

Главный редактор
Н. А. ПУЧКОВСКАЯ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

П. А. БЕЗДЕТКО
Г. Е. ВЕНГЕР
Л. Т. КАШИНЦЕВА
И. М. ЛОГАЙ, зам. главного редактора
В. М. НЕПОМЯЩАЯ, отв. секретарь
И. Р. САЛДАН
Н. М. СЕРГИЕНКО

Редактор Н. С. ПОЧУЕНКО

"Офтальмологический журнал" зарегистрирован в Госкомитете Украины по делам издательства, полиграфии и книгораспространения 28.10.1994 г., свидетельство: серия КВ № 1034.

ОСНОВАТЕЛИ
"ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ЖУРНАЛА":
Министерство здравоохранения
Украины.

Научное общество офтальмологов
Украины.

АДРЕС РЕДАКЦИИ: 270061, Одесса-61,
Французский бульвар, 49/51
телефон: 60-37-96, код 0482

Редакция "Офтальмологического журнала"

РЕДАКЦИЯ
"ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ЖУРНАЛА"

ПРИНИМАЕТ РЕКЛАМНЫЕ ОБЪЯВЛЕНИЯ

О ВЫПУСКАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКИХ ПРИБОРАХ, ИНСТРУМЕНТАРИИ И МЕДИКАМЕНТАХ, МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ И ПР.

Наш адрес: 270061, Одесса-61, Французский бульвар, 49/51
телефон: 60-37-96, код 0482

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

А. А. ВАТЧЕНКО (Днепропетровск)
З. Ф. ВЕСЕЛОВСКАЯ (Киев)
В. В. ВИТ (Одесса)
Г. Д. ЖАБОЕДОВ (Киев)
Д. Ф. ИВАНОВ (Запорожье)
Л. Г. МАЛЬЦЕВА (Черновцы)
К. П. ПАВЛЮЧЕНКО (Донецк)
М. А. ПЕНЬКОВ (Харьков)
Т. Т. ПЕТРИЧЕНКО (Херсон)
Д. Г. ПЛЮШКО (Полтава)
Г. С. СЕМЕНОВА (Львов)
А. С. СЕНЯКИНА (Тернополь)
Л. А. СУХИНА (Донецк)
И. Л. ФЕРФИЛЬФАН (Днепропетровск)
С. А. ЯКИМЕНКО (Одесса)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

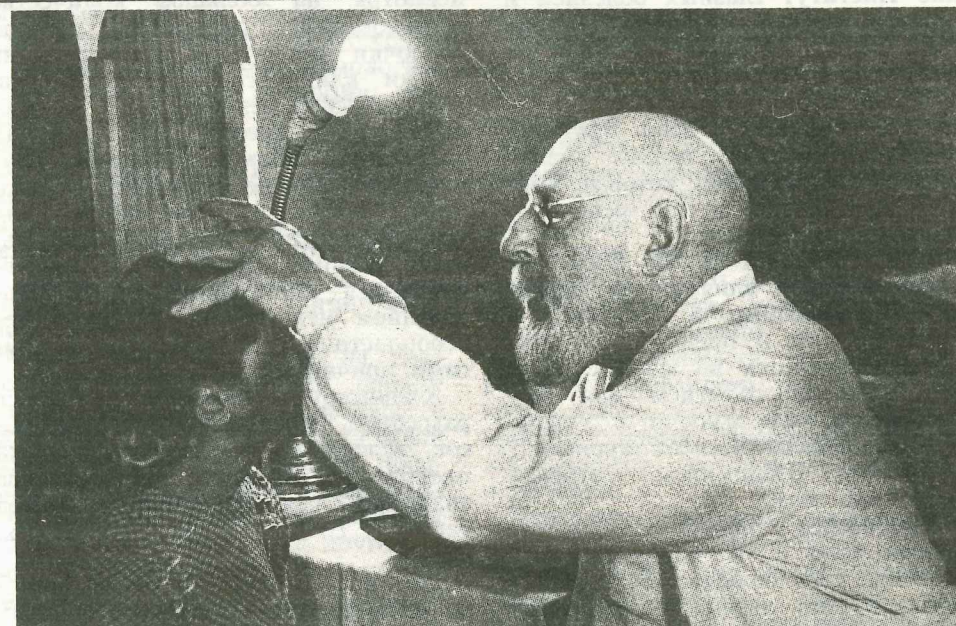
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ № 2 (345)
ЖУРНАЛ 1995

Основан в 1946 году
акад. В. П. Филатовым

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ
ВЫХОДИТ 6 РАЗ В ГОД

КИЕВ. АГЕНТСТВО "УКРМЕДИНФОРМ"

Российская
Государственная
Библиотека



УДК 617.7:92 ФИЛАТОВ

120 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА
В. П. ФИЛАТОВА

В феврале 1995 года исполнилось 120 лет со дня рождения выдающегося офтальмолога, ученого и клинициста, основателя института его имени и "Офтальмологического журнала" академика Владимира Петровича Филатова, внесшего большой вклад в мировую офтальмологию.

