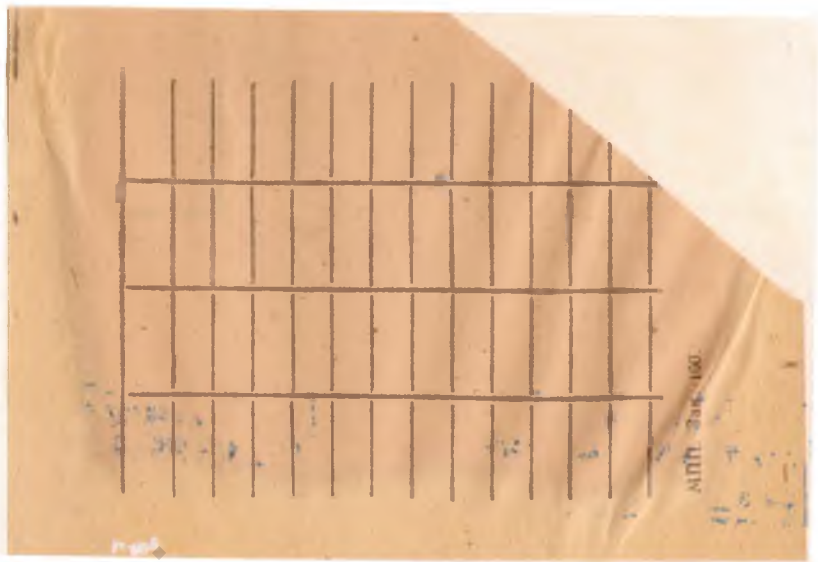


ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ
И ТКАНЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ
ПО В. П. ФИЛАТОВУ

В/О МЕДЭКСПОРТ



Доктор мед наук профессор С. Р. Мучник
Канд. иед. наук В. П. Соловьева

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ





Készült 1000 példányban 4,5 (A5) ív terjedelemben
09.12. 4510 Békés megyei Nyomdaipari Vállalat, Gyula

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕТОДА ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ

Метод тканевой терапии, предложенный и разработанный академиком В. П. Филатовым получил широкое распространение не только в Советском Союзе, но и во многих странах мира. Он успешно используется при лечении многих заболеваний человека и животных.

Большой интерес, проявляемый к этому новому методу лечения врачами различных специальностей, обусловлен прежде всего высокой терапевтической эффективностью тканевых препаратов, их выраженной способностью повышать устойчивость организма к патогенным влияниям.

Идея тканевой терапии возникла в связи с разработкой проблемы пересадки роговицы. Этой проблеме В. П. Филатов уделял много внимания в течение всей своей жизни. Его выдающиеся достижения в области кератопластики нашли всеобщее признание. Он усовершенствовал технику операции пересадки роговицы, изобрел ряд инструментов, пользование которыми предельно упростило ее производство. Однако широкое внедрение этой операции в офтальмологическую практику стало возможным только после того, как был разрешен вопрос о материале для пересадок.

Обычно для оптических трансплантаций пользовались роговицами глаз человека, которые удалялись у больных по поводу тех или иных тяжелых заболеваний. Количество таких глаз было крайне невелико. Между тем, кандидатов на операцию пересадки роговицы насчитывалось во всем мире несколько миллионов. В. П. Филатов впервые стал широко применять для оптических пересадок роговицу трупных глаз. На основании многочисленных наблюдений В. П. Филатовым и его сотрудниками было установлено, что глаза умерших людей могут сохраняться в изолированном виде в условиях пониженной темпе-

ратуры в течение нескольких дней. Роговица таких глаз полностью сохраняет при этом свои трансплантационные свойства. Открылась реальная возможность возвращения зрения громадной армии слепых от бельма.

Последующие клинические исследования выявили и другие замечательные факты. Оказалось, что роговица консервированных на холоде трупных глаз, как материал для пересадки, не только не уступает по качеству роговице глаз свежеизвлеченных, но даже обладает, по сравнению с ней, некоторыми преимуществами. Так, из отдельных наблюдений было известно, что после операции пересадки роговицы наступает иногда просветление бельма вокруг трансплантата. Эти явления не привлекли должного внимания исследователей. В. П. Филатов отметил, что феномен просветления бельма вокруг пересаженной ткани стал наблюдаться значительно чаще после того, как он начал применять для кератопластики консервированную роговицу. Таким образом, пересаженная после предварительного сохранения на холоде ткань оказывала на окружающие измененные участки роговицы более благоприятное влияние по сравнению с неконсервированной тканью.

К этому времени относится и еще одно важное наблюдение, которое свидетельствовало с несомненностью о терапевтических свойствах консервированной в условиях пониженной температуры роговицы. Оно было сделано в связи с работами В. П. Филатова по изысканию методов борьбы с осложнениями после кератопластических операций. С такими осложнениями хирургам на первых порах приходилось сталкиваться часто. Особенно тяжело переносилось помутнение трансплантата. Оно возникало в послеоперационном периоде и нередко сводило результаты операции к нулю.

В борьбе с помутнением трансплантата было испытано большое количество средств. В 1933 году В. П. Филатов, в поисках способов лечения этого тяжелого осложнения, использовал факт из наблюдений над ростом культуры тканей. Было известно, что если к переставшей расти тканевой культуре подсадить свежий кусочек ткани, то такая культура вновь начинает расти и развиваться. Опираясь на это явление, В. П. Филатов пробовал срезать поверхностные слои бельма около мутнеющего трансплантата и пересаживать на получавшийся дефект новый кусочек поверхностного слоя роговицы человеческого глаза. Такие подсадки оказались весьма эффективными и часто способствовали восстановлению прозрачности трансплантата. Дальнейшие исследования показали, что лечебное действие значительно усиливалось в тех случаях, когда для подсадок стала применяться роговица консервированных на холоду изолированных глаз. Терапевтическое

влияние таких подсадок оказалось более высоким, чем после подсадок неконсервированной роговичной ткани.

Указанные явления не могли не обратить на себя внимание. Они послужили основанием для предположения, что в изолированной ткани, сохраняемой в условиях пониженной температуры, происходит какая-то биохимическая перестройка, которая сопровождается накоплением в ней активных веществ. Последние, с одной стороны, вызывают возбуждение жизнедеятельности трансплантата, а с другой, оказывают благоприятное влияние на окружающую ткань, повышая ее регенеративные процессы.

В связи с полученными данными было испытано действие консервированной роговичной ткани не только при помутнениях роговичного трансплантата, но и при воспалительных процессах в роговице.

Первый больной, на котором В. П. Филатов испытал лечебное действие поверхностной пересадки роговицы, страдал паренхиматозным кератитом. Обычно применяемые методы лечения оказались безуспешными. Состояние больного было тяжелым. В роговице, проросшей большим количеством сосудов, отмечались глубокие помутнения. Зрение снизилось до 0,04. Больной страдал от постоянных болей и был в очень угнетенном состоянии. Ему была произведена несквозная пересадка консервированной в течение 2-х дней роговицы. Успех операции превзошел все ожидания. Уже на следующий день у больного прекратились боли; состояние глаза с каждым днем становилось лучше, и вскоре зрение достигло нормы.

Последующие клинические наблюдения показали, что подсадка консервированной роговицы оказывает терапевтическое влияние при паренхиматозном кератите при розацеа кератите, при туберкулезных воспалениях роговой оболочки. Этот метод лечения вызывал быструю ликвидацию болезненных ощущений, уменьшение воспалительных явлений и повышение остроты зрения.

Данные клиники и эксперимента выявляли все новые и новые свойства сохраняемой при пониженной температуре ткани и побуждали к новым исследованиям. Для теории и практики представлялось весьма важным выяснение вопроса о том, происходит ли в процессе консервации накопление терапевтически активных субстанций только в роговичной ткани или аналогичные процессы могут быть наблюдаемы и в других изолированных тканях, сохраняемых на холоде.

Большое впечатление произвели результаты подсадки консервированной кожи у больного с волчанкой лица. Уже через 3 дня после подсадки началось заметное улучшение в состоянии больного, а на 9-й день его лицо совершенно очистилось от язв.

В ближайшие за этим годы перечень тканей, используемых для лечения различных заболеваний значительно расширился. Кроме роговицы и кожи были испытаны мышечная ткань, брюшина, ткань плаценты, селезенки, а также тканевые жидкости — камерная влага, стекловидное тело, ликвор.

В работах 1940-1942 гг. было установлено также, что активные вещества накапливаются и в тканях растений при хранении их в условиях темноты при пониженной температуре.

Все эти наблюдения свидетельствовали о том, что всякая живая ткань, изолированная от организма и помещенная в условия пониженной температуры, приобретает в результате происходящих при этом в ней изменений лечебные свойства.

В. П. Филатов высказал гипотезу, согласно которой в тканях, отделенных от организма под влиянием воздействия на них неблагоприятных факторов окружающей среды, происходит биохимическая перестройка, которая приводит к накоплению в таких тканях особых веществ, способствующих поддержанию в них жизненных процессов. Эти вещества образуются в тканях, пока они находятся в состоянии переживания. Накопление этих веществ может происходить и в целых организмах под влиянием необычных условий. Автор подчеркивал, что „образование их следует рассматривать как выработанный эволюционным путем способ приспособления обмена веществ организма к действию условий среды, если это действие не превышает какой-то максимальной, уже убирающей степени“. Вначале он назвал их „веществами сопротивления“, а затем „стимуляторами биологического происхождения“ или короче „биогенными стимуляторами“.

Эти вещества образуются в тканях, пока они находятся в состоянии нических и экспериментальных наблюдений, требовала дальнейших исследований. В первую очередь важно было изучить характер тех процессов, которые развиваются в тканях при переживании их вне организма в условиях пониженной температуры.

В связи с этим, наряду с дальнейшим накоплением клинических данных были развернуты обширные экспериментальные исследования. Они выявили ряд фактов, представляющих большой интерес не только для медицины, но и для биологии в широком смысле этого слова.

Следует отметить, что к указанному периоду наука располагала весьма важными наблюдениями над процессами переживания изолированных тканей и органов. Известны были замечательные опыты русского ученого А. А. Кулябко по оживлению сердца кролика после 44-х часового пребывания его на льду (1902 г.).

Н. П. Кравков (1916 г., 1922 г.) показал, что при известных

условиях жизнедеятельность отдельных человеческих органов может быть восстановлена через много дней после изоляции их от организма.

В 1927 году были опубликованы результаты наблюдений Б. Д. Морозова. Автор высушивал отдельные ткани и органы до потери ими 70—78⁰/₁₀ веса. После размачивания они восстанавливали свои функции. Эти данные были подтверждены в 1929 году О. В. Николаевым, который экспериментировал на изолированной слюнной железе. В его опытах железа после высушивания утрачивала 75⁰/₁₀ своего первоначального веса. Перенесенная после этого в физиологический раствор она не только восстанавливала функцию слюноотделения, но и реагировала неодинаково на различные раздражители.

Все эти опыты свидетельствовали о том, что лишение органов и тканей на известное время поступающих извне питательных продуктов не всегда сопровождается их гибелью, что возникающие в них изменения часто носят обратимый характер и при создании соответствующих условий можно восстановить в них ряд функциональных свойств.

Работы В. П. Филатова и его сотрудников продолжили эти исследования.

Уже первые морфологические наблюдения над консервированной роговицей (Д. О. Пупенко, 1936 г.; С. Р. Мучник, 1949 г.; В. В. Войно-Ясенецкий, 1949 г.) показали, что в ткани, сохраненной на холоду, наряду с явлениями деструкции осуществляются и активные процессы жизнедеятельности. Они выражаются в размножении клеток, в активном их перемещении. В такой ткани сохраняется в течение некоторого времени способность реагировать на термические раздражения и на микробное заражение образованием инфильтратов. В культуре ткани консервированная на холоде роговица дает рост эпителия и фибробластов (М. А. Баженова, 1936 г.). При применении метода прижизненного окрашивания, клетки консервированных тканей откладывают витальный краситель в своей цитоплазме в виде гранул так же, как и живая, не отделенная от организма ткань. Опыты показали также, что травматическое повреждение эпителия роговицы изолированного и сохраняемого при разных температурах глаза вызывает процесс регенерации дефекта, который осуществляется путем активного передвижения клеточных элементов на травмированную область. Таким образом, переживающая вне организма ткань продолжает в течение известного времени активно реагировать на внешние воздействия. Эта способность сохраняется не только роговичной, но и другими тканями в аналогичных условиях. Так, кожа кролика полноценно приживается после пребывания в изолированном виде при понижен-

ной температуре в течение 62 дней (В. П. Филатов, С. Р. Мучник и И. Ф. Ковалев, 1951 г.). Явления переживания можно наблюдать и в изолированных тканях легкого, печени, кишечника. Не все они одинаково устойчивы к условиям консервации — одни из них остаются жизнеспособными дальше, другие — в течение более короткого времени.

Исследования последних лет свидетельствуют и о том, что при определенных условиях жизненные функции сохраняются не только в изолированных тканях, но и в целых органах. В течение многих часов остаются жизнеспособными в условиях пониженной температуры целые конечности собаки, а также изолированные почки. После консервации такие органы, пересаженные в организм, из которого они были изъяты (аутопластика), стойко приживляются и восстанавливают свои функции (А. Г. Лапчинский, В. Ф. Викторов, Е. Б. Горбовицкий, Г. В. Медведев и С. А. Пересторонин, 1959 г.). В опытах С. И. Ютанова (1961 г.) было показано, что аутотрансплантированное легкое, консервированное путем замораживания при температуре -30° со сроками хранения до 30 суток по своим функциональным свойствам мало отличается от пересаженного неконсервированного собственного легкого.

В переживающих тканях, естественно, изменяются обменные функции. Своеобразие обмена в таких тканях обусловлено прежде всего тем, что в процессе консервации они лишаются притока питательных веществ и оттока продуктов метаболизма. По мнению А. В. Благовещенского (1945 г.) пребывание тканей у условиях пониженной температуры приводит к нарушению скоростей и согласованности каталитических процессов. Более чувствительные ферменты ослабляют свою активность, в то время как менее чувствительные еще продолжают в течение известного времени катализировать процесс обмена веществ. По данным Т. П. Шестериковой (1946 г.) в роговичной ткани до 8—10 дня консервации наблюдается повышение активности гликолитических ферментов. Н. Д. Попов в своих опытах установил, что в скелетных мышцах, сердце, печени, почках дегидразная активность в первые дни консервации понижается, а затем нарастает. Активность цитохромоксидазы напротив — в первые дни повышается, а затем постепенно падает.

А. Г. Тощевикова (1946 г.) показала, что активность фермента протеиназы, выделенной из охлажденных проростков гороха „МАШ“, почти в два раза выше, чем активность того же фермента из проростков, не подвергавшихся охлаждению.

А. Ф. Сысоев (1955 г.) отметил, что при хранении листьев растений в условиях пониженной температуры гидролитическая актив-

ность фермента инвертазы повышается. Это совпадает с нарастанием количества активных веществ в консервированных тканях.

Изменения, наблюдающиеся в обменных процессах консервированных тканей, касаются не только ферментов, но и других биохимических систем. Изучая динамику биохимических изменений в роговице бычьих глаз при хранении их на протяжении 14 дней при температуре 2°—4° выше нуля, Т. П. Шестерикова (1946 г.) с сотрудниками установила, что количество азота нерастворимых белков к пятому дню консервации снижается с 85% до 77,2%. К этому же сроку несколько повышается количество растворимых белков. Указанные явления свидетельствуют об активации аутолитических процессов в ткани.

В. А. Бибер, И. М. Фарбман и В. В. Скородинская (1948 г.), изучая биохимические процессы, наступающие в процессе консервации в листьях алоэ, отметил увеличение в тканях количества водорастворимых веществ и остаточного азота.

Содержание липидов холестерина, гликогена, редуцирующих веществ, глутатиона при консервации снижается. Дыхание тканей уменьшается. Количество кетновых тел, молочной кислоты к 6—8 дню консервации увеличивается.

Опыты показали также, что при введении в переднюю камеру изолированного глаза глюкозы заметно задерживается распад гликогена (Т. П. Шестерикова, 1940 г.).

О ХИМИЧЕСКОЙ ПРИРОДЕ БИОГЕННЫХ СТИМУЛЯТОРОВ

Изучение биохимических изменений, происходящих в тканях при консервации их на холоде, имеет важное значение для определения природы биологически активных веществ в тканевых препаратах. Интерес к этим веществам особенно возрос с тех пор, как была установлена высокая терапевтическая активность консервированных при пониженной температуре тканей.

Относительно их химической природы высказывались различные гипотезы. Мнение некоторых авторов о том, что вещества вызывающие терапевтический эффект, относятся к белкам, гормонам или ферментам дальнейшими исследованиями не подтвердилось.

Л. И. Палладина и А. М. Гудина (1947 г., 1952 г., 1954 г.), исследуя экстракт из консервированной кожи, установили, что ак

тивные вещества экстракта проходят при диализе через полупроницаемую перепонку.

А. Фрейтаг (1955 г.) на основании своих опытов пришла к заключению, что консервированной на холоде роговице, хрусталике, плацентарной ткани, селезенке, листьях алоэ накапливаются вещества, которые обладают действием, подобным травминовой кислоте. Эта кислота, по данным Боннер и Инглиш, накапливается в живых тканях при нанесении им травмы. В неконсервированных тканях такие соединения либо вовсе не обнаруживаются, либо выявляются в очень слабых количествах.

