

АКАДЕМИЯ НАУК УКРАИНСКОЙ ССР

БЮРО НАУЧНОЙ ПРОПАГАНДЫ

Проф. С. Ф. КАЛЬФА и доц. В. Е. ШЕВАЛЕВ

# ВЛАДИМИР ПЕТРОВИЧ ФИЛАТОВ

ЛАУРЕАТ СТАЛИНСКОЙ ПРЕМИИ

Действительный член Академии наук Украинской ССР  
и Академии медицинских наук СССР

*(Краткий очерк жизни и творчества)*

Переучено 1963



ПЕРЕУЧЕНО  
1951 г.

ИЗДАТЕЛЬСТВО АКАДЕМИИ НАУК УКРАИНСКОЙ ССР  
КИЕВ 1946

Ответственный редактор проф. Б. А. Мовчан

Литредактор Е. Дробязко.  
Корректор З. Левберг. Техредактор В. Егоров.

БФ 01517. Заказ № 847. Тираж 15.000 экз. Формат бумаги 59×84. Печатных листов 3. Учетно-авторских листов 2 $\frac{1}{2}$ . Сдано в набор 18. IV 1946 г.  
Подписано к печати 24. VI 1946 г.

Печатано в тип. Издательства АН УССР—г. Киев, ул. Чудновского, № 2,—с матриц, изготовленных тип. ФЗУ.



Е. П. ФИЛАТОВ



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

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

В. П. Филатов „Оптическая пересадка роговицы и тканевая терапия“.

Год тому назад общественность нашей страны отмечала знаменательную дату—юбилей выдающегося представителя советской медицины: 70-летие со дня рождения и 50-летие врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности лауреата Сталинской премии, Депутата Верховного Совета УССР, действительного члена АН УССР и АМН СССР Владимира Петровича Филатова.

Сотни поздравительных телеграмм из разных концов Советской страны, от научных учреждений, от учеников, от рабочих, колхозников и бойцов Красной Армии получил Владимир Петрович в день своего юбилея. Десятки речей и поздравлений, статьи в общей и специальной печати наглядно показывают, что наша страна любит своих ученых, ценит их и гордится ими.

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

Имя Владимира Петровича Филатова широко известно не только в пределах Советского Союза, но и в зарубежных странах. Однако, многие неспециалисты, непричастные к медицине, знают о его работах очень мало, больше понаслышке, из отдельных статей в общей прессе или же из случайных разговоров.

Многочисленные научные работы В. П. Филатова обыкновенно печатаются в специальных журналах, сборниках

или отдельных изданиях, рассчитанных на врачей и научных работников. Подробности же его жизни, работы и научного творчества знают лишь близко стоящие к нему лица. Поэтому мы с удовольствием приняли предложение Бюро научной пропаганды Академии наук Украинской ССР изложить в общедоступной форме основные моменты жизни и творчества действительного члена АН УССР Владимира Петровича Филатова.

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

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

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

*Профессор С. Ф. Кальфа  
Доцент В. Е. Шевалев*

---

## ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ЖИЗНИ И ТВОРЧЕСТВА ВЛАДИМИРА ПЕТРОВИЧА ФИЛАТОВА

Долг кончается там, где начинается невозможность.

Л. Пастер

Большого напряжения и великой  
страсти требует наука от человека.

И. Павлов

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

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

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

На медицинском факультете Московского университета в то время преподавал ряд выдающихся профессоров. На

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

В период ординатуры у проф. С. К. Крюкова молодой ученый работал по овладению методикой исследования глаз под руководством проф. С. С. Головина и одновременно изучал основы патологической анатомии глаза у профессора Ф. О. Евецкого. В это время он написал две свои первые научные работы, посвященные описанию интересных случаев врожденных аномалий глаза.

В 1899 г. В. П. Филатов перешел на должность ординатора Московской глазной больницы, где под руководством профессора Ложечникова работал до 1903 г. Получив в глазной клинике проф. Крюкова хорошую подготовку по патологической анатомии, общей патологии и методике исследования глаз, Владимир Петрович в глазной больнице на большом клиническом материале занимался изучением отдельных форм заболеваний глаза и совершенствовал свою оперативную технику. В 1903 г. он был приглашен проф. С. С. Головиным в Одессу на должность ординатора в клинику глазных болезней Новороссийского университета, с которой связана вся его дальнейшая деятельность. В 1906 г. Владимир Петрович был уже ассистентом клиники, а в 1908 г. защитил докторскую диссертацию на тему: „Учение о клеточных ядах в офтальмологии“. Это обширное исследование, более чем на 400 страниц, посвящено изучению влияния на глаз нормальных и цитотоксических сывороток. Чтобы понять, какую актуальность и значимость имела эта работа, необходимо вспомнить основные течения научной мысли в конце XIX и в начале XX столетия.

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

В то время в офтальмологии изучалась теория аутоцитотоксического происхождения заболеваний глаз, которую выдвигал учитель и руководитель В. П. Филатова проф. С. С. Головин. Он считал, например, что при проникающем ранении одного глаза образующиеся при распаде клеток вещества, попадая в кровь, вызывают в ней образование противовеществ (цитотоксинов, клеточных ядов), действующих через кровь на другой, здоровый глаз, вызывая его воспаление (так называемое симпатическое воспаление). Проф. Ремер предполагал, что катаракта и ряд других глазных заболеваний возникают подобным же образом вследствие отравления особыми ядами, вырабатываемыми в клетках организма. Естественно, что Владимир Петрович, работая ассистентом проф. С. С. Головина, не мог не заинтересоваться этим учением.

Создатель экспериментального метода в медицине, К. Бернар ставит следующие условия, необходимые для правильной постановки опытов: „Нужно не только экспериментировать; экспериментируя, нужно еще иметь очень определенную цель, знать то, что хочешь делать, определить цель, которую хочешь достигнуть, наметить правила экспериментальной критики, которая одна может вести к постановке хороших экспериментов и к устранению причин ошибок, которые так легки в этих сложных и тонких исследованиях“. Эти условия К. Бернара полностью соблюдены в диссертационной работе В. П. Филатова. В ней он детально разработал вопросы о влиянии на глаз гемолитических и нормальных сывороток и перенес в офтальмологию достижения научной мысли того времени в области иммунобиологии.

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

В 1909 г. молодой доктор медицины получил приват-доцентский курс, а в 1911 г. был утвержден заведующим кафедрой

рой и клиникой глазных болезней медицинского факультета, которой он бессменно руководит до настоящего времени (за исключением периода оккупации Одессы немецко-румынскими захватчиками).

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

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

Научная деятельность В. П. Филатова, начатая в дореволюционный период, получила возможности пышного расцвета лишь после Великой Октябрьской Социалистической революции. Так, до 1917 г., в первые 20 лет своей деятельности, Владимир Петрович опубликовал 12 научных работ, после 1917 г. — около 250. Основные направления научной его деятельности получили свое развитие также после Октябрьской революции.

Для пополнения своих знаний по отдельным проблемам Владимир Петрович неоднократно выезжал в научные командировки за границу, где ознакомился с достижениями выдающихся деятелей медицины, главным образом, офтальмологии.

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

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

крупной клинической и экспериментальной базы для его научных исследований.

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

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

В 1939 г. была закончена постройка двух трехэтажных корпусов и ряда подсобных зданий Института глазных болезней. Правительство щедро отпускало средства на строительство и оборудование института. Благодаря энергии своего руководителя, институт быстро превратился в одно из лучших офтальмологических учреждений Союза. Владимир Петрович получил возможность широкой клинической и лабораторной разработки научных проблем.

