подкожных инъекций водного

экстракта из консервированных листьев алоэ или в виде микро-клизм из того же экстракта.

Под длительным наблюдением находилось 9 больных (18 глаз). До применения алоэ проверяли остроту зрения по таблице Сивцева—Головина для дали и близи в течение 2-3 дней, исследовали реакцию крови на алоэ, некоторых больных подвергали исследованию на туберкулез. Сроки наблюдений отмечены после окончания 1-го курса лечения от 1 месяца до года с лишним.

1-й случай. Больной Б—вич, 32 лет, служащий. Диагноз: помутнение стекловидного тела, близорукость.

Заметил упадок зрения в январе 1942 года. С 15-летнего возраста носит очки со сферой 10,0 диоптрий. Проведен курс внутривенных вливаний 10-процентного раствора иодистого натрия 10 раз по 10 куб. см. Эффекта не было. Больной обратился к академику Филатову.



Больной Б—вич. ОЦ—Миопический хориоретинит.

15.III 1942 г. при исследовании установлено: диффузное помутнение стекловидного тела на обоих глазах, хориоретинальные очаги в области желтого пятна. Зрение правого глаза 0,03, с кор. —14,0 диоптрий равно 0,4. Зрение левого глаза 0,04 с кор.—15,0 диоптрий равно 0,5. Жалобы на мелькание букв при чтении и быстро наступающую утомляемость.

После лечения инъекциями экстракта алоэ (28 куб. см) острота зрения правого глаза стала 0,06, с кор. —14,0 диоптрий равна 0,7, левого глаза — 0,09, с кор. —15,0 диоптрий равна 0,7. Значительно рассосалось помутнение стекловидного тела. В мае острота зрения оставалась без изменения. Мелькание букв при чтении исчезло. Проведен 2-й курс (10 инъекций) и в сентябре 1942 г. 3-й курс.

Через год, в мае 1943 г., больной приехал для осмотра. Ост-

рота зрения правого глаза равна 0,6, левого — 0,8 с прежней коррекцией. Поле зрения без изменения. Проведен 4-й курс лечения.

Срок наблюдения — 1 год и 2 месяца после 1-го курса лечения.

2-й случай. Больной Р—т, 28 лет, служащий. Диагноз: миопический хориоретинит.

В ноябре 1942 г. заметил сетку перед глазами и понижение зрения. Проводил лечение аутогемотерапией 15 раз по 10 куб. см, принимал внутрь иодистый калий. Наступило улучшение, но в январе 1943 г. зрение на обоих глазах, особенно на правом, снова понизилось.

При исследовании обнаружено: на правом глазу передний отдел — норма, в стекловидном теле диффузные и плавающие помутнения, кровоизлияние в сетчатку кверху от желтого пятна. Зрение равно 0,08, с кор. — 12,0 диоптрий равно 0,15. Чтение правым глазом затруднено из-за изломанности линий. На левом глазу нежное помутнение стекловидного тела. Зрение — 0,1, с кор. — 10,0 диоптрий равно 0,75.

С февраля до ноября 1943 г. проведено 3 курса лечения экстрактом из консервированных листьев алоэ по 20 инъекций, 1 куб. см каждая, через день. После 1-го курса лечения помутнения в стекловидном теле и кровоизлияние рассосались. Зрение повысилось до 0,75 на правом глазу при прежней коррекции и до 0,85 на левом. В поле зрения на правом глазу уменьшилась относительная скотома, но изломанность линий попрежнему затрудняла чтение. Улучшение отмечено после 8 инъекций. Через 2 месяца зрение на правом глазу снизилось до 0,6, а на левом оставалось без изменения.



Больная Р—т. ОЦ—Миопический хориоретинит.

С 2.VI проведен 2-й курс лечения (20 инъекций). Острота зрения начала повышаться после 3-й инъекции, и по окончании лечения зрение правого глаза равнялось 0,7; скотома, а также изломанность линий и букв при чтении исчезли.

В октябре 1943 г. — 3-й курс. Острота зрения оставалась без изменения. В конце февраля 1944 года больной снова подвергся тканевому лечению (20 инъекций). В августе 1944 г. был на консультации. На глазном дне правого глаза виден пигмент, на месте кровоизлияния хориоретинальные очаги на периферии как в правом, так и в левом глазу без изменений. Зрение без изменения. Изломанности линий при чтении нет.

Срок наблюдения — 1 год и 5 месяцев.

Итак, под наблюдением при лечении миопического хориоретинита водным экстрактом алоэ было 8 больных (16 глаз). У всех больных, кроме одной, имелись миопические изменения глазного дна (стафилома, фокусы в области заднего полюса, а у некоторых и по периферии). Степень близорукости от 9,0 до 16,0 диоптрий. Во всех глазах, кроме одного случая, улучшение начиналось после 6—8 и только в одном случае после 18 инъекций. После 1-го курса лечения (от 14 до 25 инъекций) возрастала острота зрения вдаль и вблизи, как это отмечено в таблице. Улучшение сказывалось в уменьшении скотом и в исчезновении метаморфопсий. В сроки от 3 до 4 месяцев лечение проводилось повторно, что в дальнейшем давало улучшение.

Водный экстракт алоэ при миопическом хориоретините

№№ п.п.	Фамилия	Какой глаз	Начало тканевого лечения	Начало улучшения	Общее кол-во инъекций	Результат	Расширение поля зрения	Острота зрения до лечения с коррекцией в диоптриях	Острота зрения после лечения с той же коррекцией	Срок наблюдения
1	Б—ич	ош	18-3-43	8	14	+	—	пр 0,4 с -14,0 лев 0,5 с -15,0	0,7 0,8	14 м.
2	А—ова	ош	5-5-42	8	20	+	—	0,4 с -12,0 0,6 с -12,0	0,7 0,9	11 м.
3	И—ва	ош	2-2-42	11	25	+	Уменьш. скотома	0,2 с -11,0 0,5 с -12,0	0,5 0,9	14 м.
4	Р—рт	ош	3-2-43	8	20	+	Уменьш. скотома	0,15с -12,0 0,7 с -10,0	0,7 0,8	17 м.
5	Мо—кая	ош	13-9-43	18	20	+	—	ош -0,7	ош-1,0	13 м.
6	Д—ва	ош	9-5-43	7	25	+	Исчезла скотома	0,3 с -13,0 0,2 с -15,0	0,6 0,3	11 м.
7	А—ова	ош	15-3-42		15		—	0,08с -16,0 0,2 с -16,0	0,1 0,3	2 м.
8	С—ова	ош	21-1-43	6	20	+	Уменьш. скотома	0,3 с -9,0 0,8 с -9,0	0,8 1,0	6 м.

Лечение миопических хориоретинитов экстрактом алоэ дает весьма ценные результаты, совершенно аналогичные тем, какие получены при применении других форм тканевой терапии.

4. Пигментный ретинит

Пигментный ретинит, вернее, пигментное перерождение сетчатки, большинство окулистов считает неизлечимым. В литературе описаны случаи несомненного улучшения процесса под влиянием некоторых методов лечения (менформона, резекции верхнего шейного узла, симпатического нерва, витаминов), но эти отдельные случаи не изменили общего безнадежного взгляда на лечение пигментного ретинита. Во многих крупных учебниках лечение этого заболевания считается бесцельным.

Академик Филатов и его школа на протяжении последних десяти лет вносят в этот мрак пессимизма луч света. Большое количество случаев применения тканевой терапии в различных формах доказало, что улучшение при пигментном ретините возможно и в отдельных случаях поразительно (работы Филатова и Вербицкой). Я провела ряд наблюдений над лечебным эффектом водного экстракта из консервированных листьев алоэ. Всего было 12 больных (24 глаза), из них 9 взрослых и 3 детей. У десяти больных наблюдалась типичная, резко выраженная картина болезни, у одного ребенка (10-летняя девочка) — начальная форма.

Из 12 больных 8 имели пониженный слух и не совсем чистое произношение. В семьях заболевших были родственники, страдавшие пигментным перерождением сетчатки.

Во всех случаях больные и ранее подвергались лечению, большей частью рыбьим жиром (приемы внутрь). В отдельных случаях рыбий жир вводился внутримышечно. Этот последний род терапии оказывал лечебное действие, но в период войны многие из больных либо не могли получить рыбий жир, либо находились в таких условиях, при которых лечение было невозможным. И состояние таких пациентов было очень тяжелым.

Лечение пигментного ретинита экстрактом алоэ проводилось в виде подкожных инъекций по 1-2 куб. см ежедневно или через день, всего на курс 25—45 инъекций. Во всех случаях лечения предшествовало обследование функций глаза и общего состояния больных (реакция крови на алоэ исследовалась у всех больных и во всех наших случаях она была отрицательной). Одному пациенту экстракт вводили внутривенно.

Кроме инъекций, экстракт алоэ в одном случае вводили в виде микроклизм.

В двух случаях консервированные автоклавированные кусочки листа алоэ величиной 5—6 кв. см имплантировались под кожу, как дополнение к инъекциям экстракта.

В одном случае такие инъекции сочетались с имплантацией консервированной автоклавированной кожи, взятой гетеропластически, в другом случае имплантировалась *getero-testis*.

Положительным результатом при лечении экстрактом алоэ пигментного перерождения сетчатки мы считали либо расширение поля зрения, либо повышение остроты зрения, либо уменьшение геморалопии. Срок наблюдения в наших случаях исчислялся

Водный экстракт алоэ при пигментном ретините

№№ п.п.	Фамилия	Давность заболевания	Начало тучаевого лечения	Дата улучшения после	Острота зрения		Количество инъекций	Срок наблюдения
					до лечения	после лечения		
1	Р-ен	13 л.	30/IX 1943	12 инъекций	0,1 0,2	0,4 0,5	85	10 м.
2	Г-дые	23 г.	23/II .	8 "	0,1 0,2	0,5 0,2	105	13 м.
3	О-ко	21 г.	20/III .	11 "	0,5 0,4	0,6 0,7	85	16 м.
4	Р-ский	22 г.	12/IX .		0,08 0,04	0,08 0,04	30	1 м.
5	С-на	13 л.	14/XII 1942	12 "	0,4 0,45	0,75 0,95	60	18 м.
6	Ш-пов	3 г.	18/XII .	12 "	0,6 0,6	0,8 0,9	115	17 м.
7	Кр-кий	12 л.	27/I 1943	10 "	0,3 0,5	0,6 0,8	95	12 м.
8	Б-кий А.	8 л.	3/XI .	8 "	0,1 0,1	0,1 0,1	60	7 м.
9	Б-кий Б.	1 г.	3/XI .	10 "	1,0 1,0	1,0 1,0	45	7 м.
10	Спир-ова	1 г.	30/VII "	8 "	0,8 0,8	1,0 1,0	60	12 м.
11	Л-ко	18 л.	13/I .	9 внутрив. вливания	0,08	1,0 1,0	45	11 м.
12	М-ко	2 г. 6 м.	1/I 1945	13 инъекций	0,2 0,2	1,0 0,8	25	2 м.

с момента окончания 1-го курса лечения. Приведу описание некоторых случаев.

1-й случай. Больная О-ко, 26 лет, бухгалтер. Диагноз: пигментный ретинит.

Страдает пигментным ретинитом с 1932 г. Процесс ухудшился в 1937 г. после родов. Кроме понижения остроты зрения, сужения поля зрения и плохой адаптации, ослаблен слух. С 1939 г. у больной прекратились менструации, она страдала мигренями. На глазном дне: соски зрительных нервов восковидные, сосуды сетчатки резко сужены, пигмент в виде костных телец на периферии в большом количестве. Зрение правого глаза равно 0,5, левого — 0,4. Чтение вблизи не нарушено. Поле зрения сужено до 15—20 градусов. С 1937 по 1942 г. получала внутрь рыбий жир несистематически.

С 20 марта 1943 г. проделано 25 инъекций водного экстракта из консервированных листьев алоэ по 1 куб. см через день. После

11 инъекций поле зрения на обоих глазах расширилось. Острота зрения обоих глаз после 25 инъекций повысилась до 0,6.

В мае 1943 г. больная получила 20 микроклизм из экстракта алоэ (через день, 1 чайная ложка экстракта на клизму). В июне острота зрения оставалась без изменения, но улучшилась адаптация. В июле зрение правого глаза снизилось до 0,4, а левого до 0,5.

С 18.VII 1943 г., после 20 инъекций экстракта алоэ по 1 куб. см ежедневно, зрение на обоих глазах снова повысилось до 0,6. Кроме того, расширилось и поле зрения.

В декабре 1943 г. во время консультации больная заявила, что у нее прекратились головные боли (мигрени), улучшился аппетит и появились менструации, которые в дальнейшем проходили регулярно. После 4-го курса лечения больная очень поправилась, стала более бодрой и могла работать.

В феврале 1944 г. проведен 5-й курс (20 инъекций экстракта алоэ по 1 куб. см через день). Поле зрения расширилось. Зрение правого глаза равно 0,6, левого 0,7. Адаптация настолько повысилась, что больная вечером свободно ориентировалась.

После 5-го курса лечения больную удалось увидеть через 4 месяца, 20 июля 1944 года. Острота зрения и поле зрения оставались без изменения на обоих глазах. Адаптация, слух и общее состояние значительно улучшились.