Его фундаментальные и клинические работы стали основой многих предложенных им новых эффективных методов профилактики, диагностики и лечения, которые нашли широкое признание и внедрение в

практику.

Владимир Петрович решил стать офтальмологом, еще будучи студентом, и после окончания в 1897 году медицинского факультета Московского Университета специализировался в московских глазных клиниках и больницах.

В 1903 году он был приглашен заведующим кафедрой глазных болезней профессором С. С. Головиным на должность ординатора открывавшейся тогда глазной клиники медицинского факультета Новороссийского Университета в городе

Одессе. До этого в Украине существовали только две глазные клиники в Харькове и Киеве. Вскоре В. П. Филатов занял должность ассистента кафедры, в 1908 году защитил диссертацию и получил ученую степень доктора медицины и в 1911 году был избран заведующим кафедрой и клиникой глазных болезней, после отъезда профессора С. С. Головина. Уже в начале 30-х годов труды В. П. Филатова (особенно в области кератопластики) стали широко известны и в 1936 году в Одессе был создан научно-исследовательский институт экспериментальной офтальмологии — ныне Институт глазных болезней и тканевой терапии имени В. П. Филатова АМН Украины, который он возглавлял до последнего дня жизни (30 октября 1956 года).

В. П. Филатов создал крупную офтальмологическую школу учеников и последователей, которые вместе с ним работали над решением поставленных задач.

Институт имени В. П. Филатова оказал большое влияние на развитие офтальмологии в Украине, а его разработки и предложения широко используются во многих странах. Большим событием для офтальмологов было издание в Украине «Офтальмологического журнала», основанного Владимиром Петровичем в 1946 году.

Выдающийся ученый и замечательный врач В. П. Филатов оставил после себя большое наследие.

Одно из его первых предложений — это метод восстановительной хирургии — пластика на круглом стебле /1917/. До этого в основном применялись методы закрытия дефектов покровов тела путем перемещения тканей, расположенных рядом с дефектом или пересадкой свободных лоскутов кожи, что применимо при небольших повреждениях.

В. П. Филатов предложил свой метод пластики на круглом стебле, обеспечивающем питание пересаживаемых тканей, взятых из отдаленных участков тела, который при необходимости может перемещаться в несколько этапов к месту дефекта.

Такой шагающий «филатовский» стебель нашел широкое применение в восстановительной хирургии. С его помощью производились обширные пластические операции по вос-

становлению носа, челюсти, губ, подбородка, пальцев, пищевода и других органов.

В офтальмологии он применяется в случаях полного разрушения века. Большое значение метод пластики по В. П. Филатову приобрел в годы Великой Отечественной войны и после нее при лечении последствий тяжелых ранений.

Особое место в истории мировой офтальмологии занимают исследования В. П. Филатова в области кератопластики. Когда он начал работать в этом направлении, уже прошло почти сто лет со времени возникновения проблемы. Однако, несмотря на большое количество исследований, пересадка роговой оболочки фактически оставалась на стадии клинического эксперимента. Практические результаты, т. е. восстановление зрения при бельмах достигалось лишь в единичных случаях. Это можно объяснить трудностью получения роговицы для трансплантации, большой сложностью техники операции и применявшегося инструментария, использованием некоторыми авторами гетеропластического материала и другими причинами.

Владимиру Петровичу удалось разрешить многие из этих вопросов, вследствие чего кератопластика приобрела огромное практическое значение, как действенный метод борьбы со слепотой вследствие бельма.

Еще в 1931 году он начал широко использовать роговицу трупных глаз для пересадки, клинически и экспериментально доказал ее жизнеспособность и возможность приживления с сохранением прозрачности, чем была разрешена проблема материала для трансплантации. Был также предложен способ ее сохранения /консервации/ до операции во влажной камере при температуре $+2 - 4^{\circ}\text{C}$.

