

С 180
232

Г. Е. РУМЯНЦЕВ
Заслуженный врач РСФСР

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ

(Издание второе, дополненное)

ПОД РЕДАКЦИЕЙ
профессора А. Н. Гордяченко
и главного хирурга
Ростовской области
П. Н. Снегирева

РОСТОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ КНИГОИЗДАТЕЛЬСТВО
Ростов-на-Дону—1951

ВСТУПЛЕНИЕ

За последние тридцать лет советская медицина сделала большие шаги на пути своего развития. Имеются весьма значительные достижения и в области учения о сущности болезненных процессов. На базе этого учения разрабатывается система рациональной терапии.

В успехах советской медицины огромную роль сыграло развитие биологических наук: глубокие исследования Павлова и его учеников (Быкова, Иванова-Смоленского, Сперанского и др.) в области физиологии высшей нервной деятельности и роли нервной системы в развитии патологических процессов; исследования Введенского и Ухтомского о сущности и значении процессов возбуждения; изучение функций физиологической системы соединительной ткани (Богомолец, Аринкин и др.), а также взаимоотношений между корой больших полушарий головного мозга и внутренними органами и т. д. Все это открывает широкие перспективы для развития медицины, для еще большего усиления борьбы за здоровье советского человека, все это облегчает развертывание практической деятельности врачей в этом направлении.

В частности, учение о биогенных стимуляторах, способных повышать жизненный тонус человека, нашло практическое применение в советском здравоохранении. Широкое распространение получил метод подсадки тканей при лечении различных заболеваний. Для тканевой терапии применяется консервированная ткань.

Новым этапом в разработке методов лечения консервированными тканями явилась попытка повысить биохимические процессы тканей и органов и мобилизовать защитные приспособления организма и всех его систем на восстановление функций, нарушенных патологическим процессом. Эта попытка, увенчавшаяся блестящим успехом, была впервые предпринята действительным членом Академии медицинских наук, лауреатом Сталинской премии В. П. Филатовым.

Сущность метода тканевой терапии, введенного В. П. Фи-

латовым в 1933 г. и окончательно разработанного им в 1936 г., заключается в следующем: ткани животных и растений, отделенные от живого организма и сохраняемые в условиях, неблагоприятных для их существования, но не убивающих их, подвергаются биохимической перестройке. Последняя сопровождается образованием и накоплением особых веществ, которые В. П. Филатов назвал сначала «факторами консервации», а затем — «веществами сопротивления», и, наконец, рождающими жизнь — «биогенными стимуляторами». Эти вещества повышают жизненные процессы в тканях и стимулируют процессы регенерации в организме больного.

Таким образом, биогенные стимуляторы появляются в тканях, отделенных от живого организма и поставленных в неблагоприятные условия существования. Эти ткани, при сохранении их на холоде, могут длительно продолжать жизненные процессы, о чем есть много указаний в литературе.

Особенно убедительны исследования по этому вопросу академика В. П. Филатова и его сотрудников. О жизнеспособности тканей, консервированных на холоде, свидетельствуют, прежде всего, наблюдения В. П. Филатова. по пересадке роговицы от человека к человеку. Эта пересадка больным давала успешные результаты, трансплантат оставался все время прозрачным. Большинство этих случаев было прослежено в течение многих лет. Выяснено, что роговица сохраняла свою жизнеспособность, а в эксперименте она приживала даже в условиях ее консервации до 15 дней.

Биогенные стимуляторы, возникающие в результате консервации тканей, обладают хорошими лечебными свойствами. При введении их, тем или иным путем, в больной организм, они активизируют в нем жизненные процессы, усиливая клеточный метаболизм. При этом происходят: усиление регенераторных свойств организма и повышение его сопротивляемости патогенным факторам, что и способствует выздоровлению.

В последнее время применение биогенных стимуляторов значительно расширилось и находит место не только в медицине, но и в биологии, биохимии, ботанике, эмбриологии, сельском хозяйстве и т. д. Так, В. И. Кокуев показал, что «обработка семян хлопчатника экстрактами из консервированных листьев алсэ и проростков хлопчатника увеличивает урожай на 15—20% и ускоряет созревание его на 2—3 дня» (В. П. Филатов). К. П. Петров выявил, что прорастившие семена растений в растворах тканевых препаратов повышает их устойчивость к угнетающему действию больших доз углекислоты.

Акад. В. П. Филатов получил прекрасные результаты при лечении различных заболеваний путем подсадки тканей, осо-

бенно при таких заболеваниях, как туберкулезная волчанка, хронические язвы, рубцы, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, красная волчанка, заболевание периферической нервной системы, заболевания костей и суставов нетуберкулезного характера, бронхиальная астма, травматическая эпилепсия, гинекологические заболевания, облитерирующий эндоартерит, дистрофия после дизентерии и др.

В последнее десятилетие метод тканевой терапии был подвергнут проверке в различных клиниках и больницах и получил полное одобрение. Голыгорский, Антелава описывают весьма эффективное действие тканевой терапии при длительно незаживающих ранах военного времени. Ильенкова, Семенова, Тарасенко указывают на успешное действие тканевой терапии трофических язв, причем зачастую достигалось полное заживление их. Семенов (из клиники Краузе) приводит большой материал по лечению язв желудка и двенадцатиперстной кишки методом тканевой терапии. О благоприятном действии ее при лечении различных рубцов и рубцовых стяжений суставов говорится в работах, опубликованных В. П. Филатовым, Краузе, Медведевым, Блохиным.

Баккал, Гундарев и Александрович приводят данные о хорошем эффекте применения тканевой терапии при спонтанной гангрене. Весьма интересен опубликованный Филатовым, Семеновым и др. материал о лечении некоторых форм туберкулеза консервированными тканями.

Тканевая терапия с успехом применялась также для лечения травматической эпилепсии (Баккал и Пападагата и др.).

Попутно следует отметить, что попытки применения тканевых препаратов для лечения больных предпринимались в России еще в конце XIX века. Так, доктор медицины М. В. Шеперович еще в 1894 г. успешно лечил вытекания из почек больных, страдавших хронической и острой уремией, хроническим и острым паренхиматозным нефритом, застойной почкой, амилоидозом почек, интерстициальным нефритом (см. «Большинная газета Боткина», октябрь 1895 г.).

В. П. Филатов установил, что стимулирующим действием на человеческий организм обладает консервированная ткань не только животного, но и растительного происхождения. Растительные ткани при консервации их в темноте дают обильное образование биогенных стимуляторов.

Биогенные стимуляторы возникают не только в изолированных тканях, но и в целых живых организмах, поставленных в неблагоприятные условия, в частности, при всех заболеваниях. В результате биохимической перестройки, вызванной болезнью, вырабатываются вещества сопротивления, помогающие организму в его борьбе за сохранение жизни. Так,

биоенные стимуляторы были обнаружены в экстрактах из крови кроликов, получивших в эксперименте множественные травматические повреждения (Барг).

В. П. Филатов полагает, что биоенные стимуляторы образуются и при некоторых физиологических условиях, например, при напряженной мышечной работе.

«Появление биоенных стимуляторов под влиянием неблагоприятных факторов среды, — говорит В. П. Филатов, — представляет собой общий закон для всей живой природы. Биоенные стимуляторы образуются всюду, где идет борьба за жизнь».