В данном случае, кроме инъекций экстракта алоэ, лечебное действие оказывали и микроклизмы из того же экстракта. Это наблюдение давало возможность шире применять экстракт в доступной быту форме, освобождая больного от необходимости часто посещать лечебное учреждение.

2-й случай. Больной Ш—ов, 21 года, студент. Диагноз: пигментный ретинит.

Заметил ухудшение зрения по вечерам 3 года тому назад. Обращался к врачам, но не лечился.

В декабре 1942 года при осмотре отмечено: побледнение сосков зрительного нерва, сосуды нерезко сужены. Пигмент в виде костных телец на периферии. Острота зрения на обоих глазах с коррекцией — 1,5 диоптрий равна 0,6. Поле зрения сужено до 20—25 градусов. Адаптация резко понижена, больной не может ходить один вечером. Исследование крови на люэс дало отрицательную реакцию.

С 18 декабря 1942 г. больному проделано 45 инъекций экстракта алоэ (ежедневно 2 куб. см). После 12 инъекций расширилось поле зрения, после 18 — острота зрения повысилась до 0,8 на правом глазу, после 30 — начала улучшаться и адаптация.

Через полтора месяца после 1-го курса лечения острота зрения на обоих глазах равнялась 0,8. Поле зрения расширилось.

В мае 1943 г., после 2-го курса лечения (30 инъекций по 1 куб. см ежедневно), острота зрения на обоих глазах равна 0,8. Поле зрения расширилось на 5 градусов, улучшилась адаптация.

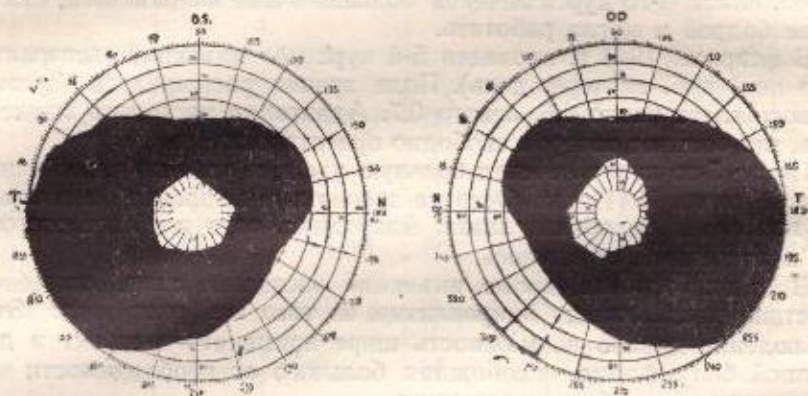
В октябре 1943 г. при осмотре больного отмечено: острота зрения правого глаза равна 0,8, левого — 0,9. Немного сузилось по-

ле зрения. Адаптация без изменения. Прodelано 30 инъекций (по 2 куб. см ежедневно), и острота зрения повысилась до 1,0. Поле зрения снова расширилось на 5—10 градусов.

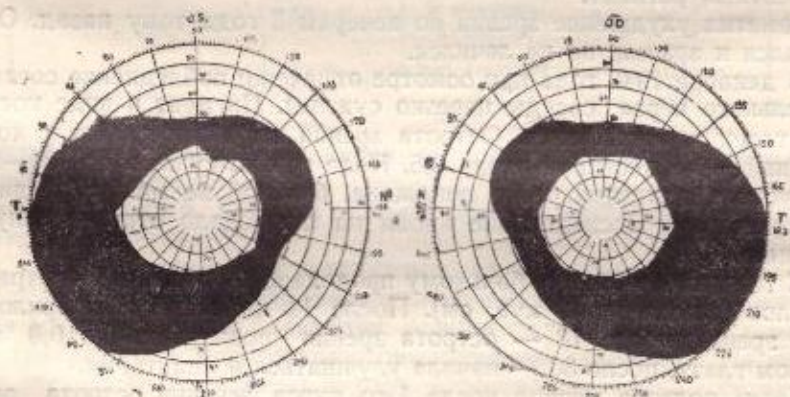
В феврале 1944 г. произведена имплантация под кожу консервированного автоклавированного листа алоэ вследствие снижения остроты зрения на обоих глазах. Одновременно проделано 15 инъекций экстракта алоэ.

В июле 1944 г., т. е. через 1 год и 5 месяцев после первого курса лечения, у больного острота зрения правого глаза равна 0,8, левого — 0,9. Поле зрения значительно расширилось и немного улучшилась адаптация.

Срок наблюдения — 1 год и 6 месяцев.



Больной Ш. До лечения.



Больной Ш. После лечения.

3-й случай. Больной Л—ко, 36 лет, служащий. Диагноз: пигментный ретинит.

Считает себя больным с 20-летнего возраста. С 1935 года ежегодно лечился переливанием крови, осмотерапией, в 1939 и 1940

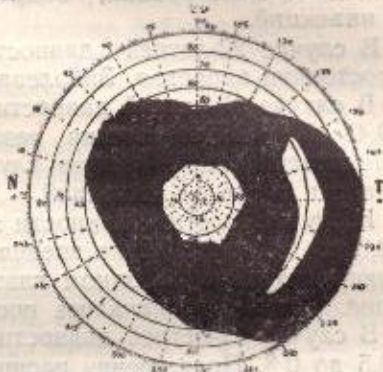
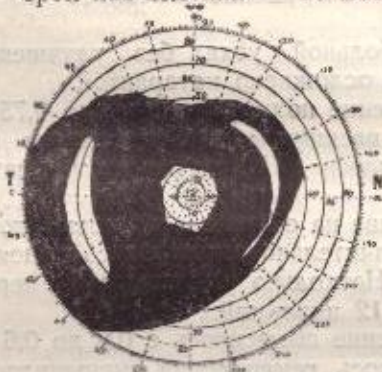
годах — инъекциями рыбьего жира. Наблюдалось улучшение. Последние два с половиной года не лечился.

Объективно: типичная картина пигментного ретинита. Зрение равно 0,8, чтение вблизи затруднено. Поле зрения сужено до 15—20 градусов. Гемералопия резко выражена.

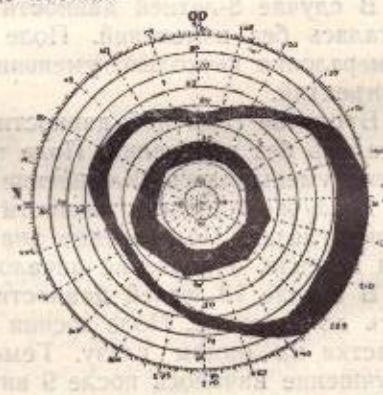
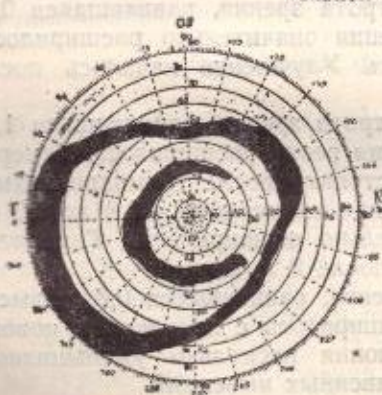
В данном случае с 13.I 1943 г. экстракт алоэ вводился внутривенно по 1 куб. см через день. Со стороны организма никаких изменений не наблюдалось. Улучшение началось после 9-й инъекции, когда расширилось поле зрения. После 15 инъекций острота зрения и гемералопия остались без изменений. Через 2 месяца — повторный курс внутривенных инъекций экстракта алоэ (15 раз через день по 1 куб. см) с последовавшим затем дальнейшим расширением поля зрения. В октябре 3-й курс лечения, поле зрения расширилось на периферии после 15 внутривенных инъекций. Через месяц острота зрения равна 1,0.

10.III 1944 г., по окончании курса лечения экстрактом алоэ, произведена имплантация консервированной автоклавированной гетерокожи. Через 2 недели больной заметил улучшение адаптации, поле зрения и острота зрения остались без дальнейших изменений.

Срок наблюдения — 11 месяцев.



Больной Л. До лечения.



Больной Л. После лечения.

Итак, мы наблюдали 12 случаев (24 глаза) пигментного ретинита, при которых применялось лечение консервированными листьями алоэ. Вот краткая сводка их:

В случае, в котором резко выраженный процесс существовал не менее 13 лет, улучшение сказалось: а) в повышении остроты зрения с 0,1 до 0,4 и с 0,2 до 0,5; б) в расширении резко суженного поля зрения и в восстановлении поля зрения в виде островков на периферии; в) в улучшении чтения вблизи; г) в улучшении вечернего зрения. Улучшение началось после 12 инъекций.

В случае 23-летней давности зрение на одном глазу повысилось с 0,1 до 0,5 и осталось без изменения на другом. Поле зрения резко расширилось и появились участки на периферии. Улучшилось чтение. Вечернее зрение настолько усилилось, что вечером больной ходит самостоятельно. Улучшение началось после 8 инъекций.

В случае с процессом, длившимся 21 год, зрение повысилось с 0,5 до 0,6 и с 0,4 до 0,7, поле зрения резко расширилось; вечернее зрение и общее состояние больной значительно улучшились. Появились менструация, бодрость. Улучшение началось после 11 инъекций.

В случае 22-летней давности больной уехал без улучшения в состоянии здоровья. Заболевание осложнено катарактой.

В случае 13-летней давности зрение поднялось с 0,4 до 0,75 и с 0,45 до 0,95. Поле зрения резко расширилось. Гемералопия не изменилась. Чтение вблизи улучшилось. Изменения к лучшему начались после 11 инъекций.

В случае 3-летней давности зрение на обоих глазах повысилось с 0,6 до 0,8 и 0,9. Поле зрения значительно расширилось с появлением островков на одном глазу. Несколько улучшилась гемералопия. Улучшение началось после 12 инъекций.

В случае 12-летней давности зрение повысилось с 0,3 до 0,6 и с 0,5 до 0,8. Поле зрения расширилось, гемералопия уменьшилась. Улучшение наступило после 10 инъекций.

В случае 8-летней давности острота зрения, равнявшаяся 0,1, осталась без изменений. Поле зрения значительно расширилось. Гемералопия несколько уменьшилась. Улучшение началось после 8 инъекций.

В случае годичной давности острога зрения, равнявшаяся 1,0, осталась без изменений. Поле зрения резко расширилось. Гемералопия уменьшилась. Улучшение наступило после 10 микроклизм.

В случае годичной давности зрение повысилось с 0,8 до 1,0 на обоих глазах. Поле зрения значительно расширилось. Гемералопия исчезла. Улучшение началось после 8 инъекций.

В случае 18-летней давности зрение, равнявшееся 0,8, повысилось до единицы. Поле зрения расширилось с появлением нового участка на одном глазу. Гемералопия несколько уменьшилась. Улучшение началось после 9 внутривенных инъекций.

В случае с давностью процесса в два с половиной года зрение повысилось с 0,2 до 1,0 и с 0,2 до 0,8. Поле зрения расширилось.

Гемералопия несколько уменьшилась. Улучшение началось после 13 инъекций.

Как видно из приведенных случаев, при лечении пигментного ретинита водным экстрактом из консервированных листьев алоэ тканевая терапия в виде подкожных инъекций или в виде микроклизм или при внутривенном введении экстракта оказывается эффективной. Улучшение наступало после 8, 10, 13 инъекций. В первую очередь расширялось поле зрения, затем повышалась острота зрения и позднее всего эффект сказывался на адаптации. Надо заметить, что лечение это проводилось повторно через каждые 2-3 месяца, так как уже к концу 3-го месяца по окончании лечения острота зрения снижалась.

Применение экстракта в виде микроклизм также действительно и очень удобно при лечении детей. Кроме того, такой вид лечения можно широко применять в районах, приглашая больного 1 раз в месяц для обследования.

Несомненную пользу приносит и комбинированное лечение. Из всего изложенного делаю следующие выводы:

1) Лечение пигментного ретинита подкожными или внутривенными инфекциями или микроклизмами из экстракта алоэ безусловно эффективно.

2) Лечение необходимо повторять каждые 3-4 месяца.

3) Лечение инъекциями можно сочетать с имплантацией листьев алоэ или других консервированных и автоклавированных тканей.

4) Лечебное действие экстракта алоэ сказывается не только на функциях глаза, но и на общем состоянии организма (повышение аппетита, улучшение слуха, регуляция менструаций).

Остается невыясненным вопрос об отдаленных результатах лечения. В наших случаях срок наблюдения колебался от 7 месяцев до 1 года 6 месяцев. Иногда замечались снижения результата, но повторное лечение восстанавливало его. По предварительному нашему заключению, курсы лечения надо продолжать очень долго.

Возможна ли окончательная остановка процесса с прекращением лечения — сказать нельзя, но благотворное влияние лечения алоэ несомненно.