В. П. Филатов разработал эффективную технику операции частичной сквозной пересадки роговой оболочки и сконструировал наиболее совершенный трепан ФМ-3, который благодаря своей простоте и безопасности в использовании, широко применяется и в настоящее время.

Эти разработки сделали операцию кератопластики доступной для ши-

рокого круга оперирующих офтальмологов и способствовали внедрению ее в практику.

Вскоре появились последователи и центры по пересадке роговицы: С. Х. Ахундова-Багирбекова /Баку/, Т. И. Ерошевский /Самара/, С. П. Петруня /Старобельск/, И. Ф. Копп /Донецк/, В. П. Рощин /Алма-Ата/ и другие.

Крупным достижением В. П. Филатова является новый метод лечебной медицины — тканевая терапия, о которой детально говорится в следующей статье этого номера.

Приведенными крупными исследованиями не исчерпается научная деятельность В. П. Филатова. Им были внесены новые предложения во многие разделы офтальмологии. Разработаны новые операции: пересадка стенозного протока при ксерозе и удаление злокачественных опухолей орбиты, прорастающих в придаточные пазухи, антиглаукоматозные операции, оперативные вмешательства при отслойке сетчатки и другие. Внесены важные предложения организационного характера.

В 1930 году он создал на базе Одесской глазной клиники первый в мире глаукомный диспансер; в 1932 году — пункт неотложной глазной помощи при травмах; предложил метод повторных выдавливающих трахомных зерен при массовых осмотрах населения и ряд других.

В. П. Филатов был не только выдающимся ученым, но всегда и во всем прежде всего врачом. Он считал, что когда появляется горячее желание помочь конкретному больному, тогда у врача возникают новые мысли и находятся новые пути для достижения поставленной цели.

Так, например, идея пластики на круглом стебле возникла у него при мучительном обдумывании, каким образом помочь молодому человеку, обратившемуся к нему за помощью. Для него непреложным законом являлось то, что врач должен обладать высоко развитым чувством долга и ответственности перед пациентом и при решении вопроса о тактике лечения и выборе оперативного вмешательства помнить главную заповедь врача — не повредить больному. Для оптимального решения этого нередко

сложного вопроса Владимир Петрович считал необходимым делать «перенос на себя», т. е. решить, что бы он назначил себе и своим близким в подобной ситуации, потому что подсознательно человек всегда находит для себя менее опасный и в то же время наиболее благоприятный выход.

В. П. Филатов не терпел слово «никогда» и считал, что даже если врач вынужден признать невозможность помочь больному в данный момент, он должен отпустить его со словами «когда-нибудь», так как то, что сегодня представляется невозможным, нередко становится возможным завтра.

Владимира Петровича нельзя было представить себе без хирургической деятельности. Он считал операционную центром клинического учреждения и всегда требовал максимального внимания к операционному блоку. В перерывах между операциями он обсуждал с присутствующими врачами, а их всегда было много на его операциях, детали вмешательства, причины возникающих осложнений и проводил анализ правильности тактики хирурга и выбранного им пути. Во время таких обсуждений рождались проекты новых операций, новых инструментов, методов диагностики и лечения.

Владимир Петрович пользовался огромной популярностью среди больных и его имя знали в самых отдаленных регионах страны. Он был многосторонне одаренным человеком, писал картины, в основном пейзажи, стихи, мемуары и «офтальмологические» рассказы и любил встречаться с друзьями.

Он принимал участие в общественной жизни страны как депутат городского совета Одессы и депутат Верховного Совета Украины. Владимир Петрович являлся академиком Академии наук Украины и Академии медицинских наук СССР, был награжден многими орденами и медалями, ему было присвоено звание Героя Социалистического Труда, присуждены Золотая медаль имени И. И. Мечникова Академии Наук СССР и Государственная премия СССР.

В Одессе, где он прожил большую часть жизни, многое и теперь напоминает о нем. Это и создан-

ный им Институт глазных болезней и тканевой терапии, и улица Филатова; мемориальные доски на здании Института его имени, на здании Глазной клиники Одесского медицинского института, на доме, где он жил до войны и памятники /возле института и на его могиле/, созданные известным скульптором А. А. Ковалевым. Он умер в возрасте 81 года в 1956 году.

Замечательную жизнь прожил В. П. Филатов. Широкая известность

пришла к нему при жизни, ему удалось добиться успеха во всех своих начинаниях, а разработанные им методы лечения получили всеобщее признание и служат людям.