Что касается химического состава биоенных стимуляторов, их действия на больной организм, то эти важные вопросы еще недостаточно изучены. Часть биоенных стимуляторов может быть отнесена к группе непредельных дикарбоновых кислот, а другая часть — к группе кислот ароматического ряда. Было высказано предположение (Благоуспенский), что дикарбоновые кислоты могут образоваться в организмах, подвергнутых воздействию неблагоприятных факторов, вследствие преобладания окислительных процессов и процессов дезаминирования. Чикало установил накопление яблочной и винной кислоты в листьях при консервации их в темноте и на холоде. К. П. Петров выявил наличие кислот «типа янтарной и щавелевой в жире, полученном из консервированной печени рыбы». В. И. Бибер, как указывает В. П. Филатов, отметил «накопление в консервированных листьях алоэ ненасыщенных ароматических соединений, среди которых им выделены кислоты: коричная, оксикоричная и кумарина».

До настоящего времени нет единого мнения о механизме действия биоенных стимуляторов. Есть предположение, что биостимуляторы, повышая окислительные процессы, усиливают обмен веществ, а также химическую и морфологическую регенерацию тканей, что повышает сопротивляемость организма и ускоряет выздоровление больного человека.

Не решен также вопрос о специфичности действия отдельных тканей и, следовательно, о качественном различии биостимуляторов, вырабатываемых различными тканями и организмами. В. П. Филатов считает, что биостимуляторы не обладают специфическим действием и что все ткани действуют одинаково на различные патологические процессы. Однако наш опыт показывает, что не каждая прошедшая через консервацию ткань дает одинаковый лечебный эффект. Больше того, нами выявлено, что при одном и том же заболевании одна ткань дает очень хороший эффект, в то время как другая ткань при том же заболевании ведет к ухудшению болезненного процесса. Например, подсаженная при красной

волчанке ткань половых желез оказывает прекрасное действие, подсаженная же ткань селезенки вызывает быстрое обострение процесса и появление новых очагов поражения.

Все это позволяет нам утверждать, что консервированные гетерогенные ткани обладают специфическим действием и дают различный терапевтический эффект при различных заболеваниях. При этом длительное применение их дает более стойкий лечебный эффект. Активность препарата зависит также от метода консервации. Механизм действия биостимуляторов не ограничивается непосредственным влиянием на обмен клеток, — они влияют на весь организм, в основном, через нервную систему.

Полученные нами вполне положительные результаты при лечении тканевыми препаратами многих заболеваний, которые не поддавались другим методам лечения, зависят, видимо, от правильного подбора тканей и их действия на нервную систему. Подтверждением этого являются хорошие результаты при тканевой терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Применяя тканевую терапию, мы строго придерживаемся важного принципа советской медицины — индивидуального подхода к каждому больному, к его заболеванию. Наш многолетний опыт, о котором подробно говорится во второй части книги, показывает, что успех лечения больных консервированными тканями животных особенно значителен тогда, когда ткани применяются с учетом их избирательного действия. Для нас несомненно, что, например, ткань селезенки хорошо рассасывает рубцы, воспалительные инфильтраты и пр., в то время как при заболевании кожи (волчанка, экзема и др.) подсадка этой же ткани, наоборот, ведет к обострению процесса. Ткань надпочечника при лечении бронхальной астмы в 75% случаев приводит к выздоровлению. Мы получали также прекрасный лечебный эффект при сердечно-сосудистых расстройствах, подсаживая половые железы.

В частности, при лечении язвенной болезни мы подсаживаем консервированную ткань селезенки, исходя из той предпосылки, что эта ткань действует стимулирующим образом на ретикуло-эндотелиальную систему, повышает фагоцитоз и тем самым способствует организму рассасывать воспалительные инфильтраты, остаточные явления после воспалительных процессов, рубцовые изменения и т. д. Следовательно, при соответствующих морфологических изменениях в центральной нервной системе подсаженная ткань селезенки содействует их рассасыванию, чем устраняется причина, поддерживающая патологический процесс в сосудах слизистой желудка. После подсадки ткани селезенки при язвенной болезни мы име-

ли отличные и хорошие результаты в 70—75% случаев. В тех же случаях, где от подсадки консервированной ткани селезенки не получается желательного результата, мы применяем ткани, которые стимулируют или сосудистую или вегетативную нервную систему, а часто все эти ткани мы используем в виде «букета» и снова получаем положительный результат. Специфическое стимулирующее влияние на сосудистую систему оказывает ткань половых желез, а на вегетативную нервную систему — ткань надпочечника. Вот почему язву желудка мы лечим консервированными тканями: в одном случае — селезенки, в другом — половых желез, в третьем — тканью надпочечника, а нередко — «букетом» из указанных тканей.

При терапии других заболеваний мы приводим выбор ткани в зависимости от того, какую систему мы хотим стимулировать. Если нужно вызвать реакцию нескольких систем организма, мы подсаживаем «букет» из различных тканей.

Таким образом, применяя консервированные тканевые препараты молодых здоровых животных при лечении различных заболеваний, мы строго придерживаемся избирательного действия консервированных тканей.

Можно допустить, что биостимуляторы являются своеобразными факторами противорегуляции. Хорошо известно, что при раздражении какой-либо системы происходит не только возбуждение ее, но и выработка веществ, исключающих это возбуждение. Так, при раздражении парасимпатической системы повышается не только количество ацетилхолина, но и холинэстеразы; при раздражении симпатической системы повышается количество адреналина, но вместе с тем увеличивается и количество ацетилхолина и других веществ, нейтрализующих его (Альперн).

Отсюда можно предположить, что консервация есть своеобразное раздражение тканей, которое ведет к образованию веществ, противостоящих отмиранию тканей и исключающих действие вредных факторов. Поскольку уже выявлено, что раздражение парасимпатической системы сопровождается выработкой одних веществ, а симпатической — других, мы вправе допустить, что при консервировании различных тканей вырабатываются стимуляторы и накапливаются вещества, имеющие различную химическую природу и обладающие разным действием на организм.

Эти теоретические положения подкрепляются нашим опытом подсадки различных тканей многим тысячам больных и различным терапевтическим эффектом при разных заболеваниях.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

ОСНОВЫ ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ

Глава I

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ХИРУРГИИ

При лечении ряда хирургических заболеваний тканевые подсадки являются одним из мощных средств, особенно в сочетании с другими методами.

Длительно незаживающие раны и трофические язвы

Как клиницистами, так и экспериментаторами с давних пор уделяется большое внимание лечению длительно незаживающих ран и трофических язв. Изыскание наиболее эффективного метода их лечения приобрело наибольшую актуальность во время Великой Отечественной войны и в послевоенные годы. Возможность ускорить заживление длительно незаживающих ран и, в частности, трофических язв имеет, безусловно, громадное значение для скорейшего восстановления трудоспособности больных.

Не останавливаясь подробно на патогенезе трофических язв, отметим лишь, что по этому вопросу нет единого мнения. Ни одна из существующих многочисленных теорий не объясняет полностью механизма возникновения этих язв.

Один факт очевиден для клиницистов и экспериментаторов: длительно протекающие воспалительные процессы вызывают склеротические изменения в тканях, вследствие чего наступают нарушение питания тканей и гибель их.

Следует отметить, что вряд ли существует такое заболевание, при котором было бы предложено столько различных методов терапии, как при трофических язвах.