5. Атрофия зрительного нерва

Не останавливаясь на разных методах лечения атрофии зрительного нерва различной этиологии, подчеркну, что академик Филатов с учениками (Скородинская, Бушмич) наблюдали действие тканевой терапии в 100 с лишним случаях атрофии зрительного нерва. С 1942 года мы начали применять при лечении этого тяжелого глазного поражения водный экстракт из консервированных листьев алоэ, имея в виду воздействие на общее состояние организма в борьбе с местным процессом. Всего под наблюдением было 12 больных (24 глаза). Из них у 7 больных (14 глаз) поражение наступило после отравления метиловым спиртом, в двух случаях (4 глаза) — после перенесенного сыпного тифа, в одном слу-

чае — после травмы и в двух случаях после отравления плазмидом. Наиболее тяжелые случаи наблюдались у больных, потерявших зрение на почве интоксикации метиловым спиртом. До лечения больные подвергались исследованию остроты зрения и поля зрения. Сроки наблюдения считались после окончания 1-го курса лечения.

Водный экстракт алоэ при атрофии зрительного нерва

№№	Фамилия	Причина атрофии	Какой глаз	Давность процесса	Начало тканевого лечения	Общее количество инъекций	Результат	Начало улучшения	Острота зрения до лечения	Острота зрения после лечения	Сроки наблюдения и повторное лечение
1	Ч—ов	Интокс. мет. спирт.	Од	9 м.	август 1942 г.	40	+	26 инъекц.	пр 0,02 лев 0	0,06 0	8 мес. (2 к.)
2	Т—ко	"	"	2 м.	2-II-43 г.	50	+		пр 0 лев 0,02	0,005 0,1	18 м. (3 к.)
3	Д—ва	После сыпн. тифа	"	1 м.	10-III-43г.	29	+	12 инъекц.	пр 0,1 лев 0,3	0,7 1,0	13 м. (3 к.)
4	Б—ов	"	"	1 1/2 м.	2-IV-43 г.	15	+	6	пр 0,5 лев 0,8	0,8 1,0	4 м. (1 к.)
5	М—ко	Малярия плазм. отр.	"	4 м.	5-I-42 г.	30	+	17	0,08	0,3	15 м. (3 к.)
6	Ц—ч	"	"	2 м.	1-II-43 г.	15	+		од—0,1	0,3	3 м.
7	С—в	Травма с IX 1943 г.	"	5 м.	15-II-43 г.	25	+	13	0,08 0,06	0,45 0,5	9 м. (3 к.)

В 5 случаях атрофии зрительного нерва на почве интоксикации метиловым спиртом с давностью процесса 1 год и выше мы успеха не имели.

1-й случай. Больная Д—ва, студентка. Диагноз: атрофия зрительного нерва.

Больная перенесла сыпной тиф в феврале 1942 г., в конце марта заметила ухудшение зрения и обратилась в поликлинику. Были подобраны очки для дали, так как у больной обнаружилась миопия в 2,0 диоптрии. Однако, состояние глаз ухудшалось и в августе 1942 г. мной было найдено на обоих глазах побледнение сосков зрительного нерва, острота зрения правого глаза равна 0,1 с кор. — 2,0 диоптрии и на левом — 0,3 с кор. — 2,0 диоптрии. Поле зрения сужено до 20 градусов на обоих глазах. Чтение вблизи затруднено. Исследование легких фтизиатром изменений не обнаружило. Малярией больная не страдала.

С 10.VIII 1942 г., после лечения экстрактом алоэ в виде инъекций, зрение на обоих глазах повысилось до 0,7 и поле зрения расширилось, но чтение было затруднено. Улучшение началось после 12 инъекций (поле зрения расширилось на 10 градусов). После 15 инъекций острота зрения повысилась до 0,45, а после 25 (по 1 куб. см ежедневно) острота зрения правого глаза с прежней

зрения на цвета расширилось на обоих глазах и на белый цвет — на правом глазу. После 10 инъекций зрение правого глаза равно 0,7, после 15 — зрение левого глаза равно 1,0. Поле зрения на цвета в пределах нормы. Чтение затруднено. Через 3 недели снова проделано 15 инъекций внутривенно. Зрение повысилось до 0,8, поле зрения — норма. На левом глазу зрение равно 1,0, поле зрения — норма. Чтение вблизи стало свободным, без утомления.

В августе 1943 г. состояние функций глаз не изменилось. Больной призван на военную службу.

Срок наблюдения — 4 месяца.

Итак, из 12 больных (24 глаза) мы получили хороший результат у 7 (на 11 глазах) и у 5 больных лечение инъекциями экстракта алоэ успеха не дало. Правда, это были тяжелые случаи на почве отравления метиловым спиртом с давностью процесса не менее года.

В 7 случаях (14 глаз) после лечения экстрактом алоэ успех отмечен на 11 глазах. Кроме повышения остроты зрения, наблюдалось расширение поля зрения; чтение же вблизи улучшилось только у 2-х больных. Интересно отметить, что улучшение наступило после 12—25 инъекций. Реакция со стороны пораженной ткани, а в данном случае зрительного нерва, наступила после длительного лечения. Особенно тяжелыми были поражения при атрофии зрительного нерва после отравления, однако в 2 из этих 7 безнадежных случаев эффект лечения экстрактом алоэ был положительным. Особенный интерес представляет больной, у которого на левом глазу зрение равнялось 0, а после 20 инъекций — 0,005. В данном случае нервная ткань не совсем еще погибла и оказалось возможным путем введения экстракта частично вернуть этой ткани ее функции.

В одном случае введение экстракта не дало эффекта, однако, после имплантации автоклавированной консервированной ткани быстро наступило улучшение. Такое сочетание различных видов тканевой терапии нередко приводит к хорошему результату и дает возможность достигнуть успеха в самых безнадежных случаях.

Глава V

О ЛЕЧЕБНОМ ПРИМЕНЕНИИ ВОДНОГО ЭКСТРАКТА АЛОЭ ПРИ НЕГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Тканевая терапия в виде инъекций экстрактов, трансплантаций и имплантаций консервированных тканей животного происхождения в целом ряде заболеваний оказывала значительное лечебное действие.

Наши данные о лечении глазных болезней (глава IV), несомненно, отмечают хороший эффект при введении в организм водного экстракта алоэ в целом ряде воспалительных и дегенеративных процессов органа зрения.

Интересно было испытать лечебное действие консервированных в темноте листьев алоэ и при неглазных заболеваниях. По этому вопросу я располагаю следующими материалами.

Водный экстракт из консервированных листьев алоэ
при неглазных заболеваниях

№№ п. п.	Наименование заболевания	Количество случаев	Количество успешных случаев
1	Пендинская язва	12	12
2	Незаживающие язвы	6	6
3	Туберкулезные поражения, скрофулодермия .	3	3
4	Язва гортани	1	1
5	Волчанка	2	2
6	Псориаз	3	3
7	Экзема век	3	2

1. Кожный лейшманиоз (пендинская язва)

В Средней Азии мы применили водный экстракт из консервированных листьев алоэ в форме инъекций при пендинской язве. Кожный лейшманиоз был известен уже в глубокой древности. Описание язв, появившихся, как думали, от укуса мухи или после купанья, имеется в книге Яддур Веги (IV столетие до нашей эры). По Гейденрейху, кожный лейшманиоз был распространен в войсках персов, ассирийцев и греков.

Европейские врачи впервые описали тропическую или восточную язву в XVIII веке. После того, как Лейшман открыл паразита при кала-азар и Боровский — того же паразита при кожном лейшманиозе, по предложению Лаверана, начали диагностировать бактериологически лейшманиоз внутренних органов (кала-азар) и кожи (кожный лейшманиоз). Этот последний у французов носит название *bouton d'Alger*.

Среди населения стран, в которых распространено это заболевание (Африка, Азия, Америка, отчасти Европа), имеется много названий для него. В Средней Азии оно известно под именем «пендинской, кокандской, ашхабадской язвы». Среди населения оно носит название «паша-курда» — укус мухи.

В своей книге «Клиника кожного лейшманиоза» проф. Кожевников говорит, что в Средней Азии для многих специалистов вопрос о существовании двух разных типов кожного лейшманиоза ясен, однако, он до сих пор не получил общего признания. Основная причина неясностей в затронутом вопросе заключается в том, что анализ обоих типов кожного лейшманиоза не доведен до конца. Не останавливаясь подробно на клиническом описании обоих

типов, охарактеризуем, по Кожевникову, особенности каждого из них в отдельности.

Первый тип кожного лейшманиоза известен под именем папулезной, сухой, хронической формы, поздно изъязвляющейся. Инкубация затяжная — от 2 месяцев до 1 года и более. Стадия нераспавшегося бугорка тянется много месяцев. Процесс затягивается до 1 года и больше. Лимфангоиты редки (10 проц.). Обилие лейшманий.

Второй тип — остронекротизирующий. Инкубационный период более короткий (1—6 недель), быстро наступает некроз. Лимфангоиты часты (70 проц. и более). К изъязвившимся бугоркам присоединяется вторичная инфекция, что еще более ухудшает течение процесса. Язва увеличивается в размере, покрывается коркой. Если снять корку, то обнажается язва с подрытыми краями. Дно покрыто бледными, легко кровоточащими разрастаниями. Кожа вокруг язв и бугорков уплотнена, синеватокрасного цвета. Из осложнений надо отметить обычные при язвах лимфангоиты, лимфадениты и флегмоны. По ходу лимфатических сосудов появляются узелки в виде горошин, плотных на-ощупь, красноватого цвета с фиолетовым оттенком. При пальпации ощущаются они в виде шнуров или четок.

Обширный арсенал средств для лечения кожного лейшманиоза можно разделить на три группы:

- 1) хирургическую,
- 2) электросветовую,
- 3) лекарственную.

Иссечение язв, прижигание CO_2 , диатермокоагуляция, освещение лампой Кромайера, присыпание язв порошком марганцевого калия, различные мази, пасты, интрадермальные инъекции эфира, внутривенное введение 1-2-процентного раствора сурьмы, акрихин, стрептоцид — все эти методы не всегда дают успех, а также не предотвращают рецидива указанного заболевания.

По вопросу о лечении кожного лейшманиоза мнения авторов расходятся: одни считают те или иные способы местного и общего лечения более или менее действенными, другие высказываются крайне пессимистически.

С таким взглядом мы не можем, конечно, согласиться, так как кожный лейшманиоз нередко выводит из строя трудящихся, и борьба с ним необходима.

Я не имею в виду анализировать проблему лечения кожного лейшманиоза, как таковую. Моя задача — выяснить, как может повлиять на кожный лейшманиоз введение в организм водного экстракта из консервированных в темноте листьев алоэ. Что тканевая терапия в других формах (при применении препаратов животного происхождения) дает при этом замечательный терапевтический эффект, известно из работ академика В. П. Филатова. Интересно было выяснить действие алоэ и других растительных материалов при рассматриваемом поражении. Вопрос этот был уже затронут академиком Филатовым.

Экстракт алоэ вводили подкожно вблизи язв или в отдалении от них. Одноразовая доза от 1 до 6 куб. см. Инъекции производились ежедневно или через день-два. Курс 25—40 инъекций. В отдельных случаях наряду с ними применялась имплантация под

Водный экстракт алоэ при пендинской язве

№№ п. п.	Фамилия	Количество язв	Длительн. процесса	Начало лечения	К-во инъекций до улучшения	Начало очищения язв	Начало эпителизации язв	Нач. уменьш. инфильтрации	К-во инъекций до заживл. язв	Общее колич. инъекций	Срок наблюдения	Бактериологический анализ	Форма	Имплантация алоэ
1	Д-ов	3	2 м.	4-12 42 г.	2-5	1	2-8	19	19	25	12 м.	+	о. н.	
2	Р-ов	2	6 м.	4-3 42 г.	2-6	2	3	4	16	25	10 м.	+	сух. п. и.	
3	А-ов	14	1 м.	30-9 42 г.	2	9	14	9	21	25	6 м.	+	о. н.	
4	А-ков	22	1 м.	•	5	6	12	8	25	25	3 м.	+	о. н.	
5	Г-ов	19	1 м.	•	2	5	10	5	21	28	3 м.	+	о. н.	
6	П-ова	3	11 м.	17-6 42 г.	11	—	15	11	30	35	12 м.	—	сух. п. и.	
7	М-ва	1	1 м.	25-7 42 г.	10	—	20	23	30	42	8 м.	+	сух. п. и.	
8	З-берг	2	8 м.	2-12 44 г.	8	13	18	13	32	38	3 м.	+	о. н.	2
9	З-берг	2	8 м.	•	9	15	23	9	25	32	3 м.	+	о. н.	1
10	Ищ-ко	2	18 м.	25-11 44 г.	5	9	17	8	35	35	4 м.	+	сух. п. и.	1
11	Б-ва	2	12 м.	19-2 45 г.	11	11	18	11	32	32	15 м.	+	сух. п. и.	2
12	Дюр-р	3	13 м.	25-12 44 г.	13	15	19	15	37	44	4 м.	+	сух. п. и.	

кожу консервированного 15 суток листа алоэ (6—8 кв. см). У всех больных исследовали реакцию крови по Вассерману и Пирке, исследовали соскоб язвы на присутствие лейшманий. Больные находились под непосредственным наблюдением академика Филатова и дерматолога проф. А. А. Фельдмана, который устанавливал диагноз и подтверждал момент выздоровления. Наблюдения, кроме записи в историю болезни, отмечались на учетной карточке. Сроки наблюдения отмечены после 1-го курса лечения по заживлению язв.