Коллектив Института его имени сохраняет все традиции в работе, заложенные его основателем, и делает все, чтобы по праву быть наследниками замечательного ученого, врача и человека Владимира Петровича Филатова.

Тканевая терапия

УДК 617.7:615.36

И. М. ЛОГАЙ, проф., В. П. СОЛОВЬЕВА, проф., Е. П. СОТНИКОВА, д-р мед. наук

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПО МЕТОДУ АКАДЕМИКА В. П. ФИЛАТОВА, ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова АМН Украины

История медицины располагает небольшим количеством примеров, когда новая гипотеза, выдвинутая в пределах узкой специальности, становится достоянием многих областей медицины.

Предложенный в 1933 г. академиком В. П. Филатовым метод тканевой терапии нашел широкое применение не только в офтальмологии, но и в терапии, хирургии, акушерстве, гинекологии, неврологии, геронтологии и даже ветеринарии.

Проблема тканевой терапии вызывает интерес как у клиницистов, так и у биологов, физиологов, иммунологов и специалистов других областей знаний. Она затрагивает ряд вопросов, касающихся переживания изолированных тканей в условиях пониженной температуры. Поэтому более чем в 10000 работ по тканевой терапии, опубликованных в отечественной и зарубежной литературе, наряду с клиническими наблюдениями, содержатся сведения о важных теоретических и экспериментальных исследованиях по изучению механизма влияния тканевых препаратов на больной организм. Тканевой терапии был посвящен ряд симпозиумов, съездов, конфе-

ренций не только в Украине, но и в Польше, Бельгии, Венгрии, Германии, Болгарии, Италии и др. странах.

История зарождения метода тканевой терапии связана с наблюдаемой клиницистами закономерной особенностью приживления роговичного трансплантата при кератопластике, в условиях предварительной консервации его на холоде: в послеоперационном периоде отмечен более результативный клинический эффект, когда рассасывалось помутнение роговицы и по периферии трансплантата, что по мнению В. П. Филатова, связано с обогащением ткани биологически активными веществами [18].

Но это была только гипотеза. Предстояло выяснить воздействие пониженной температуры не только на роговицу: изучить особенности условий консервации для растительных и животных тканей, влияние ее на их состав, фармакодинамику, а также разработать оптимальный режим технологии изготовления официальных лекарственных форм.

Развитие тканевой терапии в самом начале характеризовалось накоплением клинических данных, прежде всего, в области офтальмо-

логии. Тканевые препараты нашли широкое применение при помутнениях и дистрофиях роговицы, атрофии зрительного нерва, диабетической ретинопатии, пигментной дегенерации сетчатки, прогрессирующей миопии, способствуя стабилизации процесса, расширению поля зрения, повышению остроты зрения. Электрофорез экстракта алоэ оказался весьма эффективным при рецидивирующих воспалительных заболеваниях роговицы, в том числе вирусных кератитах. Наиболее эффективны при помутнениях роговицы — подконъюнктивальные инъекции торфота. При гнойных кератитах и язвах роговицы, не поддающихся медикаментозной терапии, успешной оказалась лечебная послойная кератопластика или так называемое биологическое покрытие, которое в большинстве случаев приводит к рассасыванию гипопиона, инфильтрата и заживлению язвы роговицы. Комбинация тканевой и специфической терапии дает хорошие результаты при туберкулезных, токсоплазмозных и других увеитах. При этом дозировки препаратов специфического лечения и антибиотиков могут быть существенно уменьшены [2, 8, 19, 20].

Область изучения и применения тканевой терапии уже в самом начале вышла за пределы офтальмологии. По данным многочисленных авторов, этот метод оказался эффективным при бронхиальной астме, язвенной болезни желудочно-кишечного тракта, полиартритах, гипертонии, тиреотоксикозе и гипопункции половых желез. Наиболее часто применяемые в клинике внутренних болезней тканевые препараты — это экстракт алоэ, пеллоидодистиллат, ФиБС, торфот, экстракт и взвесь плаценты, хотя оценка уровня их эффективности у разных авторов была неоднозначной, но в целом положительной.

Учитывая повышение регенеративных свойств организма под влиянием тканевых препаратов, их начали успешно применять для ускорения заживления ран, для сращения костей при переломах.