Изучению химической природы биогенных стимуляторов в консервированных тканях посвящен ряд работ А. Ф. Сысоева (1955 г., 1962 г.) и его сотрудников. В своих исследованиях авторы исходили из предположения, что биогенные стимуляторы следует искать среди тех веществ, содержание которых увеличивается в тканях в процессе консервации. С этой целью авторы изучили динамику изменений в консервируемых тканях азотистых соединений, карбоновых и аминокислот, ауксиноподобных веществ, органофосфорных соединений и др. Исследованиям были подвергнуты ткани животных и растений. Выделенные из экстрактов отдельные фракции подвергались испытанию в отношении их биологической активности. Этими исследованиями было показано, что в период консервации в тканях, вследствие преобладания анаэробного обмена, происходит значительное накопление карбоновых кислот и аминокислот, обладающих высокой биологической активностью.

Фракции, содержащие смесь карбоновых кислот, обладают большей биологической активностью по сравнению с аминокислотными фракциями. Была изучена также динамика изменений отдельных представителей карбоновых кислот и аминокислот в процессе консервации. Опыты показали закономерную связь между биологической активностью экстрактов тканей и накоплением в таких тканях в процессе консервации некоторых карбоновых кислот, как например яблочной, лимонной, янтарной, молочной и других, а также отдельных аминокислот.

П. А. Гнедков (1964 г.), исследуя биохимические изменения в растительных тканях в процессе их консервации нашел, что при этом увеличивается общее количество органических кислот. Особенно заметно накапливается лимонная кислота, количество которой увеличивается более чем в 2 раза. Нарастает также количество щавелевой кислоты. В результате накопления ненасыщенных соединений заметно увеличиваются такие показатели как окисляемость и иодное число.

Все эти факты свидетельствуют о том, что в состав биогенных стимуляторов входит смесь органических кислот. В консервируемых тканях эти соединения находятся в таких оптимальных соотношениях, которые определяют высокую биологическую и лечебную активность тканевых препаратов.

Исследования показали, что в разных тканях при консервации может иметь место неодинаковое по количеству накопление тех или иных органических кислот. Это подтверждается работами ряда исследователей. Помимо данных А. Ф. Сысоева с сотрудниками, к такому выводу приходят и Л. И. Палладина и А. М. Гудина. Ими установлено, что в экстракте консервированной кожи накапливаются преимущественно аргинин, аланин, аспарагиновая и глутаминовая кислоты.

Фам Нгок Тхак (1958 г.) придает большое значение глутаминовой кислоте как одному из веществ, определяющих активность тканевых препаратов.

И. И. Чикало (1956 г.) установил накопление яблочной и винной кислот в консервированных в условиях пониженной температуры в темноте листьях алоэ.

Несмотря на ряд работ, посвященных изучению состава биогенных стимуляторов, вопрос о химической природе этих веществ окончательно не разрешен. Необходимы дальнейшие исследования этой важной биологической проблемы.

О МЕХАНИЗМЕ ДЕЙСТВИЯ ТКАНЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ

Мы уже указывали, что появление биогенных стимуляторов в организме может быть вызвано воздействием на него различными факторами. В опытах это было установлено при облучении животных ультрафиолетовыми лучами (Д. Г. Бушнич, 1955 г.), рентгеновскими лучами (И. Г. Ершкович, 1953 г.), при травматических повреждениях (Ц. М. Барг, 1946 г.), при искусственно вызванных воспалительных процессах, при интенсивном мышечном напряжении (В. П. Филатов и М. Э. Кашук, 1946 г.). Во всех этих случаях сущность реагирования сводится, по-видимому, к воспроизведению реакций, представляющих собой биологический аутокатализ, в ходе которого в ответ на воздействия неблагоприятных факторов в тканях организма образуются активные вещества, способствующие значительному оживлению обменных функций. С этой точки зрения процесс образования биогенных

стимуляторов в организме можно рассматривать как приспособительную реакцию. Она имеет, по-видимому, большое значение в эволюционном процессе развития животных и растений, в механизме тех индивидуальных изменений, которые возникают в организмах в процессе их адаптации к внешним условиям. „При быстром и энергичном воздействии факторов среды, — писал В. П. Филатов, — организм вынужден всю свою биохимическую жизнь переводить на новые рельсы, вырабатывая в себе в форме острого процесса иные катализаторы, чем те, при которых происходили его жизненные процессы раньше”.

Каков механизм оздоравливающего влияния биогенных стимуляторов на организм?

Ряд проведенных в этом направлении исследований свидетельствует о том, что тканевые препараты заметно повышают реактивные свойства организма.

Клиническими и экспериментальными данными установлено, что после введения тканевых препаратов нарастает фагоцитарная активность лейкоцитов, значительно быстрее, чем в контроле, исчезают из тока крови введенные микробы. Препараты консервированных тканей, как показали обширные наблюдения повышают устойчивость организма к различным токсическим воздействиям, как например, к действию стрихнина (М. Б. Вургафт, 1949 г., Ц. М. Барг, Т. Е. Орлова, 1963 г.), к влиянию подкожно введенного марганцевокислого калия (В. П. Соловьева, И. И. Чикало, 1958 г.), к действию анилина (А. С. Борисова, 1960 г.), фенил-гидразина (С. С. Черняк, 1952 г.), уксусно-кислого свинца (А. Ф. Щербина, 1966 г.), аллоксана (С. Р. Мучник, Н. С. Шульгина, 1962 г.).

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что под влиянием тканевых препаратов повышается антитоксическая функция печени (В. В. Скородинская, Е. А. Вырлан, В. Н. Кефер, 1956 г.).

Реактивная перестройка организма, возникающая под влиянием тканевой терапии, находит свое отражение в улучшении его обменных функций. Так, наблюдениями С. Р. Мучника, В. В. Скородинской и А. Ф. Щербины (1958 г.) установлено, что под влиянием тканевых препаратов у значительной части больных нормализуется основной обмен. А. Ф. Сысоев (1955 г.) отметил при этом явления активации азотистого обмена.

Биохимические исследования свидетельствуют также о том, что под влиянием тканевых препаратов происходят глубокие изменения в структуре тканей. В частности, белки хрусталика старых животных, как показали опыты Е. В. Черевичной (1966 г.), становятся более

лабильными, способность их расщепляться трипсином заметно усиливается.

По данным И. Е. Савицкого (1966 г.), тканевые препараты ускоряют восстановление белков и форменных элементов крови при анемии после кровопотери и значительно усиливают процесс регенерации кроветворной ткани. Опыты показали, что препараты консервированных тканей усиливают включение радиоактивных аминокислот и радиоактивных препаратов фосфора и железа в белки плазмы крови, эритроцитов и кроветворных органов.

И. И. Чикало (1959 г.) установил, что под влиянием тканевых препаратов ускоряется обновление серосодержащих мукополисахаридов кожи, а в опытах Э. Г. Ларского (1954 г.), который пользовался методом меченых атомов, тканевые препараты в дозах, стимулирующих заживление ран, увеличивали интенсивность включения радиоаминокислот в белки внутренних органов.

О повышении реактивных свойств организма под влиянием тканевых препаратов говорят также наблюдения, показавшие, что применение их в сочетании с другими лекарственными веществами усиливает эффект последних. Так сочетание тканевых препаратов с инсулинотерапией при диабете вызывает большее снижение сахара и холестерина в крови, чем один только инсулин. При этом для получения необходимого эффекта можно пользоваться меньшими дозами гормонального препарата, что очень важно в тех случаях, когда большие дозы инсулина противопоказаны.

В обширной серии экспериментальных исследований Г. М. Кашеевой (1963 г., 1966 г.) было установлено, что совместное применение пенициллина и экстракта плацентарной ткани при острых стрепто- и стафилококковых инфекциях оказывало значительно более выраженный лечебный эффект, чем применение одного пенициллина или одного экстракта плацентарной ткани в тех же дозах. Выживаемость подопытных животных при этом повышалась на 25—30%. Такое же благоприятное влияние при этих же инфекциях оказывало совместное применение стрептоцида с экстрактом консервированных листьев алоэ.

А. М. Розенцвайг (1963 г.) также указывает, что тканевые препараты при острых воспалительных заболеваниях нервной системы оказывают не только стимулирующее влияние на организм, но в значительной степени увеличивают эффективность действия других лечебных мероприятий.

В условиях патологии тканевые препараты могут действовать на нарушенные функции различно: в одних случаях способствуя их повышению, в других — снижая их интенсивность, что приводит в

конечном итоге к нормализации нарушенного обмена. Так, опыты И. И. Чикало (1958 г.) показали, что при экспериментальном остром гепатите скорость включения радиометниона в белки печени и в отдельные фракции белков сыворотки значительно повышается. На этом фоне введение тканевых препаратов не только не ведет к дальнейшему повышению включения аминокислот в белки, а напротив, к уменьшению этого включения. При этом улучшается функция печени.

Касаясь механизма действия тканевых препаратов на организм, В. П. Филатов подчеркивал их влияние на ферментные системы. Основанием для этого служил ряд исследований, проведенных в этом направлении. Исследования И. И. Чикало (1945 г.) показали, что экстракты из консервированных листьев растений усиливают действие протеолитических ферментов *in vitro*.

В. В. Ковальский и В. Н. Кефер (1954 г.) установили, что помимо активирования ферментов, тканевые препараты расширяют и смещают температурный оптимум их действия.

В. В. Романов и А. И. Селивра (1953 г.) показали, что после имплантации консервированной в условиях пониженной температуры селезенки в некоторых органах усиливается активность оксидативного, а в некоторых и аноксидативного звена клеточного дыхания — дегидразы, цитохромоксидазы, катализы и холинэстеразы.

Повышение активности каталазы крови у больных, подвергнутых тканевому лечению наблюдали также А. Ф. Сысоев и В. В. Скоринская (1951 г.).

В. И. Савицкий (1966 г.) на основании своих исследований приходит к выводу, что тканевые препараты являются эффективными активаторами процессов дегидрирования. Под их влиянием усиливается активность глицерофосфатдегидрогеназы и сукциндегидрогеназы в таких органах как печень, почка, а также в тонком кишечнике и в сердечной мышце. В несколько меньшей степени эти сдвиги наблюдались в скелетной мышце и в селезенке. Подобные же результаты дали опыты с глютаминодегидрогеназой и нитрикодегидрогеназой.

Л. С. Жолнерович (1964 г.) было установлено, что под влиянием тканевой терапии изменяется качество ферментов. Опыты автора с холинэстеразой показали, что активность этого фермента у здоровых кроликов, обработанных тканевыми препаратами не повышается, однако энергетический уровень его заметно повышается — фермент оказывается способным катализировать реакцию расщепления ацетилхолина с потреблением извне меньшего количества энергии, чем требуется в обычных условиях. Аналогичное явление было установлено и в опытах И. И. Чикало и Л. Е. Навроцкой (1958 г.), по отношению

к белкам (глобулины печени, кристаллины хрусталика и актомиозин) здоровых кроликов.

А. В. Благовещенский (1939 г., 1945 г.) полагает, что активирование тканевыми препаратами ферментов осуществляется благодаря присоединению биогенных стимуляторов к молекуле белка фермента.

Ряд исследований свидетельствует также о том, что влиянием тканевой терапии происходит перестройка гормональных систем организма. Так, Г. Гриммер (1955 г.) на основании своих опытов приходит к выводу, что тканевые препараты вызывают повышение образования адренокортикотропного гормона и стимулируют выделение кортикостероидов. Эти данные нашли подтверждение и в исследованиях М. А. Макарова (1966 г.). Автор, подытоживая данные своих наблюдений, указывает, что под влиянием тканевых препаратов повышается образование в надпочечниках стероидных гормонов, в моче увеличивается количество 17-кетостероидов. Им же установлено, что указанные препараты усиливают инкреторную функцию семенников и поджелудочной железы.

Значительный интерес представляют данные, свидетельствующие о влиянии тканевых препаратов на нервную систему.

Исследованиями А. А. Малиновского (1955 г.) установлено, что под влиянием введения тканевых препаратов (консервированной кожи, экстракта алоэ) происходит увеличение силы процесса возбуждения, а затем и торможения.

Г. В. Попов (1955 г.) в своих опытах показал, что препараты консервированных тканей усиливают корковые процессы возбуждения и торможения. Автор установил, что нарушения рефлекторной деятельности у животных (собак), вызванные дачей кофеина, быстро исчезают после введения тканевых препаратов. Заслуживают также внимания его эксперименты на изолированных участках тонкого кишечника, сохранивших нервные связи с организмом. Пропускание через сосуды такого изолированного отрезка кишки физиологического раствора, к которому добавлялись тканевые препараты не вызвало видимых рефлекторных изменений со стороны кровяного давления и дыхания. Однако, такие животные заметно изменяли свою реакцию на последующее введение адреналина, равно как и на раздражение каротидного синуса. Повышение кровяного давления становилось более интенсивным, а раздражение синуса приводило к более резкому снижению кровяного давления, урежению сердечной деятельности и дыхания по сравнению с контрольными опытами без введения тканевых препаратов. Таким образом, перфузируемый раствор тканевых препаратов оказывал тонизирующее влияние на рефлекторный аппарат,

повышая возбудимость его нервных центров. Эти данные были подтверждены позднее В. П. Соловьевой. Они находятся в соответствии с приведенными выше исследованиями об усилении эффекта некоторых лекарственных веществ при введении последних в сочетании с тканевыми препаратами.

В опытах П. Е. Радкевича и В. Н. Тивикова (1966 г.) тканевой препарат оказывал различное влияние на привесы и ряд биохимических показателей животных в зависимости от типологических особенностей нервной системы.

Следует также указать на отмеченное многими клиницистами анальгезирующее действие тканевых препаратов. При таких заболеваниях как невралгии, ишиалгии, при фантомных болях тканевые препараты значительно снижают болевой синдром уже в ближайшие часы после введения.

Влиянием тканевых препаратов на нервную систему можно также объяснить лечебный эффект, который наблюдается при тканевой терапии трофических и долго незаживающих язв.

Говоря о механизме действия тканевых препаратов, нельзя не упомянуть об исследованиях А. И. Ваничкича (1963 г.). Автор изучал влияние препаратов консервированных тканей на парабактериальное состояние мышечной ткани. Оказалось, что если на нервно-мышечный препарат воздействовать повреждающим фактором и тем самым привести ткань в состояние парабактериоза, то последующее воздействие на такую функционально угнетенную ткань тканевыми препаратами восстанавливает ее свойства — мышца вновь начинает отвечать на раздражение сокращением. Опыты показали, что различные тканевые препараты оказывают такое благоприятное влияние не в одинаковой степени. Так, например, экстракт консервированных листьев алоэ оказывается наиболее активным в разведении 1:5, а экстракт плацентарной ткани лучше действует в неразведенном виде.

Приведенные данные свидетельствуют о многостороннем действии тканевых препаратов на организм. Под их влиянием в нем происходит глубокая перестройка, которая сопровождается изменением активности и качества его ферментных систем, активацией его гормональной и иммунологической функций, повышением тонуса нервной системы, стимуляцией системы соединительной ткани и повышением реактивных свойств. Все это способствует большей устойчивости организма к неблагоприятным факторам и лучшей его приспособляемости к условиям окружающей среды.

ПРИМЕНЕНИЕ ТКАНЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ

Тканевая терапия применяется при многих патологических процессах. Стимулирующий эффект, вызываемый введением в ослабленный организм биологически активных веществ, содержащихся в тканевых препаратах, приводит к восстановлению нарушенных физиологических процессов и к повышению жизненного тонуса организма.

Глазные заболевания

Накоплен обширный клинический материал, свидетельствующий об эффективности тканевых препаратов при ряде глазных заболеваний. Из заболеваний переднего отдела глаза клиника располагает данными о тканевой терапии блефаритов, кератитов, трахомы.

Известно, что среди этиологических моментов, способствующих возникновению и развитию блефарита, большое значение придается ослаблению организма и понижению его реактивных свойств. Тканевое лечение при этих заболеваниях приводит к улучшению трофических функций и к повышению регенеративных свойств организма. Препараты консервированных тканей успешно применяются при блефаритах, особенно при чешуйчатом и язвенном наряду с местным лечением. При этом сокращается длительность патологического процесса, а терапевтические результаты получаются более стойкими, чем при одном местном лечении. При упорных запущенных формах заболеваний возникает необходимость в проведении 2—3 курсов лечения.

При воспалениях роговой оболочки тканевая терапия, в зависимости от этиологии процесса применяется либо в виде самостоятельного метода лечения (при легкой форме герпетического кератита, *keratitis filiformis* и др.), либо в сочетании со специфическими средствами (при туберкулезном язвенном, гнойном), кортизоотерапией (при розацеа кератите), витаминотерапией (при герпетическом кератите). Тканевая терапия облегчает течение воспаления и сокращает сроки заболевания, благоприятно влияет на исход патологического процесса.

При длительно протекающих упорных кератитах, когда подкожное применение тканевых препаратов не дает удовлетворительных результатов, можно применять субконъюнктивальные имплантации препаратов; последние в таких случаях могут оказаться более эффективными.

Хорошие результаты получены при применении тканевых препаратов в случаях туберкулезно-аллергических кератитов у детей. Повышая иммунологические свойства больных, препараты консервированных тканей при самостоятельном их применении, либо в сочетании с общеукрепляющей терапией способствуют рассасыванию инфильтратов и уменьшению рецидивов заболевания.