Наличие глубокого нарушения питания и кровообращения, стойкой инфильтрации кожи и обилие разнообразной флоры при трофических язвах обязывают клиницистов не ограничиваться лечением самих язв, но применять также ряд мер, направленных на улучшение трофики пораженной конечности. Следовательно, лечение трофических язв должно быть ком-

плексным, направленным, с одной стороны, на ликвидацию воспалительного процесса, а с другой — на стимулирование регенерации тканей.

Данные современной науки свидетельствуют о том, что при лечении трофических язв громадное значение имеет введение в организм большого количества физиологически активных веществ, обладающих мощными стимулирующими свойствами. В настоящее время одним из таких методов лечения является, несомненно, тканевая терапия.

В Советском Союзе тканевая терапия распространена очень широко, особенно в послевоенное время. Впервые она была применена при длительно незаживающих ранах и трофических язвах, причем дала положительные результаты. Так, Г. А. Бердичевский отмечает: «При лечении этих патологических процессов лечение тканями, если еще не является методом выбора, то оно, бесспорно, доказало свою замечательную эффективность».

Тканевая терапия применялась при длительно незаживающих ранах и трофических язвах. При этом были использованы ткани, приготовленные разными способами и введенные в организм различными способами (Филатов, Мещанинов, Скосогоренко, Крамаренко, Краузе, Спасокукоцкий, Лидский, Архангельский, Блохин, Окулова, Румянцев, Тарасенко, Титова и др.).

Однако почти все имеющиеся в литературе данные по применению тканевой терапии по поводу трофических язв весьма малочисленны, показывают лишь ближайшие изменения и не освещают отдаленных результатов. Все это не дает возможности сделать обоснованные выводы о механизме действия тканевой терапии. В этом отношении выгодно отличается работа Е. М. Тарасенко, охватывающая большое количество больных с подробным и тщательным клиническим обследованием их.

Антелава наблюдал полное излечение в течение 14—28 дней 134 больных из 180, страдавших длительно незаживающими ранами. Медведев получил хорошие результаты у 125 больных. Голигорский добился полного заживления ран в течение 7—40 дней у 25 чел. из 30. Полученные результаты при тканевой терапии авторы рассматривают как весьма удовлетворительные, так как до применения тканевой терапии больные лечились много месяцев без видимых результатов.

Хорошие результаты получили и другие авторы, применяя тканевую терапию. Так, Филатов имел полное заживление трофических язв у 15 больных из 20, Ильченко добился выздоровления 26 больных из 35. Семенов наблюдал положительный результат у 26 больных из 45. Тарасенко сооб-

щала о ярко выраженном терапевтическом эффекте у 65 больных из 90. Крымов привел 16 случаев успешного лечения трофических язв. Барг и Серебрянник в 23 случаях язв различной этиологии добились заживления в 21 случае.

Неудовлетворительные результаты при лечении трофических язв тканевой терапией авторы объясняют по-разному: одни (Ильченко) считают, что терапевтический эффект в значительной степени зависит от возраста, — у больных пожилого возраста тканевая терапия часто не дает положительного эффекта. Другие (Скориченко) указывают, что плохой исход зависит от давности заболевания: тканевая терапия не оказывает положительного влияния при незаживающих язвах большой давности (7—15 лет). Третьи (Тарасенко) безуспешность лечения трофических язв объясняют сочетанием пожилого возраста и давности страдания.

Трофические язвы располагаются, главным образом, на нижних конечностях, имеют длительное течение и чаще встречаются в пожилом возрасте, а потому лечение этой группы хронических больных представляет большие трудности. Все авторы отмечают, что эти больные, до применения тканевой терапии, подвергались длительному лечению различными методами.

Для правильной оценки влияния тканевых подсадок на трофические язвы необходимо, прежде всего, учитывать отдаленные результаты. Однако литературные источники, единогласно отмечая стимулирующее воздействие ткани на заживление трофических язв, приводят, к сожалению, лишь ближайшие результаты. Только Тарасенко коротко указывает, что рецидивы язв отмечались у 10 больных в течение срока от 6 месяцев до 2 лет. В этих случаях язвы не достигали больших размеров и быстро заживали после повторных подсадок ткани.

Лечение больных проводилось амбулаторно и стационарно. Для лечения применяли, главным образом, плаценту и кожу, консервированные различными способами (Филатов, Краузе, Харченко, Румянцев и т. д.). Консервированную ткань подсаживали в подкожную клетчатку вблизи язвы, или же накладывали на поверхность последней. Благоприятное действие тканевой терапии на трофические язвы проявлялось уже на 2—3 сутки после подсадки. Почти все больные отмечали после подсадки уменьшение или полное прекращение боли в ране и конечности, а объективно — рост грануляций и начало эпителизации язвы.

Гистологические изменения, а также изменения экссудата и флоры язв совпадали обычно с клиническим улучшением процесса.

Тканевая терапия является эффективным средством при трофических язвах и в большинстве случаев дает хорошие результаты, особенно у людей молодого возраста и при малом сроке существования язвы.

Тканевая терапия при контрактурах, тугоподвижности суставов и рубцах

Тканевая терапия успешно применяется при контрактурах и тугоподвижности суставов неартрогенного характера (развивающихся в результате рубцов после травмы, ранения, флегмон, открытых переломов, ожогов), а также при контрактурах рубцово-ишемического и диабетического характера.

Травмы (в особенности, военные) и ожоги, в зависимости от причиненного разрушения тканей, влекут за собой образование обширных, плотных рубцов. Осложнения со стороны суставов, наступающие при этом в виде функциональных расстройств, иногда довольно тяжелые, зависят от места расположения рубцов, их формы, протяженности и распространения в глубину. Среди этих осложнений встречаются нарушения двигательных функций, трофические расстройства, нарушения кровообращения, болевой синдром (каузальгия) и ряд других. Не говоря уже о множественных рубцах, даже ограниченные рубцы, если они сращены с подлежащими тканями, вызывают немало нарушений, в особенности вблизи расположения суставов, а при локализации рубцов на лице, шее и т. д. они нередко влекут за собой такие расстройства, как выворот век, губ, сведение челюстей, головы и т. д.

Лечение этих рубцов и их осложнений является большой, ответственной и, вместе с тем, трудной задачей, имеющей государственную важность, так как это — борьба с инвалидностью. Кроме оперативного вмешательства, которое не всегда дает желательный эффект, существует много различных методов консервативной терапии, направленной, главным образом, на размягчение рубцов и восстановление утраченной функции органа. Эти методы применяются обычно в различных сочетаниях друг с другом.

К такой комплексной терапии относятся: механотерапия, массаж, различные виды физиотерапии (парафинотерапия, горячий воздух, грязевые и рапные ванны, ионизация и др.), методы химического воздействия (инъекции холина, пепсина, фибролизина и др.).

Комплексная консервативная терапия далеко не всегда дает должный эффект и не часто ведет к полному восстановлению утраченной функции того или иного органа.

На помощь комплексной терапии пришел новый эффективный метод — предложенная академиком В. П. Филатовым тканевая терапия, действующая рассасывающим образом на рубец. Как пишет Ершкович, «в 1937 г. академик В. П. Филатов впервые применил лечебную гомотрансплантацию трупной кожи, консервированной на холоде, при гипертрофических рубцах кистей обеих рук на почве ожога расплавленным металлом. Уже через 5 дней после пересадки отмечалось резкое уплощение и размягчение рубцов, которые вблизи пересаженного трансплантата почти полностью рассосались. Через месяц рубцы стали тонкими, почти полностью прошли цианоз и потливость. Одновременно наблюдалось восстановление подвижности пальцев кисти, которая ранее резко была ограничена. Больной получил возможность полностью сжимать кисть в кулак».