Под моим наблюдением находилось 12 больных У 5 из них был 1-й, т. е. поздно изъязвляющийся тип лейшманиоза, у осталь-

ных 7 — остронекротическая форма. Из 12 случаев во всех наступило выздоровление.

Перехожу к описанию заболеваний кожным лейшманиозом, при лечении которых применялся автоклавированный водный экстракт из консервированных листьев алоэ.

1-й случай. Больной А—ов, курсант КМУ, 18 лет, ист. бол. № 2675. Диагноз: кожный лейшманиоз.

Заболел в августе 1943 года (в июле работал на лесозаготовках вблизи Тахта-базар в Средней Азии).

На теле появились прыщики с сильным зудом, которые постепенно превратились в язвы. Больной лечился примочками из марганцевокислого калия.

В области шеи за правым ухом обнаружено 5 язв (3 по $0,5 \times 0,5$ см, 1 — $1 \times 0,5$ см и 1 — $2,5 \times 2$ см). На ушной раковине 2 язвы $0,5 \times 0,5$ см. На шее и подбородке — 2 язвы: 2×1 см и $1,5 \times 1$ см. Подчелюстные железы увеличены, плотны и болезненны, на лбу слева, на границе с волосистой частью, гнойный инфильтрат (намечается язва) и язва с сухой коркой ($0,5 \times 0,5$ см). На правом предплечье в нижней трети на тыльной и ладонной поверхности — 3 язвы ($2 \times 1,5$ см, $3,5 \times 2,5$ см и $2,5 \times 2$ см). На правом предплечье до локтевого сгиба — инфильтраты в виде узлов величиной с фасоль, болезненны. На левой кисти у основания 3-го пальца имеются слившиеся вместе 3 язвы размером 2×1 см. Движения 3-го и 4-го пальцев ограничены и болезненны.



Больной А—ов.
До тканевого лечения.



Больной А—ов.
После 25 инъекций
экстракта алоэ.

На тыле кисти в области запястья расположена язва величиной 3×2 см. У радиального края на тыле левой кисти в нижней трети левого предплечья имеются 2 язвы ($5 \times 4,5$ и 2×2 см) неправильной формы. Функция лучезапястного сустава резко ограничена. На внутренней поверхности левого предплечья четкообразные ин-

Филтраты по ходу лимфатических сосудов, очень болезненны. Бактериологически установлено наличие лейшманий.

Лечение инъекциями экстракта алоэ начато 30.IX и уже после первых инъекций язвы стали суше, улучшились сон и аппетит. После 6 инъекций отделяемого стало меньше, язвы плоские и суше. Кожа вокруг них менее гиперемирована и инфильтрирована.

14.X проф. Фельдман и академик Филатов отметили значительное улучшение. 25.X заметна эпителизация язв после 12 инъекций. После 25 инъекций (23.XI) все язвы зажили, и только отдельные инфильтраты на животе еще прощупываются. Подчелюстные железы не прощупываются. Функции лучезапястного сустава свободны, инфильтраты рассосались.

2-й с л у ч а й. Боец Г—нов, 19 лет, ист. бол. № 2373. Диагноз: кожный лейшманиоз.

Заболел в августе 1943 года после пребывания в Тахта-базаре. Лечился примочками из марганцевокислого калия. У больного имелось 19 язв с инфильтрированными неровными краями. Дно язв открыто разрешениями с обильным гнойным отделяемым, язвы покрыты гнойной коркой. В госпиталь поступил 28.IX 1943 года.

Язвы располагались: на лбу — размером $1,0 \times 0,5$ см; на правом виске — $2 \times 1,5$ см; на правой ушной раковине — $1,5 \times 1$ см, за ушной раковиной железа увеличена и болезненна при пальпации; в области верхнего края челюсти язва величиной $2 \times 1,5$ см с резко приподнятым краем и кратерообразным дном; на подбородке слева — $2,5 \times 2$ см; в области левого плечевого сустава спереди — большая язва $6,5 \times 3$ см.; подчелюстная железа увеличена и болезненна, на левом боку посредине аксилярной линии, на границе 10-го ребра, язва $6,0 \times 1$ см, кнаружи от нее расположены четкообразные инфильтраты величиной с фасоль до верхнего края 4-го ребра, болезненны при пальпации; в эпигастральной области и несколько книзу справа — 2 большие язвы 7×2 см и $4 \times 1,5$ см; к подмышечной впадине от этих язв идут инфильтраты в виде четок, болезненные при пальпации; под соском справа — язва 5×2 см; на левой голени сзади в нижней трети имеются 2 язвы размером $2 \times 1,5$ см и 1×1 см; на тыле левой стопы 2 язвы, наполненные грауляциями, возле них инфильтрат величиной с горошину; на втором пальце левой стопы 4 маленьких язвы $0,1 \times 0,1$ см; на внутренней поверхности обоих предплечий на нижней трети — по язве размером 2×1 см.

Кожа вокруг всех язв гиперемирована, инфильтрирована. Бактериологически установлено наличие лейшманий.

Лечение инъекциями экстракта алоэ начато 30.IX 1943 г. После 2 инъекций под кожу язвы стали суше, особенно 7, 8 и 9-я. После 3 инъекций кожа вокруг них менее инфильтрирована и менее болезненна. После 5-й инъекции (8.X) общее состояние больного улучшилось, железы возле язв уменьшились в размере и стали менее болезненными. Отделяемого меньше, края язв плоские. Больной начал спать (раньше из-за болей не мог спать). После 7 инъекций язвы стали суше. Вокруг язвы на груди кожа в области инфильтратов больше гиперемирована.

14.X больной осмотрен проф. Фельдманом и академиком Филатовым. Установлено значительное улучшение язв: инфильтрация кожи вокруг них уменьшилась, отделяемого стало меньше, отдельные язвы начали эпителизоваться.

После 14 инъекций гнойные корки отошли и началась эпителизация всех язв. Интересно, что она шла одновременно в центре и с краев язв.

После 21 инъекции все язвы зажили, инфильтраты рассосались.



Больной Г—ов.
До тканевого лечения.

Больной Г—ов,
После 25 инъекций экстракта алоэ.

3-й случай. Больная Б—ва, 75 лет, иждивенка. Диагноз: кожный лейшманиоз.

2 раза проживала в Туркмении. По приезде в Одессу, в августе 1944 года заметила покраснение левой щеки, и на коже тыльной стороны левой кисти появилось красное пятно. На щеке и на руке кожа стала более плотной, появилось шелушение, а в январе на руке на среднем пальце началось изъязвление. 15.II 1945 года больная направлена проф. Фельдманом для тканевого лечения с диагнозом кожного лейшманиоза (поздно изъязвляющаяся форма). Бактериологически диагноз подтвержден.

Объективно отмечено: На левой щеке кожа яркочерного цвета, сильно инфильтрирована, вся поверхность ее лоснящаяся, имеются белесоватые чешуйки. На левой руке кожа тыльной поверхности сильно инфильтрирована, местами видны трещины и чешуйки. На среднем пальце — язва размером 2×3 см с сухой гнойной коркой, по ходу лимфатических сосудов — узлы величиной с горошину и с грецкий орех, болезненные. Больная не может работать.

19.II 1945 г. начато лечение инъекциями водного экстракта алоэ по 2 куб. см ежедневно. После 11 инъекций инфильтрация кожи на руке и на щеке значительно уменьшилась. Явления лимфаденита ослабели, четкообразные инфильтраты стали меньше и мягче наощупь. На язве пальца корки отошли и после 18 инъекций она стала эпителизоваться. Последующие инъекции благотворно действовали на рассасывание инфильтратов. Площадь инфильтрации и покраснение кожи после 22 инъекций уменьшились вдвое, на коже щеки появились складочки. Язва на пальце зажила после

32 инъекций, несмотря на травму руки. После 32 инъекций произведена имплантация под кожу кусочка консервированного автоклавированного листа алоэ. Процесс рассасывания инфильтрата на коже не дал возможности развиться язве. Явления лимфаденита значительно улучшились. Большие узлы рассосались. Рука стала сгибаться (ранее сгибание было ограничено). Поверхность кожи остается еще неровной и сухой. По предложению академика Филатова, больной была назначена 1-процентная мазь из порошка консервированных листьев алоэ для смазывания кожи руки. Через 2 недели после первой имплантации, повторно имплантировали кусок консервированной и автоклавированной кожи. Через 5 дней после этого на щеке, на месте бывшего инфильтрата, осталось небольшое розовое пятно размером 0,5 см. На руке имеется сухость кожи. В начале апреля больная была укушена собакой в щеку в области бывшего процесса. На месте укуса появилось изъязвление величиной 3×4 мм, покрытое кровянистым стустком. Больная продолжает лечиться.

В моем материале по применению экстракта из консервированных листьев алоэ при пендинской язве описаны 12 случаев. Все они закончились выздоровлением.

Из данных наблюдений я считаю нужным подчеркнуть следующее: больные поступали на лечение подкожными инъекциями экстракта алоэ в сроки от 1 до 8 месяцев с момента заболевания в случаях остронекротической формы, а при поздно изъязвляющейся форме — и свыше года. Заболевание представлялось настолько типичным, что в диагнозе не было никакого сомнения. Его устанавливали опытные специалисты (проф. Фельдман и д-р Сорокин). Большая часть диагнозов подтверждена бактериологическими исследованиями.

Большинство больных страдало остронекротической формой кожного лейшманноза. Из 12 в 5 случаях была установлена поздно изъязвляющаяся форма (ашчабадка). Количество язв: в 3-х случаях — 1, в 4-х — 2, в 2-х — 3, в 1 — 14, в 1 — 19, в 1 — 22, в 1 — 5 и в 1 — форма неизъязвляющаяся.

Инъекции производились или в избранном месте под кожу плеча или вблизи одной из язв, но близость инъекций к язве не давала никаких преимуществ в отношении ее заживления. Инъекции делались через день или ежедневно. Если выздоровление и наступало, то все же их продолжали, чтобы ускорить рассасывание инфильтратов и достигнуть развития нежного рубца. Сравнение со случаями пендинки, которую лечили сурьмой, прижиганиями или совершенно не лечили (кроме других форм тканевой терапии), показало преимущество инъекций алоэ.

Количество инъекций до начала улучшения процесса колебалось от 2 до 11. Началом улучшения мы считали очищение язв от гнойного отделяемого, уменьшение болей и болезненности, подсыхание язв и улучшение общего самочувствия больных. Эпителизация начиналась несколько позднее указанных признаков, в сроки 2—8—10—12—18 суток. Начало улучшения отмечалось не на всех язвах

сразу. Эпителизация шла с периферии и с середины язвы. Для заживления всех язв требовалось 16 — 19 — 21 — 30 — 35 инъекций. 32 и 35 инъекций были применены при лечении язв с поздно изъязвляющейся (сухой) формой.

Мы могли отметить, что имеющиеся бугорки с наклоном к изъязвлению рассасывались под влиянием инъекций алоэ.

Наблюдения с момента заживления язв продолжались от 3 месяцев до 1 года.

Приведенные данные с несомненностью говорят о том, что инъекции водного экстракта консервированных в темноте листьев алоэ оказывают целебное действие на кожный лейшманиоз в его остро-некротической форме. Ашхабадская пендинка, которую 8 месяцев безрезультатно лечили акрихином, была ликвидирована инъекциями алоэ.

Сравнивая эффекты от лечения алоэ с результатами лечения другими видами тканевой терапии, мы видим сходство их. К случаям терапии экстрактом алоэ следует присоединить и случай лечения кожного лейшманиоза экстрактом из проростков гороха «Маша».

2. Незаживающие язвы (травматические и после отморожения)

Лечение незаживающих язв, развившихся после травмы, так часто встречающихся у бойцов, представляет собой трудную задачу, особенно, если такие язвы комбинированы с остеомиелитом. Я не имею в виду излагать здесь все способы этого лечения. Их очень много и они далеко не всегда приводят к скорому выздоровлению. Об этом свидетельствует обилие язвенных больных, проводящих в госпиталях длительное время. Я поставила себе задачей выяснить, могут ли инъекции экстракта алоэ способствовать заживлению язв. Что другие виды тканевой терапии полезны в этом отношении, доказано наблюдениями академика В. П. Филатова и его школы.

Для наблюдения выбраны случаи без остеомиелита, так как язвы на почве последнего требовали бы комбинированного лечения (операции). Аналогичная задача была поставлена и для испытаний алоэ при язвах на почве отморожений; в этих случаях заранее приходилось считаться с вероятностью ампутации остатков пальцев.

а) Случаи незаживающих язв после травм

1-й случай. Боец Кон—ко. Поступил в хирургическое отделение по поводу рваной раны на спине после ранения 25.VII 1941 г.

Рана на спине размером 25×6 см до 15.XII 1941 г. под влиянием повязок и мазей уменьшилась до размеров 16×6 см. Грануляции пышно разрослись, и эпителизация прекратилась.

С 15.X 1941 г. начали применять инъекции экстракта из консервированных листьев алоэ. Его вводили вблизи раны по 2 куб. см. После 2 инъекций отделяемого стало меньше, после 6 инъекций (14 дней) язва уменьшилась до размеров $5 \times 1,5$ см, а после 11 инъекций рана совершенно закрылась.

Срок наблюдения — 2 месяца.