Через два года нападение немецко-фашистских захватчиков на нашу родину прервало работу института.

Владимир Петрович с частью своих учеников эвакуировался в г. Пятигорск, где работал в эвакуогоспитале 2172, а затем — в г. Ташкент, где был восстановлен приказом НКЗ СССР в сокращенном объеме Украинский институт глазных болезней на базе эвакуогоспиталя 1262. Являясь директором института, Владимир Петрович одновременно состоял главным консультантом указанного госпиталя.

Отечественная война, эвакуация и связанные с ней трудности не снизили научного творчества выдающегося советского ученого.

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

В период Отечественной войны им опубликованы брошюры и монографии: „Офтальмология на службе Красной Армии“, „Круглый стебель в офтальмологии“, „Ткачевая

терапия" (1943 г.), „Пересадка роговицы и тканевая терапия" (1945 г.), ряд статей в сборнике Среднеазиатского военного округа, посвященном 25-летию Красной Армии, и в журналах; им сделано также свыше 40 докладов. Все эти работы Владимира Петровича способствовали широкому распространению предложенных им методов и послужили делу быстрого восстановления здоровья раненых воинов Красной Армии и инвалидов Отечественной войны.

В сентябре 1944 г. Владимир Петрович возвратился в Одессу вместе с институтом, эвакуированным по постановлению СНК СССР. Здесь он принялся за восстановление института, разрушенного и опустошенного немецко-румынскими захватчиками.

При поддержке со стороны председателя СНК УССР Н. С. Хрущева, партийных и советских организаций удалось за один год восстановить часть института, в которой сейчас развернуто 120 коек и 6 лабораторий.

Вся жизнь и деятельность В. П. Филатова проникнута любовью к науке и тягой к совершенствованию своих знаний. Он непрерывно работает над собой. Даже находясь в санатории, на берегу моря или в поезде, он продолжает работать или обдумывать интересующие его проблемы. Однако, Владимир Петрович не превратился в узкого ученого, замкнувшегося в сфере своей специальности; он не только ученый, но и врач-клиницист, блестящий хирург, одаренный педагог, талантливый художник, интересный рассказчик и веселый собеседник.

В краткие периоды отдыха Владимир Петрович работает над своими мемуарами. Многих интересных людей встречал он на своем жизненном пути, много событий и эпизодов видел, ему о многом можно вспомнить из своей большой и разносторонней жизни. Написанные спокойным эпическим стилем с тонким юмором и большой наблюдательностью мемуары доставляют редкое удовольствие слушателям, когда автор читает их в узком кругу своих друзей и учеников. А когда наступает весна, жители Одессы нередко видят почтенного ученого в Аркадии, на Малом Фонтане, у берега моря пишущим свои этюды. В них много зелени,

света, воздуха и моря — южного теплого Черного моря, которое так любит Владимир Петрович Филатов.

Научная продукция В. П. Филатова, выразившаяся в 259 печатных работах, богата и многогранна. Почти в каждый раздел офтальмологии он внес много нового и оригинального.

Владимир Петрович любит свою специальность и законно гордится тем, что, благодаря трудам его и его учеников, офтальмология не только с пользой заимствует из других медицинских наук применяющиеся в них методы, но и сама обогащает смежные дисциплины. «Офтальмология как медицинская дисциплина уже с раннего своего возраста получила правильное идейное питание, — говорит В. П. Филатов. — Все, что влияет на целое, влияет на часть; все, что влияет на часть, влияет на целое. Посему каждая болезнь организма влияет на орган зрения, всякое заболевание органа зрения влияет на весь организм». Этот афоризм, который охотно цитирует В. П. Филатов, был высказан одним из основоположников офтальмологии — Бером более ста лет тому назад. Перефразируя эти слова, Владимир Петрович отмечает: «Всякое развитие общих основных принципов медицины должно сказываться на прогрессе каждой из ее частных дисциплин и наоборот — успехи каждой специальности должны сказываться на движении вперед всей медицины. Я буду удовлетворен, если тканевая терапия с ее гипотезой окажет влияние на развитие тех или иных сторон медицины, которая, как и живой организм, по своей сути неделима». Наш маститый ученый прав: не только тканевая терапия, нашедшая себе применение в разных отраслях медицины, способствует ее прогрессу: круглый стебель Филатова дал толчок развитию пластической хирургии; работы офтальмологов по пересадке роговицы, которые Владимир Петрович так сильно развил, подтвердили крупный биологический факт — возможность пересадки роговицы от одного человека другому с сохранением ее прозрачности (истинная гомотрансплантация).

Выдающийся ученый с мировым именем, В. П. Филатов является прежде всего врачом-клиницистом. Основной лозунг его работы: «не клиника для лабораторий, а лаборатории для клиники». «Я уже несколько лет проповедую лозунг —

в клинику,— пишет Владимир Петрович.— Я понимаю под этим зовом следующее: надо помнить, что медицина есть наука, основанная прежде всего на наблюдении. Каждый больной человек есть материал, из которого можно почерпнуть много данных, которых не найти ни в пробирке, ни в кролике... Вспомним, что различные терапевтические воздействия, сопровождающиеся надлежащим наблюдением за больным, являются своего рода экспериментом (направленным, конечно, для блага самого пациента), дающим ценный научный материал\*.

Следующим принципом работы В. П. Филатова является терапевтическая активность и оптимизм. „Все средства науки для излечения больного. Никогда не опускать рук и бороться до конца“. Это его постоянный призыв. В предисловии к своей книге „Оптическая пересадка роговицы и тканевая терапия“ он пишет: „Для меня всегда было неприемлемым то явление, которое, к сожалению, еще не изжито среди врачей и в медицинских учреждениях; больного наблюдают, изучают, описывают, но не лечат; больного признают неизлечимым, а он выздоравливает. Я признаю, конечно, древнее правило „прежде всего не вредить“, но отсюда не следует, что у постели больного надо опускать в бессилии руки. Надо активно вмешиваться в жизнь больного организма, опираясь, конечно, на науку“. „Пока больной еще не ослеп окончательно, мы должны напрягать все усилия для того, чтобы сохранить или вернуть ему хотя бы крупицу зрения“. „Ни один больной не должен получать от офтальмолога отказ в этой попытке или, что еще хуже, не должен уйти с назначением лечения формального (лишь бы что-нибудь назначить)\*“.

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

симптомы заболевания в одно целое, делать соответствующие обобщения.

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

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

Большой интерес представляют поучительные беседы Владимира Петровича, которым он уделяет значительную часть времени. Нередко они превращаются в настоящее творчество, в процессе которого рождается ряд идей, служащих важными проблемами для научной разработки. Слушая его увлекательные беседы, трудно провести грань, где кончается врач и педагог и где начинается научный исследователь.

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

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

Опытный педагог-клиницист любовно выращивает кадры, прививает им любовь к больному и настойчивость в достижении поставленной перед собой научной задачи. Учениками Владимира Петровича за последние годы защищен ряд диссертаций на ученую степень доктора и кандидата медицин-

ских наук (Кальфа, Копп, Фишер, Ершкович, Шевалев, Розовская, Бродский, Бушмич, Шмульян, Кашук, Вельтер, Вассерман, Курышкин, Пржибильская, Шейн, Каменецкая, Костенко, Скородинская, Баженова и др.) и опубликовано около 406 научных работ. Многие из его учеников работают профессорами и доцентами и в свою очередь воспитывают кадры в духе Филатовской школы.