Тканевую терапию применяют в комплексном лечении гинекологических и кожных заболеваний. Клинические исследования, проведенные сотрудниками института геронтоло-

гии, показали, что тканевые препараты способствуют нормализации функций у старых и пожилых людей. Улучшается сократительная способность миокарда, функция сердечно-сосудистой системы, память, повышается умственная работоспособность [4, 7]. Установлено седативное влияние тканевых препаратов на центральную нервную систему [1, 9].

Важную роль сыграли тканевые препараты в ветеринарии и животноводстве. Они используются не только для лечения и профилактики различных заболеваний, но и с целью активации физиологических функций организма, повышения усвояемости продуктов и увеличения привесов и приплодов, т. е. стимуляции резистентности и продуктивности сельскохозяйственных животных [6].

Клиническая эффективность тканевой терапии в различных областях медицины не могла не заинтересовать исследователей, прежде всего — выяснение действующего начала тканевых препаратов, механизма их влияния на здоровый и больной организм, изучение фармакологических свойств тканевых препаратов и рецептуры их применения. Решение этих вопросов позволило получить высокое признание тканевой терапии и в других странах, прежде всего таких как Германия, Франция, Италия, Болгария, Япония, Китай.

Еще в 1945 г. А. В. Благовещенский указал, что при таких неблагоприятных условиях, как сниженная температура, отсутствие дневного света, в ткани происходит нарушение эволюционно сложившейся согласованности различных биохимических реакций. Благодаря этому неизбежно происходит накопление отдельных метаболитов, которые при дальнейших превращениях в этих условиях, могут дать вещества с высокой биологической активностью. Образующиеся аминокислоты, в частности, карбоновая и глутаминовая, не утилизируясь в процессе биосинтеза, вследствие окислительного дезаминирования и декарбоксилирования, могут превращаться в метаболиты с высокой биологической активностью, которые В. П. Филатов назвал "биогенными стимуляторами". Они накапливаются

под влиянием воздействия неблагоприятных факторов и повышают сопротивляемость организма патогенным началам, способствуя его выздоровлению. Образование их рассматривалось как "выработанный эволюционным путем способ приспособления обмена веществ организма к действию условий среды, если это действие не превышает какой-то максимальной, уже убивающей степени". Биогенные стимуляторы являются, таким образом, продуктом активной функциональной деятельности защитных и приспособительных механизмов живых систем.

Термин "биогенные стимуляторы" не всеми воспринимается одинаково. Некоторые врачи не рискуют назначать тканевые препараты больным с опухолями, опасаясь стимуляции их роста. На самом деле речь идет о биологически активных веществах, которые стимулируют защитные свойства организма при воздействии неблагоприятных факторов, т. е. адаптируя его к создавшейся ситуации, в связи с чем их правильно называть "адаптогенами природного происхождения по В. П. Филатову".

Изучен химический состав каждого тканевого препарата. Установлено содержание полноценных комплексов биологически активных веществ, определяющих широкий спектр фармакодинамики с отчетливо выраженным различием лечебного эффекта в зависимости от источника растительного, животного или геоорганического сырья.

Дана фармакологическая характеристика тканевых препаратов. Установлена их практическая безвредность, отсутствие тератогенных и эмбриотоксических свойств [16]. Препараты не вызывают аллергии, привыкания, патологической сенсibilизации к лекарственным веществам, апиогенны, не обладают гистаминоподобным эффектом, не кумулируют, повышают антиоксидантскую функцию печени.

В институте разработаны специальные фармакобиологические тесты для оценки их биологической активности и лечебной ценности на моделях кислородного голодания, различных видов анемии, язв желудка, миокардиодистрофии, гепатита, атеросклероза, иммунодефицита,

лечевых поражений, судорожной активности. В настоящее время Фармкомитет МЗ Украины включил эти разработки в обязательную программу исследований новых адаптогенов природного происхождения.

Установлена оптимизация фармакологического эффекта и снижение побочного действия специфических лекарственных средств при сочетании с тканевыми препаратами, что позволило разработать рациональные схемы комплексного лечения больных в практике фтизиатрии, неврологии, офтальмологии.

Механизм действия тканевых препаратов на организм является многогранным, что связано, прежде всего, с природой сырья, индивидуальным содержанием в каждом био-препарате разнообразных комплексов биологически активных веществ, с особенностями фармакодинамики, дозировкой и продолжительностью курсового введения. Эти вопросы отражены в многочисленных источниках специализированной литературы (монографии, сборники, диссертации) медицинского, ветеринарного и биологического профиля [11].