2-й случай. Боец Д—ов. Поступил по поводу ранения правой голени осколком снаряда.

Размер раны 8×6 см с обильным гнойным отделяемым и крупными вялыми грануляциями. Вокруг язвы — зона гиперемизированной кожи шириной 3 см. Рентгеновский снимок показал: инородных тел и повреждений кости нет. Рана не заживала в течение 30 дней при применении мази Вишневского и освещении горным солнцем. Больной жаловался на боли в ноге, из-за чего не мог спать.

С 21.X 1942 г. начаты инъекции экстракта алоэ по 2 куб. см через день-два. После 8 инъекций боли значительно уменьшились, отделяемого стало меньше, грануляции стали более розового цвета. Гиперемия кожи уменьшилась, началась эпителизация в виде наползания эпителия с краев. После 12 инъекций рана закрылась, и через 2 недели больной выписан в часть.

Срок наблюдения — 9 месяцев после окончания 1-го курса лечения.

б) Язвы после отморожений

1-й случай. Боец Ш. Поступил 12.IV 1942 г. с незаживающей в течение трех месяцев язвой правой стопы на почве отморожения. Пальцы удалены. Язва имела в длину 7,5 см и в ширину 2 см с обильным отделяемым, грануляции вялые, сильные боли в ноге.

14.IV начато лечение экстрактом алоэ по 3 куб. см через день. После 2-х инъекций отделяемого стало меньше. После 4-х инъекций (25.IV) боли в ноге уменьшились. После 8 инъекций (14.V) наступило значительное улучшение: отделяемого нет, грануляции стали более розового цвета, размер язвы $3 \times 0,5$ см, боли прошли, сон хороший. После 12 инъекций язва зажила и больной выписан здоровым 18.VI 1942 г.

Срок наблюдения — 2 месяца.

3. Туберкулезные поражения

Академик В. П. Филатов в ряде статей и в своей книге «Тканевая терапия» (Ташкент, 1943 г.) приводит данные, свидетельствующие о том, что тканевая терапия в различных формах, несомненно, действует благоприятно на течение туберкулезных процессов (волчанки, язвы гортани, язвы кожи, туберкулеза легких, экспериментального туберкулеза у кроликов). По предложению академика Филатова, я провела ряд наблюдений над применением алоэ при глазных заболеваниях туберкулезного характера. Они показали большое терапевтическое значение алоэ. Данный материал следовало, конечно, дополнить исследованиями действия алоэ при неглазных туберкулезных поражениях.

Приведу результаты наших наблюдений.

а) Скрофулодерма

1-й случай. Больная К—ма, 24 лет, служащая. Диагноз: скрофулодерма.

Страдает поражением кожи в области шеи. Имеются 3 свища с

обильным гнойным отделяемым и инфильтрацией. Движения шеи вправо и влево болезненны и ограничены. В течение последних 2 месяцев температура 37,5—38 градусов.

С марта 1943 г. больная подвергалась лечению ультрафиолетовыми и рентген-лучами, но безуспешно. 2-го сентября 1943 г. она обратилась к академику Филатову. После осмотра фтизиатром (в легких изменений нет) и дерматологом проф. Фельдманом, с 7-го сентября ей стали вводить подкожно через день экстракт алоэ: 5 инъекций по 0,5 куб. см и 20 — по 1 куб. см. После инъекций температура в пределах нормы, инфильтрация кожи уменьшилась, движения головы в обе стороны стали свободнее, количество отделяемого в первые дни инъекций увеличилось, но после 15 инъекций уменьшилось, и на передней поверхности шеи закрылся свищ. После 20 инъекций закрылись все свищи. Рубцы на месте их темно-красного цвета, инфильтрация кожи исчезла. Больная свободно вращает голову.

В конце ноября проведен 2-й курс лечения (30 инъекций по 0,5 куб. см через день). При осмотре больной в январе 1944 г. отмечено: свищи закрыты, рубцы на месте их более бледного цвета, наощупь мягкие. Больная не носит повязки на шею, как это было при свищах; бодрa и работает. В марте — 3-й курс лечения (30 инъекций) и в июне — 4-й курс (также 30 инъекций). За время наблюдения, с сентября 1943 г. по сентябрь 1944 г., свищи не открывались, железы не были уплотнены, рубцы рассосались, общее состояние улучшилось. Больная работает. Эффект лечения был несомненным.

Срок наблюдения — 10 месяцев после окончания 1-го курса лечения.



Больная К—ма. До лечения.



Больная К—ма. После лечения.

2-й случай. Больная Абр—н, 11 лет, ученица. Диагноз: скрофулодерма.

3.11 1943 г. в тубдиспансере д-р Максимчук обнаружил туберкулез шейных желез. В апреле 1943 г. железы прощупывались в виде

плотного конгломерата с обеих сторон. На голове и на ушах имелись отдельные язвы с гнойным отделяемым. Рентгеноскопия легких: изменений нет. Температура 37—37,2 градуса. Девочка очень худая, бледная, аппетит и сон плохие. Дополнительное исследование на глисты дало отрицательный результат. Так как ребенка не могли приводить для лечения, то вместо инъекций я назначила микроклизмы из экстракта алоэ. Всего с 5.II 1943 г. проделано 30 микроклизм (через день, одна чайная ложка экстракта на клизму). После 7 таких процедур улучшился аппетит, после 10—железы наощупь стали менее плотны, и инфильтрация их постепенно рассасывалась. После 20 микроклизм установилась нормальная температура. Ребенок стал хорошо спать, прибавил в весе. После 30 процедур железы значительно уменьшились и уже едва прощупывались. Больная стала веселой, бодрой, через 2 недели после окончания лечения начала заниматься в школе.

В дальнейшем каждые 2 месяца в течение года мать повторяла лечение экстрактом в виде микроклизм.

За время наблюдения девочка очень поправилась и оставалась бодрой.

Срок наблюдения — 1 год и 6 месяцев после окончания 1-го курса лечения.

б) Туберкулез гортани

1-й случай. Больная Б—ва. Диагноз: язва гортани.

У больной имелось поражение туберкулезным процессом гортани, легких и почек (одна почка удалена в ноябре 1939 г.). В семье брат, сестра и мать умерли от туберкулеза легких. В феврале 1942 г. больная обратилась к академику Филатову с настойчивой просьбой провести тканевое лечение. По данным ларинголога (д-ра Рубинштейна), у нее имелся язвенный процесс (2 язвы) в гортани.

В течение двух с половиной лет после удаления почки, особенно последние 3 месяца до тканевого лечения, в моче обнаруживалась кровь в большом количестве, ощущались боли в мочевом пузыре, и частые мочеиспускания затрудняли ходьбу и возможность работать. Больная жаловалась на боль в горле. Исследование мочи: белка — 1,5 проц.; кровь — РОЭ 45.

С 18 февраля 1942 г. проведен курс лечения — 30 инъекций экстракта алоэ по 0,5-1 куб. см через день. После 10 инъекций отмечено улучшение: боли в горле уменьшились, крови в моче стало меньше, боли в мочевом пузыре прекратились. Повысился аппетит. После 20 инъекций больной стало легче глотать и говорить. Общее состояние улучшилось, температура по вечерам 37,6—37,8 (раньше 38—39 градусов). После 30 инъекций одна язвочка в гортани зажила совсем, другая — на три четверти. Больная стала бодрее, боли в мочевом пузыре за это время не появлялись. Самочувствие в марте и апреле лучше, чем было зимой (условия жизни оставались без изменений).

В мае проделан 2-й курс лечения (30 инъекций), после чего больная прекрасно поправилась. Язвы в гортани заэпителизовались,

приступов болей в почке, какие бывали до тканевого лечения, уже 3 месяца нет. Больная прибавила в весе 2 килограмма. Летнюю жару в Ташкенте перенесла в этом году легче (раньше процесс обострялся именно в жаркую погоду).

В сентябре — 3-й курс лечения (25 инъекций по 1 куб. см через день). Состояние почки улучшилось. Белка в моче — 0,33 проц. Больная настолько поправилась, что в январе 1943 г. начала работать stenografistкой. С 10.I по 26.I 1943 г. приняла 4-й курс лечения (15 инъекций по 1 куб. см ежедневно).

По данным ларинголога (д-ра Рубинштейна), еще в марте 1942 г., после 1-го курса лечения, отмечено улучшение: изъязвлений в глотке нет, но имеется инфильтрация. Значительное улучшение наступило в сентябре: изъязвлений и свежих очагов нет, со стороны легких — рубцевание.

Срок наблюдения — 10 месяцев.

в) Волчанка

1-й случай. Больная Г—х, 29 лет. Диагноз: волчанка носа.

В марте 1944 г. больная обратилась по поводу красной волчанки. Нижняя половина носа немного отечна, яркокрасного цвета, границы поражения зигзагообразные с чешуйками. Больна 2 года. Ежегодно процесс обострялся в летнее время и прогрессировал (с маленького пятнышка на конце носа).

С 3.III 1943 г. больной начали вводить алоэ по 1 куб. см через день. Кожа стала более бледной после 14 инъекций и значительно побледнела после 25 инъекций. Больная прекратила посещения из-за работы в поле. В конце июня она явилась с тем же состоянием кожи на носу, какое было после 25 инъекций экстракта, и заявила, что обычного ухудшения, наблюдавшегося в яркое солнечное время, нет. Больная не имела возможности принять курс инъекций экстракта, и ей произведена была имплантация под кожу кусочка консервированного автоклавированного листа алоэ. Через 5 дней заметно уменьшилось оставшееся воспаление кожи. При осмотре дерматологом в сентябре отмечен успех лечения. Через месяц больная получила возможность подвергнуться инъекциям алоэ. До апреля 1944 г. она систематически проводила это лечение (3 раза по 20 инъекций). В настоящее время пациентка здорова, и рецидива за время наблюдения не было.

Срок наблюдения — 11 месяцев.

Все приведенные случаи с несомненностью говорят о следующем:

1) При скрофулодерме действие алоэ очень эффективно: не только скоро закрылись свищи, но и самые рубцы уплостились и частично рассосались, а главное, рецидива не было в течение значительного срока.

2) При лечении волчанки, этого упорного заболевания с частыми рецидивами, также успешно применялся препарат алоэ.

3) Случай туберкулеза гортани показал, что не только язвы в гортани зажили, но благоприятно протекал и туберкулезный процесс в почке.

4) Алоэ действует и при введении через прямую кишку.

5) Влияние алоэ при туберкулезе аналогично действию других видов тканевого лечения.

Мои случаи немногочисленны, но их значение усиливается сопоставлением с офтальмологическими наблюдениями.

4. Псориаз

При кожных заболеваниях также применялось алоэ, и, в первую очередь, действие его мы наблюдали при псориазе.

Псориаз (чешуйчатый лишай) — один из важных дерматозов как по своей частоте, так и по множественности и распространенности своих элементов, а также по упорству течения с частыми рецидивами процесса. Характерны для этого заболевания красные пятна, покрытые серебристыми, рыхло сидящими пластинчатыми чешуйками. Чешуйчатый лишай нередко сопровождается сильным зудом. Поражаться может весь кожный покров. Применение мазей и кислот, эндокринных препаратов, рентгенотерапии, минеральных вод — все эти методы лечения псориаза часто безуспешны или дают лишь временное улучшение.

Академик Филатов пользовался экстрактом алоэ и при этом заболевании. Мною проведены наблюдения над 4-мя больными с тяжелой формой псориаза.

1 - й с л у ч а й. Больная Б—ская, 12 лет. Диагноз: псориаз.

Поражение чешуйчатым лишаем шестилетней давности. В семилетнем возрасте, после кори, у ребенка на верхних и нижних конечностях появились мелкие бляшки 0,5 см в диаметре, розового цвета, с легко снимающимися чешуйками. Бляшки располагались на наружной поверхности рук и ног. Улучшение наступало в летнее время, когда ребенок находился на солнце, но в Средней Азии процесс обострился в июле 1943 г. После употребления мазей и рыбьего жира больная 21.VII 1943 г. явилась к академику Филатову для тканевого лечения.

Ребенку была назначена терапия в виде микроклизм из экстракта алоэ, а также каждые 2 дня мать делала ванны, прибавляя к двум ведрам воды 100,0 куб. см экстракта алоэ. После 15 микроклизм и 5 ванн вся кожа очистилась от чешуек, ребенок почувствовал себя хорошо и стал более спокойным (23.VIII 1943 г.).

После 25 микроклизм бляшки побледнели, и кожа оставалась в таком состоянии в течение трех с половиной месяцев. Затем на локтях и коленях снова появились бляшки, которые не исчезали и при повторном лечении (в октябре и декабре). После 3-го курса лечения было применено облучение ультрафиолетовыми лучами, и в течение 6 месяцев девочка была совершенно здорова.

Срок наблюдения — 8 месяцев после окончания 1-го курса лечения.

5. Экзема век

Кроме псориаза, экстракт алоэ применялся для лечения экземы кожи век. Всего под наблюдением было 3 больных.

Больная Т—ская, 32 лет, библиотекарь. Диагноз: экзема век.