Интерес к работам нашего прославленного ученого огромен: наряду с посетителями из Бурято-Монголии или с Дальнего Востока в институт приезжают гости из зарубежных стран (Англия, Америка), чтобы на практике под непосредственным руководством выдающегося офтальмолога поучиться тем или иным методам исследования или лечения глазных болезней.

Свою научно-педагогическую и врачебную работу Владимир Петрович совмещает с активной общественно-политической деятельностью. Так с 1911 г, как мы уже говорили, он бессменно работает на посту председателя Одесского офтальмологического общества. В. П. Филатов является почетным членом Ташкентского офтальмологического общества, состоит членом Ученого Совета Министерства Здравоохранения УССР и СССР. В 1936 г. он был избран членом Одесского городского Совета депутатов трудящихся, в 1939 г. — депутатом Верховного Совета УССР. На поприще общественного работника и государственного деятеля Владимир Петрович работает с той же неутомимой энергией, какую он вкладывает в свою научно-педагогическую и врачебную деятельность. Получая большое количество писем и заявлений от своих избирателей, он тщательно изучает их и никогда не оставляет без ответа. По некоторым вопросам ему приходится выступать на сессиях Верховного Совета.

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

Этим далеко не исчерпывается вся его разносторонняя деятельность. Он проводит большую работу, будучи действительным членом двух академий: Академии наук УССР и Академии медицинских наук СССР, а также ряда других научно-общественных организаций. За его выда-

ющуюся работу „Оптическая пересадка роговой оболочки и тканевая терапия“ ему в 1941 г. была присуждена Сталинская премия I степени. Отмечая исключительные заслуги Владимира Петровича, правительство присвоило ему в 1935 г. почетное звание заслуженного деятеля науки и наградило его в 1938 г. орденом Трудового Красного Знамени, в 1944 г. — орденом Ленина, а в 1945 г. — орденом Отечественной войны I степени. Он имеет также Почетную грамоту Узбекской ССР.

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

Владимиру Петровичу исполнился 71 год. Он попрежнему со свойственной ему энергией и энтузиазмом работает над разнообразными научными проблемами, блестяще производит сложнейшие операции, лечит, учит и проводит большую общественно-политическую работу на благо советской науки, на благо нашей Советской родины.

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



## КРУГЛЫЙ СТЕБЕЛЬ

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

Н. Петров

Пластика на круглом ст. беле, предложенная Филатовым в 1916 г., завоевала себе мировую известность и является гордостью советской пластической хирургии. Чтобы показать значение этого предложения, мы кратко опишем принципы основных методов, применяющихся в пластической хирургии.

Пластические операции, как известно, делаются для восстановления тканей или органов человека, утраченных в результате болезни либо ранения (например, носа, губ, век, ушной раковины, пищевода и т. д.). Главной целью этих операций является восстановление деятельности поврежденного или утраченного органа; часто операции эти делаются также для устранения обезображивания пострадавшего. Для целей пластической хирургии пользуются различными тканями. Чаще всего повреждается и требует пластики кожа. До предложения В. П. Филатова хирургия располагала тремя основными методами кожной пластики.

1. **Индийский метод пластики при помощи лоскутов кожи.** Это самый древний способ кожной пластики, разработанный в Индии задолго до начала нашего летоисчисления. В то время в Индии существовало наказание—отрезание носа преступникам. Метод пластики лоскутами кожи был вначале разработан для восстановления носа, а потом стал применяться и в других областях пластической хирургии. Принцип этого метода состоит в том, что дефект покрывается при помощи передвижения лоскутов кожи из соседних участков здоровых тканей. На рис. 1 схематически показано, как по одному из способов индий-

ского метода дефект на верхнем веке покрывается лоскутом, выкроенным в области виска.



а — для закрытия дефекта на верхнем веке (зашировано о) в височной области выкроен угол кожи, питающая ножка которого находится у внутреннего края слезницы. От начала ножки к дефекту сделан разрез для отделения ножки лоскута;



б — лоскут уложен на дефект; рана на месте лоскута зашита;



в — ножка лоскута отделена от него и сошита в височную область.

Рис. 1. Схема одного из способов индийского метода.

2. Итальянский метод. Этот метод, возникший в Италии в XIV—XV столетиях, заключается в том, что на руке выкраивается лоскут кожи и рука прибинтовывается к месту дефекта подлежащего покрытию. Одна ножка выкроенного лоскута остается в связи с рукой, а другаяшивается у края дефекта. По приживлении лоскута питающая его ножка (идущая к руке) перерезается и рука освобождается. После этого лоскут окончательно формируют и укрепляют в области дефекта. На рис. 2 схематически изо-

бражена пластика дефекта нижнего века по одному из способов итальянского метода.

3. Пересадка на место дефекта свободного куска кожи (без питающей ножки). Кожа выкраивается в каком-либо месте тела и переносится в область дефекта. Брать кожу можно либо во всю толщину, либо лишь поверхностный тонкий ее слой. Кожа для пересадки берется только



Рис. 2. Схема одного из способов итальянского метода.

Верхняя конечность прибинтована к голове, лоскут кожи, выкраиваемый в нижней трети плеча, уложен на дефект века.

у самого больного, так как кожа от одного человека к другому не приживается.

Все указанные методы представляют большую ценность и при умелом их применении могут дать хорошие результаты. Однако, каждый из них имеет и ряд недостатков. Так, индийский метод требует ряда дополнительных разрезов, что нежелательно на лице; кроме того, не всегда можно рядом с дефектом взять кожу для пластики: часто приходится наблюдать обожженных (танкистов, бывших в горящем

танке и др.), у которых вся кожа на лице настолько повреждена, что выкроить лоскут невозможно. Если же приходится выкраивать лоскут на длинной ножке (например, на шее для лица), то лоскут может омертветь вследствие плохого кровообращения в нем. Кроме того, иногда происходит инфицирование (заражение) окровавленной ножки лоскута, что может свести на нет результат операции. Недостаток итальянского метода — очень утомительное положение, которое приходится сохранять больному длительное время, и непригодность метода для пластики во всех местах тела. Пересадка же свободных лоскутов кожи не всегда бывает успешна в силу их малой жизнеспособности, в случае же удачного приживания пересаженная кожа

часто имеет вид бледной заплаты, выделяясь на фоне остальной розовой кожи.

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

4. Метод пластики при помощи круглого стебля Филатова.

Этот метод позволяет брать кожу вдали от дефекта, подлежащего закрытию или исправлению, обеспечивает хорошее питание лоскута и избавляет ножку от опасности инфекции. Сущность этого метода заключается в следующем (цит. по В. П. Филатову): „На коже делаются два параллельных разреза большей или меньшей длины (рис 3а). Полоска кожи, находящаяся между ними, отделяется от подлежащей ткани с некоторым количеством жировой клетчатки. Концы образованной таким образом кожной ленты не перерезаются, а края ее сшиваются друг с другом (рис. 3б), благодаря чему лента превращается в стебель.



Рис. 3. Схема образования „круглого стебля“.

а—параллельные разрезы кожи; б—лента превращена в стебель, приподнятый тупым крючком; края раны сшиваются.