Повторные курсы тканевой терапии способствуют рассасыванию свежих, негрубых, поверхностно расплоскнутых помутнений роговой оболочки. Особенно благоприятное влияние при этих патологических процессах оказывает торфот. Этот препарат можно применять и в виде подкожных инъекций под конъюнктиву.

При трахоматозных поражениях глаза тканевая терапия применяется в сочетании с выдавливанием трахоматозных зерен и медикаментозным лечением. Она способствует уменьшению инфильтратов в конъюнктиве, рассасыванию фолликулов и сокращает длительность заболевания. При трахоматозном паннусе тканевое лечение приводит к исчезновению боли в глазах, уменьшению инфильтрации конъюнктивы и век, рассасыванию инфильтратов и эпителизации язв.

Тканевые препараты успешно применяются и при некоторых заболеваниях заднего отдела глаза, таких как пигментная дегенерация сетчатки, невриты зрительного нерва, атрофия зрительного нерва, миопический хориоретинит, увеит туберкулезной этиологии. Целесообразность применения тканевой терапии при этих заболеваниях обусловлена тем, что наряду с необратимой гибелью части нервных элементов при указанных патологических процессах остается известное количество клеток, жизнедеятельность и функциональная активность которых либо не изменена, либо понижена. Под влиянием тканевой терапии повышается функциональная активность ослабленных клеток, находящихся в состоянии парабриоза.

При пигментной дегенерации сетчатки тканевая терапия дает лучший эффект при начальных стадиях болезни, особенно у больных молодого возраста. Под влиянием лечения наблюдается улучшение остроты зрения, расширяется поле зрения. Несколько позже повышается темновая адаптация. Клинический опыт свидетельствует о том, что не все зрительные функции под влиянием тканевых препаратов улучшаются одинаково. Повышение остроты зрения наблюдается у 60—70% больных, между тем как поле зрения расширяется у 40—50%. Что касается темновой адаптации, которая особенно нарушается при пигментной дегенерации сетчатки, то выраженное повышение ее на-

ступает только у 10% больных. Для закрепления полученных результатов рекомендуется проводить повторные курсы тканевого лечения.

Лечение невритов зрительного нерва, как известно, включает комплекс терапевтических мероприятий, в том числе лечение антибиотиками, противовоспалительными средствами, эндокринными препаратами, витамин- и осмотерапией. В общем комплексе лечения невритов тканевые препараты применяются как средство, повышающее сопротивляемость организма патогенному фактору, и как стимуляторы обменных процессов. Мы уже указывали выше, что применение тканевых препаратов вместе со специфическими средствами усиливает действие последних и повышает их терапевтическую активность.

При атрофиях зрительного нерва, возникших вследствие перенесенных инфекционных болезней (грипп, сифилис, малярия, тифы, скарлатина и др.), интоксикациях (метилалкогольная, свинцовая, хинная, анилиновая и др.), а также на почве болезней обмена веществ лечение тканевых препаратов показано в любой стадии процесса. И при этих заболеваниях тканевую терапию следует сочетать с другими методами лечения (специфическое лечение, витаминотерапия). При свежих случаях заболевания эффект тканевой терапии сказывается уже в начале курса лечения — после 8—10 инъекций. Улучшение выражается в повышении остроты зрения, расширении поля зрения. При большой давности процесса одич курс тканевой терапии может и не дать ощутимых результатов, в связи с чем приходится курсы лечения повторять.

Исследованиями последних лет доказано, что прогрессирующая миопия возникает и развивается не как самостоятельное заболевание, а как проявление общих расстройств организма. Это обуславливает целесообразность применения общестимулирующей терапии при указанном патологическом процессе. Лечение прогрессирующей близорукости и миопического хориоретинита следует проводить длительно и систематически. При этом не исключается необходимость проведения других лечебных мероприятий — витаминотерапии, соблюдения соответствующего режима и др. Тканевые препараты могут успешно применяться также с профилактической целью для предупреждения прогрессирования близорукости у школьников. Как показывают клинические наблюдения своевременно организованное лечение таких детей тканевыми препаратами стабилизирует процесс и предупреждает прогрессирование миопии. Так по данным Института им. акад. В. П. Филатова, при профилактическом применении тканевой терапии близорукость, не прог-

рессируя дальше, остается стабильной у 62,9⁰/₀—70⁰/₀ детей, в то время как у нелеченных детей она стабилизируется только у 40⁰/₀.

При туберкулезе глаза тканевая терапия применяется чаще всего как вспомогательный метод лечения и только при большой давности процесса, при отсутствии рецидивов, в случаях наличия синехий, помутнений стекловидного тела и старых изменений на глазном дне тканевое лечение может применяться самостоятельно. В острой стадии заболевания применение тканевых препаратов рекомендуется только в сочетании со специфической терапией. При выборе дозы тканевых препаратов и определении длительности курса лечения следует учитывать характер течения процесса. Тканевая терапия при туберкулезе глаза улучшает общее состояние организма и благоприятствует более легкому течению патологического процесса. При комплексном применении специфических средств и тканевых препаратов значительно уменьшается количество рецидивов заболевания.

Эффективное влияние оказывают тканевые препараты при травматических иридоциклитах, кровоизлияниях, помутнениях стекловидного тела. Их действие проявляется в купировании воспалительного процесса, рассасывании кровоизлияний, помутнений стекловидного тела и остатков кортикальных масс хрусталика, а в более позднем периоде в рассасывании рубцовой ткани. В тех случаях, когда травматическое повреждение вызывает необходимость оперативного вмешательства, тканевая терапия, предпринятая до операции, значительно облегчает послеоперационное течение, активизирует восстановительные процессы в поврежденных тканях и повышает процент успешности результатов оперативных вмешательств.

В сочетании с другими лекарственными веществами тканевые препараты применяются при симпатическом воспалении, а также при исходах этого патологического процесса.

В качестве существенного дополнения к обычно применяемым лекарственным препаратам с целью укрепления организма тканевые препараты применяются при глаукоме. Особенно эффективно влияние тканевых препаратов при компенсированной форме заболевания. При субкомпенсированной глаукоме тканевые препараты, примененные в сочетании с миотиками, могут оказывать благоприятное влияние не только на состояние зрительных функций, но и на регуляцию внутриглазного давления. При некомпенсированной глаукоме тканевая терапия не оказывает влияния на регуляцию офтальмотонуса, но может быть применена для повышения резистентности тканей глаза и для сохранения зрительных функций.

Экстракт плацентарной ткани, примененный совместно со специфическими средствами, по данным Н. И. Шпака (1963 г.) оказывает хорошее влияние на течение токсоплазмозного процесса в глазу. Наблюдения автора свидетельствуют о том, что больные при этом легче переносят специфические лекарства, а самое лечение дает более эффективный результат.

Хирургические заболевания

При хирургических заболеваниях тканевые препараты применяются как средство, усиливающее регенераторные процессы, ускоряющее рассасывание рубцов и заживление язвенных процессов.

В эксперименте рядом авторов (В. В. Ковальский, Л. И. Палладина, С. Э. Эпельбаум и А. И. Ролл, 1936 г.; Р. О. Файтельберг и В. Г. Хаметов, 1947 г.; В. В. Скородинская и А. И. Тарасова, 1947 г.; Н. Г. Лигнау, 1939 г.; Н. В. Янык, 1950 г.; С. Р. Мучник, 1955 г.; Н. А. Иофф, 1947 г.) установлено, что тканевые препараты заметно ускоряют регенерацию как поверхностных, так и глубоких кожных ран. При этом в области раны заметно стимулируются процессы кровоснабжения. Детальные гистологические исследования Г. Д. Князевой (1953 г.) показали, что подсадка консервированной ткани при наличии раневого процесса способствует снижению воспалительных и экссудативных явлений, усилению и ускорению процессов пролиферации, ускорению формирования и созревания грануляционной ткани и более быстрой регенерации нервов и эпителия. Благодаря такой активации процесса заживления предотвращается присоединение вторичных воспалительных явлений, образуется более нежный рубец, полноценней иннервируется рубцовая ткань и новообразованный эпителий. Тканевая терапия, по данным автора, вызывает заметные биохимические сдвиги в ране; об этом свидетельствует значительное накопление в ней мукоидных веществ, стимулирующих, как известно, регенерацию соединительной ткани.

Клинические наблюдения подтверждают данные экспериментальных исследований. Успешные результаты получены при применении тканевых препаратов для лечения больных с длительно незаживавшими ранами и язвами — Л. М. Капица и К. П. Копылова (1950 г.), С. Д. Голигорский (1946 г.), Ц. М. Барг и Ф. Я. Серебренник (1946 г.), Б. И. Бровер (1951 г.) И. М. Надлер (1951 г.), С. П. Петруня (1947 г.), Г. П. Зайцев (1951 г.), Е. Липпарони (1954 г.). Авторы отмечают, что изменения в клиническом течении процесса наступали уже через несколько дней после подсадки. Тканевое лечение оказывает болеутоляющее действие в области рубцов и язвенных поверхностей, дно язвы выполняется красными зернистыми грануляциями, края раны уплощаются, появляется активная эпителизация. Рубцы, спаянные с

подлежащими тканями, становятся более подвижными. Н. М. Михельсон (1947 г.) указывает, что при лечении тканевыми препаратами келоидных рубцов, он добывался успехов, которые раньше достигались редко. Тканевые препараты оказывают благоприятное действие на рубцовые сращения. По данным Я. М. Волошина, Д. М. Хаютина и Е. М. Ланда (1950 г.) рубцовая ткань под влиянием тканевого лечения приобретает более нежную фибриллярную структуру с наклоном к размягчению и затем легко отделяется от подлежащих тканей. Этим влиянием тканевой терапии на рубцовую ткань можно, по-видимому, объяснить терапевтический эффект, получаемый при структуре мочеиспускательного канала (А. Б. Ага, 1949 г.), структурах пищевода, при каузалгических и фантомных болях (И. Г. Ершкович, 1949 г.).

Тканевые препараты, применяемые при лечении травматических повреждений трубчатых костей способствуют ускорению образования костной мозоли. Об этом свидетельствуют исследования В. В. Мочаловой (1953 г.). В ее опытах под влиянием тканевой терапии формирование костной мозоли у подопытных животных наступало на 10—12 дней раньше, чем у контрольных. По гистологическим наблюдениям, проведенным ею совместно с Е. Г. Степанок (1952 г.), активирующее влияние тканевых препаратов проявлялось в ускорении образования остеобластов, в более быстром переходе их в остеоциты.

Обширные клинические наблюдения свидетельствуют также о благоприятном влиянии тканевой терапии на течение эндартериоза и атеросклероза сосудов конечностей (Г. П. Зайцев и В. Т. Порядин, 1963 г.; Т. Е. Гнилорыбов, 1963 г.). Под влиянием лечения тканевыми препаратами у значительного процента больных уменьшаются, а иногда и полностью исчезают боли, улучшается коллатеральное кровообращение, повышается кожная температура, улучшается общее состояние. Это приводит к клиническому выздоровлению с восстановлением трудоспособности, либо к длительной ремиссии.

Офтальмологи и хирурги часто применяют тканевые препараты для обработки больных в предоперационном и послеоперационном периодах. Многочисленные наблюдения свидетельствуют о том, что такая подготовка способствует лучшему послеоперационному течению и более быстрому выздоровлению больных, особенно таких, у которых наблюдаются явления общего понижения тонуса.

Кожные заболевания

Тканевые препараты успешно используются в дерматологии и венерологии. Они оказывают благоприятное влияние при хронических дерматозах, которые плохо поддаются лечению обычной терапией. Их

эффективно применяют в комплексе с другими лекарственными препаратами — антибиотиками, витаминами, гормонами, химиопрепаратами при лечении таких заболеваний как хроническая красная волчанка, туберкулезная волчанка, хронической экземе, тяжелых невродермитах, хронически рецидивирующей крапивнице, длительно незаживающих трофических язвах. Э. С. Оречкин (1963 г.) на основании анализа около 3 тысяч больных с различными дерматозами приходит к заключению, что под влиянием тканевой терапии отмечалось около 25% случаев выздоровления и в 38,5% значительное улучшение и улучшение. При лечении сифилиса тканевая терапия эффективна как дополнительный метод неспецифического воздействия при резистентных формах, в случаях сероустойчивости, при сухотке спинного мозга, невросифилисе, при паренхиматозном кератите, хориоретинитах, при поражениях зрительного нерва.

Румынский врач Добреску Антон и Е. В. Курская (1963 г.) приводят свои наблюдения над 857 больными, лечеными препаратами плаценты. При чешуйчатом лишае из 127 больных у 76 наступило клиническое излечение. При хронической рецидивирующей экземе из 154 больных — выздоровление наступило у 24, улучшение у 57, при хронической язве голени из 16 больных — 6 выздоровело, у 8 больных наступило улучшение. Благоприятные результаты получены ими и при других кожных заболеваниях.

Интересные данные были получены при применении тканевых препаратов для профилактики и лечения лучевых поражений кожи. Так К. Н. Чочиа (1951 г.) на значительном количестве больных показал, что указанные препараты заметно повышают выносливость тканей к воздействию лучистой энергии. Тканевая терапия при лучевых эпидермитах и эпителитах, а также при лучевых язвах оказывают выраженный терапевтический эффект, который проявляется в ослаблении или полном прекращении болей, уменьшении воспалительных явлений, укорочении срока эпителизации язвенных поверхностей и полном излечении долго незаживающих язв. Реакция на облучение у больных, профилактически получавших тканевые препараты, проявлялась слабее, протекала легче и заканчивалась значительно раньше, чем у больных, не подвергавшихся тканевой терапии.

Л. И. Христин (1951 г.) применял тканевую терапию у больных с вульгарной волчанкой. У значительного числа больных (у 29 из 40) им был отмечен выраженный терапевтический эффект, который выражался в рассасывании инфильтратов, в уменьшении воспалительных явлений и улучшении общего состояния больных.

В. Ч. Бржеский (1952 г.) лечил успешно тканевыми препаратами фурункулез. Под влиянием лечения у больных оживлялись регенераторные процессы, улучшалось общее состояние, уменьшались боли.

Тканевые препараты находят применение и при лечении других заболеваний кожи: при *acne vulgaris*, при эритематозной волчанке (В. П. Филатов, С. Л. Вельтер, 1939 г.), при пендинской язве (В. В. Скородинская, 1947 г.) и др.

Гинекологические заболевания

Благоприятное влияние тканевых препаратов на воспалительные процессы способствовало успешному применению тканевой терапии в гинекологической практике.

Так, М. А. Даниахий (1946 г.) применял тканевые препараты в виде имплантаций консервированных тканей у гинекологических больных, страдавших обширными плотными инфильтратами воспалительного происхождения, которые не поддавались обычным методам лечения, а также при спаечных процессах. Автор отмечает, что под влиянием тканевой терапии инфильтраты рассасывались, опухоли становились подвижными, восстанавливалась трудоспособность больных. Клинические наблюдения свидетельствуют также о том, что лечебная имплантация тканевых препаратов вызывает анальгезирующий эффект и улучшает общее состояние больных.

Г. Л. Дозорцева и А. Н. Машкейсон (1950 г.) лечили тканевыми препаратами больных с подострыми и хроническими воспалительными процессами придатков матки. Большая часть этих больных безуспешно лечилась в течение ряда лет различными методами без особого эффекта. И эти авторы отмечают, что под влиянием лечения тканевыми препаратами уменьшались или исчезали инфильтраты. Наряду с улучшением клинической картины у таких больных замедлялась РОЭ, а количество лейкоцитов выравнивалось до нормы. Авторы приходят к заключению, что тканевая терапия является эффективным методом лечения воспалительных процессов женской половой сферы, особенно в тех случаях, когда заболевание не поддается лечению другими методами.

Тканевую терапию в виде подсадок консервированной плацентарной ткани при воспалительных процессах женской половой сферы применяла и Л. С. Державина (1950 г.). Под ее наблюдением были больные с тяжелыми воспалительными заболеваниями преимущественно придатков. Автор отмечает, что улучшение в общем состоянии больных после имплантаций наступало в среднем на 4 день. К 5 дню обычно снижалась температура. Высокий процент выздоровлений получен автором при параметрите, при пельвеоперитонитах.

Р. А. Карнаухова (1955 г.) пользовалась тканевыми препаратами в сочетании с сульфаниламидами и пенициллином при хронической ооноррее у женщин. В 98,3% случаев автору удалось получить излечение с рассасыванием воспалительных очагов поражения.

Из других заболеваний, при которых тканевые препараты проявляют свое благоприятное влияние на организм, следует указать на заболевания детского возраста.

Обширные наблюдения собраны Е. Е. Гранатом (1950 г.). Автором применялись тканевые препараты при дистрофиях у детей, страдавших хронической дизентерией. При этих заболеваниях тканевая терапия способствовала улучшению общего состояния детей, усилению аппетита, значительной прибавке веса, исчезновению симптомов нервно-психического характера. У больных нормализовались гематологические показатели и улучшался интермедиарный обмен. Хороший результат был получен автором при тканевой терапии вяло протекающих экссудативных превритов, или скрофулезе, при хронической туберкулезной интоксикации.