Больная страдает экземой век 2 года. Подвергалась различным методам лечения (облучение ультрафиолетовыми лучами, мази, пасты, припудривания, общее укрепляющее лечение). Бывали промежутки в 2-3 недели, когда основной симптом болезни — зуд исчезал, затем он снова появлялся. Зуд был настолько мучителен, что больная не спала, страдания доводили ее до отчаяния. Особенно усиливались они в теплое время. Больную направил ко мне для пробного тканевого лечения дерматолог проф. Фельдман с указанием на этот случай, как упорный, не поддающийся лечению.

Объективно: больная истощена, кожа век обоих глаз припухла, более розового цвета по сравнению с окружающей; на эпидермисе мельчайшие пузырьки с булавочную головку; веки слегка опущены. Больная принимает бромиды, витамины А и Д, смазывает веки индифферентной мазью. Бытовые условия у нее хорошие. Заболевание появилось во время эвакуации.

С 13.III 1943 г. больной стали вводить подкожно экстракт алоэ по 2 куб. см через день. Первые 15 инъекций результата не дали, но она настойчиво продолжала лечение. С 28.III экстракт начали вводить ежедневно по 1 куб. см. После 23 инъекций зуд уменьшился и в эту ночь больная уснула. После 26 инъекций зуд значительно ослабел, пузырьки на коже стали меньше, несмотря на то, что наступили теплые дни. Общее состояние улучшилось: больная менее подавлена, спит, появился аппетит. После 37 инъекций сама кожа стала более ровной, пузырьков меньше, на коже верхнего века появились складочки. Настроение больной бодрое. После 43 инъекций зуд исчез, отека кожи нет, поверхность ее розовая, слегка шелушится. Сон спокойный, аппетит и общее состояние улучшились. 5.V 1943 г. дерматолог проф. Фельдман отметил выздоровление. Через месяц больная явилась жизнерадостной и спокойной. Никакого зуда на коже век нет.

В августе — 2-й курс лечения (20 инъекций) и в ноябре — 3-й курс. Перед отъездом, 14.IV 1944 г., больная явилась на консультацию совершенно здоровой.

Срок наблюдения — 11 месяцев с момента окончания 1-го курса лечения.

Итак, я наблюдала применение экстракта алоэ при целом ряде неглазных заболеваний и убедилась в том, что инъекции алоэ благоприятно действуют при кожном лейшманиозе. Во всех 12 случаях мы получили лечебный эффект. Остронекротические формы лейшманиоза быстро излечивались экстрактом у всех больных. Несомненна его эффективность и при медленно изъязвляющейся форме.

При незаживающих язвах травматического происхождения и

после отморожения алоэ безусловно оказывало благоприятное действие во всех наших случаях.

При туберкулезных процессах в железах (с язвами и свищами) во всех трех случаях успех был значительный, как в смысле ослабления воспалительного процесса, который затих и не дал рецидива, так и в отношении рассасывания рубцов.

Туберкулезные язвы могут поддаваться лечению алоэ: при волчанке экстракт алоэ способствовал оздоровлению кожи, и в обоих моих случаях лечебный эффект был положительным. При псориазе, процессе, трудно поддающемся лечению, в одном из трех случаев мы имели эффект при комбинировании инъекций экстракта алоэ с другими видами тканевой терапии.

Хороший результат получен и при лечении экземы с сильным зудом. Эффект сказался в прекращении зуда и в улучшении общего состояния организма.

Суммируя свои наблюдения, мы видим, что во всех 32 случаях применение инъекций алоэ сопровождалось успехом у 27 больных, временным успехом — у 3, хотя этиология процессов была различна. Несомненно, что алоэ действует на весь организм, повышая его регенеративные свойства согласно гипотезе академика Филатова. С последней гармонирует и случай излечения пендинской язвы экстрактом из гороха «Маша», выращенного в темноте.

В настоящем этапе исследований действия экстракта алоэ я не ставлю своей задачей сопоставить эффективность его с эффективностью других методов. Для меня важно было лишь установить, влияет ли алоэ на те или иные процессы в организме. Это влияние можно считать доказанным на взятых мною для наблюдения формах. Отсюда вывод, что экстракт алоэ должен быть применяем при пендинской язве, туберкулезе желез, незаживающих язвах, причем его можно употреблять и в комбинации с другими видами тканевой терапии. Доказано также, что алоэ может оказывать благотворное действие и в случаях применения в виде микроклизм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развивая клинику и теорию тканевой терапии, академик Филатов предположил, что, по аналогии с тканями животного происхождения, биогенные стимуляторы должны развиваться и в листьях растений при хранении их в темноте. Он скоро установил на листьях алоэ, что такой феномен имеет место. Еще до войны школа академика Филатова начала применять с лечебной целью экстракты из консервированных в темноте листьев алоэ. В вопросе о стимулирующем действии препаратов таких листьев осталось много неисследованного. Настоящая моя работа в кратком изложении сводится к следующему:

Во Введении я дала исторический очерк тканевого лечения, предложенного академиком Филатовым, причем указала источники возникновения идеи этого метода. То были данные из области учения

о культурах тканей, факты из области мелиорации белым и из области наблюдений над просветлением их после пересадки роговицы.

Я дала перечисление тканевых материалов человека и животных, применявшихся школой Филатова с лечебной целью. Принципиально, надо думать, любая ткань может быть сделана лечебной, если она хранится при низкой температуре. Лечебным свойством обладают и дериваты консервированных тканей — экстракты и другие препараты.

Здесь же я указала на то, что растительные ткани (листья) могут быть целебными при хранении их в темноте.

В кратком обзоре эффектов, полученных при лечении консервированными тканями животного происхождения, положительные результаты отмечены как в области офтальмологических, так и в области неглазных заболеваний организма. Особенно ценным оказался этот метод при паренхиматозном, туберкулезном и скрофулезном кератитах, при герпетическом кератите, трахоматозном паннусе, пигментном ретините, увеитах и помутнениях стекловидного тела, миопическом хориоретините, атрофии зрительного нерва.

В группе неглазных заболеваний польза тканевого лечения отмечена при 38 формах заболеваний. Особенно ценные результаты получены при лечении обыкновенной волчанки и туберкулезных язв, различных язв кожи, кожного лейшманиоза, невритов и радикулитов, астмы, гинекологических заболеваний, артритов, сыпного тифа.

Я изложила в кратком виде предложенную академиком Филатовым рабочую гипотезу тканевой терапии с сообщением тех фактов, на которые она опирается. Основное положение гипотезы гласит: «отделенные от организма животные и растительные ткани при воздействии на них таких факторов среды, которые затрудняют их жизненные процессы, подвергаются биохимической перестройке. В результате ее ткани вырабатывают такие вещества, которые стимулируют биохимические процессы в этих тканях, пребывающих в указанных неблагоприятных для своего существования условиях. Эти вещества, поскольку они позволяют тканям сохранять жизнь при неблагоприятных условиях, называются мною веществами сопротивления или биогенными тканевыми стимуляторами».

Указанные вещества сопротивления или биогенные стимуляторы, введенные в форме пересадки (или имплантации) богатой ими ткани в какой-либо организм, являются стимуляторами для тканей последнего. Повышая клеточный метаболизм, они тем самым повышают физиологические функции организма и в случае его болезни усиливают его регенеративные свойства и помогают ему в борьбе с болезнью.

Я привела некоторые соображения проф. Благовещенского в пользу того, что биогенные стимуляторы не являются ни белками, ни ферментами и, по данным его школы (Чикалло), способны восстанавливать действие ферментов (если оно утрачено) или усиливать его. Проф. Благовещенский высказывает мысль, что биогенные стимуляторы имеют аналогию с травматиневой кислотой и, как и она, относятся к группе непредельных дикарбоновых кислот,

Глава первая содержит обоснование темы моей диссертации, посвященной лечебному значению одного из видов тканевых материалов, именно, консервированных в темноте листьев алоэ. Исследование лечебных свойств этого представителя растительного царства интересно как с точки зрения упрощения методики тканевой терапии, так и с точки зрения проверки правильности гипотезы академика Филатова. Правда, опыты академика Филатова и его учеников и клинические факты уже подтвердили его предположение о том, что сохранение листьев в темноте должно повести к накоплению в них биогенных стимуляторов. В 1939 году академик Филатов поручил своему ученику Скрипченко провести эксперименты с соком листьев алоэ. Неблагоприятными для листьев алоэ условиями среды были: отделение их от растений и консервация их при отсутствии света. Опыты Скрипченко показали, что сок из листьев алоэ, сохранявшихся в темноте, ускоряет регенерацию эпителия на роговице кроличьего глаза сильнее, чем сок из свежих, только что срезанных листьев.

Мои опыты, проводившиеся совместно с академиком Филатовым, показали, что и заживление туберкулезных язв кожи у кроликов больше стимулируется соком из консервированных в темноте листьев алоэ, чем соком из свежих.

Удобрение почвы экстрактом из консервированных листьев алоэ (при экспериментах Назаренко) также больше способствовало развитию семян овса, чем удобрение экстрактом из свежих листьев. Экстракт из «темновых» листьев более благоприятствовал развитию клеточных разрастаний по срезанному краю листа сирени, чем экстракт из свежих листьев. Большая стимулирующая сила экстракта из темновых листьев алоэ сказалась и в опытах с картофелем. К этим данным академик Филатов присоединил наблюдения над клиническим эффектом экстракта из консервированных листьев алоэ, которые были положительными.

Но ни эксперименты, ни клинические наблюдения не могли продолжаться в Институте из-за войны. Клинические наблюдения академик Филатов совместно со мной возобновил в Пятигорске и затем в Ташкенте. Проф. Кальфа продолжил в Ашхабаде наблюдения над действием алоэ. Часть материалов, накопленных в Средней Азии, была опубликована Филатовым и Кальфа. В книге «Тканевая терапия» академик Филатов дает несколько примеров действия экстракта алоэ при незаживающих язвах. Но приведенные только что данные были недостаточно многочисленны, поэтому мне было поручено заняться этим вопросом более детально. Приступая к своим исследованиям, я изложила, прежде всего, историю алоэ, как лечебного средства, известного еще с древних времен, и описала проведенные Филатовым и его школой эксперименты и клинические данные по вопросу применения биогенных стимуляторов, образующихся в консервированных в темноте листьях алоэ.

В главе второй я привела методику консервирования листьев алоэ, обработки их, приготовления из них экстрактов и других препаратов и применения последних с лечебной целью.

Здесь же указано на возможность применения, кроме алоэ, других растений. Эта глава носит методический и технический характер, она дает возможность врачу-практику и экспериментатору получить тот препарат алоэ, который ему необходим для его наблюдений или опытов.

Глава третья посвящена экспериментальным исследованиям, произведенным мною для выяснения некоторых сторон проблемы лечебного применения алоэ. Имея в виду недостаточность экспериментов, произведенных до войны, я еще раз сравнила действие экстрактов из свежих и из консервированных в темноте листьев на процесс заживления кожных дефектов. Опыты на мышах полностью подтвердили преимущества экстракта из консервированных листьев алоэ. Кроме того, мною было установлено, что кипяченный экстракт из консервированных темновых листьев действует сильнее, чем некипяченный; таково же влияние и автоклавированного экстракта. Эти данные имеют большое значение в решении как теоретических, так и практических задач.

С фактом усиления действия экстрактов, подвергнутых температуре в 100—120 градусов, хорошо гармонируют наблюдения Чикалло из лаборатории проф. Благовещенского. Он показал, что прибавление к ферментам экстракта из консервированных тканей, лишенного белков, повышает энергию и действие *in vitro*, а стерилизованные экстракты усиливают эту энергию. Можно думать, говорит академик Филатов, что биогенные стимуляторы до кипячения или автоклавизации находятся в несколько связанном виде и освобождаются под влиянием высокой температуры.

Возможность применения стерилизованных тканевых материалов животного происхождения проверена в эксперименте доктором Тарасовой, которая показала большую активность консервированных автоклавированных материалов по сравнению с теми, которые не подвергались высокой температуре.

Академик Филатов высказывает уверенность, что биогенные стимуляторы — не ферменты и не витамины, поскольку они выдерживают высокую температуру; что они и не белки — показали исследования проф. Благовещенского, который устранял белки из тканевых экстрактов не только высокой температурой, но и осаждением химическими реактивами: экстракты сохраняли свое действие на биологических тестах.

Хотя академик Филатов начал уже применять в клинике тиндализованные и в отдельных случаях кипяченые и автоклавированные тканевые экстракты и при этом наблюдал терапевтический эффект, но у него оставалось сомнение, не является ли это действие более слабым, чем действие не подвергавшихся высокой температуре тканей. Особенно это относилось к автоклавированным экстрактам. Дело в том, что, по клиническим данным, имея в виду индивидуальные качества больных, трудно сделать заключение о сравнительной силе препаратов. В экспериментах на животных уравнивать условия легче. И результат получен ясный: действие экстрактов из консервированных листьев, не подвергавшихся влиянию высокой температуры, и экстрактов, тинда-

лизированных высокой температурой (100—120 градусов), не одинаково, оно сильнее в последнем случае.

Таким образом клиника получила еще больше оснований для применения кипяченых и автоклавированных экстрактов. Кроме того, был разрешен вопрос о стерилизации высокой температурой консервированных тканей и их дериватов для лечебных целей.

Глава четвертая настоящей работы содержит клинические наблюдения над лечебным действием консервированных листьев алоэ при заболеваниях органа зрения.