Рана, оставшаяся на месте выкраивания ленты, зашивается. Через три недели, когда в стебле разовьется хорошая сеть кровеносных сосудов, около одного из концов стебля выкраивается кусок кожи, соединенный со стеблем, и по освобождению от тканей переносится на дефект, подлежащий

закрытию, к краям которого и пришивается (рис. 4 а и б). Через 10—12 дней приживание пересаженного лоскута заканчивается, конец питающего его стебля отрезается и остаток либо отсекается, либо применяется для других пластик<sup>а</sup>.

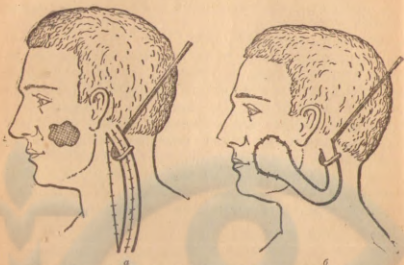


Рис. 4. Схема одного из способов применения „круглого стебля“.

а—стебель, приготовленный на шее, оттянут крестцом в сторону; нижний конец его предназначен для закрытия дефекта из шее; язык под „стеблем“ зашит; б—распластаный конец стебля «марша» факт шее; излишек „стебля“ будет удален.

Если вблизи дефекта кожу взять нельзя, то заготавливают заранее стебель вдали от места, подлежащего пластике. По истечении трех недель один конец стебля отрезают и вшивают в разрез кожи, сделанный ближе к месту пластики: это первый „шаг“ стебля; еще через три недели отрезают другой конец и опять вшивают стебель (второй „шаг“ стебля); так поступают до тех пор, пока не подведут его к требуемому месту. Можно ускорить переход такого „шагающего круглого стебля“, если, например, сделать его из кожи живота, а затем один конец вшить в область предплечья; через три недели, отрезав конец стебля у живота, переносят стебель в любое место. На рис. 5 а и б показана схема образования такого „путешествующего стебля“ для пластики носа.

Метод пластики при помощи круглого стебля был высоко оценен в хирургии. Много отдельных работ и монографий посвящено этому виду пластических операций как отечественными, так и иностранными хирургами.

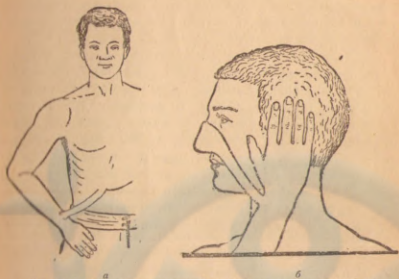


Рис. 5. Схема одного из способов «путешествующего стебля».

а — стебель, обр. овалный из живота, шит одним концом в разрез кожи предлельно; б — путем приближения кисти к голове стебель перенесен к месту пластики (образование носа).

Около 30 лет круглый стебель широко применяется в хирургических больницах, клиниках и госпиталях для пластических целей, и область его применения все растет. Хирурги пользуются им для восстановления крыльев носа, кончика носа, всего носа, губ, несквозных и сквозных дефектов щек, неба, челюстей, ушей, рубцовых контрактур конечностей, пальцев, трахеи, пищевода, мочеиспускательного канала, влагалища, полового члена, мошонки, для закрытия дефектов, остающихся после удаления рубцов, опухолей и т. д. Круглый стебель — это метод и, как таковой, он представляет широкое поле для изобретательности хирургов в создании отдельных конкретных способов для достижения того или иного пластического эффекта. Как на почве

индийского метода вырос ряд способов операций, так и на методе круглого стебля основаны способы операций Волошинова, Кларенко, Богораза, Лимберга, Джанелидзе, Парина, Фраценберга и многих других. Круглый стебель применяется и в экспериментальной медицине для измерения кровяного давления и записи пульса у животных путем включения в круглый стебель сонной артерии, для изучения вопросов иннервации сосудов, регенерации нервов и т. п.

Особенно ценным этот метод оказался в эпоху Отечественной войны, когда он широко применялся хирургами для восстановления обширных дефектов, причиненных современными орудиями войны. В настоящее время трудно встретить госпиталь, клинику, больницу восстановительной хирургии, в которой этот метод не был бы с успехом применяем. Круглый стебель—ценный вклад, сделанный В. П. Филатовым в дело восстановления здоровья раненых воинов и инвалидов Отечественной войны.

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

---

## ПЕРЕСАДКА РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

Пересадка роговицы — самая смелая идея, какая когда-либо приходила в голову врачу.

Д и ф ф е н б а х

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

Пересадка роговой оболочки применяется с целью возвращения зрения инвалидам и слепым, потерявшим его вследствие бельма. Бельмом называется стойкое, не поддающееся лечению помутнение роговой оболочки. Бельма образуются вследствие разнообразных причин, вызывающих заболевание или повреждение роговицы (язвы роговицы, трахома, сифилис, оспа, ожоги, ранение роговицы и т. п.). Бельмо может занимать часть роговицы (частичное бельмо) или же всю ее площадь (полное бельмо). Если частичное бельмо занимает периферическую часть роговицы, то зрение почти не страдает, если же оно занимает центр роговицы, то лучи света не проникают в глаз, и чем гуще бельмо, тем хуже видит больной. Больной тогда видит так же, как здоровый человек, через густое матовое стекло, т. е. видит только свет и тень, являясь практически слепым. На рис. 6 схематически изображены различные виды бельм: рис. 6а — частичное бельмо не в центре роговицы; рис. 6б и 6в — частичное бельмо в центре роговицы; рис. 6г — полное бельмо.

Как же можно помочь этим больным с бельмами роговой оболочки? При частичном бельме, расположенном на периферии роговицы, зрение у больного, как мы уже указывали, страдает мало, и он может обратиться к врачу

лишь по поводу некрасивого вида глаза. Этот косметический недостаток можно легко устранить путем окраски бельма (операция татуировки бельма). При частичном же бельме, расположенном в центральных частях роговицы и закрывающем зрачок, можно помочь больному путем вы-

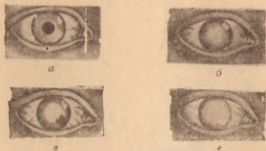


Рис. 6. Схема типов бельм.

*а*—бельмо на периферии роговицы; *б*—бельмо в центре роговицы; *в*—бельмо в центре роговицы и искусственный зрачок—отверстие в радужной оболочке; *г*—полное бельмо.

резания кусочка радужной оболочки соответственно области прозрачной части роговицы (рис. 6*в*). Эта операция образования искусственного зрачка дает возможность больному более или менее удовлетворительно различать окружающие предметы. Но как помочь больным с помутнением всей роговой оболочки, т. е. с полными бельмами? Уже 125 лет тому назад Рейзингер опубликовал мысль своего учителя Гимли о том, что помочь слепым вследствие бельм можно путем операции пересадки роговицы.

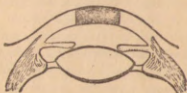


Рис. 7. Схема операции пересадки роговицы. Часть роговицы, вставленная в бельмо (трансплантат), зачернена.

Сущность этой операции заключается в замене части бельма прозрачной роговицей (на рис. 7 показана схема операции пересадки роговицы).

Разработкой пересадки роговицы занимались очень многие окулисты, но ни Рейзингеру, ни Гимли, ни их последователям, работавшим на протяжении 90 лет над этим вопросом, не удавалось получить у человека приживления пересаженной роговицы с сохранением достаточной ее прозрачности. Первый действительно успешный случай пересадки роговицы был получен лишь в 1905 г. Цирмом. В дальнейшем эту операцию разрабатывал, главным образом, пражский профессор Эльшниц, который, сделав 203 операции пересадки роговицы, получил успех (стойкое прозрачное приживление пересаженной роговицы) в 31 случае, т. е. приблизительно в 15%. В. П. Филатов начал изучать проблему пересадки роговицы еще в 1913 г., но работа была прервана мировой войной. Лишь в 1923 г. ему снова удалось вернуться к работе в этой области.