Заслуживают также внимания исследования о применении тканевых препаратов в восстановительном периоде полиомиелита (М. А. Манукян, 1963 г.). В комбинации с физическими методами лечения тканевые препараты, по данным клинических наблюдений, способствовали восстановлению нарушенных двигательных функций в суставах пораженных конечностей, исчезновению болевых явлений, обратному развитию трофических нарушений кожных покровов, оживлению или появлению угасших рефлексов, повышению электровозбудимости мышц и значительному улучшению самочувствия детей.

Тканевые препараты используются в оториноларингологической практике при лечении невритов слухового нерва, при воспалительных заболеваниях среднего и внутреннего уха, при лечении озы (В. И. Грушецкий, 1952 г., С. И. Ильенков, 1949 г.).

В стоматологии тканевая терапия применяется при лечении амфодонтозов и некоторых других заболеваний полости рта (Е. В. Бененсон, В. В. Жилина, А. Д. Ягудин, 1954 г.; И. А. Берман, 1951 г.).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что тканевые препараты способствуют нормализации нарушенных функций большого организма, повышению его регенераторной способности и улучшению его обменных функций.

Поэтому они находят широкое применение в лечебной медицине.

Доктор мед. наук профессор С. Р. Мучник
Канд. мед. наук В. П. Соловьева

ТКАНЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

по В. П. ФИЛАТОВУ



ТКАНЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ по В. П. ФИЛАТОВУ

Тканевые препараты применяются преимущественно в виде инъекций. Их можно вводить в ткани глаза методом ионофореза или принимать во внутрь.

Для каждого нового тканевого препарата разрабатывается индивидуальный режим технических условий приготовления, который обеспечивает наибольший выход биологически активных веществ, высокую лечебную эффективность, стандартность препарата и безвредность его для организма.

После проверки препарата на токсичность и стандартизацию его по характерным химическим показателям, изучается биологическая активность препарата на специально разработанных тестах.

В настоящее время мы располагаем набором биологических тестов, с помощью которых представляется возможность выявлять активность того или иного тканевого препарата.

Сюда относятся тесты, в основе которых положено свойство тканевых препаратов активировать рост и размножение дрожжевых клеток, способность их ускорять процессы регенерации и оказывать антитоксическое действие.

Активность тканевых препаратов проверяется также по их способности повышать фагоцитарные свойства лейкоцитов.

При определении профилактической и лечебной эффективности тканевых препаратов, последние испытываются на различных искусственно вызванных патологических процессах: на экспериментальных анемиях, экспериментальном кератите, искусственно воспроизведенном атеросклерозе, миокардите и др.

После экспериментальной проверки тканевые препараты передаются для клинического испытания.

Только на основании данных экспериментальных и клинических наблюдений складывается характеристика тканевого препарата.

ВЗВЕСЬ ПЛАЦЕНТЫ

Suspensio placentae

Препарат готовится по методу В. П. Филатова из плацентарной ткани человека.

Свойства. Стерильная взвесь тонко измельченной ткани в физиологическом растворе. После взбалтывания препарат представляет собой гомогенную взвесь красновато-коричневого цвета, из которой при отстаивании оседает слой частиц ткани. Размеры частиц взвеси плаценты не более 0,3 мм, рН — в пределах 6,4—6,9, сухой остаток — 5—7%, общий азот — 0,45—0,85%. Взвесь плаценты обладает характерным запахом. Препарат не токсичен, не обладает анафилактическими свойствами.

Фармакологические свойства. Взвесь плаценты является биологическим стимулятором, повышающим защитные свойства организма и улучшающим его физиологические функции.

Препарат обладает высокой биологической активностью. Так при использовании дрожжевого теста биологическая активность препарата превышает более чем в 5 раз контроль.

Препарат взвеси плаценты в опытах ускоряет регенерацию эпителия роговицы на 32—35%, а также ускоряет заживление искусственно вызванных дефектов кожи у кроликов.

Взвесь плацентарной ткани при парентеральном введении стимулирует всасывательную деятельность желудка и кишечника. Исследованиями Файтельберга Р. О., Кузьмина А. Ф., Турчиной Л. Р. (1966 г.) установлено, что под влиянием тканевого препарата всасывание глюкозы увеличивается в среднем на 20%. Максимальный подъем всасывания наблюдается через 24 часа после введения препарата и держится в течение 12—20 дней. Увеличивается также всасывание глюкозы из тонкого отдела кишечника.

В экспериментах С. Р. Мучника (1963 г., 1966 г.) на кроликах установлено, что подкожное введение этого препарата повышает резистентность животных к опухолевому росту.

В. П. Соловьева, Е. Г. Степанок (1963 г.) в опытах на кроликах с экспериментально воспроизведенным миокардитом установили, что профилактическое введение плацентарной ткани снижает степень развития дистрофических и склеротических изменений в миокарде.

Положительное значение предварительных инъекций взвеси плаценты проявилось и при экспериментальном атеросклерозе у кроликов. (В. П. Соловьева, Е. М. Липовецкая). В этих опытах введение препарата вызывало снижение гиперхолестеринемии и заметно уменьшало степень атеросклеротических изменений в аорте.

Повышение устойчивости организма к воздействию различных неблагоприятных факторов под влиянием предварительного введения плацентарной ткани установлено в эксперименте и при некоторых видах кислородного голодания при пребывании животных в барокамере, при отравлении цианистым натрием, нитритом натрия, углекислотой и др. (В. П. Соловьева, 1954 г), а также при введении токсических доз таких веществ как стрихнин, дикумарин и др.

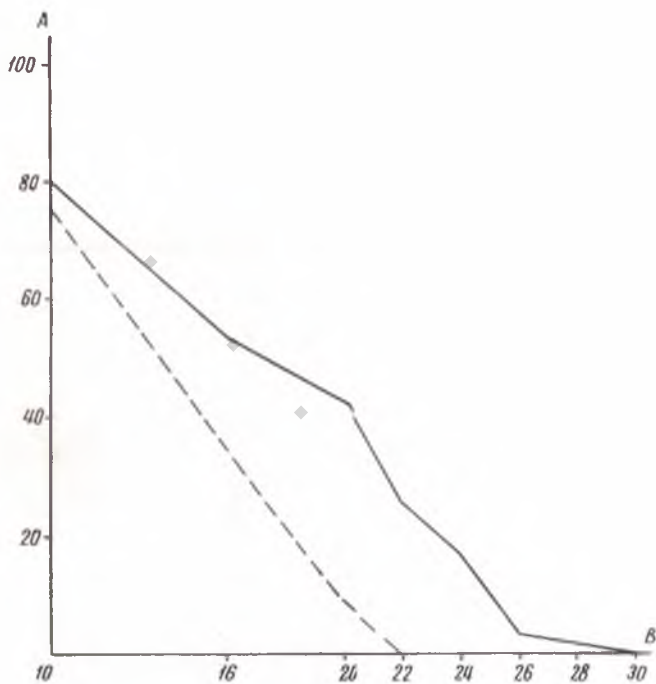


Рис. 1. Влияние веса плаценты на скорость заживления дефекта кожи у кроликов:

A — площадь дефекта в мм²
 B — дни наблюдений

Условные обозначения:
 --- контроль
 — опыт

Приведенные данные свидетельствуют о том, что взвесь плаценты является эффективным средством повышения защитных функций организма и активизации его обменных процессов.

Клинические данные. Взвесь плаценты применяется для лечения различных глазных заболеваний — миопии, кератитов различной этиологии: герпетического, розацеа, паренхиматозного, травматического, помутнений роговицы после перенесенных кератитов, иритов, иридоциклитов, помутнений в стекловидном теле, невритов, хориондитов. При этих заболеваниях применение препарата приводит к повышению остроты зрения, расширению поля зрения, уменьшению слепого пятна, рассасыванию помутнений роговицы и стекловидного тела, повышению функций зрительно-нервного аппарата глаза (В. В. Скородинская, Л. А. Марцинкевич, Л. А. Беспалько, 1956 г., С. А. Беспалько, 1959 г.).

Обладая способностью повышать сопротивляемость организма, препарат применяется также при некоторых общих заболеваниях.

Так, по данным Г. И. Васильевой, Н. Ф. Бандуровской и Т. М. Цитко (1955 г.), препарат плаценты можно успешно применять при комплексном лечении туберкулеза легких в сочетании с антибактериальными препаратами.

С. А. Берченко, В. П. Хоиненко (1961 г.) на основании своих многочисленных клинических наблюдений рекомендуют применять взвесь плаценты при комплексном лечении полиомиелита в восстановительном периоде и в периоде остаточных явлений.

Этот препарат эффективно применяется в практике геронтологии и гериатрии.

Взвесь плаценты является оригинальной лекарственной формой тканевых препаратов, не имеющей аналогов.

Способ применения и дозировка. Взвесь плаценты вводят под кожу 1 раз в 7—10 дней по 2 мл. Предварительно участок введения анестезируется 0,5% раствором новокаина. На курс лечения 3—4 инъекции препарата. У детей дозировка уменьшается в соответствии с возрастом. Курс лечения можно повторять через 2—3 месяца.

Препарат побочных явлений не вызывает.

Противопоказания. Препарат противопоказан при некомпенсированной глаукоме, тяжелых сердечно-сосудистых заболеваниях, при заболеваниях почек, при беременности более 6 месяцев.

Форма выпуска. Выпускается в ампулах по 2 мл. Ампулы с препаратом могут храниться при комнатной температуре. Срок годности 2 года.

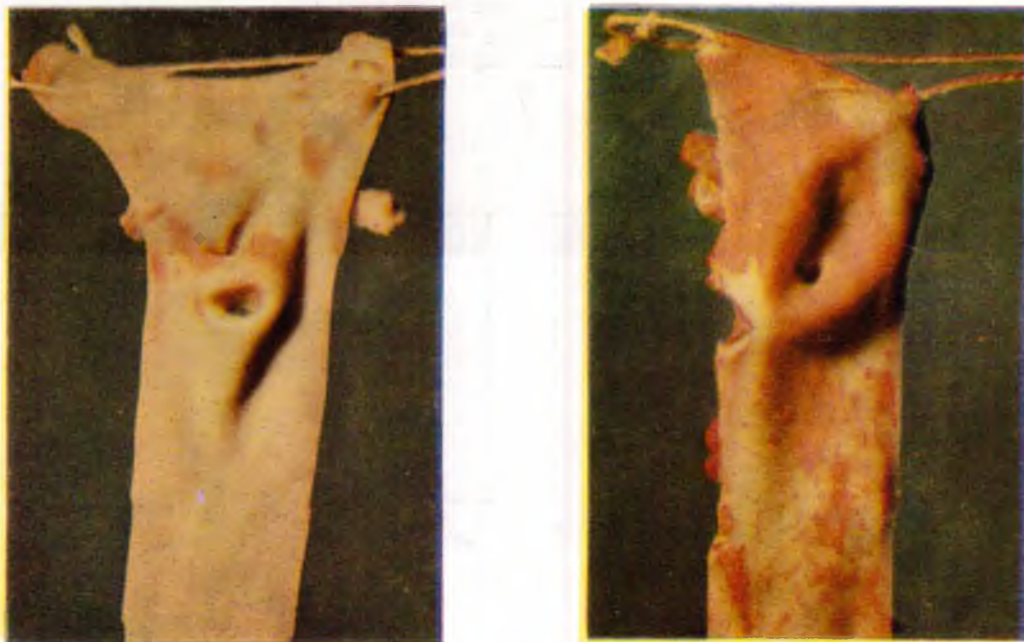


Рис. 2. Влияние взвеси плаценты на экспериментальный атеросклероз:
а — аорта кролика, которому вводился тканевый препарат
б — аорта кролика, которому вводился физиологических раствор

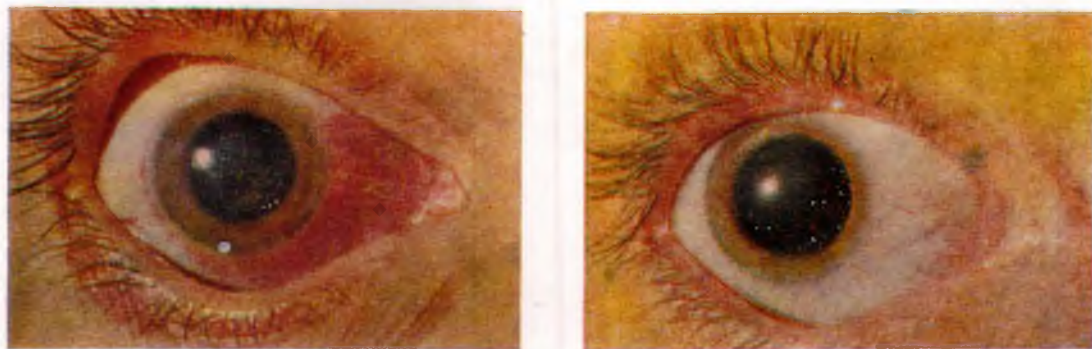


Рис. 3. Применение взвеси плаценты при паренхиматозном кератите:
а — до лечения (острота зрения 0,02)
б — после лечения (острота зрения 0,7)



Рис. 4. Применение взвеси плаценты при герпетическом кератите:
а — до лечения (острота зрения 0,02)
б — после лечения (острота зрения 0,5)

ЭКСТРАКТ ПЛАЦЕНТЫ

Extractum placentae

Водный экстракт из консервированной на холоде ткани плаценты человека предложен акад. В. П. Филатовым, В. В. Скородинской, В. А. Бибером. Экстракт плаценты в качестве тканевого препарата применяется в медицине, ветеринарии и животноводстве.

Свойства. Изготовленный стерильно по методу В. П. Филатова, экстракт плаценты представляет бесцветную, прозрачную или слегка опалесцирующую жидкость, не имеющую осадка.

Экстракт плаценты содержит небольшое количество белковых веществ (не более 0,01%), рН = 6,7—7,5; окисляемость — 450—650 мг кислорода на литр, иодное число 22—56, минеральных веществ — 150—280 мг/л.

По данным С. С. Черняка и Л. А. Марцинкевич (1964 г.) в препарате содержатся микроэлементы: марганец, медь, никель, кобальт, барий, хром, стронций, литий, титан, олово, свинец, галлий.

Препарат не токсичен, не обладает анафилактическими свойствами.

Фармакологические свойства. Действие плацентарного экстракта сказывается в повышении защитных реакций организма и в усилении процессов регенерации. Испытания на дрожжевом тесте показали, что экстракт консервированной ткани плаценты заметно усиливает размножение дрожжевых клеток. По данным Н. В. Янык и Е. П. Карповой (1955 г.) размножение дрожжевой культуры *Saccharomic cerevis* под влиянием указанного препарата повышается более чем в 6 раз.

Об этом свидетельствуют также данные В. А. Бибера, Л. И. Адаманиса, Л. А. Марцинкевич.

Введение кроликам с искусственно вызванными стандартными дефектами кожи экстракта плаценты по 0,5 мл через день приводит к более быстрому заживлению раны, по сравнению с контролем.

В опытах Т. Е. Орловой (1963 г.) введение экстракта плаценты повышало сопротивляемость животных к введению токсических доз некоторых фармакологических веществ. Так, например, белые мыши, обработанные экстрактом плаценты, оказывались более устойчивыми к стрихнину и кофеину.

Под влиянием экстракта плаценты повышаются иммунобиологические свойства организма — активируется фагоцитарная реакция, нарастает титр гемолизина и агглютининов (П. А. Федько, 1964 г.).

В. П. Соловьева (1964 г.) установила, что введение экстракта плаценты вызывает выраженный сосудорасширяющий эффект и ведет к повышению рефлекторной реакции центральных аппаратов регуляции сосудистого тонуса.

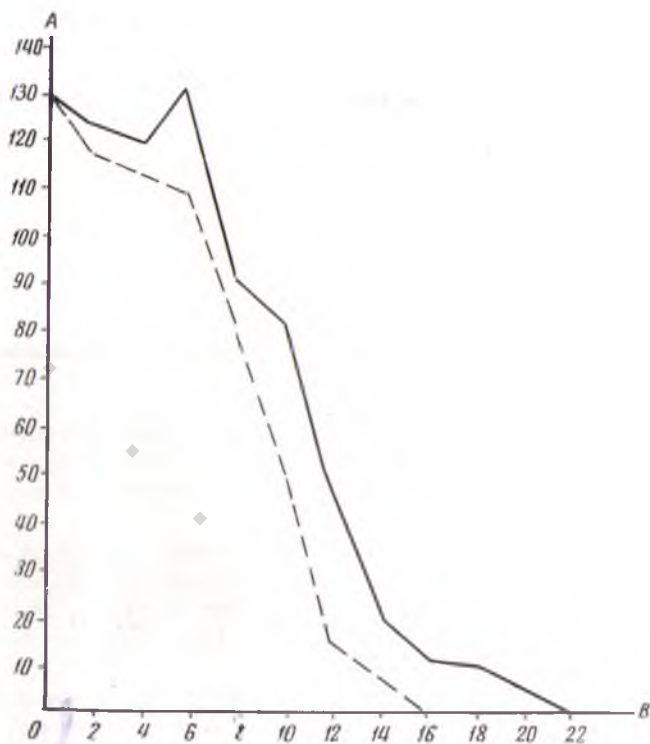


Рис. 5. Заживление дефекта кожи у кроликов под влиянием экстракта плаценты:

A — площадь дефекта в мм²

B — дни наблюдений

Условные обозначения:

———— контроль

- - - - - экстракт плаценты семидневной консервации

В обширной серии опытов Г. М. Кашеева (1963 г.) показала, что при экспериментально вызванной стафилококковой инфекции совместное применение экстракта плацентарной ткани с пенициллином заметно повышает терапевтическую эффективность антибиотика.