Первый раздел этой главы посвящен болезням роговой оболочки. Мои наблюдения над влиянием экстракта алоэ в различных формах дали возможность отметить положительный результат подкожных инъекций как тиндализованного, так и автоклавированного экстракта алоэ. Эффекты лечения кератитов препаратами алоэ показали полную аналогию с лечением их тканевыми препаратами животного происхождения.

Воспалительные процессы сосудистого тракта представляют собой весьма благоприятный объект для лечения препаратами алоэ. Во всех 12 случаях (16 глаз) лечение экстрактом алоэ прошло успешно со сроком наблюдения от 4-х месяцев до 2-х лет. Особого внимания заслуживают случаи поражения сосудистого тракта на почве военных травм (5 случаев). Несмотря на тяжелое поражение всего органа зрения, у всех 5 больных мы имели успех.

Миопические хориоретиниты также доступны действию алоэ. Из наблюдаемых 8 случаев миопии с миопическими хориоретинитами (16 глаз) мы имели успех во всех случаях (в одном из них, кроме экстракта алоэ, была произведена имплантация автоклавированной консервированной плаценты).

Очень утешительные результаты получены при лечении столь тяжелого процесса, как атрофия зрительных нервов. Мои случаи заболеваний немногочисленны, но улучшение, достигнутое в них, несомненно. Даже при метилалкогольной атрофии наблюдались сдвиги.

Замечательные эффекты от применения алоэ были получены при чисто дегенеративном процессе — при пигментном перерождении сетчатки. Об этом свидетельствуют и повышение остроты зрения, и расширение поля зрения, и улучшение адаптации. Этот последний феномен я не имела возможности измерять адаптометром. Там, где больные не заявляли об улучшении адаптации, я не могу судить, что происходило с нею, но случаи, когда сами больные отмечали улучшение сумеречного зрения, заслуживают внимания. Особенно важно наблюдение больных Омельченко и Спиридоновой. Здесь шла речь о восстановлении темновой адаптации, как это отмечено у последней больной с начальной формой пигментного ретинита. Отсюда вывод: необходимо начинать лечение в ранней, незапущенной стадии этой тяжелой болезни.

Глава пятая посвящена применению консервированных в темноте листьев алоэ при неглазных болезнях. Лечение исключительно одним алоэ практиковалось в целом ряде заболеваний. На

первом месте по эффекту надо поставить пендинскую язву. Под моим наблюдением было 12 случаев и во всех польза от алоэ была очевидной — все больные выздоровели в сроки от I до полутора месяцев. Улучшение начиналось после нескольких вприскиваний (через день). В отдельных случаях применялась имплантация куска алоэ под кожу. Рубцы на местах изъязвлений обычно оставались очень нежные, что имеет огромное значение при язвенном поражении лица. Среди моих больных были заболевшие той формой пендинки, которая носит название «ашхабадки» — медленно изъязвляющиеся инфильтраты. Излечение было безрецидивно. Аналогичные результаты получены проф. А. А. Фельдманом.

Важное значение имеет применение алоэ при незаживающих язвах. Мною приводится ряд наблюдений этого рода. Почти во всех случаях под влиянием подкожных инъекций алоэ наступало либо заживление, либо значительное улучшение.

Инъекции экстракта алоэ дали несомненные успехи при лечении некоторых туберкулезных поражений организма. Из них я особо подчеркну результаты, полученные при скрофулодерме. У всех 3-х больных эффект был хороший. Так, в первом случае у больной не только закрылись свищи, но и рассосались инфильтраты, а также значительно размягчились рубцы на шее.

Успех тканевого лечения в форме подкожных инъекций алоэ отмечен при волчанке, псориазе и экземе кожи.

Делая общий обзор всего материала, как литературного, так и полученного мною, я считаю возможным высказать следующие соображения.

Эффективность предложенного академиком Филатовым тканевого лечения в отношении применения тканей животного происхождения доказана уже много лет тому назад. В 1939 году, на основании предположения, что выработка биогенных стимуляторов в ответ на неблагоприятные факторы среды представляет собой общий закон для живой природы, академик Филатов применил консервацию зеленых листьев растений в темноте. Его первым объектом для выработки биогенных стимуляторов послужили листья алоэ. Ожидания его оправдались, и сохранение в темноте резко повысило стимулирующие свойства экстрактов из листьев алоэ.

Моя работа дала материал, доказывающий целебное значение консервированного алоэ как в клинике, так и в эксперименте. Идея консервации в темноте была с успехом применена академиком Филатовым совместно с проф. Благовещенским и мною и на других листьях, как, например, на листьях гороха «Маша» и подорожника. Эти данные свидетельствуют о правильности основного положения гипотезы тканевого лечения, высказанной академиком Филатовым. Кроме того, они намечают совершенно новые пути в деле лекарственного применения растений. Усиление стимулирующих свойств выдвигает, прежде всего, алоэ как лечебное средство. Известное народу еще в древности как целебное средство, алоэ приобрело новое, рационализированное значение и новые формы применения. В руках академика Филатова оно

впервые стало применяться в форме подкожных и внутривенных вливаний. Идея консервации и вызываемое ею возникновение стимуляторов проливают некоторый свет на понимание применявшихся прежде форм лечения при помощи алоэ. Народная медицина использует для лечения ран и язв наложение на них листьев алоэ без консервации. Такие указания имеются и в современной американской литературе. Но, находясь на ране, лист алоэ, закрытый повязкой, находится долгое время в неблагоприятных условиях своего существования. При этом и совершается процесс развития стимуляторов. Также и при приготовлении мази из листьев алоэ, растираемых с салом и медом (с последующим «томлением» в горячей печи), частицы алоэ в состоянии переживания и травматизации могут вырабатывать стимуляторы.

Таким образом можно допустить, что и при старых формах приготовления алоэ подвергается некоторой консервации.

Совершенную новость представляет собой возбуждение целебных свойств в других растениях при консервации их в темноте. Конечно, не следует смешивать понятие биогенных стимуляторов со свойственными тому или иному растению специфическими веществами, которые способны влиять на какой-либо отдел живого организма.

Возможно, что возникновение биогенных стимуляторов будет учтено при изготовлении лекарственных препаратов для воздействия на общее биохимическое состояние организма.

Сохранение алоэ в темноте — теоретически не единственный способ возбуждать биохимическую перестройку протоплазмы. Необходимы исследования с целью проверки значения для этой цели таких факторов, как ультрафиолетовые лучи, лучи рентгена, холод, химические воздействия, травмы и т. д. Для чистоты опытов в этом направлении следует проводить их не только на отдельных листьях (ведь и самое отрезывание листа от растительного организма есть уже затруднительное условие для листа), но и на целых растениях.

Эти соображения относятся и к тканям организма животных. Другие части растений, как корни и корнеплоды, может быть, будут реагировать не на темноту, а на другие условия.

По мнению академика Филатова, биогенные стимуляторы, возникающие в животных и растительных объектах, не имеют ни тканевой, ни видовой специфичности, и действуют на объекты как животного, так и растительного мира.

Академик Филатов в своих работах проводит мысль о том, что биогенные стимуляторы могут быть приложимы к объяснению некоторых фактов из проблемы эволюционного учения. И, по его мнению, способность протоплазмы перестраиваться под влиянием неблагоприятных факторов среды с образованием неспецифических стимуляторов является весьма древним свойством живой природы.

Я не могу останавливаться здесь на вопросе эволюции, способности протоплазмы к перестройке, так как это вывело бы меня далеко за пределы моей работы.

Я поставила перед собой более узкую задачу — показать, что консервированные в темноте листья алоэ (и листья некоторых других растений) содержат в себе биогенные стимуляторы и с огромной пользой могут быть применяемы при лечении как глазных, так и неглазных болезней.

В ы в о д ы:

- 1) Консервированные листья алоэ дают более сильный лечебный эффект, чем неконсервированные.
- 2) Обработка препаратов из консервированных листьев алоэ высокой температурой не снижает их лечебного действия.
- 3) Методика консервации, обработки и приготовления препаратов из консервированных листьев алоэ проста и доступна.
- 4) Применение автоклавированных препаратов из консервированных листьев алоэ в форме подкожных инъекций и имплантаций впервые введено академиком Филатовым.
- 5) Лечебные эффекты тканевой терапии автоклавированными препаратами консервированных листьев алоэ отмечены при лечении как глазных, так и неглазных заболеваний организма.
- 6) Тканевое лечение по методу академика Филатова должно занять соответствующее место в лечебной медицине.
- 7) Работа академика Филатова и его школы по вопросу о биогенных стимуляторах нашла широкое применение не только в медицине, но и в других областях науки, как-то: биологии, ветеринарии и агрономии.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1908 г.

1. Набоких А. А. — К вопросу о раздражителях роста. Экспериментальные этюды. Одесса.

1924 г.

2. Каланшиков А. — Из опытов по регенерации растений. («Труды Саратовского общества естествоиспытателей и любителей», т. IX, в. 5).
3. Филатов В. П. — О пересадке роговицы. («Р. О. Ж.» т. III, в. 8).

1926 г.

4. Филатов В. П. — Современное положение вопроса о пересадке роговицы («Р. О. Ж.», т. V).

1928 г.

5. Кравков. — Основы фармакологии.

1931 г.

6. Морозов Б. — О жизнедеятельности высушенных тканей позвоночных животных. («Журнал эксп. биологии и медицины», т. VII, в. 4).

1933 г.

7. Вельтер С. Л. — Просветление белым после пересадки роговицы. («Советский вестник офтальмологии», т. II).
8. Кренке Н. П. — Хирургия ресницы. (Держсельгоспиздав. Харків, Київ).
9. Скундина. — Новая серия переливания крови от трупов. («Новый хирургический архив», т. XXIX, стр. 24).
10. Филатов В. П. — Несколько соображений по поводу пересадки роговицы. («Советский вестник офтальмологии», т. II, кн. 2, стр. 141).

1934 г.

11. Филатов В. П. — Роговица трупа, как материал для пересадки. («Советский вестник офтальмологии», т. IV, кн. 2, стр. 222—224).
12. Баженова М. А. — Тканнині культури консервованої роговки. («Медицинский журнал УАН», т. V, вип. 3, стр. 593—594).

1936 г.

13. Куришкін П. М. — Змінні ред-оксипотенціалу роговки енуклеюваних трупних очей залежно від різних строків і умов їх зберігання. («Праці молодих учених медиків». Держмедвидав).
14. Пупенко Д. О. — Патологическая анатомия консервированных при низкой температуре роговиц глаз. («Сборник научных трудов глазной клиники Одесского мединститута», т. I, з. 2).
15. Филатов В. П. і Баженова М. А. — Тканнині культури висушеної роговки. («Медицинский журнал УАН», т. VI, в. 3, стр. 833—838).
16. Филатов В. П. и Шмульян Л. П. — Дальнейшие материалы к вопросу о пересадке роговой оболочки от трупа. («Сборник научных работ глазной клиники Одесского мединститута», т. I, в. 2, стр. 16—33).
17. Хрестодуло и Рюшов Д. — Быстрое замораживание мяса. (Пищепромиздат).

1937 г.

18. Филатов В. П. — Несколько соображений по поводу мелиорации бельм и подсадки роговицы («Вестник офтальмологии», т. X, в. 5, стр. 635—640).
19. Филатов В. П. — От оптической пересадки роговицы к лечению кератитов и некоторых заболеваний кожи методом тканевой трансплантации. («Вестник офтальмологии», т. XI, в. 3, стр. 295—310).
20. Филатов В. П. — Итоги нашей работы к двадцатилетию Великой Октябрьской социалистической революции. («Врачебное дело», № 11, стр. 803—814).
21. Филатов В. П. — Актуальные проблемы медицины. Лечебный эффект тканевых пересадок. («Советская медицина», № 11—12).

1938 г.

22. Вельтер С. Л. — Влияние пересадки консервированной кожи на волчанку твердого неба. («Научные материалы Украинского экспериментального института офтальмологии»).
23. Вельтер С. Л. — Рассасывание отложений на передней поверхности хрусталика под влиянием пересадки роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО»).
24. Вельтер С. Л. — Экспериментальное изучение пригодности консервированной трупной роговицы для целей трансплантации. (Диссертация).
25. Глейберман Е. Я. и Баженова М. А. — Случай влияния пересадки консервированной кожи кролику с экспериментальным кожным туберкулезом. («Научные материалы УИЭО»).
26. Костенко Ф. М. — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой слизистой оболочки губы, консервированной из холоде. («Научные материалы УИЭО»).
27. Петросьянц Е. А. — Лечебная пересадка роговицы при кератоконусе. («Научные материалы УИЭО»).
28. Скородинская В. В. — Лечебная пересадка роговицы при кератитах. («Советский вестник офтальмологии»).
29. Филатов В. П. — Гомотрансплантация трупной консервированной кожи при язве двенадцатиперстной кишки. («Научные материалы УИЭО»).
30. Филатов В. П. и Вассерман И. А. — Лечебная гетеропластическая пересадка кожи на лопусе. («Научные материалы УИЭО»).
31. Филатов В. П. и Вельтер С. Л. — Лечение уплотненных рубцов кожи ауто трансплантацией консервированной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
32. Филатов В. П. и Вельтер С. Л. — Лечебная пересадка при кератоконусе. («Научные материалы УИЭО»).