В. П. Филатов совершенно изменил технику операции пересадки роговицы. До его работ пересадка роговицы требовала огромного искусства со стороны оператора и была доступна лишь виртуозам глазной хирургии. Это происходило благодаря тому, что при иссечении отверстия в белме трепаном (вращающимся цилиндром с режущим краем) легко было поранить расположенный позади роговицы хрусталик, что всегда давало очень неприятные осложнения (образование катаракты, повышение внутриглазного давления и т. д.), сводившим на нет оптический результат операции. Кроме этого, пересаженный кусочек нередко высккивал из отверстия в белме.

В. П. Филатовым были изобретены трепаны ФМ—I и ФМ—III, благодаря которым совершенно устраняется опасность ранения хрусталика и выпадения стекловидного тела. На рис. 8 схематически изображена трепанация белма трепаном ФМ—III. Ранение хрусталика при пользовании этим трепаном предупреждается благодаря тому, что наружная поверхность его коронки обточена на протяжении 0,75 м/м цилиндрически, а далее конически; на расстоянии 7,5 м/м от режущего края имеется герметическая перегородка. Трепан, поставленный на белмо, приводится в полувращательное движение рукой. Когда режущий край коронки покажется

в передней камере глаза, то жидкость из передней камеры не может вытечь наружу вследствие того, что конус коронки закрывает канал снаружи, внутрь же канала трепана жидкость не может проникнуть, так как между непроницаемой перегородкой и иссекаемым диском роговицы имеется воздух, препятствующий выходу водянистой влаги.

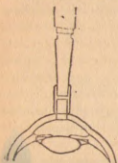


Рис. 8. Трепан  
ФМ—III.  
Край цилиндрической  
части коронки прошел  
бельмо до передней  
камеры.

Принцип трепана ФМ—I иной. Посредством специальных разрезов под роговицу подводится пластинка из слоновой кости, которая предохраняет от ранения хрусталик и препятствует вытеканию стекловидного тела. Трепан вставляется в специальный станок и трепанация бельма происходит над указанной выше костяной пластинкой.

Выскакивание пересаженного кусочка роговицы В. П. Филатов устранил, временно покрывая его лентой из слизистой оболочки глазного яблока.

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

Однако, разработка техники операции—только часть вопроса. Обыкновенно для пересадки бралась роговица из глаз, удаленных вследствие ранения или тяжелого заболевания. В. П. Филатов скоро убедился, что слепых и инвалидов, нуждающихся в операции пересадки роговицы, очень много, а глаз, удаленных у других больных, мало; кроме того, не все удаленные глаза оказывались пригодными как источник материала для пересадки, так как в значительном количестве случаев роговица в этих глазах была слишком повреждена. Пересадке роговицы угрожал кризис из-за недостатка „пересадочного материала“.

В. П. Филатов доказал, что можно с успехом для пересадки роговицы использовать роговую оболочку трупных глаз. Эти глаза, взятые у трупов через несколько часов

после смерти, можно до операции сохранять в течение нескольких дней на леднике (консервировать). Перед операцией эти глаза обрабатываются дезинфицирующими растворами, и из их роговицы высекается прозрачный кружок, который пересаживается в предварительно вырезанное в белме больного отверстие. Это предложение открыло неограниченный источник получения материала и операция пересадки роговицы сделалась действительным и массовым средством борьбы со слепотой и инвалидностью от бельма.

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

Однако, не при всех бельмах можно вернуть зрение больному при помощи операции пересадки роговицы. В некоторых случаях необходимы предварительные операции для устранения повышения внутриглазного давления (зеленой воды), новые способы которых выработал В. П. Филатов. Много трудов было потрачено им на выработку показаний к операции пересадки роговицы и на мероприятия по улучшению почвы для пересадки. С этой целью Владимир Петрович разработал технику так называемой „мелиорации“ бельма.

До 1946 года Владимиром Петровичем и его сотрудниками произведено свыше 1000 операций пересадки роговицы, что превышает число операций, сделанных во всем мире за 125 лет существования этой проблемы. Школой В. П. Филатова возвращено зрение многим сотням слепых и инвалидов.

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

Таким образом, операция пересадки роговицы, о которой в свое время мечтал Диффенбах, в Советском Союзе, бла-

годаря трудам Владимира Петровича и помощи, которую оказывает ему наша партия и правительство, стала массовым, ходовым методом для борьбы со слепотой и инвалидностью при бельмах.

Можно привести сотни примеров удачных случаев пересадки роговицы, но вследствие недостатка места мы остановимся лишь на двух.

1. Больной Б. имел на обоих глазах после перенесенного туберкулезного воспаления роговицы (кератита) густые бельма, приведшие его к полной инвалидности.



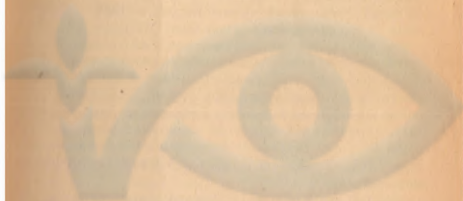
Рис. 9. а—бельмо после туберкулезного кератита до пересадки роговицы и после нее; б—бельмо после ожога известью до пересадки роговицы и после нее.

Операцией пересадки роговой оболочки зрение на обоих глазах восстановлено до нормы (1,0). Восстановилось также бинокулярное зрение и больной получил возможность вернуться к своему прежнему труду печатника. Случай прослежен на протяжении более четырех лет. На рис. 9а представлены фотографии глаза больного до и после операции пересадки роговой оболочки.

2. Больной К. имел на одном глазу рубцовое бельмо после ожога известью. Острота зрения до операции равнялась 0,02, т. е. больной с трудом мог различать пальцы на расстоянии одного метра от глаза. После пересадки роговой оболочки зрение на оперированном глазу повысилось до 0,8. Восстановилось бинокулярное зрение и больной мог приступить к работе в качестве бухгалтера.

Срок наблюдения—2 года. На рис 9б показаны фотографии глаза до и после операции.

Особенную ценность приобрела операция пересадки роговицы в дни Отечественной войны. Дело в том, что бельма после военных повреждений представляют в большинстве случаев неблагоприятную почву для пересадки. В. П. Филатов уделял много внимания этому трудному вопросу и в настоящее время можно с удовлетворением отметить, что процент прозрачных приживлений пересаженной роговицы при бельмах вследствие боевых ранений непрерывно возрастает.



## ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Я полагаю, что ясное познание природы заимствуется не откуда-либо, а только из медицинского искусства, но это можно узнать, если кто-либо правильно его обнимет.

Гиппократ

Действовать на природу — таков наивысший результат науки.

К. Бернар

Метод тканевой терапии является самым крупным достижением Владимира Петровича Филатова.

Начало тканевой терапии относится к 1933 г. Основываясь на том факте, что при подсадке к культуре какой-либо ткани, потерявшей способность дальнейшего роста, нового кусочка ткани, увядающая культура вновь начинает расти (феномен Фишера), Владимир Петрович попробовал подсаживать к помутневшему трансплантату (пересаженной роговице) кружок свежей человеческой роговицы. Такая подсадка дала благоприятный эффект. В таком виде, в форме пересадки больному свежего роговичного материала тканевая терапия не осталась; не осталась она и в пределах только офтальмологии.