Е. Г. Степанок (1955 г.) на основании своих экспериментальных наблюдений пришла к заключению, что экстракт плацентарной ткани способствует более быстрому восстановлению дефектов кожи, вызванных ожогом. Гистологические наблюдения автора показали, что соединительная ткань рубцов у животных, получавших тканевую терапию, отличается большей рыхлостью и более фибриллярной структурой по сравнению со строением рубцовой ткани у животных, не подвергавшихся тканевой терапии.

Эти данные подтвердили более ранние клинические наблюдения Я. М. Волошина, Д. М. Хаятина и Е. М. Ланда (1950 г.) о благоприятном влиянии тканевой терапии на гистоморфологическую структуру рубцовой ткани.

Клинические данные. Экстракт из консервированной на холоде плаценты испытан на многих глазных заболеваниях.

По данным Л. Т. Курявы (1955 г.) экстракт плаценты оказывает положительное влияние при прогрессирующей близорукости. Лечебный эффект выражается в повышении остроты зрения, уменьшении скотом, улучшении чтения вблизи, исчезновении утомляемости. Наряду с положительным влиянием на орган зрения, введение экстракта плаценты вызывает улучшение общего состояния организма: аппетит, сон, самочувствие.

Данчева Л. Д. (1952 г.) применяла экстракт плаценты у больных, страдающих глаукомой. Автор приходит к выводу, что экстракт плаценты в сочетании с лекарственными веществами способствует улучшению функции глаз: повышается острота зрения, расширяется поле зрения, улучшается адаптация.

Е. А. Петросянц (1939 г.) успешно пользовалась инъекциями экстракта плаценты для лечения больных с дегенерацией желтого пятна. Под влиянием лечения у больных повышалась острота зрения, уменьшились центральные скотомы и расширилось периферическое поле зрения. На глазном дне рассасывались кровоизлияния, исчезала отечность.

Нгуен Суан Нгуен, Фан Зан (1963 г.) сообщили о хороших результатах лечения некоторых заболеваний глазного дна: отека и дегенерации желтого пятна, ретробульбарного неврита, хориоидита, высокой близорукости с изменением на глазном дне — ретробульбарными инъекциями экстракта плаценты.

Н. И. Шпак (1963 г.) считает целесообразным применять экстракт плаценты в комплексе лечебных мероприятий при токсоплазмозных и

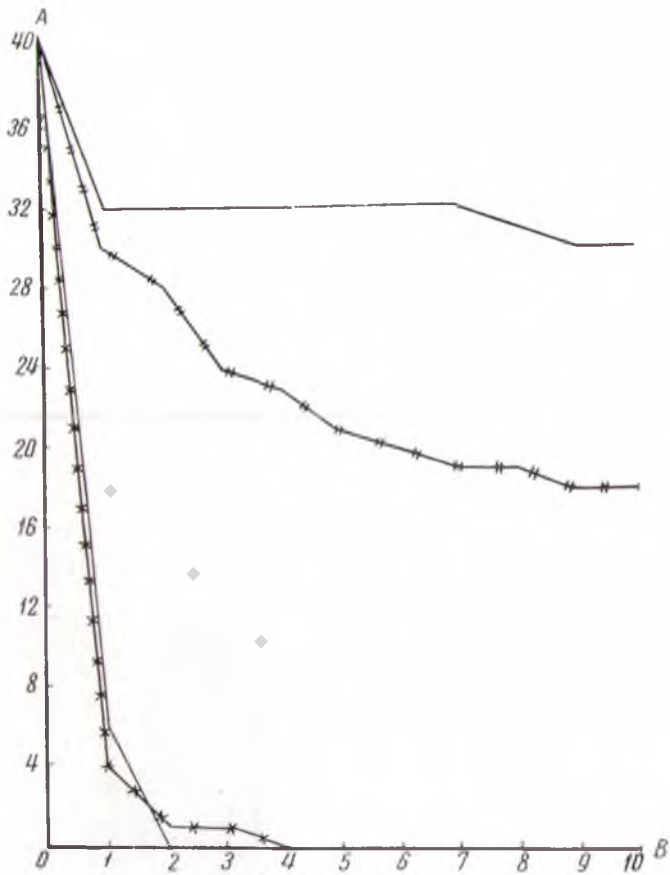


Рис. 6. Применение экстракта плаценты с пенициллином при экспериментальной стафилококковой инфекции у мышей.

Условные обозначения:

- пенициллин + экстракт плаценты
- |—||—||—| пенициллин
- ||—||—| экстракт плаценты
- x—x—x— физиологический раствор

A — количество выживших животных

B — дни наблюдений

других поражениях сосудистого тракта в качестве эффективного вспомогательного средства.

Экстракт плаценты обладает выраженным лечебным эффектом при многих общих заболеваниях, таких как язва желудка и двенадцати-

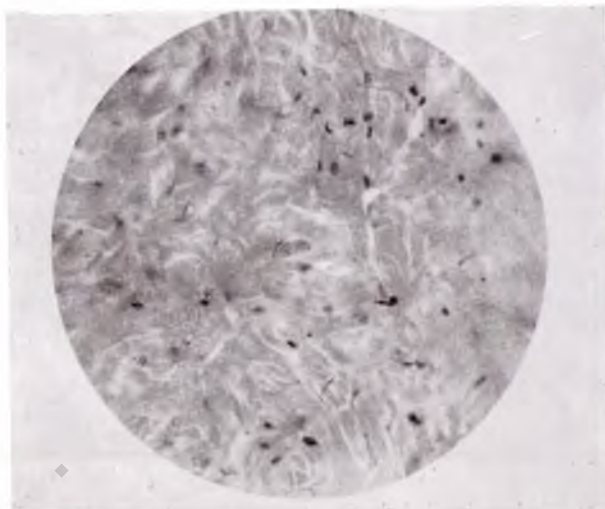


Рис. 7. Рубцовая ткань кролика через 2 месяца после ожога
Кролику вводился экстракт плаценты

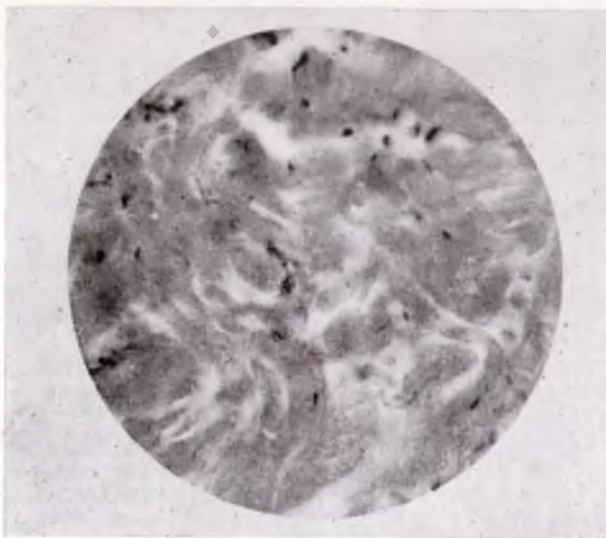


Рис. 8. Рубцовая ткань кролика через 2 месяца после ожога.
Кролик не подвергался тканевой терапии

перстной кишки, воспалительные заболевания женской половой сферы, длительно незаживающие язвы кожи и др.

Г. Акерман (Ackerman G., 1960 г.), В. Эшбах (Eshbach W., 1955 г.) Г. Гайгер (Geiger H., 1958 г.), Л. Пельнер (Pelner L., 1962 г.) отмечают благоприятное влияние экстракта плаценты при лечении больных, страдающих злокачественными новообразованиями.

П. Г. Зайцев, В. Т. Псрядин (1963 г.) наблюдали положительные результаты при лечении экстрактом плаценты эндартериоза и атеросклероза сосудов. У больных под влиянием лечения улучшалось коллатеральное кровообращение, повышалась кожная температура, нормализовались показатели коагулограммы. Наряду с этим, авторы отметили улучшение общего состояния больных, уменьшение и исчезновение болей, повышение жизненного тонуса, восстановление трудоспособности.

Г. И. Семенченко и В. А. Лукьяненко (1964 г.) наблюдали хороший терапевтический эффект при лечении экстрактом плаценты больных с хроническим остеомиелитом челюсти.

Клинические наблюдения свидетельствуют о целесообразности применения экстракта плаценты со специфическими лекарственными средствами — антибиотиками, гормонами, антибактериальными препаратами и др. Эффективность последних при этом заметно повышается.

Таким образом, экспериментальные исследования и клинические наблюдения, свидетельствуют о том, что экстракт плаценты вызывает глубокую перестройку организма, сопровождающуюся повышением его реактивных свойств. Это обуславливает широкий диапазон его лечебного действия.

Способы применения и дозы. Экстракт плаценты применяется в виде подкожных инъекций по 1 мл. ежедневно или через день.

Максимальная доза для взрослых 3—4 мл; детям свыше 5 лет — 0,5 мл; детям до 5-ти лет 0,2—0,3 мл.

Курс лечения состоит из 25—30 инъекций. Повторные курсы лечения

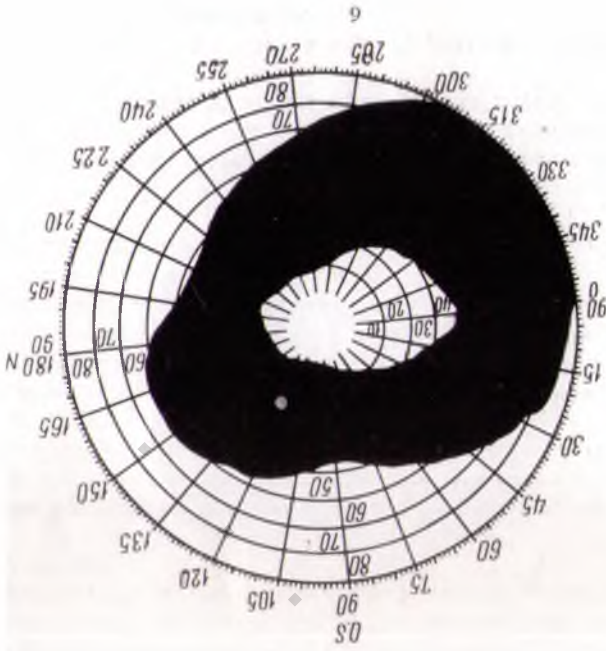
При введении экстракта плаценты побочных явлений не наблюдаются. При введении экстракта плаценты побочных явлений не наблюдаются.

При туберкулезных поражениях глаз и легких, экстракт плаценты применяется в малых дозах (0,3 мл).

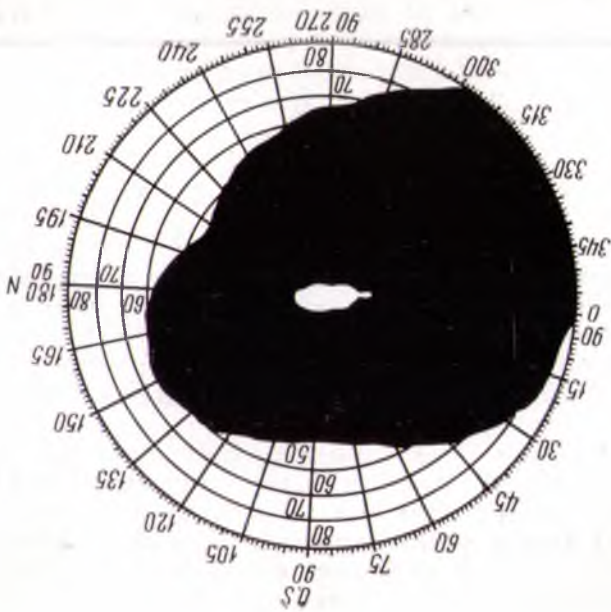
При введении экстракта плаценты побочных явлений не наблюдается.

Противопоказания. Экстракт плаценты противопоказан для применения при беременности свыше 6 месяцев, тяжелых сердечнососудистых расстройствах и острых заболеваниях почек.

Форма выпуска. Выпускается в виде стерильного раствора в ампулах по 1 мл. Срок годности 3 года.



a



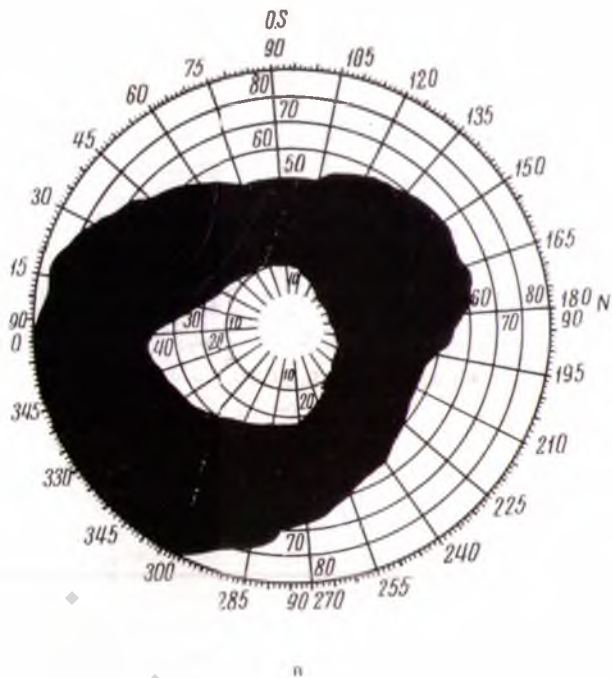


Рис. 9. Изменение поля зрения у больного глаукомой после лечения экстрактом плаценты:

- а — до лечения
- б — после 11 инъекций экстракта плаценты
- в — после 35 инъекций экстракта плаценты

ЭКСТРАКТ АЛОЭ

Extractum Aloe

Экстракт алоэ для подкожных инъекций готовится по методу акад. В. П. Филатова, ст. науч. сотр. В. В. Скородинской и доцента В. А. Бибера из листьев алоэ, выдержанных в темноте при пониженной температуре.

Препарат содержит биологически активные вещества, которые образуются в листьях в процессе консервации.

Свойства. Представляет собой прозрачную, стерильную жидкость светло-желтого или желтовато-красного цвета, со слабым приятным фруктовым ароматом.

pH — 5,0—6,0, окисляемость 1400—1800 мг кислорода на 1 литр, содержание хлорида натрия 0,83—0,87%. Экстракт алоэ содержит как нелетучие, так и летучие фракции биогенных стимуляторов.

Из органических кислот в нем определяются янтарная, лимонная (изо), яблочная, винная и др. (А. Ф. Сысоев, 1954 г.).

М. И. Руссиян (Ташкент, 1952 г.) показал, что в дистилляте алоэ содержится коричневая и салициловая кислоты. По данным С. С. Черняка (1955 г.) экстракт алоэ содержит следующие микроэлементы в мкг.‰: Fe (557), Mn (200), Cu (56), Ni (56), Sr (55,7), Ba (22,3), Ti (16,7).

Экстракт алоэ — не токсичен и не обладает кумулятивными свойствами.

Фармакологические свойства. Экстракт алоэ, введенный в организм, усиливает процессы рассасывания и регенерации, повышает его устойчивость к патогенным влияниям. На различных тестах его установлена высокая биологическая активность.

По данным В. В. Скородинской (1946 г.) экстракт алоэ ускоряет заживление экспериментально вызванных дефектов кожи на 5—6 суток по сравнению с контролем.

С. Р. Мучник (1955 г.) установил, что экстракт алоэ ускоряет процесс эпителизации искусственно вызванного дефекта роговой оболочки изолированного глаза, причем интенсивность этого процесса зависит от применяемой концентрации препарата.

Высокую биологическую активность проявляет экстракт алоэ и на дрожжевом тесте (А. Ф. Сысоев, Л. А. Марцинкевич, 1957 г.).

В опытах на собаках установлено, что парэнтеральное введение экстракта алоэ увеличивает отделение кишечного сока и активирует его ферменты — липазу и дипептидазу (И. И. Чикало, В. П. Соловьева, 1962 г.).

Препарат повышает устойчивость организма к различным инфекциям и активизирует его защитные функции — фагоцитоз, продукцию антител, а также барьерно-защитную функцию кожи (Д. С. Щастный, 1954 г.).

Введение препарата алоэ приводит к повышению холиэстеразной активности крови (Л. С. Жолнерович, 1962 г.).

А. И. Ваничкин (1963 г.) исследовал влияние экстракта алоэ на парабютическое состояние мышечной ткани. Им был установлен интересный факт. Оказалось, что если на мышечную ткань воздействовать каким-либо повреждающим фактором и тем самым привести ее в состояние парабюоза, то под последующим влиянием тканевого препарата она восстанавливает свои свойства и вновь начинает отвечать на раздражения сокращением. Процесс восстановления функциональных свойств мышц в растворе экстракта алоэ происходит значительно быстрее по сравнению с восстановлением в физиологическом растворе.

Этот же автор (1966 г.) установил, что экстракт алоэ оказывает стимулирующее влияние на окислительно-восстановительные процессы в изолированной мышце холоднокровных. Степень влияния экстракта алоэ на потребление кислорода находится в прямой зависимости от степени разведения препарата.

М. В. Вургафт (1949 г.) в опытах на лягушках и Т. Е. Орлова (1963 г.) на больших мышцах установили отчетливое снижение чувствительности животных к токсическим дозам стрихнина после предварительных инъекций экстракта алоэ. Степень выраженности этого эффекта зависит от дозы и срока введения тканевого препарата.