33. Филатов В. П. и Вербицкая Е. А. — Лечение пигментного ретинита внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Научные материалы УИЭО»).
34. Филатов В. П. и Еришкович И. Г. — Аутопластическая пересадка консервированной кожи при рубцовом вывороте век. («Научные материалы УИЭО»).
35. Филатов В. П. и Костенко Ф. М. — Лечение трахоматозного раниуса пересадкой консервированной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
36. Филатов В. П. и Костенко Ф. М. — Лечение трахомы пересадкой консервированной на холоде конъюнктивы и хряща тупа. («Научные материалы УИЭО»).
37. Филатов В. П. и Скородинская В. В. — Гетеротрансплантация консервированной роговицы. («Научные материалы УИЭО»).
38. Филатов В. П. и Скородинская В. В. — Просветляющая частичная несквозная пересадка роговицы при бельмах. («Научные материалы УИЭО»).
39. Филатов В. П. и Вельтер С. Л. — Пересадка трупной консервированной кожи при близорукости. («Научные материалы УИЭО»).
40. Филатов В. П. и Шейн С. Я. — Лечение трахоматозного раниуса пересадкой консервированной склеры. («Научные материалы УИЭО»).
41. Шмульян Л. П. и Гольдштейн Б. Л. — Лечение волчанки пересадкой лика. («Научные материалы УИЭО»).

1939 г.

42. Андреева В. В. — Просветляющая частичная несквозная пересадка роговицы при помутнении роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО»).
43. Андреева В. В. — Дальнейшие наблюдения над рассасыванием отложений на передней поверхности хрусталика под влиянием пересадки роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО»).
44. Баженова М. А. — Пересадка сухой и замороженной роговицы на кроликах. («Научные материалы УИЭО»).
45. Баженова М. А. — Сравнительное изучение разных способов консервации путем метода тканевых культур. (Диссертация).
46. Бродский Б. С. — Лечение тяжелых скрофулезных кератитов пересадкой консервированной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
47. Бродский Б. С. — Лечение аспе гомасае пересадкой консервированной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
48. Шмульян Л. П. — Частичная сквозная пересадка роговицы с консервированного глаза тупа. (Диссертация).
49. Бродский Б. С. — Лечебная пересадка кожи при туберкулезных кератитах. («Научные материалы УИЭО»).
50. Вассерман И. А. — Имплантация консервированной плаценты при помутнениях роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО»).
51. Вельтер С. Л. и Башанская, — Лечение поясничного крестцового радикулита пересадкой консервированной трупной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
52. Волокитенко А. Е. — Имплантация консервированной плаценты при множественных хориоретинитах и высокой миопии без изменений в области желтого пятна. («Научные материалы УИЭО»).
53. Гелелович Е. И. — Углеводный обмен при консервировании роговицы. («Научные материалы УИЭО»).
54. Глейберман Е. Я. — Трансплантация консервированной кожи при экспериментальном туберкулезе кожи. («Научные материалы УИЭО»).
55. Гриншпон Ц. И. — Гомотрансплантация консервированной трупной кожи при двустороннем травматическом поражении тройничного нерва с явлениями невропаралитического кератита. («Научные материалы УИЭО»).
56. Каменская Ц. Ю. — Лечебная пересадка тканей при помутнениях стекловидного тела. («Научные материалы УИЭО»).
57. Копп И. Ф. — Лечение кератитов методом субконъюнктивальной имплантации роговичной ткани («Научные материалы УИЭО»).

58. Костенко Ф. М. — Лечение трахоматозного паннуса имплантацией консервированной плаценты. («Научные материалы УИЭО»).
59. Лигнау Н. Г. — Влияние кожной пересадки на регенерацию (Экспериментальное исследование над тритоном. («Научные материалы УИЭО»).
60. Петросьянц Е. А. — Дальнейшие наблюдения над влиянием лечебной просветляющей пересадки роговицы при помутнениях роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО»).
61. Петросьянц Е. А. — Лечение хориоретинита невыясненной этиологии имплантацией консервированной плаценты. («Научные материалы УИЭО»).
62. Розенфельд Е. Л. — Обмен липидов при консервировании роговицы. («Научные материалы УИЭО»).
63. Розовская С. Б. — Лечение глазных заболеваний инъекциями консервированной крови. («Научные материалы УИЭО»).
64. Сидоренко Н. П. — Лікувальні властивості алое. («Радянська медицина», т. II).
65. Скородинская В. В. — Просветляющая частичная несквозная пересадка роговицы при помутнениях роговой оболочки. («Научные материалы УИЭО»).
66. Скородинская В. В. — Лечебная пересадка роговицы при кератитах. («Научные материалы УИЭО»).
67. Скородинская В. В. — О регенерации эпителия роговицы при низкой температуре на изолированных трупных глазах. («Научные материалы УИЭО»).
68. Скородинская В. В. — Лечение миопических хориоретинитов внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Научные материалы УИЭО»).
69. Скородинская В. В. — Имплантация плаценты с лечебной целью при кератитах. («Научные материалы УИЭО»).
70. Спиваковский Я. Н. — Лечебная пересадка консервированной кожи при туберкулезных узелках. («Научные материалы УИЭО»).
71. Филатов В. П. — Улучшение функций второго здорового глаза при тканевых пересадках. («Научные материалы УИЭО»).
72. Филатов В. П. — Лечение хориоретинитов имплантацией плаценты. («Научные материалы УИЭО»).
73. Филатов В. П. — Лечение бронхиальной астмы внутримышечными инъекциями рыбьего жира. («Научные материалы УИЭО»).
74. Филатов В. П. и Вельтер С. Л. — Эритематозная волчанка, с успехом леченная пересадкой консервированной трупной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
75. Филатов В. П. и Вельтер С. Л. — Случай упорного хронического фурункулеза, излеченный пересадкой консервированной трупной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
76. Филатов В. П. и Вельтер С. Л. — Лечение аспе vulgaris имплантацией консервированной плаценты. («Научные материалы УИЭО»).
77. Филатов В. П. и Вербицкая Е. А. — Имплантация консервированной печени при пигментном ретините. («Научные материалы УИЭО»).
78. Филатов В. П. и Вербицкая Е. А. — Имплантация консервированной плаценты при пигментном ретините. («Научные материалы УИЭО»).
79. Филатов В. П. и Ерикович И. Г. — Внутримышечные инъекции рыбьего жира при глаукоме. («Научные материалы УИЭО»).
80. Филатов В. П. и Кранцфельд Б. И. — Гомотрансплантация трупной консервированной кожи при язве желудка. («Научные материалы УИЭО»).
81. Филатов В. П. и Глейberman Е. Я. — Влияние трансплантации консервированной кожи на течение туберкулезного процесса у экспериментальных животных. («Научные материалы УИЭО»).
82. Филатов В. П. и Можаровская В. А. — Случай лечебной пересадки кожи при диабете и глаукоме. («Научные материалы УИЭО»).
83. Филатов В. П. и Циклис И. Е. — Лечебная пересадка консервированной кожи при бронхиальной астме. («Научные материалы УИЭО»).

84. Филатов В. П., Шевалев В. Е. и Клопенко — Опыт лечебной гомотрансплантации консервированной кожи у лепрозных больных. («Научные материалы УИЭО»).
85. Хорошина А. Г. — Имплантация плаценты при рецидивирующих кровоизлияниях в стекловидное тело. («Научные материалы УИЭО»).
86. Шейн Я. С. — Лечение трахоматозного панюса пересадкой консервированной склеры. («Научные материалы УИЭО»).
87. Шестерикова Т. П. и Гелелович Е. М. — Динамика биохимических процессов в роговице при ее консервации. («Научные материалы УИЭО»).
88. Шестерикова Т. П. и Рапопорт К. М. — Динамика биохимических процессов в роговице при ее консервации. (Изменение минеральных веществ). («Научные материалы УИЭО»).
89. Шмульян Л. П. — Излечение горлидной язвы кожи лечебной пересадкой консервированной трупной кожи. («Научные материалы УИЭО»).
90. Янык Н. В. — Заживление поверхностного дефекта в роговице различных животных. («Научные материалы УИЭО»).

1940 г.

91. Александрович Е. — Лечение помутнений роговой оболочки пересадкой консервированной трупной роговицы. («Научные материалы УИЭО»).
92. Андреева В. В. — Дальнейшие наблюдения над рассасыванием отложений на передней поверхности хрусталика под влиянием пересадки роговой оболочки. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 15).
93. Афанасьева О. И. — Гомотрансплантация и имплантация пастеризованной кожи в эксперименте на животных. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 213).
94. Бушмич Д. Г. — Влияние тканевых пересадок на цветовое чувство и цветовое утомление. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 17).
95. Баженова М. А. — Влияние пересадки консервированной роговицы на рост свежей роговицы. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 191).
96. Вельтер С. Л. и Глейberman Е. Я. — Выживаемость бледной спирохеты в тканях при консервации на холоде. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 71).
97. Вербицкая Е. А. — Дальнейшие наблюдения над действием внутримышечных инъекций рыбьего жира при пигментном ретините. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 163).
98. Драгомирецкий Г. А. — Лечение миопического хориоретинита микроклизмами из консервированной плаценты. («Сборник трудов УИЭО», т. I).
99. Петросьянц Е. А. — Экспериментальное изучение пригодности гетерогенной консервированной роговицы для целей трансплантации. («Сборник трудов УИЭО», т. I).
100. Скородинская В. В. — Лечение миопических хориоретинитов инъекциями рыбьего жира. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 147).
101. Скородинская В. В. — Лечение атрофии зрительного нерва инъекциями рыбьего жира. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 149).
102. Скородинская В. В. — Лечебная пересадка роговицы при кератитах. («Вестник офтальмологии», т. XVII, в. 6, стр. 699).
103. Скородинська В. В. — Про регенерацію епітелію рогівки очей, консервованих при низькій температурі. («Медицинський журнал УАН»).
104. Филатов В. П. — От оптической пересадки роговицы к лечебной пересадке тканей. (Журнал «Советская наука»).
105. Филатов В. П. — Оптическая пересадка роговицы и лечебная пересадка тканей. Монография. (Присуждена Сталинская премия).
106. Филатов В. П. и Розовская С. Б. — Лечение глазных заболеваний консервированной аутокровью. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 29).
107. Шестерикова Т. П. и Розенфельд Е. Л. — Динамика биохимических процессов при консервировании глаз. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 235).

108. Янык Н. В. — Влияние пересадки консервированной кожи на заживление кожного дефекта в эксперименте на животных. («Сборник трудов УИЭО», т. I, стр. 203).

1941 г.

109. Гусев И. В. — Опыт лечения кожного лейшманиоза соком плода маклюры. («Сборник работ первого межреспубликанского совещания по кожному лейшманиозу и москитной проблеме», стр. 227).
110. Добротворский Н. В. — Лечение кожного лейшманиоза. (Там же, стр. 207).
111. Кожевников П. В. — Два типа кожного лейшманиоза. (Там же, стр. 127).

1942 г.

112. Филатов В. П. — Рабочая гипотеза тканевой терапии. («Медицина глубокого тыла». Издание Санитарного управления САВО).
113. Филатов В. П. — Тканевое лечение при хирургических и других заболеваниях. («Медицина глубокого тыла». Издание Санитарного управления САВО).
114. Филатов В. П. — Офтальмология на службу Красной Армии. (Издание Санитарного управления САВО).
115. Филатов В. П. — Тканевая терапия. (Лечение биогенными стимуляторами тканевого происхождения). (Издание Наркомздрава УзССР в помощь военному врачу).
116. Филатов В. П. — Тканевое лечение пендинской язвы. (Журнал «Советская медицина»).
117. Филатов В. П. — Тканевое лечение в условиях военного времени. (Журнал «Вестник офтальмологии»).

1943 г.

118. Костенко Ф. М. — Лечение трахоматозного паннуса консервированными тканями. (Диссертация, рукопись).
119. Филатов В. П. — Тканевое лечение. (Журнал «Хирургия»).
120. Филатов В. П. — Рабочая гипотеза тканевого лечения. («Юбилейный сборник Академии наук УССР»).

1944 г.

121. Бушмич Д. Г. — Пересадка консервированных тканей при атрофии зрительных нервов. («Сборник научных работ Туркменского республиканского трахоматозного института»).
122. Вассерман И. А. — Тканевая терапия при туберкулезных керато-склеридах. (Там же).
123. Кальфа С. Ф. и Вассерман И. А. — Этапы развития тканевой терапии. (Там же).
124. Каменецкая Ц. Ю. — Тканевая терапия близорукости. (Издание Наркомздрава Таджикской ССР).
125. Филатов В. П. и Кальфа С. Ф. — Лечение трахоматозного паннуса консервированным алэ. («Сборник научных работ Туркменского республиканского трахоматозного института»).

1945 г.

126. Филатов В. П. — Оптическая пересадка роговицы и тканевая терапия. (Наркомздрав СССР, Медгиз).
127. Сидоренко Н. П. — Влияние сока листьев алэ на организм. (Диссертация).
128. Благочешенский А. В. — Природа биогенных стимуляторов. (Не напечатано).