Как сказано выше, В. П. Филатов стал пользоваться для оптической пересадки роговицы материалом от трупных, консервированных на холоду, глаз. Когда выяснилось, что консервированная на холоду роговица трупа приживает в отверстие, сделанном в бельме больного, не хуже, чем роговица свежего глаза, полученного от живого донора, а лучше, а кроме того, вокруг пересаженной трупной роговицы бельмо чаще и сильнее проясняется, чем при применении роговицы глаза живого донора, В. П. Филатов сделал из этих данных следующий вывод: при хранении роговицы на холоду (при 2—4° выше нуля) в ней накапливаются какие-то вещества, которые благоприятно влияют на процесс приживления пересаженной роговицы и возбуждают в бельме больного восстановительные (регенеративные) процессы,

благодаря которым и наступает столь резкое просветление роговицы.

Исходя из этого, Владимир Петрович стал подсаживать в помутневшему трансплантату роговицы кусочки консервированной на холоду роговицы и получил очень благоприятный эффект. После этого он стал делать пересадку консервированной на холоду роговицы уже не с оптической целью, а с лечебной—при воспалении роговицы: на краю небольшого участка больной роговицы срезались поверхностные слои ее и на дефект прикреплялся кусочек поверхностных слоев сохраненной на холоду роговицы трупного глаза. Результат превзошел все ожидания: тяжелые заболевания роговицы, которые должны были тянуться много месяцев, быстро проходили. Эти данные В. П. Филатов применил и к другим тканям организма.

Он установил, что ткани, отделенные от человеческого организма, куски тканей животных, а также листья растений, будучи сохраняемы в условиях неблагоприятных для их существования, но не убивающих их, подвергаются биохимической перестройке, сопровождающейся накоплением в этих тканях особых веществ, поддерживающих жизненные процессы в породивших их тканях.

Владимир Петрович назвал их биогенными стимуляторами.

Для тканей человеческих или тканей животных наиболее изученным условием для образования биогенных стимуляторов является хранение этих тканей при относительно низкой температуре (2—4° выше нуля). Для зеленых листьев растений условием для развития биогенных стимуляторов является хранение их в темноте.

Образовавшиеся при указанных условиях биогенные стимуляторы можно ввести больному различными путями. Можно сделать хирургическим путем карман под кожей (или под слизистой оболочкой) и ввести туда кусок ткани, обогащенной биогенными стимуляторами, и из постепенно рассасывающейся ткани стимуляторы будут поступать в организм и возбуждать в нем процессы восстановления и регенерации, что и будет способствовать выздоровлению. Можно сделать из сохраненной при упомянутых условиях

ткани водную вытяжку и впрыскивать ее под кожу больному.

Применяемые тканевые материалы подвергаются предварительной стерилизации высокой температурой (тиндализация, кипячение, автоклавизация).

Повидимому, все ткани животного происхождения (человека и животных) способны давать биогенные стимуляторы при хранении на холоду в течение нескольких суток. В. П. Филатовым и его последователями были с успехом испытаны роговица, склера, сосудистая оболочка, зрительный нерв, сетчатка, хрящ, слизистые оболочки, кожа, печень, брюшина, подкожная жировая клетчатка, мышцы, плацента, яичко, нервы, мозг и др. ткани. Кроме тканей и экстрактов из них, с лечебной целью могут быть применяемы некоторые биологические жидкости из сохранных на холоду трупов (например, кровь, спинномозговая жидкость) или органов например, водянистая влага глаз). Рыбий жир, применяемый в виде межмышечных впрыскиваний, содержит, по мнению Владимира Петровича, стимуляторы, попадающие в него из печени трески, в которой они образуются в процессе ее обработки. Из растительных материалов изучены главным образом листья алоэ—столетника, этого известного народного средства. В. П. Филатовым доказано, что при сохранении листьев в темноте (около 12 суток) их целебные свойства сильно возрастают. Куски листьев, конечно, автоклавизированных, можно зашивать под кожу или же можно пользоваться соком, выдавленным из листьев, для впрыскиваний и для клизм. Кроме листьев алоэ, лечебные свойства приобретают, как показали опыты В. П. Филатова, В. В. Скородинской, проф. Благовещенского и др., листья ячменя, люцерны, подорожника и других растений.

Лечебными свойствами, но в гораздо меньшей степени, могут обладать и не консервированные в указанных выше условиях материалы.

Лечение консервированными тканями по указанному методу дает замечательные, иногда поразительные результаты при очень многих заболеваниях.

Мы остановимся вначале на глазных болезнях.

Вот перечисление тех из них, при которых получались

от тканевой терапии положительные результаты: воспаления роговой оболочки, воспаления внутренних оболочек глаза на почве туберкулеза, общих инфекций, высокой близорукости и т. д., помутнения стекловидного тела, пигментный ретинит, атрофия зрительных нервов, трахома, весенний конъюнктивит, воспаления краев век и др. Из заболеваний роговицы замечательные результаты получены при паренхиматозном воспалении ее на почве врожденного сифилиса, при туберкулезе и скрофулезе, при герпетическом воспалении на почве гриппа и малярии. Для этих последних заболеваний характерно прекращение рецидивов (возвратов болезни).

Тканевое лечение заболеваний роговицы нашло полезное применение у бойцов Красной Армии и инвалидов Отечественной войны, поскольку эти заболевания часто наблюдаются у них на почве повреждений.

Сотни наблюдений В. П. Филатова доказали пользу тканевой терапии при воспалениях сосудистой оболочки самого различного происхождения, а также и при помутнениях стекловидного тела.

Эти воспаления, особенно имеющие травматическое происхождение, представляют частое и тяжелое заболевание у бойцов и инвалидов, нередко кончающееся атрофией, т. е. сморщиванием глаза. Но даже и при начинающейся атрофии глаза в некоторых случаях тканевая терапия останавливала процесс атрофии и впоследствии при помощи операции удавалось вернуть инвалиду некоторое зрение, позволявшее ему самостоятельно ходить. Владимир Петрович считает тканевую терапию наиболее могущественным способом лечения воспалений сосудистой оболочки, не без пользы комбинируя свой метод с сывороткой акад. А. А. Богомольца, авто-, гемо- и осмотерапией. Большие успехи получены от тканевой терапии при заболеваниях внутренних оболочек глаз, развившихся на почве высокой близорукости и делающих глаза инвалидными, и при пигментном перерождении сетчатой оболочки—болезни, проявляющейся в слабости зрения, в особенности в сумерки, и в сильном сужении поля зрения. Болезнь эта считается, за редкими исключениями, неизлечимой.

И здесь тканевая терапия дает остановку развития болезни или улучшение зрения.

Тяжкой болезнью является атрофия зрительных нервов вызываемая разными причинами и очень часто ведущая слепоте. И здесь тканевая терапия является ценнейшим средством. Сотни случаев, наблюдавшихся В. П. Филатовым его учениками, доказали это. Даже тогда, когда зрение было равно нулю, удавалось вернуть больному, в единичных случаях, некоторое зрение. При менее сильно выраженной атрофии восстановление зрения может быть значительным. Очень тяжелой является атрофия зрительных нервов на почве отравления метиловым спиртом,—одной рюмки его достаточно, чтобы наступила смерть, слепота или инвалидность. И в этих случаях Владимиру Петровичу удавалось сохранить больному часть зрения с помощью тканевой терапии.