М. М. Десницкая (1954 г.) в экспериментах на животных отметила задерживающее влияние экстракта алоэ на наркотическое действие эвипана натрия.

А. А. Малиновский (1962 г.) на основании своих экспериментальных наблюдений приходит к заключению, что экстракт алоэ оказывает выраженное влияние на функцию центральной нервной системы, усиливая процессы возбуждения и увеличивая силу нервных клеток.

Профилактическое и лечебное значение экстракта алоэ было изучено в эксперименте при различных патологических процессах.

Г. В. Панфилова (1955 г.), Я. Е. Беловодская (1965 г.) при воспроизведении герпетического кератита у кроликов показали, что под влиянием экстракта алоэ заболевание протекает значительно легче и быстрее, чем у контрольных животных. На этой же модели заболевания Л. С. Жолнерович установила, кроме этого, что тканевая подготовка снижает величину энергии активации холиэстеразы крови (1962 г.).

Е. Д. Шиварова, К. В. Дормидонтова (1949 г.) установили, что экстракт алоэ стимулирует процесс регенерации нервов.

Акад. В. П. Филатов и проф. С. А. Никитин (1959 г.) в эксперименте на кроликах показали, что под влиянием инъекций экстракта

алоэ заметно улучшается функциональное состояние склеры: повышается ее эластичность и прочность коллагеновой сетки.

При изучении влияния инъекций экстракта алоэ на заживление закрытых переломов трубчатых костей В. В. Мочалова (1949 г.), В. В. Мочалова и Е. Г. Степанок (1952 г.), пришли к выводу, что под влиянием тканевого препарата улучшается регенерация костной ткани. Это выражается в ускорении процесса остеогенеза и консолидации костных обломков. Образование костной мозоли происходит на 10—12 дней раньше, чем у контрольных животных. Проф. В. М. Баль (1953 г.) также отмечает ускорение сроков формирования костной мозоли под влиянием инъекций экстракта алоэ по сравнению с контрольными животными.

А. Ф. Щербина (1964 г.) под влиянием введения экстракта алоэ наблюдала более благоприятное течение экспериментальных анемий различной этиологии: инфекционной, токсической, лучевой.

С. С. Черняк (1955 г.) также отметил стимулирующее влияние инъекций экстракта алоэ на процесс регенерации крови у кроликов при экспериментально вызванных анемиях.

И. М. Голубева (1956 г.) в эксперименте на животных установила, что экстракт алоэ повышает фагоцитарную активность лейкоцитов, а Н. Б. Беликина (1957 г.) наблюдала в аналогичных опытах увеличение числа тромбоцитов и повышение уровня протромбина крови.

Таким образом экстракт алоэ, как показали экспериментальные данные, обладает широким диапазоном терапевтического и профилактического действия.

Клинические данные. Экстракт алоэ с успехом применяется при глазных заболеваниях: блефарите, конъюнктивитах, различных кератитах, при воспалительных процессах сосудистого тракта, при помутнении стекловидного тела, миопическом хориоретините, пигментном ретините, при атрофии зрительного нерва, при трахоме, весеннем катаре.

В. В. Скородинская в своей работе, посвященной вопросу о лечебном значении экстракта алоэ (1946 г.), приводит данные об успешном применении этого препарата в виде подкожных инъекций при лечении больных коратитом (туберкулезным, скрофулезным, герпетическим), при атрофии зрительного нерва и миопических хориоретинитах.

Г. В. Панфилова (1962 г.) успешно лечила герпетический кератит инъекциями экстракта алоэ. Под наблюдением автора было 84 больных. Отдаленные результаты наблюдения показали, что тканевая терапия дает стойкое излечение.

Л. Д. Данчева (1952 г.) отмечает большую эффективность метода лечения повторными курсами подкожных инъекций экстракта алоэ такого тяжелого заболевания как леберовская атрофия зрительных нервов. В результате лечения больных повышается острота зрения, расширяется поле зрения, улучшается адаптация.

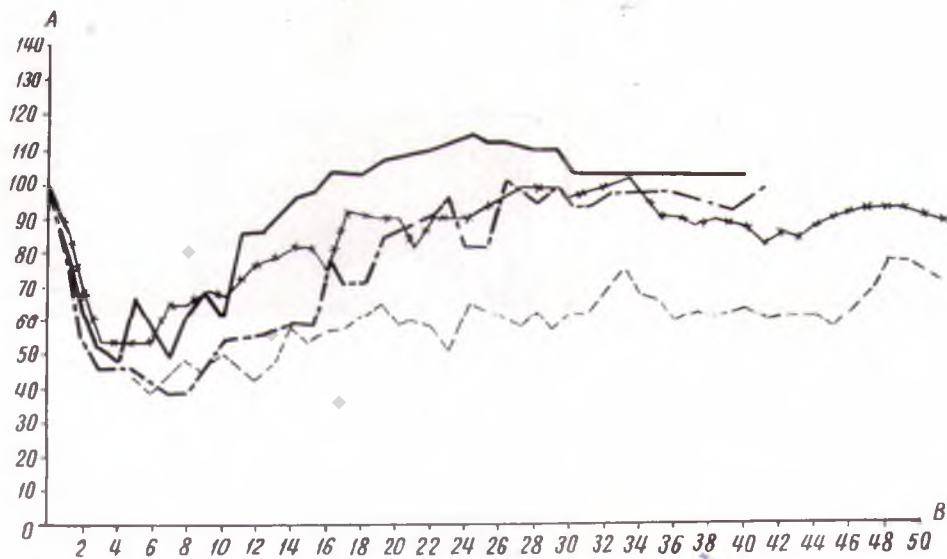


Рис. 10. Влияние экстракта алюэ на регенерацию крови при экспериментальной фенилгидразиновой анемии.

Условные обозначения:

Количество эритроцитов

Количество гемоглобина

А — количество эритроцитов и гемоглобина в процентах к исходному
 В — дни наблюдений

Опыт

Контроль

Опыт

Контроль

x-x-x-x-x



а



б

Рис. 11. Применение экстракта алоэ при герпетическом кератите:
а — до лечения
б — после лечения

Хорошие результаты наблюдала А. Ю. Липкина (1949 г.) при применении повторных курсов инъекций экстракта алоэ при пигментной дегенерации сетчатки.

Заслуживают особого внимания результаты применения экстракта алоэ с целью профилактики близорукости у школьников.

Так работами А. Г. Ершолоевой (1959 г.) показано, что при лечении детей, страдающих близорукостью, тканевыми препаратами у 62,9—70% из них удается приостановить дальнейшее развитие близорукости, в то время как у нелеченных детей остановка прогрессирования близорукости наблюдается только у 40%. Действие тканевой терапии при близорукости обусловлено и влиянием на общий тонус организма, в частности на его соединительную ткань (А. А. Малиновский, Е. А. Вырлан, В. И. Шапошников, Г. А. Ролик, 1956 г.).

И. Г. Ершкович и Н. Г. Гольдфельд (1946 г.) рекомендуют инъекции экстракта алоэ для лечения травматических изменений глазного дна после военных травм. И. С. Черкасов (1955 г.) успешно применял препарат алоэ при травматических придоциклитах в детском возрасте. Он отмечает, что тканевая терапия способствует просветлению стекловидного тела и повышению остроты зрения.

Т. В. Шлопак (1950 г.) применяла лечение повторными курсами инъекций экстракта алоэ 152 больных с миопическим хориоретинитом. Под влиянием лечения у больных увеличилась острота зрения, расширилось поле зрения, уменьшились скотомы, рассасывались помутнения в стекловидном теле.

В качестве вспомогательного метода, повышающего функциональные свойства зрительного аппарата, И. Г. Ершкович (1947 г.) применял инъекции экстракта алоэ у глаукомных больных.

По данным Л. С. Терентьевой (1959 г.) инъекции экстракта алоэ благоприятно влияют на течение симпатического воспаления, предупреждая или значительно уменьшая рецидивы.

Положительный лечебный эффект при увеитах, близорукости, пигментом ретините, атрофии зрительного нерва, кератитах, придоциклитах, помутнении стекловидного тела после инъекций экстракта алоэ наблюдала А. С. Жуликская (1959 г.).

Обширные данные о результатах применения экстракта алоэ при лечении различных глазных заболеваний, таких как атрофия зрительных нервов, миопический хориоретинит, глаукома, рак век и др. приведены у Н. И. Артемьева, Н. Я. Бучиной, Э. И. Лузгиной, В. А. Баталова, С. Г. Попова, Е. В. Синенковой и др. (1953 г.). Наблюдения этих авторов в частности, свидетельствуют о том, что тканевая терапия является эффективным средством предупреждения рецидивов

рака век. Этот метод лечения способствует образованию нежных рубцов после хирургического удаления опухоли и замещению дефекта.

Экстракт алоэ оказывает значительный лечебный эффект и при других заболеваниях организма. Его применяют при воспалительных заболеваниях женской половой сферы, при желудка и двенадцатиперстной кишки, при бронхиальной астме, при различных трофических язвах кожи, при рубцовых стяжениях, при воспалительных заболеваниях периферической нервной системы.

В. В. Скородинская (1946 г.) успешно применяла экстракт алоэ прижном лейшманиозе (пендинской язве), незаживающих язвах, скрфулодермиях, язвах гортани, волчанке, экземе век и др.

И. М. Бураков (1953 г.) отмечает, что инъекции экстракта алоэ способствуют сокращению сроков лечения при заболеваниях среднего уха.

Многолетние наблюдения А. М. Розенцвайга (1963 г.) свидетельствуют о большой эффективности экстракта алоэ при ряде заболеваний нервной системы. По данным автора, тканевая терапия особенно показана при воспалительных и посттравматических заболеваниях нервной системы. Несомненное улучшение имеет место при радикулитах, невралгиях и невритах, каузалгии, фантомных болевых синдромах после ранения и образования спаек вокруг нервного ствола. Кроме того тканевая терапия широко рекомендуется им при травматической эпилепсии в ранние сроки после начала эпилептических приступов.

Препарат — оригинален, аналогов ни имеет.

Способ применения и дозировка. Применяется в виде ежедневных подкожных инъекций по 1 мл. При болезненности инъекций рекомендуется предварительная инъекция 0,5 мл 0,5% раствора новокаина. На курс 30—35 инъекций. Повторные курсы лечения можно проводить после двух-трех месячного перерыва.

При туберкулезе легких и гортани введение экстракта алоэ следует начинать с малых доз (0,2 мл), постепенно повышая их.

Противопоказания. Экстракт алоэ побочных явлений не вызывает; противопоказан при беременности со сроком более 6 месяцев, при заболевании сердца в стадии декомпенсации, при острых заболеваниях почек.

Форма выпуска. Выпускается в виде стерильного раствора в ампулах по 1 мл. Допускается наличие осадка на стенках ампулы, если ампула не повреждена и содержимое ампулы прозрачно. Срок годности 3 года. Допускается повторная стерилизация.

ПЕЛОИДОДИСТИЛЛАТ

Peloidodistillat

Препарат предложен акад. В. П. Филатовым, В. В. Скородинской и В. А. Бибером.

Пелоидодистиллат представляет собой продукт лиманной грязи, содержащий летучие биологически активные вещества. Биогенные стимуляторы накапливаются в лиманной грязи в процессе переживания и гибели организмов, принимающих участие в ее образовании (микрофлора, микрофауна).

Свойства. Стерильная, прозрачная бесцветная жидкость. рН — не менее 7,6. Содержание азота летучих соединений не менее 0,004%. Содержит первичные и вторичные амины жирного ряда и небольшое количество алкалоидов.

Пелоидодистиллат не токсичен, кумулятивными свойствами не обладает.

Фармакологические свойства. Отгон лиманной грязи обладает высокими стимулирующими свойствами. Подкожное введение пелоидодистиллата животным заметно ускоряет процессы регенерации.

В опытах на растениях этот препарат по данным В. А. Бибера и И. М. Фарбмана (1949 г.) активизирует развитие корневой системы.

Клинические данные. Терапевтическая эффективность пелоидодистиллата проверена в клинике.

И. Д. Рахлина (1955 г.) изучила влияние дробных дозировок пелоидодистиллата на остроту зрения нормальных глаз. Она пришла к выводу, что под влиянием этого препарата стимулируется острота зрения и аккомодация.

Акад. В. П. Филатов, В. А. Бибер, В. В. Скородинская (1946 г.) при лечении пелоидодистиллатом миопических хориоретинитов наблюдали рассасывание помутнений в стекловидном теле, рассасывание кровоизлияний на дне глаза, повышение остроты зрения и адаптации.

При атрофии зрительных нервов, по данным этих авторов, повышалась острота зрения, расширялось поле зрения, уменьшалась центральная скотома, улучшалась адаптация и цветоощущение.

В. В. Скородинская, Я. С. Шейн (1949 г.) приводят 42 случая атрофии зрительных нервов различной этиологии, леченных пелоидодистиллатом. В 31 случае они получили повышение остроты зрения и в 26 — расширение поля зрения.

Акад. В. П. Филатов, С. Б. Розовская (1949 г.), на основании своих наблюдений над больными глаукомой, пришли к заключению, что пелоидодистиллат полезен во всех случаях глаукомы. Особенно эффек-

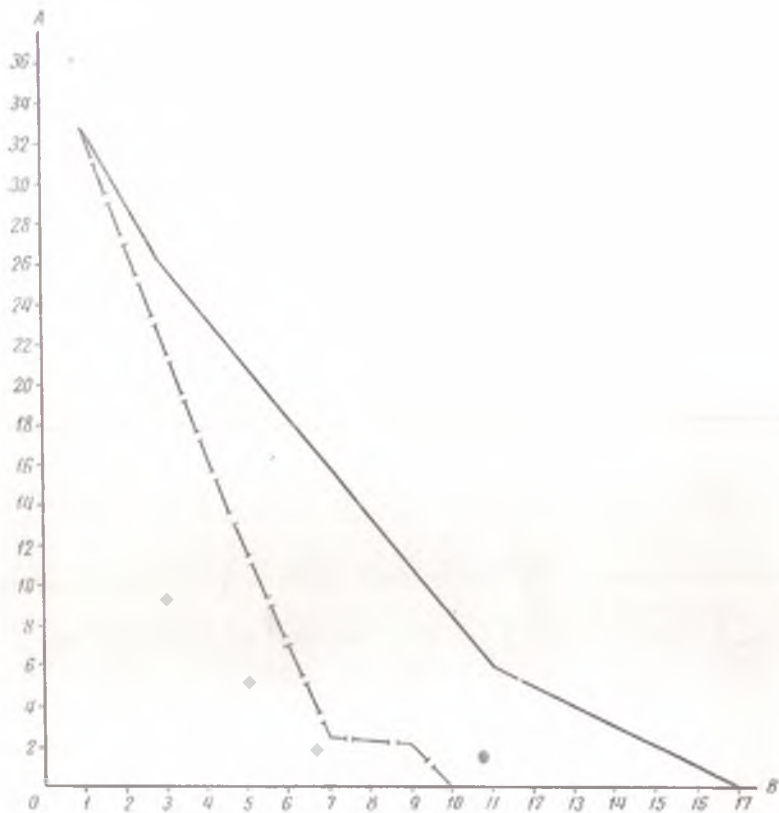


Рис. 12, Влияние пелоидодистиллата на заживление дефекта кожи у белых мышей.

А — площадь дефекта в мм²

В — дни наблюдений

Условие обозначения:

———— контроль
 - - - - - опыт

тивно его применение при начинающемся субкомпенсированном процессе.

В. В. Андреева, С. А. Барлаш, М. М. Эненштейн (1950, 1953 гг.) провели анализ лечебной ценности пелоидодистиллата при лечении скрофулезных поражений глаз. По их данным у 77,3% больных со скрофулезными поражениями глаз и извращенными гликемическими кривыми под влиянием лечения наступило заметное улучшение. Наряду с уменьшением воспалительного процесса на глазах, под влиянием ткапевой терапии исчезали кожные проявления скрофулеза: фурункулез, пиодермии, катаральные состояния, экземы, улучшалось общее самочувствие, исчезала раздражительность.

В. П. Филатов, В. А. Бибер, В. В. Скородинская и И. М. Фарбман (1949 г.) с успехом применяли подкожные инъекции пелоидодистиллата для лечения миопического хориоретинита, атрофии зрительного нерва,

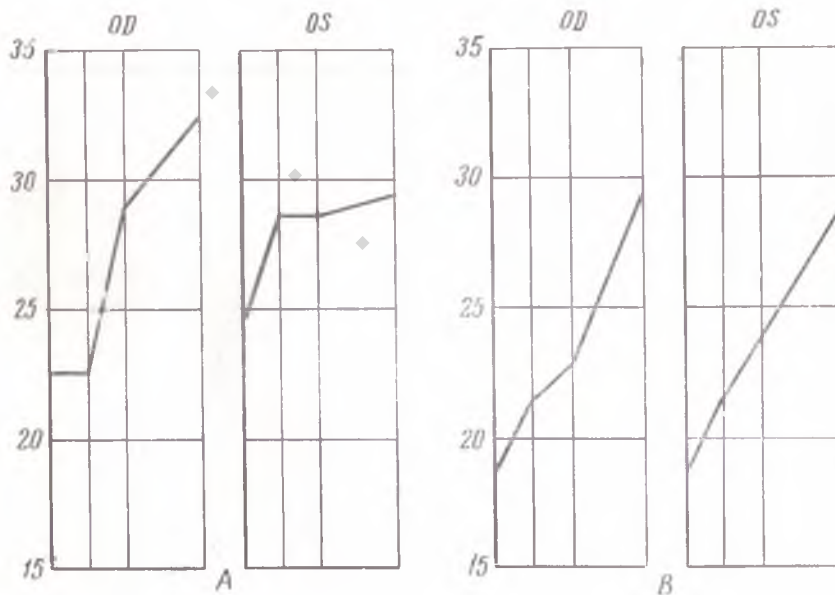


Рис. 13. Изменения эластонометрических кривых у больного глаукомой после лечения пелоидодистиллатом.