В 1938 г. В. П. Филатов, совместно со своим ассистентом С. Л. Вельтер, описал случай рассасывания рубцов шеи после туберкулезного поражения кожи. Через 3 недели после применения тканевой терапии большинство рубцов исчезло, а оставшиеся сильно размягчились, в результате чего больной смог поднять голову до 120 градусов над уровнем плеч, тогда как до лечения она была фиксирована в положении 85 градусов.

В последующем эти наблюдения академика Филатова были подтверждены исследованиями Г. Ф. Скокогоренко. Последний в своем докладе на XXIV Всесоюзном съезде хирургов (1938 г.), на основании 150 подсадов трупной консервированной кожи, отметил, что в 47 случаях контрактур кисти и пальцев получены хорошие результаты. Лечебный эффект наступал при рубцовых контрактурах после флегмон, открытых переломов, ожогов и при рубцово-ишемических и диабетических контрактурах. Лечение всегда было комплексным, и, кроме подсада ткани, больному с 4—5 дня делалось корригирующее вытяжение. Больные были прослежены в течение 8—9 месяцев по окончании лечения.

М. В. Дуньев (1941 г.) в своей работе о лечении ряда хирургических заболеваний гомопластической пересадкой консервированной брюшины пишет, что при рубцовой контрактуре суставов после флегмоны в 6 случаях из 8 было получено значительное размягчение рубцов и увеличение объема активных и пассивных движений в суставах.

Г. Е. Колшаков (1941 г.) опубликовал работу «Лечебная пересадка консервированной кожи кролика». Консервированная на холоде кожа кролика была подсажена 190 больным, в большинстве с дермодесмогенными контрактурами, и дала отличные и хорошие результаты в 85% случаев.

Н. И. Краузе (1944 г.) в своей статье в журнале «Хирургия» уже указывает отдаленные результаты лечения подсадками тканей, обработанных хлорацетом. В этой работе приведена большая группа рубцовых процессов — 76 случаев, а именно — контрактуры верхней конечности после ампутации грудной железы, контрактуры кисти, пальцев, коленного сустава. Кроме того, в эту группу вошли случаи с контрактурой Дюпюитрена, келоидные рубцы и непроходимость пищевода после ожога. Полученные автором результаты можно рассматривать как весьма благоприятные: из 76 случаев в 31 наступило полное выздоровление, в 39 — улучшение и только в 6 случаях состояние больных осталось без изменений.

Дальнейший этап применения тканевой терапии при рубцовых контрактурах относится к периоду Великой Отечественной войны. Пионером в этом деле был сам создатель этой мощной терапии — академик В. П. Филатов. В 1941 г., через 5 месяцев после начала войны, он на научной конференции эвакогоспиталей в г. Пятигорске демонстрировал случаи успешного лечения тканевыми подсадками внесуставного рубцового сведения челюстей после ранения. Такие же наблюдения были сделаны им в военный период на базе эвакогоспиталя в г. Ташкенте.

Большое количество случаев привел Н. Д. Гарин. На материале эвакогоспиталя в 616 случаях (из них патологических рубцов — 105, контрактур суставов — 143) он добился выздоровления у 393 больных, улучшения — у 170, без улучшения остались 53 больных. Кроме хорошего лечебного эффекта от применения тканевой терапии, автор обеспечил значительное снижение сроков пребывания больных на койке, что является очень важным как в военный период, так и в мирное время.

И. Г. Ершкович указывает, что тканевая терапия была применена им для лечения рубцов, вызванных военной травмой, у 25 чел. и ожогом — у 3 чел. Автор отмечает, что из 28 больных у 26 был получен значительный эффект и только в 2 случаях улучшения не было.

С. У. Аединов применил тканевую терапию у 36 больных и получил выздоровление у 22, а улучшение — у 11. Автор рекомендует, наряду с другими средствами, широко применять тканевую терапию в амбулаторной практике при лечении рубцовых контрактур. Чем раньше начинается эта терапия после травмы, тем скорее получается хороший эффект. После подсадки быстро наступает размягчение рубцовой ткани. Параллельно с размягчением и рассасыванием рубцов отмечается побледнение их, уменьшение или полное исчезновение цианоза и отека в окружности рубца. Исчезает боль, да-

же мучительная, прекращаются вегетативные и трофические расстройства, восстанавливаются нарушенная чувствительность и двигательная функция. Рассасыванию подвергаются не только обычные, поверхностно расположенные, но и грубые келоидные рубцы. В ряде случаев наблюдалось рассасывание рубцов, спянных с подлежащими тканями и с костью. Они становились свободными, вследствие чего наступало восстановление нарушенных функций. Большие грубые рубцы в процессе рассасывания делались уплотненными.

Все эти наблюдения имеют важное значение: они свидетельствуют о том, что если даже, в результате применения тканевой терапии, не всегда удается добиться полного рассасывания рубцов, то все же они рассасываются настолько, что их легко удалить оперативным путем.

Ершкович, считая тканевую терапию мощным фактором, стимулирующим рассасывание грубых спянных рубцов, отмечает:

«Процессы рассасывания рубцовой ткани до известной степени могут происходить и самостоятельно, без нашего вмешательства, благодаря оздоровительным реакциям самого организма. Так, размягчение и побледнение рубцов с течением времени наблюдаются и без всякого лечения.

Рассасывание рубцов отмечается и при применении других терапевтических факторов (механических, химических и физиотерапевтических). Однако процессы рассасывания грубых спянных и келоидных рубцов под влиянием тканевой терапии протекают значительно быстрее и с большей интенсивностью.

В ряде случаев разительный эффект наступает уже через несколько дней после тканевой пересадки и усиливается при повторных пересадках.

Стимуляция рассасывания рубцов происходит и при тканевых пересадках и при применении инъекции экстрактов из консервированных тканей. Параллельно с рассасыванием рубцов проходят или значительно уменьшаются те функциональные расстройства, которые обуславливаются наличием рубцов. Речь идет о нарушении движений в суставах конечностей, расстройствах трофики и кровообращения, болевом синдроме. Сюда же относятся устранение деформации и неправильного положения частей отдельных органов.

По Краузе, тканевая терапия для уменьшения вредного влияния развивающихся рубцов должна применяться как можно ранее, еще в период заживления раны. «Проф. Н. И. Краузе высказал взгляд, что рубцы формируются в процессе грануляционного заживления раны, и, следовательно, последнее нужно рассматривать как процесс формирования

рубца. В соответствии с этим взглядом, мы придерживаемся необходимости раннего применения тканевой терапии. Метод тканевой терапии в различных ее видах следует применять не только в свежих случаях рубцовых изменений, но и в процессах заживления раны, т. е. образования рубца. Мы полагаем, что стимуляция рассасывания и регенерации методом тканевой терапии в процессе гранулирования ран будет способствовать образованию менее грубых рубцов, не спаянных с подлежащими тканями. Исходя из этого, мы считаем, что тканевая терапия по методу академика В. П. Филатова является не только одним из наиболее эффективных методов лечения уже сформировавшихся рубцов, но ее целесообразно проводить при лечении гранулирующих ран для стимуляции их заживления и профилактики образования грубых рубцов» (Ершкови).