Тканевая терапия нашла широкое применение, кроме глазных болезней, и при других заболеваниях организма. Она дает замечательные результаты при обыкновенной волчанке вплоть до полного, стойкого излечения ее, а также при туберкулезных язвах кожи. Благодарную почву для тканевой терапии представляют различные язвы на почве травм, ожогов, отморожений и поражения трофических нервов. Такого рода наблюдения сделаны сотнями, и тканевая терапия оказывала огромные услуги при их лечении. Превосходные успехи получены при пендинской язве. Эта болезнь очень распространена в южных странах и у нас в Средней Азии. Язвы, развивающиеся вследствие укуса москита, мучительны, долго не заживают и оставляют грубые рубцы, иногда обезображивающие лицо. Тканевая терапия дает излечение в 100% случаев в течение 2—3 месяцев.

Весьма полезна тканевая терапия при рубцах, которые могут под ее влиянием рассасываться.

Из кожных болезней уступают лечению псориаз (чешуйчатый лишай), красная волчанка, склеродермия. Значительные успехи получены от применения тканевой терапии при женских болезнях, при бронхиальной астме, при эпилепсии, при заболеваниях суставов, при спондилитах.

болезнь Мари-Бехтерева), при несрастающихся переломах, при заболеваниях периферической нервной системы: радикулитах, невритах, нейродермитах, при ишиасе.

И. П. Филатов широко применяет тканевую терапию при лечении бойцов и инвалидов войны.

Успехи тканевой терапии еще раз подтверждают взгляд И. П. Филатова, что в медицине не должно быть места фатализму. Понятно, что не каждого больного можно вылечить, но почти каждому можно привести пользу.

Невольно может возникнуть вопрос, что же это за лечение, которое помогает при самых разнообразных заболеваниях, которое оказывает лечебный эффект и при туберкулезе кожи, и при сифилитической язве, и при пигментном перерождении сетчатки. Ведь причины и характер этих заболеваний совершенно различны. Да, — отвечает на этот вопрос И. П. Филатов, — в этих болезнях есть только лишь одно общее — это то, что при всех заболеваниях участвует человеческий организм, а биогенные стимуляторы повышают регенеративные и защитные силы человеческого организма, помогая ему бороться с вредным моментом, вызвавшим данное заболевание.

Для иллюстрации сказанного мы приведем несколько примеров.

Больная Р. безуспешно лечилась несколько лет общепринятым способом от волчанки лица. Волчаночный процесс занимал нос и щеки, при этом явилась не только краснота и очаги инфильтрации, но и язвы. Уже спустя три дня после пересадки трупной консервированной в течение 10 суток кожи в область угла нижней челюсти было отмечено резкое улучшение. Через 7 дней большинство язв зажило. В дальнейшем улучшение прогрессировало. На рис. 10а и б показана фотография носа больной до лечения и спустя 9 дней после лечения.

На рис. 11 показаны руки больного, страдающего тяжелым кожным заболеванием — псориазом. Применявшиеся обычные методы лечения не дали результата. После тканевой терапии больной совершенно поправился.

И. П. Филатов на тысячах случаев убедился, что тканевая терапия совершенно безвредна при установленной дозировке.

Тканевая терапия нашла себе применение и при лечении животных—в ветеринарии. Мало того, выяснилось, что биогенными стимуляторами можно влиять возбуждающим образом на рост растений. Так, если водными экстрактами и сохранных в темноте листьев (алоз, ячменя, люцерны) замочить семена некоторых растений, то они не только развиваются быстрее, но и дают лучший урожай. В Ташкентском селекционном институте хлопка были проведены такие опыты с семенами хлопчатника. Успех был настолько



Рис. 10. Волчанка лица (нос): *a*—до тканевой терапии; *b*—после нее.



Рис. 11. Псориаз: *a*—до тканевой терапии; *b*—после нее.

велик, что СНК Узбекской Республики организовал специальную комиссию по этому вопросу. По указанию председателя Совета Министров УССР тов. Хрущева, которому В. П. Филатов докладывал о тканевой терапии, аналогичная комиссия была организована в Одесской области; опыты,

проведенные в 1946 г. в ряде колхозов, показали, что смоченные экстрактами семена пшеницы и ячменя дают более быстрое развитие и больший урожай.

Для клинической и лабораторной разработки вопросов тканевой терапии Владимир Петрович предложил гипотезу, развитие сводящуюся к следующим основным положениям.

Отделенные от животного или растительного организма ткани при воздействии на них таких факторов среды, которые затрудняют их жизненные процессы, подвергаются биохимической перестройке. В результате этой перестройки вырабатываются вещества, стимулирующие жизненные процессы в тканях. Эти вещества, поскольку они позволяют тканям сохранять жизнь при неблагоприятных условиях, В. П. Филатов, как мы уже упоминали выше, и называет „веществами сопротивления“ или „биогенными стимуляторами“.

Указанные биогенные стимуляторы, введенные в форме пересадки или имплантации обогащенной ими ткани в какой-либо организм, являются стимуляторами для тканей последнего. Повышая клеточный обмен, они тем самым повышают физиологические функции организма, что в случае болезни организма усиливает его регенеративные свойства и способствует его борьбе с болезнями.

Эти биогенные стимуляторы обнаруживаются, главным образом, по их действию на живые тесты (лечебные эффекты, регенерация в условиях эксперимента, усиление роста культур, тканей и т. п.).

Химия их мало изучена. Но в то время, когда В. П. Филатов строил тканевую терапию на клиническом материале, американские ученые в лабораторных условиях исследования нашли, повидимому, один из стимуляторов — травматиную кислоту. Она синтезирована и относится к группе дикарбоновых кислот.

И. И. Чикало установил, что прибавление экстракта алоэ, животного белков, к ферментам усиливает их действие. Эти данные могут быть привлечены к объяснению способа действия биогенных стимуляторов на организм: они, возможно, усиливают в нем действие ферментативных групп белковых

Биогенные стимуляторы возникают в целых организмах, подвергнутых неблагоприятным, но не убивающим их, условиям среды, благодаря биохимической перестройке этих организмов.

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

Тканевая терапия может иметь две главные формы: можно вызывать появление биогенных стимуляторов в самом больном организме, вызывая его „перестройку“, и можно вводить биогенные стимуляторы в готовом виде, как описано выше. Этот путь проще и лишен каких бы то ни было опасностей.

Развитие биогенных стимуляторов под влиянием сильных, но не убивающих факторов среды представляет, как полагает В. П. Филатов, общий закон для всей живой природы. Биогенные стимуляторы являются продуктами не мертвой, но живой ткани, борющейся за свое существование. Ткани, продуцирующие их в условиях консервации, несомненно живы: так, в консервированных тканях происходит размножение клеток прямым делением (при 2—4° выше нуля); консервируемые на холоду ткани дают культуры клеток и т. д. Их возникновение можно считать доказанным для животных тканей, а также для листьев растений.

С точки зрения гипотезы перестройки живой материи под действием вредных, но не убивающих ее влияний среды (с появлением биогенных стимуляторов) можно искать объяснения многих биологических, физиологических, патологических феноменов (усиленный рост растений, происхождение лечебных свойств грязей, стимулирующее дей-

ствие перегноя листьев, лечебный эффект рентгенизации по способу Мале, влияния привоя на подвой в опытах Мичурина и т. д.).