А — до лечения

В — через год после лечения

при помутнении роговицы после кератита, при помутнении стекловидного тела, при увеите, при некоторых заболеваниях нервной системы: радикулитах и нейродермитах. Хороший лечебный эффект получен при лечении пелоидодистиллатом волчанки и пендинской язвы.

И. Б. Асатуров (1954 г.) успешно применил препарат для лечения эрозии шейки матки.

Пелоидодистиллат является оригинальным препаратом, не имеющим аналогов.

Способ применения и дозировка. Пелоидодистиллат применяется в виде ежедневных подкожных инъекций по 1 мл. На курс лечения 30—35 инъекций. Повторные курсы лечения можно проводить после месячного перерыва.

Противопоказаниями для применения пелоидодистиллата являются: тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек, беременность более 6 месяцев.

Форма выпуска. Пелоидодистиллат выпускается в ампулах емкостью в 1 мл. Срок годности 3 года.

ФиБС

Fibs

Препарат ФиБС, изготовленный по методу акад. В. П. Филатова, доц. В. А. Бибера и ст. науч. сотр. В. В. Скородинской, представляет собой отгон из лечебной грязи одесских лиманов, к которому дополнительно добавляется коричная кислота и кумарин.

Свойства. Стерильная, прозрачная, бесцветная жидкость с запахом кумарина. рН — 4,6—5,4. Содержание азота 0,004%.

ФиБС не токсичен, кумулятивными свойствами не обладает.

Фармакологические свойства. ФиБС является биологическим стимулятором, повышающим защитные свойства организма и улучшающим его физиологические функции. Препарат обладает высокой биологической активностью.

По данным Э. К. Бегловой (1957 г.) препарат ФиБС задерживает развитие экспериментального силикоза.

А. С. Борисова (1960 г.) исследовала в эксперименте на кроликах значение ФиБСа в условиях анилинового отравления и кровопотерь. Данные ее опытов свидетельствуют о том, что при введении тканевого препарата происходит нормализация крови, а также восстановление



а



б

Рис. 14. Лечение педикской язвы пелондодистиллатом:
а — до лечения
б — после лечения

обменных функций, нарушенных в результате интоксикации. Это приводит к уменьшению смертности подопытных животных.

Клинические данные. Препарат ФиБС совершенно лишен белков. Применение его не вызывает побочных явлений. В связи с этим препарат показан для больных с острыми воспалительными процессами, с повышенной реактивностью организма и склонностью к рецидивам. Применение препарата дает весьма хороший лечебный эффект при вялых хронических воспалительных процессах, поскольку он повышает процессы регенерации.

Из глазных заболеваний ФиБС применяется при блефарите, различных кератитах, при помутнении роговой оболочки и стекловидного тела, многочисленных хориоретинитах, пигментном ретините, при воспалительных процессах сосудистого тракта, при последствиях тромбоза и эмболии сосудов сетчатки. Он оказывает благоприятное влияние на зрительные функции при глаукоме.

И. Д. Рахлина (1953 г.) наблюдала стимулирующее действие ФиБСа на функцию аккомодационного аппарата здоровых глаз.

С. А. Заец (1954 г.) рекомендует тканевую терапию как один из эффективных способов лечения симпатического воспаления. Согласно ее данным ФиБС повышает остроту зрения, благоприятствует рассасыванию помутнений в роговице и стекловидном теле; под его влиянием расширяется поле зрения.

Л. С. Терентьева (1953, 1962 гг.) при анализе отдаленных результатов лечения ФиБСом больных с симпатическим воспалением и его последствиями приходит к выводу, что тканевая терапия предупреждает развитие рецидивов симпатического воспаления. У значительного числа больных улучшаются зрительные функции.

Т. В. Бирич (1965 г.) рекомендует при прогрессирующей близорукости и атрофии зрительного нерва применять инъекции ФиБСа в комплексе с субконъюнктивальным и ретробульбарным введением кислорода. По наблюдениям автора из 143 больных с атрофией зрительного нерва у 72 наступило улучшение и заметное повышение остроты зрения.

Т. П. Филиппова и Н. Р. Гладкова (1959 г.) получили благоприятные результаты при лечении инъекциями малых доз (0,2—0,5 мл) ФиБСа туберкулезных поражений сосудистого тракта глаз.

Т. П. Филиппова (1963 г.) успешно применяла при этих же заболеваниях инъекции препарата ФиБС в сочетании с антибактериальной терапией.

По опытам И. Г. Ершковича и Л. Д. Данчевой (1963 г.) препарат ФиБС лучше других тканевых препаратов способствует снижению внутриглазного давления при субкомпенсированной глаукоме.

Для стабилизации получаемого положительного результата лечения целесообразно проводить повторные курсы терапии.

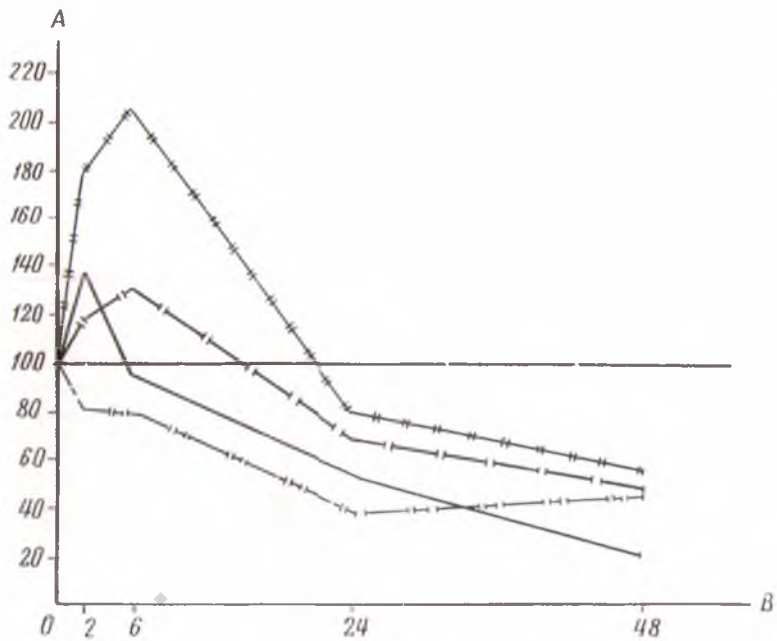


Рис. 15. Влияние ФиБСа на уровень сахара и пировиноградной кислоты в крови при экспериментальном анилиновом отравлении:

А — уровень сахара и пировиноградной кислоты в крови
 В — время воздействия анализа и ФиБСа (в часах)

Условные обозначения:

— — — — — —	анилин + ФиБс	} сахар
— — — — — —	анилин	
— — — — — —	анилин + ФиБс	} пировиноградная кислота
— — — — — —	анилин	

Из других заболеваний организма препарат ФиБС с успехом применяется при лечении хронических артритов, радикулитов, миалгии, при воспалительных заболеваниях женской половой сферы, при туберкулезных язвах кожи и гортани, при длительно незаживающих язвах кожи.

А. М. Турянская (1963 г.) рекомендует применять инъекции ФиБСа в комбинации с антидиабетическими средствами больным, страдающим диабетом с осложнениями со стороны глаз.

Е. А. Вылан (1962, 1963 гг.) отмечает благотворное влияние инъекций препарата ФиБСа на общее состояние больных и на функции сердечно-сосудистой и нервной системы. Автор рекомендует применять инъекции ФиБСа в дозах 0,5 мл в сочетании с резерпином при гипертонической болезни I и II стадии заболевания.

И. М. Воронцов (1963 г.) применял препарат ФиБС у 2000 больных с различными локализациями рака III и IV стадии. Он отмечает, что у многих больных под влиянием лечения наступало значительное улучшение общего состояния. У больных уменьшались болевые ощущения, улучшались сон и аппетит. Это способствовало удлинению жизни больных. Автор рекомендует включить тканевую терапию в комплекс лечебных мероприятий при далеко зашедших случаях рака.

Препарат ФиБС является оригинальным препаратом, не имеющим аналогов.

Способ применения и дозировка. ФиБС применяется в виде ежедневных подкожных инъекций по 1 мл. Курс лечения 30—35 инъекций. Повторные курсы лечения можно проводить после 2—3 месячного перерыва.

При туберкулезных поражениях глаз, легких, гортани и других органов, инъекции препарата применяют в малых дозах (0,3—0,5 мл).

Противопоказаниями к применению препарата ФиБС являются: беременность после 6 мес., тяжелые сердечно-сосудистые расстройства, острые заболевания почек.

Форма выпуска. Выпускается в ампулах, емкостью в 1 мл. Срок годности 3 года.

ТОРФОТ

Torfotum

Лечебное значение торфяной грязи и торфа, по мнению акад. В. П. Филатова, определяется содержанием в них биологически активных веществ, которые образуются в клетках растительных тканей в процессе их отмирания.

В препарате Торфот сконцентрированы биологически активные вещества, которые способны перегоняться с водяным паром.

Свойства. Торфот представляет собой прозрачную бесцветную жидкость, без вкуса, с характерным запахом, — рН 6—7. Окисляемость 6—11 мг кислорода на литр. Азот летучих соединений 5,0—12,0 мг на литр. Иодное число 6,3.

Торфот не токсичен, не обладает кумулятивными свойствами.

Фармакологические свойства. Торфот оказывает общее стимулирующее воздействие на организм, повышает его защитные свойства, нормализует ряд его функций и, в частности функцию зрительного аппарата.

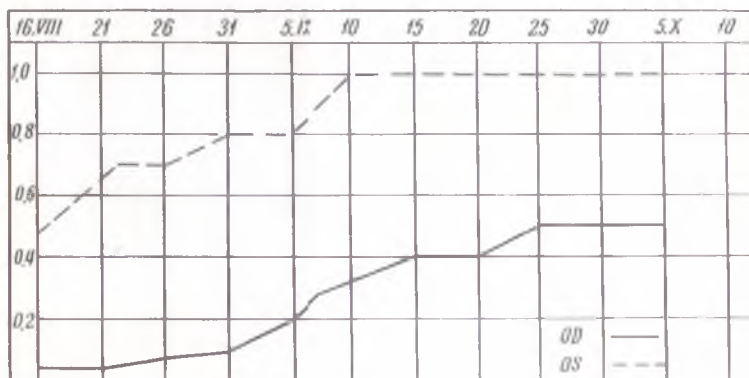
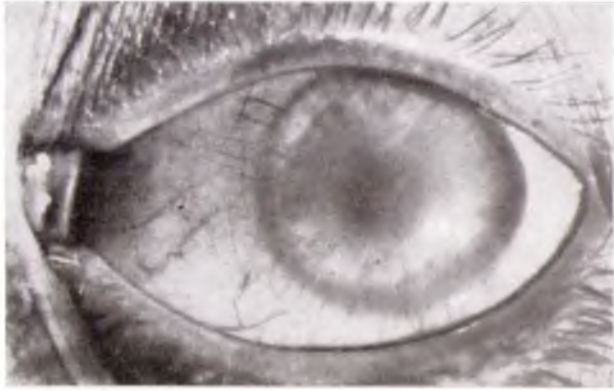
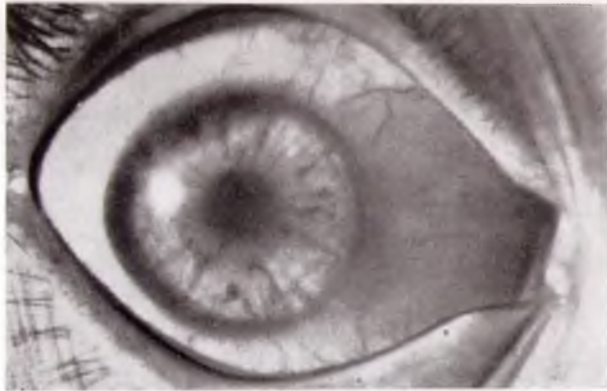


Рис. 16. Повышение остроты зрения после лечения инъекциями Торфота



a



b



в



г

Рис. 17. Применение Торфота при паренхиматозном кератите.
а — правый глаз 6-го С. до лечения ($V = 0,001$)
б — правый глаз 6-го С. после лечения ($V = 1,0$)
в — левый глаз 6-го С. до лечения (V — светоощущение)
г — левый глаз 6-го С. после лечения ($V = 1,0$)

Высокая биологическая активность этого препарата как биологического стимулятора установлена на ряде лабораторных тестов.

Активность Торфота четко проявляется и в опытах с заживлением искусственно вызванных дефектов кожи, и при испытании его на культурах дрожжевых клеток, и на растительных объектах.

Стимулирующий эффект отгона торфа имеет много общего с эффектом действия биологически активных веществ, содержащихся в экстрактах, приготовленных из переживающих растительных и животных тканей.

Клинические данные. С лечебной целью Торфот применяется при прогрессирующей близорукости и миопическом хориоретините, помутнениях стекловидного тела, помутнениях роговицы после кератитов различной этиологии, начальных стадиях пигментной дегенерации сетчатки.

В. П. Филатов и Т. П. Филиппова (1951 г.) успешно применяли подкожные инъекции Торфота при кератите, атрофии зрительного нерва, диссеминированном хориоретините, пигментном ретините, миопии, скрофулезе. Положительный лечебный эффект выразился в просветлении роговицы, повышении остроты зрения и уменьшении скотом.

Н. Р. Гладкова (1955 г.) приводит данные об успешном лечении туберкулезных поражений сосудистого тракта подкожными инъекциями Торфота в малых дозах (от 0,2 до 1,0 мл).

А. П. Кулеш в своих обстоятельных работах (1957, 1959, 1963, 1966 гг.) обобщил клинические наблюдения по изучению эффективности инъекций отгона торфа при лечении заболеваний переднего и заднего отделов глаза. Клинические наблюдения были проведены автором над больными с пигментной дегенерацией сетчатки, миопическим хориоретинитом, паренхиматозным кератитом, свежими и стойкими помутнениями роговицы. Лечение проводилось в виде подкожных инъекций Торфота в дозе 1—3 мл ежедневно, 30—45 инъекций на курс. Наряду с подкожным введением больные получали и подконъюнктивальные инъекции препарата по 0,2—0,5 мл через день в каждый глаз. Всего на курс лечения 10—20 инъекций.

Несмотря на значительную тяжесть заболевания (многие больные относились к разряду необратимых), лечение отгоном торфа оказывало положительный эффект.

Из 40 больных пигментной дегенерацией сетчатки с далеко зашедшей формой заболевания, у 39 больных (74 глаза) улучшилась острота зрения в 1,5 раза и более.

У 30 больных (57 глаз) расширилось поле зрения от 5° до 20°.

Из 36 больных с осложненной близорукостью со значительными анатомическими и функциональными нарушениями органа зрения, за сравнительно короткий срок лечения (3—40 дней) — у многих улучшилось состояние глазного дна и рассосались помутнения в стекловидном теле. У 33 больных повысилась острота зрения, у 7 больных

нормализовались границы поля зрения, у 8 — произошло уменьшение слепого пятна. У 5 больных (7 глаз) исчезли скотомы. Большинство патологических эластотонограмм нормализовалось.

Из 10 больных паренхиматозным кератитом у 9 отмечено купирование воспалительного процесса, рассасывание помутнений роговицы, повышение ее чувствительности и остроты зрения.

Было испытано также действие Торфота при стойких помутнениях роговицы различной этиологии. Автор под влиянием лечения наблюдал рассасывание помутнений роговицы, повышение ее чувствительности, рассасывание отложений на сумке хрусталика. Все это приводило к повышению остроты зрения у всех леченных больных. У 4 из них успех лечения был столь значительным, что отпала необходимость в оперативном вмешательстве.

Автор приходит к заключению, что больным со стойкими помутнениями роговицы целесообразно прежде чем предпринимать оперативное вмешательство, проводить лечение отгоном торфа и только в случае неуспеха прибегать к хирургическому лечению.

Лечение инъекциями отгона торфа необходимо проводить интенсивно в течение продолжительного времени, повторяя курсы лечения.

Положительное действие Торфота подтверждается также исследованиями Л. В. Исаева, В. С. Хохрякова, Т. В. Шлопак (1963 г.), которые испытывали Торфот при лечении таких заболеваний как близорукость, поражение сосудистой ткани, при бельмах роговых оболочек.

При применении Торфота у больных улучшается сон, аппетит и общее самочувствие.

Торфот является оригинальным препаратом, не имеющим аналогов.

Способ применения и дозы. Торфот применяется в виде подкожных или подкожноconjunctивных инъекций, день, всего 15—20 инъекций.