Литературные данные, а также наши наблюдения говорят о том, что чем раньше применяют при рубцах тканевую терапию, наряду с другими методами, тем более благоприятные получаются результаты.

Различные авторы употребляли ткани, приготовленные разнообразными способами консервации. Не был единым и выбор места для подсадки; чтобы оказать непосредственное рассасывающее влияние, большинство исследователей вводило ткань вблизи рубцов и, в зависимости от их локализации, — то на конечностях, то на туловище. Нет также единства мнений о количестве подсадок и сроках между ними. Этот раздел тканевой терапии в литературе не освещен, хотя практические врачи очень интересуются этим вопросом, а больные при первой же встрече с врачом спрашивают об этом. Для пересадки использовались различные ткани (кожа, пуповина, плацента, алоэ и т. д.), частично с учетом специфичности их действия, а главным образом — в зависимости от технических возможностей.

На большом и разнообразном материале выяснено значение тканевой терапии по методу, предложенному проф. Краузе, — в виде подсадок («подкожных вложений») окопальной оболочки, обработанной хлорамином. Местное применение тканей по этому методу стимулирует регенеративные процессы, способствует рассасыванию рубцов и воспалительных инфильтратов, а также оказывает очень выраженное болеутоляющее действие, влияя на нервнотрофический компонент болезненного процесса.

При объяснении действия подкожных подсадок проф. Краузе исходит из той предпосылки, что рассасывание рубцов и воспалительных инфильтратов может происходить только при участии ферментативных протеолитических процессов (кле-

точных и тканевых), комплекс которых он называет условно «факторами протеолиза».

Неоднократно предпринимались попытки лечебного использования продуктов тканевого распада таких тканей, как эмбриональные, столь богатые стимуляторами регенерации и роста клеток. Таковы гистололизаты, эмбриональные экстракты, соки и предложенные в 1944 г. профессором Гольдберг эмбриональные эмульсии и мази.

По данным академика Филатова, подсадка тканей его методом мало чем отличается от действия химически обработанных тканей, несмотря на существенное различие в технике приготовления тканей. Единство лечебного действия всех видов тканевой терапии В. П. Филатов объясняет единством механизма их действия.

Возможность применения тканевой терапии в амбулаторных условиях по поводу различного рода рубцовых процессов и их последствий является одной из положительных сторон метода и имеет очень большое практическое значение. Контрактуры после воспалительных процессов и травмы требуют длительного лечения различными средствами. Физиотерапевтическое лечение не всегда возможно применить, особенно в условиях сельской местности, тогда как для тканевой терапии при рубцовых процессах почти нет противопоказаний и, кроме того, она усиливает действие всех физиотерапевтических процедур и зачастую оказывается благотворительной в случаях, где остальные методы лечения не дают должного эффекта.

Облитерирующий эндоартериит

Облитерирующий эндоартериит (спонтанная гангрена) является тяжелым хроническим заболеванием, которое поражает преимущественно нижние конечности и очень редко — верхние. Мужчины болеют чаще, особенно курящие. Заболевание встречается как в молодом, так и в пожилом возрасте.

Возникновение гангрены объясняли влиянием никотина, вызывающего спазм сосудов, частыми, длительными озноблениями (отморожение конечностей), воздействием на организм хронических инфекций (сифилис) и различными интоксикациями. Одной из причин возникновения гангрены считают также авитаминоз.

Симптомы эндоартериита довольно многообразны. Их можно разделить на ранние и поздние. Вначале больные жалуются к врачу и жалуются на неопределенные боли в ногах или в одной ноге, отмечают быструю утомляемость ног при ходьбе, а иногда сообщают, что у них имеются ощущения «окоптения», «ползания мурашек» и т. д.

К ранним симптомам следует отнести также зябкость ног и боли в икроножных мышцах при ходьбе (переменяющаяся хромота). Последующие, более поздние симптомы выражаются в изменении цвета кожи стопы, которая становится бледной, а потом цианотичной, на ней появляется отечность, исчезает пульс на тыльной артерии и задней большеберцовой, развиваются глубокие расстройства питания тканей, образуются язвочки и, наконец, омертвление, захватывающее тот или иной участок дистальной части пораженной конечности. Все эти симптомы развертываются на фоне резких болевых ощущений.

Из многочисленных классификаций спонтанной гангрены (Егоров, Королев, Салищев и др.) нам представляется наиболее удовлетворительной классификация Салищева. Она проста и в то же время определяет, в известной мере, поведение врача для каждой стадии заболевания.

Салищев делит спонтанную гангрену на 5 стадий: I стадия — ишемический период, II — трофические расстройства, III — начальные стадии некроза, IV — гангрена сухая, V — гангрена влажная с общими явлениями интоксикации.

Не останавливаясь на истории развития методов, которые предложены для лечения этого заболевания, следует отметить, что научная мысль была направлена на то, чтобы устранить нарушение кровообращения больной конечности и создать условия для его восстановления. Но так как основная причина заболевания не была выяснена и до сих пор остается неизвестной, то многочисленные предложения различных методов консервативной и активной терапии остаются грубо эмпирическими и имеют скорее исторический, чем практический интерес, хотя в отдельных случаях до сих пор применяются.

Поэтому результаты лечения спонтанной гангрены не удовлетворяют ни лечащих врачей, ни самих больных. Обычно после неудачного применения консервативного лечения дело заканчивается ампутацией конечности. Разногласия возникают только об уровне и способе ампутации, а больные, испытывая невыносимые страдания, чаще всего без особого раздумья дают свое согласие на эту операцию.

Литературные источники последнего времени, а также опытные данные, приведенные на Всесоюзном совещании хирургов в Москве (1950 г.), свидетельствуют о том, что получены ободряющие результаты при исключительно консервативном лечении спонтанной гангрены, ведущая роль в котором принадлежит тканевой терапии.

Вяснено, что тканевые подсадки оказывают рассасывающее действие на местный процесс рубцового характера в со-

судисто-нервном пучке и активизируют жизненные процессы всего организма.

Очень хорошие отзывы о действии тканевой терапии при спонтанной гангрене дают Филатов, Краузе, Румянцев, Баккал и Верхов, Гундарев, Александрович и др.

Баккал и Верхов применяли тканевую терапию по методу Филатова для лечения спонтанной гангрены у 16 больных. У всех больных после подсадки исчезли боли, у 12 восстановилась пульсация задней большеберцовой артерии, а также артерии тыла стопы. У 10 чел. полностью восстановилась функция конечности. Все больные вышли из клиники работоспособными.

На основании этих данных Баккал и Верхов считают, что тканевая терапия является лучшим методом из всех известных до настоящего времени, и приходят к выводу, что метод академика В. П. Филатова по простоте, безопасности, доступности даже в амбулаторных условиях и исключительной эффективности нужно признать лучшим из всех известных способов лечения спонтанной гангрены. При этом авторы полагают, что лечение тканевыми подсадками должно быть, по возможности, ранним и, учитывая этиологические моменты, комбинированным со специфической терапией и общеукрепляющими средствами.