Тканевые препараты нормализуют обменные процессы в организме, обладают антиоксидантными и детоксицирующими свойствами, стимулируют иммунную систему, что в конечном итоге и определяет особенности их фармакодинамики — способность повышать устойчивость организма к воздействию экологически неблагоприятных факторов и при различных формах патологии [3, 15].

Основу фармакологической активности тканевых препаратов составляет нейротрофический контроль, который реализуется постепенным переключением метаболизма на качественно новый анаболический тип. Под влиянием их повышается уровень естественной клеточной защиты тканей, ускоряются процессы регенерации клеток, что и приводит к ослаблению различных отрицательных воздействий на отдельные системы организма. Влияние тканевых препаратов на ЦНС осуществляется через нормализацию биоэнергетических процессов в нервной ткани, стабилизацию мембран клеточной поверхности, потенцирование

ГАМК-зависимых реакций. Они обладают седативным действием и способностью задерживать развитие судорожного синдрома [5]. В последние годы установлено, что в реализации фармакологического действия тканевых препаратов важная роль принадлежит клеточному сообществу коры головного мозга: системе нейрон-глия. При этом выявлено, что субстратом специфического влияния тканевых препаратов на нервную систему является глия, основное значение которой заключается в метаболическом обеспечении нервных клеток [17].

Тканевые препараты легко проникают сквозь клеточные мембраны и биологические барьеры, в результате чего быстро осуществляется полнота их фармакологического эффекта. Во внутриклеточных средах препараты расщепляются на составляющие их компоненты, которые легко выводятся из организма, в основном с мочой.

В противовес ксенобиотикам, которые насильственно изменяют функции определенных биохимических систем, препараты тканевой терапии создают в организме наиболее благоприятные условия к проявлению его собственных защитных механизмов и компенсаторных возможностей, возвращая нарушенные обменные реакции к физиологическим нормам. В этом их основное отличие и преимущество [10, 12].

Таким образом, тканевая терапия по В. П. Филатову — это неспецифический метод лечебно-профилактической медицины, повышающей резистентность организма за счет регулирующего влияния на ферментные системы, иммунобиологическую реактивность и центральную нервную систему. По современной классификации, тканевые препараты относятся к группе адаптогенов-биоактиваторов, обладающих способностью управлять физиологическими функциями организма в качестве био-, акто-, геропротекторов, а также реактиваторов и тем самым облегчать ему приспособление к физическим, химическим и психологическим воздействиям окружающей среды.

В последние годы получили дальнейшее развитие научные исследования и по разработке био-препаратов. Если при жизни В. П. Фила-

това четыре предложенных им тканевых препарата изготавливали в производственной лаборатории института Филатова, поскольку они не были утверждены Фармкомитетом, то в настоящее время химфармобъединениями, в том числе Одесским заводом "Биостимулятор" выпускается 11 наименований препаратов, включая экспортные варианты, при разработанной и утвержденной документации для промышленного выпуска (НТД, ВФС): экстракт алоэ для инъекций, пелоидодистиллат, ФиБС, экстракт плаценты, торфот, взвесь плаценты, экстракт алоэ для приема внутрь, таблетки алоэ, биосед, гуминат, сухой экстракт алоэ. Эти препараты успешно применяются в различных областях медицины не только в лечебных учреждениях Украины, но и других стран [13]. По решению Фармкомитета Минздрава Украины проходят клиническую апробацию 2 препарата — мареполимиэл и таблетки гумината. Подготовлены материалы для представления в Фармкомитет трех препаратов (капли МПМ, биотрит, пиридоксофот). На стадии доклинического изучения находятся 5 препаратов: экстракт донника, экстракт грибов, экстракт куколки дубового шелкопряда, отгон алоэ, алокат. Таким образом, коллективом лаборатории фармакологии института созданы 20 тканевых препаратов из растительного, животного сырья и геоорганических объектов.

Усовершенствована технология изготовления тканевых препаратов. Разработаны современные методы идентификации, стандартизации и биотестирования препаратов и сырья для их изготовления (листья алоэ, трава донника, лиманная грязь, морская вода, торф, плацента и др.).

Дальнейшие научные исследования прежде всего должны быть направлены на поиск новых более эффективных адаптогенов, создание новых лекарственных форм с учетом избирательного влияния на различные системы организма, а также комбинированных препаратов со специфическими лекарственными средствами [14].