При туберкулезно-аллергических кератитах Торфот применяется в уменьшенных дозах. Курсы лечения повторяются с перерывами в 1,5—2 месяца. Всего 3—4 курса в год. Применение Торфота можно комбинировать с витаминотерапией, гормонотерапией, антибиотиками.

Побочных явлений Торфот не вызывает.

Противопоказаниями для применения Торфота являются: тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек, беременность после 7 месяцев.

Форма выпуска. Выпускается в виде стерильного раствора в ампулах по 1 мл.

Ампулы с препаратом хранятся при комнатной температуре. Срок годности 3 года.

ЛИТЕРАТУРА

1. АГА А. Б.
Тканевая терапия по методу В. П. Филатова при сужении мочеиспускательного канала.
Уч. записки УЭИГБ, 1949, 1, 203—215.
2. АРТЕМЬЕВ И. И.
БУЧИНА Н. Я.
ЛУЗГИНА Э. И.
ПОПОВ С. Г.
СИНЕНКОВА Е. В.
Опыт тканевой терапии в клинике глазных болезней Астраханского Медицинского института.
Тезисы докладов 28-й науч. сес. Астрахан. Медин-та. Астрахань, 1953, 27—33
3. БАЖЕНОВА М. А.
Тканевые культуры консервированной ресовицы.
Сб. науч. раб. глазн. клин. ОМИ, 1936, 1, 2, 80—83.
4. БАРГ Ц. М.
Влияние травмы на выработку в организме животного биогенных стимуляторов.
Офт. журн., 1946, № 4, 35—39.
5. БЕНЕНСОН Е. В.
ЖИЛИНА В. В.
ЯГУДИН А. Д.
Лечение экстрактом алоэ больных амфиодонтозом.
Стоматология, 1954, 2, 20—22.
6. БЕРЧЕНКО С. А.
ХРИНЕНКО В. П.
Тканевая терапия в общем комплексе лечения больных полиомиелитом.
Вопр. борьбы с послед. полиомиелита. Тез. и автореф. докл. Одесса, 1961, 22—23.
7. БЕСПАЛЬКО Л. А.
Эффективность взвесей из консервированных тканей при глазных заболеваниях.
Офт. журн., 1959, № 2, 113—117.
8. БИБЕР В. А.
ФАРБМАН И. М.
К вопросу о стандарте на отгон и экстракт из лиманной грязи.
Уч. записки УЭИГБ, Одесса, 1949, т. 1, 76.
9. БИБЕР В. А.
ФАРБМАН И. М.
СКОРОДИНСКАЯ В. В.
С химических изменений в составе экстрактов из листьев алоэ в связи с процессом консервации.
Врач. дело, 1948, № 4, 273—277.
10. БЛАГОВЕЩЕНСКИЙ А. В.
Тканевая терапия в комплексе с оксигенотерапией при заболеваниях наружной оболочки глаза, атрофиях нерва и при прогрессирующей близорукости.
Матер. науч. конфер., посвящ. 90-л. В. П. Филатова, Одесса, 1965, 80—81.
11. БРЖЕВСКИЙ В. Ч.
Об эффективности тканевой терапии при некоторых заболеваниях кожи.
Врач. дело, 1952, 5, 465—467.

12. БРОВЕР Б. И. Опыт лечения хронических язв голени трансплантацией консервированной кожи по способу акад. В. П. Филатова. Врач. дело, 1939, № 2—3.
13. ВАНИЧКИН А. И. Влияние тканевых препаратов на паразитическое состояние портняжной мышцы лягушки. Матер. науч. конфер., посвящ. 30-л. метода ткан. терап. по В. П. Филатову. Киев, 1963.
14. ВАСИЛЬЕВА Г. И. Экспериментальное обоснование принципа тканевой терапии при туберкулезе. Тез. докл. науч. сес. Ин-та, посвящ. 50-летию 1-ой русск. рев. Одесса, 1955, 19—20.
15. ВОРОНЦОВ И. М. Опыт применения тканевой терапии импульсными препаратами в далекозашедших случаях рака. Матер. науч. конфер., посвящ. 30-летию метода тканевой терапии по В. П. Филатову. Киев, 1963, 32—33.
16. ВУРГАФТ М. Б. Влияние автоклавированного экстракта консервированных листьев алоэ на чувствительность к стрихнину. Уч. записки УЭИГБ, 1949, 1, 252—259.
17. ВЫРЛАН Е. А. Влияние тканевой терапии на общее состояние больных и специально на некоторые физиологические реакции сердечно-сосудистой и нервной систем. Вопросы офтальм. и ткан. терап., Киев, 1962, 230—235.
18. ГНИЛОРЫБОВ Т. Е. Тканевая терапия при трофических расстройствах. Матер. науч. конф., посвящ. 30-л. метода тканевой терапии по В. П. Филатову. Киев, 1963, 10—11.
19. ГОЛУБЕВА Н. М. Фагоцитарная реакция как показатель активности экстракта алоэ. Труды Воронеж. зоовет. ин-та Воронеж, 1957, т. 15, 163—167.
20. ГРАНАТ Е. Е. Тканевая терапия в педиатрии. Педиатрия, 1950, 6, 33—37.
21. ДОННАХИЙ М. А. Тканевая терапия в гинекологии. Сов. медиц., 1946, 5—6, 20—21.
22. ДЕРЖАВИНА Л. С. Тканевая терапия воспалительных процессов женской половой сферы. Врач. дело, 1950, 9, 819—820.

23. ДЕСНИЦКАЯ М. М. К механизму действия экстракта алоэ. Труды Астраханского мед. ин-та, 1954 II, 199—203.
24. ДОБРЕСКУ Антон
КУРСКАЯ Е. В. 14-летние наблюдения над эффективностью тканевой терапии при кожных заболеваниях в дермато-венерологической больнице города Крайсва. Матер. науч. конфер., посвященной 30-летию метода тканевой терапии по В. П. Филатову. Киев, 1963, 14—15.
25. ДОЗОРЦЕВА Г. Л.
МАШКЕЛЕЙСОН А. Н. Тканевая терапия в гинекологии. Сов. мед., 1950, 9, 28—29.
26. ЕРМОЛАЕВА Л. Т. Опыт применения тканевой терапии с целью профилактики близорукости у школьников. Труды III. съезда глаз. врач. УССР, Киев, 1959, 328—330.
27. ЕРШКОВИЧ И. Г. Применение автоклавированного экстракта консервированной плаценты и листьев алоэ при глаукоме. Офт. журн., 1947, 3, 121—127.
28. ЗАЙЦЕВ Г. П. Тканевая терапия в хирургической клинике. Сов. мед., 1951, 7, 8—10.
29. КАПИЦА Л. М.
КОПЫЛОВА К. П. Тканевая терапия при длительно незаживающих язвах. Вестн. хирург., 1950, 6, 27—33.
30. КАЩЕЕВА Г. М. Совместное применение пенициллина и экстракта плаценты при экспериментальной стафилококковой инфекции. Применение тканевых препаратов в животн. и ветер. Киев, 1966, 58—63.
31. КНЯЗЕВА Г. Д. Сравнительное изучение процесса заживления ран у белых крыс в условиях тканевой терапии и без нее. Арх. патол., 1953, 15, 3, 41—50.
32. КУЛЕШ А. П. Лечение отгоном торфа пигментной дегенерации сетчатки и миопического хориоидетинита. Офт. журн., 1959, 4, 228—232.
33. КУЛЕШ А. П. Лечение отгоном торфа некоторых глазных заболеваний. Автореф. канд. дисс. Киев, 1966.

34. КУРЯВА М. Т. Лечебная эффективность повторно автотканевых экстрактов при осложненной близорукости. Уч. записки УЭИГБ, Киев, 1955, 3, 112.
35. МАЛИНОВСКИЙ А. А. Влияние тканевой терапии на процессе торможения и возбуждения в центральной нервной системе. Юбил. науч. конфер., посвященная 80-летию В. П. Филатова. Тез. докл. Одесса, 1955, 54—56.
36. МАНУКЬЯН М. А. К оценке лечебного применения биостимуляторов в восстановительном периоде полиомиелита. Врач. дело, 1963, 2, 109—114.
37. МИХЕЛЬСОН Н. М. Рубцы кожи после ожогов и ранений и борьба с ними. Москва, 1947.
38. МОЧАЛОВА В. В. Влияние тканевой терапии на регенерацию костной ткани. „Тканевая терапия“, Киев, 1953, 109—117.
39. МУЧНИК С. Р.
ШУЛЬГИНА Н. С. Влияние тканевой терапии на течение экспериментального (аллоксанового) диабета. Вопр. офтальмол. и тканевой терапии, Киев, 1962, 236—246.
40. МУЧНИК С. Р.
СКОРОДИНСКАЯ В. В.
ЩЕРБИНА А. Ф. Основной обмен у больных с высокой миопией и кератоконусом. Офт. журн., 1958, № 5.
41. МУЧНИК С. Р. Влияние экстрактов консервированных тканей на эпителизацию дефекта роговой оболочки изолированного глаза. Уч. записки УЭИГБ, 1955, 3, 59—65.
42. МУЧНИК С. Р. Влияние подкожных инъекций препарата плацентарной ткани на рецидивирование и метастазирование опухоли Брауна-Пирса. Вопросы онкологии, 1966, 12, 7, 98—99.
43. МУЧНИК С. Р. Влияние подкожных инъекций плацентарной ткани на рост карциномы Брауна-Пирса. Вопросы онкологии, 1963, 9, 4, 75—79.
44. НАДЛЕР И. М. Отдаленные результаты лечения трофических язв тканевой терапией по методу академика В. П. Филатова. Врачебное дело, 1951, 8, 757—758.

45. НГУЕН СУАН НГУЕН,
ФАН ЗАН
Результаты лечения некоторых заболеваний глазного дна ретробульбарными инъекциями экстракта плаценты.
Материалы научн. конфер., посвященной 30-летию метода тканевой терапии по В. П. Филатову. Киев, 1963. 24—25.
46. ОРЕЧКИН Э. С.
Тканевая терапия в дерматологии и венерологии.
Матер. научн. конфер., посвященной 30-летию метода ткан. терап. по В. П. Филатову. Киев, 1963, 12—13.
47. СРЛОВА Т. Е.
Действие токсических доз стрихнина на фоне подготовки живстных тканевыми препаратами.
Матер. научн. конфер., посвященной 30-летию метода тканевой терапии по В. П. Филатову. Киев, 1963, 75—76.
48. ПАЛЛАДИНА Л. И.
ГУДИНА А. М.
Некоторые данные о природе биогенных стимуляторов.
ДАН СССР, 1952, 87, 2, 249—253.
49. ПАНФИЛОВА Г. В.
Стдаленные результаты лечения герпетического кератита.
Вопр. офтальм. и ткан. терапии, Киев, 1962, 195—197.
50. ПОПОВ Г. В.
К вопросу о значении нервных факторов в тканевой терапии.
Сб. посвящ. 80-летию со дня рождения В. П. Филатова. Берлин, 1965.
51. РАХЛИНА И. Д.
Влияние дробных дозировок тканевых препаратов на аккомодацию и остроту зрения нормальных глаз.
Уч. записки УЭИГБ, Киев, 1955, 3, 99—104.
52. РОЗЕНЦВАЙГ А. М.
К вопросу о применении тканевой терапии при заболеваниях нервной системы.
Матер. науч. конфер., посвященной 30-летию метода тканевой терапии по В. П. Филатову. Киев, 1963, 19—21.
53. РУССИЯН М. И.
К вопросу о биогенных стимуляторах листьев алоэ древовидного.
Ташкент, 1952, Диссертация.

54. САВИЦКИЙ И. В. Влияние тканевых препаратов на биохимические процессы организма. Применение ткан. терапии в животн. и ветер., Киев, 1966, 31—42.
55. СЫСОЕВ А. Ф. О химической природе биогенных стимуляторов. Юбил. науч. конфер., посвящ. 80-летию акад. В. П. Филатова. Тез. докл., Одесса, 1955, 56—59.
56. СЫСОЕВ А. Ф. О химическом составе биогенных стимуляторов. Тканевые препараты в животноводстве. Киев, 1962, 31—41.
57. СЫСОЕВ А. Ф.
МАРЦИНКЕВИЧ Л. А. Определение биологических стимуляторов при помощи дрожжевого нефелометрического теста. Бюлл. эксперим. биологии и медицины. 1957, 4, 107—111.
58. СКОРОДИНСКАЯ
В. В. Лечебное значение листьев алоэ. Сб. к 70-летию акад. В. П. Филатова. Одесса, 1946, 85—178.
59. СОЛОВЬЕВА В. П.
СТЕПАНОВ Е. Г. Влияние всеси плаценты на течение экспериментального миокардита. Матер. науч. конфер., посвящ., 90-летию со дня рождения В. П. Филатова, Киев, 1965, 87.
60. СОЛОВЬЕВА В. П. Сравнительная оценка эффективности тканевых препаратов при кислородном голодании. Тезисы научно-производ. конфер. по применению ткан. препаратов по В. П. Филатову в животноводстве и ветеринарии, Киев, 1964, 20.
61. ТЕРЕНТЬЕВА Л. С. Тканевая терапия симпатического воспаления. „Тканевая терапия“, Киев, 1953, 152—160.
62. ТОЩЕВИКОВА А. Г. Влияние биогенных стимуляторов на протеиназу растений. ДАН СССР, 1946, т. 53, 6, 541.
63. ФАМ НГОК ТХАК Применение тканевой терапии по В. П. Филатову во Вьетнаме. Офт. журн., 1958, 3, 459—467.
64. ФЕДЬКО П. А. Влияние сочетенного действия тканевых препаратов с пенициллином на некоторые показатели иммунобиологической реактивности организма.

- Тез. докл. н-производ. конфер. по примен. ткан. препаратов по В. П. Филатову в животноводстве и ветеринарии. Киев, 1964, 10.
65. ФИЛАТОВ В. П.
ФИЛИППОВА Т. П. Препарат торфа в клинике глазных болезней. Офт. журн., 1951, 2, 54—58.
66. ФИЛАТОВ В. П.
БИБЕР В. А.
СКОРОДИНСКАЯ В. В.
ФАРБМАН И. М. Лиманная грязь как источник биогенных стимуляторов. Уч. записки УЭИГБ, Одесса, 1949, I, 76.
67. ФИЛЛИПОВА Т. П.
ГЛАДКОВА Н. Р. Тканевая терапия при туберкулезных поражениях сосудистого тракта глаза. Труды III съезда глазных врачей СССР. Киев, 1959, 302—303.
68. ФИЛАТОВ В. П.
МУЧНИК С. Р.
КОВАЛЕВ И. Ф. О жизнеспособности и реактивных свойствах изолированной кожи теплокровных, сохраняемой в условиях пониженной температуры. Бюл. exper. биол. и мед., 1951, 10.
69. ФИЛАТОВ В. П. Оптическая пересадка роговицы и тканевая терапия. Медгиз, 1945 г.
70. ЧЕРКАСОВ И. С. Тканевая терапия при травматических иридоциклитах в детском возрасте. Уч. записки УЭИГБ, 1955, 3, 95—98.
71. ЧЕРНЯК С. С. Влияние тканевой терапии на регенерацию крови у кроликов при экспериментально вызванных анемиях. Ученые записки УЭИГБ, 1955, 3, 23—31.
72. ЧИКАЛО И. И.
СОЛОВЬЕВА В. П. Ферментативная активность кишечного сока собак при парентеральном введении экстракта алоэ. Вopr. офтальмологии и ткан. терап., Киев, 1962, 246—249.
73. ЧИКАЛО И. И. Влияние тканевой терапии на активность ферментных систем. Труды юбил. науч. конфер., посвящ. 80-летию В. П. Филатова. Киев, 1956, 165—170.
74. ЧИКАЛО К. Н. Тканевая терапия при лучевых повреждениях. Вестн. рентген. и радиол., 1951, I, 31—36.

75. ГНЕДКОВ П. А.

Вопросы биохимии тканей в процессе их консервирования.

Матер. науч. конфер., посвящ. 30-летию метода тканевой терапии по В. П. Филатову.

Киев, 1963, 81—83.

76. ШЛОПАК Т. В.

Тканевая терапия миопических хориоретинитов.

Сб., посвящ. 75-летию В. П. Филатова, Киев, 1950, 265—274.

77. ШПАК Н. И.

Роль тканевой терапии в комплексе лечебных мероприятий при токсоплазмозных и других поражениях сосудистого тракта.

Матер. науч. конфер., посвящ. 30-летию метода тканевой терапии по В. П. Филатову.

Киев, 1963, 27—28.

78. ШАСТНЫЙ Д. С.

Влияние предварительного введения тканевых препаратов на проницаемость кожной ткани для гидрофильных микробов.

Вспр. офтальмологии и тканевой терапии, Киев, 1962, 268—274.

79. ЩЕРВИНА А. Ф.

Влияние тканевой терапии на течение экспериментальной анемии.

Применение тканевых препаратов в животноводстве и ветер., Киев, 1966, 330—334.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ

История возникновения метода тканевой терапии	3
О химической природе биогенных стимуляторов	9
О механизме действия тканевых препаратов	11
Применение тканевых препаратов:	
глазные заболевания	17
хирургические заболевания	21
кожные заболевания	22
гинекологические заболевания	24

ТКАНЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ по В. П. ФИЛАТОВУ

Взвесь плаценты	30
Экстракт плаценты	36
Экстракт алоэ	44
Пелондодистиллат	51
ФиБС	54
Торфот	58