К. М. Гундарев и Е. В. Александрович описали два случая лечения самопроизвольной гангрены тканевой терапией. В своей статье авторы отмечают, что «даже в далеко зашедших случаях самопроизвольной гангрены тканевая терапия быстро дала отличный лечебный эффект, который держится уже 5 месяцев». Далее авторы пишут, что лечебный эффект нарастает с каждой последующей подсадкой и что гомопластический стебель Скосогоренко обладает значительно менее выраженным терапевтическим действием.

В последующем К. М. Гундарев излагает свои клинические наблюдения над 7 больными, поступившими в стадию обострения с трофическими изменениями. После тканевой терапии 5 выписались из госпиталя, 2 находятся еще на лечении; лишь одному больному пришлось сделать ампутацию. Подсаживалась консервированная кожа на пораженную конечность. Всего было произведено 16 подсадок 7 больным. Первым признаком удачной подсадки автор считает исчезновение болей, наступавшее на второй день после операции.

А. П. Крымов описывает успешное лечение 15 случаев самопроизвольной гангрены. Автор дает следующую оценку данному методу: «Вторым заболеванием, при котором у нас получился блестящий успех от тканевой терапии, была так называемая самопроизвольная гангрена. Этим вопросом моя

киевская клиника занималась несколько лет. Мы испробовали все, что было предложено для лечения этого заболевания,— оперировали на сосудах, нервах и симпатических узлах, но такого быстрого и полного эффекта как при тканевой терапии, наблюдать нам не приходилось. Если я отмечу, что нередко вскоре после оперативного лечения дело заканчивалось ампутацией, то преимущество тканевой терапии станет очевидным.

Применяя подсадку, мы обычно наблюдали, что больной, не спавший месяцами, засыпал в первый же день и не пробуждался всю ночь. Боль исчезала или в тот же день или на следующий, но нередко приходилось повторять подсадку два-три раза.

Важно то, что при начавшейся гангрене очень быстро обозначалась демаркационная линия».

Этот вывод согласуется с нашими наблюдениями. В течение первой недели после подсадки исчезают боли, теплеет конечность и наступает значительное улучшение. Из 58 больных со спонтанной гангреной мы наблюдали практическое выздоровление у 8, улучшение—у 42, без изменения—8. Мы можем отметить также, что эффект тканевой терапии зависит от степени процесса: чем раньше начато лечение, тем лучшие получаются результаты.

Действие подсадок ткани наиболее выражено при перемежающейся хромоте и начальной стадии гангрены. При омертвлении же стопы тканевая терапия бесполезна.

Другие хирургические заболевания

Тканевая терапия применяется не только при названных выше заболеваниях, но и при ряде других хирургических страданий, в основе которых лежит развитие рубцов.

С. А. Бяжкэл и Л. Б. Школяр (1950 г.) описали 8 случаев успешного лечения стриктур пищевода после ожога. Они рекомендуют применять 12—15 имплантаций кожи или плаценты, пока не будут получены хорошие результаты, и советуют не торопиться с оперативным вмешательством, особенно с гастростомией. Его можно проводить лишь как крайнюю меру, при отсутствии положительных результатов после подсадки ткани.

А. Д. Жваневский-Заболотный в статье «Тканевая терапия по методу академика В. П. Филатова при раковых язвах кожи» приводит 20 случаев систематических наблюдений над лечением изъязвившихся кожных раков подсадкой по Филатову. В 8 случаях автор наблюдал клиническое выздоровление, наступившее непосредственно после лечения. В 6 случаях отмечалось улучшение в виде частичной или временной эпи-

телизации язвы, без рассасывания злокачественного образования. В остальных 6 случаях не удалось выявить каких-либо изменений в течении и характере процесса. Автор отмечает, что ни в одном случае после тканевой терапии не было ухудшения и обычно наступало резкое улучшение общего состояния больного.

Н. И. Герасименко (1950 г., «Хирургия» № 3) применил тканевую подсадку для лечения отморожений у 105 чел. При этом было установлено, что тканевая терапия ускоряет заживление раны, вследствие чего снижается срок пребывания больных на койке. Если при применении других методов лечения отморожений количество койко-дней принять за 100%, то в результате проведения тканевой терапии оно равняется 67,7%. Таким образом, автор добился снижения числа койко-дней на 33,3% против обычного лечения.

Лечение хронических остеомиелитов тканевой терапией, испытанное Сосновским (9 случаев) и Бабским (3 случая), дало положительные результаты.

Д. П. Медведев применял тканевую терапию по Краузе в 69 случаях огнестрельных остеомиелитов (бесскелетальные и склеротические формы) и пришел к выводу: «Пломбировка химически обработанной тканью костных полостей при остеомиелитах улучшает регенеративный процесс костной ткани». Из 69 чел., леченных этим способом, выздоровело 48, у 2 процесс остался без изменений.

Подсадку ткани при спайках в брюшной полости с явлениями частичной непроходимости производили Бабский, Хелимский, Кругляченко. Из 27 больных улучшение наступило у 25, и только двое остались в прежнем состоянии.

Сосновский, применив тканевую терапию в 5 случаях травматического артрита, в 3 случаях деформирующего артрита и в 1 случае пендинской язвы, получил хорошие результаты.

Филатов описал 24 случая успешного лечения пендинской язвы. Краузе сообщил о 10 случаях лечения туберкулеза суставов и костей, кисти и стопы, причем в 6 случаях наступило выздоровление, а в 4-х — улучшение. Он же лечил 5 больных с тромбозом, из которых у 2-х наступило выздоровление, а у 3-х — улучшение. В 3 случаях спонгиоза Краузе отметил улучшение у двух больных, а у третьего большого подсадка не дала хорошего результата.

В. П. Филатов указывает, что тканевая терапия успешно применялась им в случае упорного фурункулеза, где до этого 26 методов были испробованы без всякого успеха.

К. В. Семенов приводит следующие результаты лечения различных локализаций туберкулеза тканевыми подсадками (см. табл. 1):

Табл. 1

Заболевание	Всего случаев	Выздоровление	Улучшение	Без изменений
Туберкулез лимфатического аппарата . . .	15	7	4	4
Туберкулез мелких суставов . . .	14	5	5	4
Мочеполовой туберкулез . . .	12	5	4	3
Водянка красная . . .	8	—	8	—
Туберкулезный перитонит . . .	4	1	2	1
Эксудативный туберкулезный плеврит . . .	4	—	2	2
Туберкулез грудной железы . . .	2	1	1	—
Итого . . .	59	19	26	14
В процентах . . .	—	32,2	44,1	23,7

Таким образом, тканевая терапия некоторых форм хирургического туберкулеза приводит к вполне удовлетворительным результатам. Выздоровление и улучшение составляют вместе 76%, и только в 24% случаев лечение не дало положительного эффекта, но ни в одном случае не было отмечено ухудшения. Автор приходит к выводу, что в тех случаях туберкулезных поражений, где наблюдаются процессы эксудации и пролиферации (периадениты, лимфадениты, перитониты и др.), тканевая терапия дает удовлетворительные результаты, в случаях же с преобладанием некроза (распад желез, множественные свищи и пр.) эффективность тканевой терапии заметно снижается.

Механизм действия химически обработанных тканей Семенов связывает с повышением протеолитических свойств тканей организма.

Глава II

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Лечение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

Филатов и Кранцфельд получили хороший терапевтический эффект при лечении язвы желудка подсадкой консервированной трупной кожи. Филатов и Маршалкович опубликовали случаи выздоровления больного язвой двенадцатиперстной кишки одиннадцатилетней давности после тканевого лечения.