В современных условиях тканевую терапию наиболее рационально применять в двух направлениях:

1. В качестве профилактического биоактиватора резистентности организма при воздействии экологически неблагоприятных факторов (кислородное голодание, токсические вещества, ионизирующая радиация), для предупреждения преждевременного старения.

2. В качестве терапевтического средства в комплексе с другими методами лечения при хронических заболеваниях и для предупреждения их рецидивов.

Украина располагает неисчерпаемыми источниками растительного, животного и геоорганического сырья (морская вода, лиманная грязь, торф) для разработки новых препаратов-адаптогенов и их лекарственных форм. Решающее значение для продолжения приоритетных исследований в этом направлении имеют стабильное финансирование фундаментальных научных разработок, организации производства тканевых препаратов, возобновление экспорта и публикация рекламных проспектов с учетом последних достижений науки и клинического опыта. Необходимо восстановить научные контакты по данному вопросу с учеными Германии, Франции, Италии, Вьетнама, Японии и др. стран.

В июне 1994 г. состоялось специальное пленарное заседание Президиума АМН Украины, посвященное проблеме тканевой терапии. Принято постановление об организации проблемной комиссии по тканевой терапии и созданию специализированного центра на базе лаборатории фармакологии института им. В. П. Филатова по контролю уровня биологической активности и безвредности новых тканевых препаратов и натуральных адаптогенов, разрабатываемых в Украине.

При Фармкомитете Минздрава Украины работает экспертная комиссия по данному профилю.

Дальнейшее развитие отечественного, прогрессивного, эффективного метода тканевой терапии по В. П. Филатову является одной из актуальных задач теоретической и практической медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аряев Н. Л. Влияние тканевых препа-

ратов по В. П. Филатову на центральную нервную систему стареющего организма: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Казань, 1977. - 17 с.

2. Грузина Е. А., Лакиза В. В., Перминов И. А., Кашинцева Л. Т. Использование тканевых препаратов в комплексном лечении больных сахарным диабетом: Метод рекомендации. - Одесса, 1981. - 22 с.

3. Дегтиренко Т. В., Абрамова А. Б. //Тез. и реф. докл. I съезда геронтологов и гериатров УССР. - К., 1988. - С. 68.

4. Западнюк В. И., Купраш Л. П., Зайка М. У. и др. //Тез. докл. конф. "Реабилитация больных с патологией органа зрения". - Одесса, 1986. - С. 65.

5. Иванов В. И. Использование торфота в комплексном лечении эпилепсии: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. - Одесса, 1994;

6. Калашник И. А. //Тез. докл. конф. "Реабилитация больных с патологией органа зрения". - Одесса, 1986. - С. 70.

7. Коркушко О. В., Калиновская Е. Г., Гончаренко О. Н. //Там же. - С. 71.

8. Косанович М. //Офтальмол. журн. - 1992. - № 4. - С. 244.

9. Курако Ю. Л. //Тез. докл. конф. "Реабилитация больных с патологией органа зрения". - Одесса, 1986. - С. 77.

10. Лотош Т. Д. Гумат натрия из торфа как фактор повышения неспецифической резистентности организма: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. - Одесса, 1985.

11. Пучковская Н. А., Соловьева В. П., Гончаренко С. Н. и др. Тканевая терапия. - К.: Здоров'я, 1975.

12. Соловьева В. П. Влияние тканевых препаратов по В. П. Филатову на повышение защитных свойств организма: Автореф. дис. ... д-ра биол. наук. - Одесса, 1972. - 31 с.

13. Соловьева В. П., Сотникова Е. П. Тканевые препараты по В. П. Филатову. - М.: В/О Медэкспорт, 1989. - 26 с.

14. Соловьева В. П., Сотникова Е. П., Лотош Т. Д. и др. //Тез. докл. 1. Укр. науч. конф. с участием стран СНГ "Актуальные проблемы клинической фармакологии". - Винница, 1993. - С. 37.

15. Соловьева В. П., Сотникова Е. П., Лотош Т. Д. и др. Применение препаратов алоэ для профилактики и комплексной терапии при воздействии ионизирующей радиации: Информ. письмо. - К., 1986. - Вып. 8.

16. Соколова Б. Н., Шерина Н. М., Запорожченко О. М. //Тез. докл. междунаrodn. конф. "Биологические основы высокой продуктивности с/х животных". - Борск, 1990. - С. 28.