Факторы среды, вызывающие появление биогенных стимуляторов, разнообразны. Наиболее изучены: сохранение животных тканей при относительно низкой температуре и сохранение листьев в темноте. Принципиально можно ожидать появления биогенных стимуляторов при воздействии ультрафиолетовых лучей, рентгеновских лучей и т. п.

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

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

---

## НАУЧНЫЕ РАБОТЫ В. П. ФИЛАТОВА В ДРУГИХ ОТДЕЛАХ ОФТАЛМОЛОГИИ

Ораторы восхваляли глаз, певцы воспевали его, но действительная оценка глаза поконтится в безмолвной тоске тех, кто имел глаз и лишился его.

А. фон-Грефе

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

По недостатку места и трудности некоторых вопросов для неспециалистов, мы коснемся лишь некоторых основных работ. Характерным для всех работ В. П. Филатова, как мы уже указывали, является его преимущественный интерес к лечебной, практической стороне вопроса, желание помочь больному во что бы то ни стало, отогнать от него призрак надвигающейся слепоты. „Не надо забывать, что понятие об окончательной неизлечимости болезни или об окончательной неизлечимости больного очень относительно. Окончательно неизлечимая болезнь или ее неизлечимые последствия по мере развития науки переходят в разряд излечимых. Наша школа с отрадой отмечает, что с пессимизмом можно бороться. Но, развивая в наших учреждениях оптимизм, мы не должны упускать из виду, что рядом с ним должна идти старшая сестра его—спокойная, уравновешенная критика“,—так пишет В. П. Филатов.

Первые научные работы Владимира Петровича, как мы уже указывали, были посвящены вопросам изучения эксперимен-

тальной и клинической патологии глаза. Центральное место среди этих работ занимает диссертация „Учение о клеточных ядах в офтальмологии“, значение которой нами уже указывалось. В 1910 г. вышло сокращенное ее изложение под названием „Влияние кровяных сывороток на глаз“.

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

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

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

В. П. Филатов успешно оперирует также в граничных с глазом областях. Он разработал ряд новых методов, обогатив ими хирургическую технику многих операций. Так, совместно с проф. Н. К. Лысенковым им была разработана новая операция при злокачественных опухолях орбиты, имеющая

то преимущество перед предложенными ранее операциями, что позволяет придерживаться основного принципа хирургии—оперировать в пределах здоровой ткани.

Владимир Петрович внес много ценного в борьбу с экссудативным кровоотечением, которое иногда приводит глаз после операции к гибели, а также в дело хирургического лечения косоглазия, местного обезболивания при глазных операциях и в ряд других отраслей глазной хирургии.

Глаукома или, как ее называют в народе, зеленая или темная вода, по статистическим данным, является основной причиной слепоты. Это заболевание часто встречается и само по себе и как осложнение при бельмах роговой оболочки. Раз начавшись, глаукома, оставленная без лечения, приводит больного к слепоте. В. П. Филатов уделяет много труда и внимания ранней диагностике глаукомы, выяснению ее причин и правильному лечению ее. По его инициативе впервые при глазной клинике был организован глаукоматозный диспансер, в котором практически осуществляется выявление ранних форм и рациональное лечение этого заболевания. Мы уже указывали, что предложенная Владимиром Петровичем методика эластонометрии оказалась очень полезной для ранней диагностики глаукомы и для наблюдения за ходом заболевания и влиянием лечебных мероприятий. Очень интересной и ценной является также работа В. П. Филатова относительно происхождения глаукомы. Совместно с доцентами И. Г. Ершковым и В. Е. Шевалевым он доказал, что мышечная работа понижает внутриглазное давление, повышение которого характерно для глаукомы. При мышечной работе образуются вещества, понижающие внутриглазное давление.

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

временно он разрабатывает новые типы операций при последовательной глаукоме. Учениками В. П. Филатова опубликованы несколько диссертаций и много научных работ по проблеме глаукомы.

Работы В. П. Филатова, посвященные вопросам трахомы, представляют большой вклад в дело борьбы с этим заболеванием, еще значительно распространенным в некоторых местностях Союза. Трахома, оставленная без систематического лечения, как правило, приводит к воспалению роговицы и образованию бельма, т. е. к инвалидности и слепоте. Систематическое же лечение больных трахомой крайне затрудняется тем, что трахома распространена преимущественно среди сельского населения, не имеющего возможности ежедневно посещать врача. Большой заслугой В. П. Филатова является предложенный им метод лечения трахомы повторными выдавливаниями, без медикаментозного лечения в промежутках между ними. Этот метод в корне изменил все дело лечения трахомы, так как он освобождает больного от необходимости систематического посещения, в течение многих месяцев, а иногда и лет, лечебных учреждений, не приковывает больного к ним и не отрывает его на долгое время от работы. Метод повторных выдавливаний, особенно в комбинации с тканевой терапией, резко сокращает сроки лечения этого тяжелого заболевания.

Наш опыт по лечению трахомы в Туркмении, где это заболевание еще значительно распространено, с несомненностью показал все значение метода повторных выдавливаний.

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

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

О тканевой терапии мы уже сказали выше.

С 1928 г. по инициативе Владимира Петровича в офтальмологическую практику была введена бриллиантовая зелень, применявшаяся ранее по предложению проф. С. А. Бакала в хирургической практике.

Много внимания уделяет замечательный советский ученый-педагог также распространению офтальмологических знаний, внедрению их в практику работы глазных врачей и подготовке кадров будущих окулистов. Им написан ряд руководств и отделов в коллективных монографиях и учебниках по глазным болезням. В замечательной статье „Проблематика кафедры глазных болезней“ В. П. Филатов высказывает свои взгляды на подготовку будущих окулистов и на организацию и планирование научно-исследовательской работы в офтальмологических учреждениях. „Выбирая для разработки ту или иную проблему, — пишет он в этой статье, — мы должны в первую очередь учитывать важность этой проблемы для нужд социалистического строительства, для трудящихся нашей страны“. Этот взгляд, эту целенаправленность всей научной работы на пользу трудящихся осуществляет Владимир Петрович в своей повседневной деятельности, систематически борясь со слепотой и инвалидностью и развивая теорию и практику советской офтальмологии.

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

Когда-то американский юморист Марк Твен сказал, что смешное зрелище представляют молодой пессимист и старый оптимист. К себе, как к специалисту, я не полагал бы

возможным применить эту сенсацию. Мой офтальмологический оптимизм, моя вера в прогресс нашей науки поддерживаются целым рядом успехов, достигнутых офтальмологами в дорогой мне специальности.

Мне стоит упомянуть хотя бы развитие изучения глаукомы и ее оперативного лечения. Оперативное лечение отслойки сетчатки, замечательную разработку методов исследования органа зрения, перестройку физиологической оптики Гульштрандом, развитие методов терапии катаракты, возрождение пересадки роговицы, внедрение в офтальмологию лечебных методов общей медицины — все это и мои собственные достижения в области офтальмологии способствует бодрости моего настроения<sup>3</sup>.

Уже по этому неполному перечню можно судить об успехах офтальмологии за последние годы, крупный вклад в дело прогресса которой внесли Владимиром Петровичем Филатовым.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение . . . . .	5
Основные этапы жизни и творчества Владимира Петровича Филатова . . . . .	7
Круглый стебель . . . . .	18
Пересадка роговой оболочки . . . . .	25
Тканевая терапия . . . . .	32
Научные работы В. П. Филатова в других отделах офтальмологии . . . . .	42

Уч. Центр. Библиотека  
Университета  
имени В. П. Филатова  
1956

БЛИОТЕКА