Краузе сообщил о хорошем действии подсадки консервированных тканей при язвенной болезни и привел результаты своих наблюдений на достаточно большом материале:

Табл. 2

	Количество	Выздоровл.	Улучш.	Без улучш.
Язва желудка	213	134	58	21
Язва двенадцатиперстной кишки	98	51	29	18

Крымов (1944 г.) отметил благотворное влияние тканевой терапии на 85 больных язвой желудка, Медведев — на 22 больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Филатов (1950 г.) собрал в литературе (Баккал, Бродский, Бутягин, Данилова, Кранцфельд, Филатов, Пасский, Короб) 158 случаев лечения подсадкой тканей язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, из которых в 144 случаях наблюдался положительный лечебный эффект.

А. Г. Сосновский и Л. Т. Иванова (1950 г.) описали 6 случаев лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки под-

садкой трупной кожи, комбинированной с инъекциями экстракта алоэ. В 4 случаях наблюдался хороший, а в 2-х — удовлетворительный результат.

А. А. Бабский, М. А. Хелимский, А. А. Кругляченко провели лечение 14 больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки и получили положительный результат у 13 чел. Лишь в одном случае язвы двенадцатиперстной кишки, где имелось тяжелое осложнение, эффекта от подсадки кожи не было.

Литературные данные позволяют сделать заключение, что тканевая терапия оказывает хороший терапевтический эффект при язве желудка и двенадцатиперстной кишки.

Бронхиальная астма

При бронхиальной астме тканевую терапию применяли Филатов, Дунь, Скородинская, Шпак, Вихлик, Краузе, Румянцев, Шейкин.

В. П. Филатов в своей книге «Тканевая терапия» (1948 г.) пишет: «При многих глазных заболеваниях (паннус, скрофулез и др.) эффект можно охарактеризовать как «уменьшение аллергии»; поэтому акад. Филатов испытал тканевое лечение при бронхиальной астме. Он произвел пересадку консервированной кожи 22 больным, страдающим астмой от 1 года до 15 лет, и у 7 больных получил положительный эффект. Приступы астмы прекратились или стали редкими, одышка значительно уменьшилась или исчезла. Больные находились под наблюдением от 4 месяцев до 2 лет. По наблюдениям автора, приступы астмы прекратились не сразу, а постепенно, причем в некоторых случаях пришлось повторить пересадку кожи.

В. П. Филатов считает, что при таком мучительном и упорном заболевании, как астма, в случае малой успешности лечения другими методами, следует испытать и лечебную пересадку кожи. В 1949 г. он обобщил литературные данные (Филатов, Дунь, Скородинская, Шпак, Шиклис) и собрал 169 случаев лечения бронхиальной астмы подсадками ткани. Из 169 больных у 137 тканевая терапия дала хороший терапевтический эффект.

Межмышечные инъекции рыбьего жира также приносят пользу при астме, но дают успех не такой закономерный и устойчивый, как при пересадке кожи. А. И. Шейкин, применяя инъекцию рыбьего жира при бронхиальной астме, только в 2 случаях отметил временное прекращение приступов, а в остальных 17 случаях состояние больных осталось без изменения.

Тканевая терапия туберкулеза

Лечение туберкулеза является весьма важной проблемой, и всякий успех в этом направлении должен быть использован на пользу больных. Несомненное количество наблюдений, приведенных отдельными авторами (Гаспарян, Альперин, Филатов), достаточно убедительно свидетельствует о полезности этой терапии при лечении туберкулеза.

Приводим данные по лечению туберкулеза легких, гортани и лимфатических желез.

Туберкулез легких. Филатов и Бродский в течение 3 месяцев наблюдали 3 больных, страдающих туберкулезом легких, которым была подсажена консервированная трупная кожа. У всех больных наступило значительное улучшение процесса в легких, что было подтверждено рентгеновскими снимками. Как указывает сам Филатов, это наблюдение, хотя и не на большом количестве случаев, «имеет большое принципиальное значение». Филатов ссылается на случаи д-ра То. машевского, который сообщил, что у всех 11 больных открытым туберкулезом легких, леченных им при помощи аутопластической пересадки консервированной кожи, он получил выравнивание температуры, прекращение потов, уменьшение количества мокроты и исчезновение бактерий.

Туберкулез гортани. Очень тяжелым, порою безнадежным заболеванием является туберкулез гортани, особенно в тех случаях, когда он протекает с явлениями дисфагии. Из 7 случаев этого заболевания, леченных Филатовым, в 4 случаях получен хороший терапевтический эффект. У одного больного дисфагия (с сильными болями) исчезла через два дня после пересадки кожи в область шеи и не появлялась, при прогрессирующем заживлении язв гортани, в течение 2 лет. Филатов имеет также благоприятное наблюдение при тяжелом туберкулезе легких и гортани, леченом экстрактом консервированных в темноте листьев алоэ.

Туберкулез лимфатических желез. Положительное влияние инъекции экстракта плаценты и алоэ при скрофулезных лимфаденитах наблюдали Филатов и Скородинская, Гаспарян и Басканова. Академик Филатов отмечает лечебное действие тканевых подсадок (даже в форме микролизм из рыбьего жира и экстрактов плаценты и алоэ) и на другие проявления скрофулеза. И. Г. Гаспарян приводит данные по 70 больным, страдающим туберкулезом различной локализации и леченным подсадкой тканей в стационарных и амбулаторных условиях. 36 больным применена пересадка консервированной кожи больных, а 34 больным — экстракта плаценты. Результаты лечения приведены ниже.

Табл. 3. Эффективность лечения различных форм туберкулеза пересадкой консервированной кожи

Форма туберкулеза	Число случаев	Результаты лечения			
		колич. выздо-рова.	значит. улучш.	безна-чит. улучш.	без измене-ний
Легочные инфильтраты	4	—	—	2	2
Хронический фибро-но-кавернозный ТБК	6	—	1	1	4
Гематогенно-диссеми-нированный ТБК лег-ких с метастазами (гортань, полость рта, придатки, поч-ки)	12	1	1	5	5
Кавернозный пневмония ТБК шейных желез со свищами	2	—	—	—	2
ТБК мезентериальных желез	8	4	—	2	2
Полисерозит	1	—	—	1	—
ТБК языка	1	—	—	—	2
Итого	33	5	3	11	17

Табл. 4. Эффективность лечения различных форм туберкулеза инъекцией экстракта плаценты

Форма туберкулеза	Число случаев	Результаты лечения			
		колич. выздо-рова.	значит. улучш.	безна-чит. улучш.	без измене-ний
ТБК шейных желез со свищами	16	5	6	3	2
ТБК шейных желез без свищей	4	1	2	1	—
ТБК мезентериальных желез	2	—	1	1	—
ТБК бронхиальных же-лез	2	—	2	—	—
Туб. перитонит (экзу-дативная форма)	3	3	—	—	—
Гематогенно-диссеми-нированный ТБК лег-ких с метастазами в придатки	4	—	2	2	—
Хронический фибро-но-кавернозный ТБК легких	3	—	—	2	1
Итого	34	9	13	9	3

Учитывая всю важность проблемы лечения туберкулеза, привожу основной вывод Гаспаряна: «При инфильтративном, фиброно-кавернозном и далеко зашедшем диссеминированном туберкулезе легких она (тканевая терапия—Г. Р.) не дала более или менее ощутительных результатов». Далее автор указывает, что в большинстве случаев при фиброно-кавернозном туберкулезе ему не удалось отметить уменьшения кашля, исчезновения катарральных явлений в легких и заметного снижения температуры. Не было также сдвигов и в картине крови. При лечении гематогенно-диссеминированных форм туберкулеза с метастазами в другие органы наблюдалось улучшение в местах метастазов, при отсутствии изменения в легких. Лечение подсадкой консервированной кожи и введением экстрактов плаценты давало лучший терапевтический эффект при нелегочной форме туберкулеза, чем при легочной.