17. Сотникова Е. П. Фармакологическая характеристика адаптогенного действия новых биогенных препаратов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Киев, 1989.

18. Филатов В. П. Тканевая терапия. Биогенные стимуляторы. Пересадка роговицы. - К., 1953. - С. 307.

19. Черикчи Л. Е., Соловьева В. П., Абрамова А. Б. и др. Препараты экстракта алоэ сухого в терапии заболеваний глаз: Информ. письмо. - К., 1990. - Вып. 2.

20. Шпак Н. И., Савко В. В., Федорова Л. И. Диагностика и лечение увеитов: Метод. рекомендации. - Одесса, 1984. - 22 с.

Поступила 22. 11. 94

TISSUE THERAPY BY THE FILATOV'S METHOD, MAIN DIRECTIONS AND PERSPECTIVES OF ITS DEVELOPMENT

I. M. Logai, V. P. Solovyova, E. P. Sotnikova

SUMMARY

A method of tissue therapy proposed by academicians V. P. Filatov in 1933 has gained wide popularity not only in ophthalmology, but also in therapy, surgery, neurology, obstetrics, gynecology, herontology and even in veterinary.

Further development of tissue therapy is connected with the working out of new adaptogens-bioactivators from natural raw materials, the study of their chemical compounds, pharmacodynamics, mechanism of action as well as of their optimal combinations

with specific medicinal preparations.

Now at the Filatov Institute there are produced 20 biopreparations from vegetable and animal tissues and from geoorganic raw materials, 10 of them being issued by medical industry.

Further development of a domestic, progressive and effective method of tissue therapy after V. P. Filatov is one of actual tasks of theoretical and practical medicine.

УДК 617.735:615.36:612.085.1

Е. П. СОТНИКОВА, Н. Е. ДУМБРОВА, д-ра мед. наук, В. П. ПЛЕВИНСКИС, проф., Т. Ю. ИВАНИЙЧУК, ст. лаб.

ЗАЩИТНАЯ РОЛЬ НОВОГО БИОГЕННОГО ПРЕПАРАТА МАРЕПОЛИМИЗЛА ПРИ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ СЕТЧАТКИ (экспериментальное исследование)

Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова АМН Украины.

Проблема повышения адаптационных возможностей организма к воздействию экологически неблагоприятных факторов приобрела в настоящее время актуальное первостепенное значение. В связи с этим, перспективным направлением современной медицины является разработка эффективных лечебных методов и средств, обеспечивающих оптимальное приспособление организма к окружающей среде, а также усиливающих компенсаторные реакции, направленные на восстановление нарушенного гомеостаза. Использование препаратов природного происхождения для профилактики и лечения заболеваний определяется целенаправленным активирующим влиянием их на защитные системы и адаптацию организма в целом.

Исходя из этого, целью настоящей работы явилось изучение влияния инъекционного мареполимизла на организм интактных животных (специфическая фармакологическая активность) и на моделированные нарушения метаболизма (выявление защитного и восстанавливающего действия).

Препарат мареполимизл — оригинальный катализатор, не имеющий аналогов, содержит комплекс орга-

нических соединений и таких естественных физиологически активных микроэлементов, как алюминий, бром, железо, йод, калий, кальций, кобальт, литий, магний, марганец, медь, молибден, натрий, никель, титан, хром, цинк в соотношениях, характерных для морской воды.

Материал и методы. Опыт выполнен (по первому разделу) на 45 кроликах породы шиншилла, обоего пола, массой 1,8-2,2 кг. Препарат вводили ежедневно на протяжении трех недель, подкожно из расчета 0,1 мл /кг массы.

Доза 0,1 мл/кг массы является среднетерапевтической, оптимальной по влиянию на реактивность и функции ЦНС животного организма и используется для экспериментального изучения биопрепаратов [1, 2]. В данной серии опытов забор материала (сетчатая оболочка глаза) производили после прекращения курса введения мареполимизла в различные сроки: через 1, 6, 12 часов и, затем от 1 до 50 суток.

Защитное (профилактическое) действие препарата во II серии опытов изучено на 48 кроликах. Для моделирования метаболических повреждений сетчатки использовали характерный ингибитор гликолиза монобромсукцинат, который вводили в ушную вену контрольным группам кроликов в трех дозах: 1,5-2 мг/кг массы, 5-6 мг/кг массы и 10-12 мг/кг массы. Последняя концентрация обычно применяется для моделирования дистрофических нарушений сетчатки