Однако, считаясь со сложностью вопроса лечения туберкулеза, особенно легочного, мы не можем полностью и безоговорочно принять все выводы Гаспаряна. Одна возможность обострения легочного процесса после подсадки ткани должна насторожить каждого врача, приступающего к лечению туберкулезного больного. Поэтому мы полагаем, что разработка накапливающегося материала должна в туббольнице и тубдиспансерах г. Ростова н/Д. должна ввести ясность, уточнить показания к применению тканевой терапии, четко выделить формы и фазы легочного туберкулеза, когда это лечение противопоказано или должно проводиться с большой осторожностью.

Глава III

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Идея тканевой терапии, ее теоретическое и практическое обоснование принадлежат русскому ученому, офтальмологу, академику, Герою Социалистического Труда, лауреату Сталинской премии В. П. Филатову. Многолетняя работа этого выдающегося ученого над проблемой борьбы со слепотой вследствие рубцовых изменений роговицы привела его к следующему заключению: при наличии у больного полного помутнения роговицы единственным способом лечения является пересадка прозрачной роговицы в отверстие, сделанное в бельме.

Овладев техникой пересадки роговицы и получив хорошие результаты, В. П. Филатов, в связи с отсутствием достаточного количества пересадочного материала, стал применять роговицу от свежих трупов. Это дало возможность широким слоям хирургов-окулистов делать указанную выше операцию.

Проводя работу с пересадкой роговицы, В. П. Филатов отмечал в послеоперационном периоде у отдельных больных помутнение трансплантата, обрекавшее на полный неуспех все усилия врача. Для борьбы с этим осложнением В. П. Филатов в 1933 г. произвел повторную подсадку роговицы около помутневшего трансплантата. Он исходил при этом из лабораторного факта: выявлено было, что «одряхлевшая» тканевая культура возбуждалась к новому росту при внесении в нее нового кусочка ткани того же вида. В. П. Филатов получил хороший результат как при пересадке свежей роговицы, так и роговицы, взятой от трупов и консервированной при температуре 2—4° выше нуля в течение 2—3 суток, причем лучший эффект дала пересадка консервированного трупного роговичного материала. Это обстоятельство навело ученого на мысль, что при консервации на холоде роговица накапливает в себе вещества, способствующие ее приживлению.

Просветление бельма вокруг прижившего трансплантата

уже давно было отмечено врачами, занимавшимися пересадкой роговицы. Но только В. П. Филатов сделал отсюда обобщающий и далеко выходящий за пределы офтальмологии вывод о накоплении в тканях, при неблагоприятных условиях их существования, каких-то высокоактивных веществ, которые возбуждают жизненные процессы в умирающих тканях. Эти вещества (В. П. Филатов назвал их «биогенными стимуляторами»), внесенные в другой организм, помогают поднятию жизненного тонуса в борьбе с патологическими процессами. Так родилась идея тканевой терапии, вначале распространенная на глазную практику, а затем и на другие отрасли медицины.

В первое время школа В. П. Филатова применяла в офтальмологии местную подсадку роговицы. Доказав, что просветление помутневшей роговицы вполне возможно в результате трансплантации, В. П. Филатов перешел к лечению послыонной пересадкой роговицы некоторых форм кератитов, не поддающихся другим методам терапии, и получил блестящие результаты.

В 1937 г. В. П. Филатов сообщил о 12 случаях воспалительных заболеваний роговицы (1 случай туберкулезного кератита, 1 — герпетического кератита, 3 — трахоматозного паннуса, 1 — склерозирующего кератита и 6 — паренхиматозного кератита). В этих случаях им была предпринята лечебная подсадка роговицы, вызвавшая резкое влияние на затихание процесса, особенно при паренхиматозном кератите. Через 8 дней после подсадки процесс критически останавливался и начиналось обратное развитие инфильтратов, исчезали светобоязнь и краснота и прогрессивно улучшалось зрение.

Вальтер (1937 г.) опубликовала 3 случая лечебной подсадки роговицы по поводу помутнений роговичного трансплантата. Для подсадки применялась свежая роговичная оболочка. Во всех трех случаях прояснились трансплантаты, остававшиеся непрозрачными в течение долгого времени (от 11 месяцев до 3 лет). Просветление трансплантата начиналось обычно через 2—6 недель после подсадки.

Е. А. Петросьянц (1939 г.) представил материал Одесского офтальмологического института о влиянии лечебной подсадки при помутнении трансплантата. Из 10 случаев, приведенных автором, в 7 был отмечен отчетливый лечебный эффект, и лишь в 3 случаях подсадка не оказала никакого действия на помутневший трансплантат.

В 1938 г. В. П. Филатов и В. В. Скородинская сообщили о 5 случаях, где после частичной несквозной оптической кератопластики наступило просветление стойких помутнений роговицы со значительным повышением остроты зрения.

В. В. Андреева (1939 г.) опубликовала данные о 8 случаях стойких помутнений роговой оболочки, где успешно была применена частичная несекционная пересадка консервированной роговицы.

В. В. Скородинская (1939 г.) наблюдала 68 случаев различных кератитов, по поводу которых была предпринята лечебная пересадка роговицы, причем в 39 случаях больные находились под наблюдением свыше 1 года. Сюда вошли случаи паренхиматозного кератита сифилитического и туберкулезного происхождения, розацеа-кератита, герпетического и нитчатого кератита малярийного происхождения, трахоматозного паннуса. Улучшение отмечено в 35 случаях, а в 4-х наблюдались рецидивы (при туберкулезном и малярийном кератитах). Действие подсадки наступало очень рано: уже на второй день отмечалось прекращение болей и после некоторого обострения воспалительного процесса наступало улучшение. Через две недели исчезала перикорнеальная инъекция, началось просветление роговицы и повышение остроты зрения, в отдельных случаях доходившее до нормы. В одном случае сифилитического паренхиматозного кератита наблюдалось рассасывание не только роговичного помутнения, но и пленки на передней сумке хрусталика.

И. В. Кош (1938 г.), исходя из идей академика В. П. Филатова, применил для лечения различных хронических воспалительных заболеваний роговицы негнойного характера субконъюнктивальную имплантацию роговичной ткани, швывая кусочки, главным образом, консервированной роговичной ткани под конъюнктиву глазного яблока. Всего им было сделано 83 имплантации.

Весь материал автор разделил на 3 серии. В 1-й серии, охватывавшей 24 случая, применялась только имплантация роговицы. Автор получал «прекрасный терапевтический эффект при паренхиматозном, сифилитическом и глубоком туберкулезном кератитах, при герпетическом и скрофулезном кератитах». Во 2-ю серию вошли 33 случая, где подсадка производилась после безуспешной общей и местной терапии. Хороший результат получен в случаях туберкулезного кератосклерита, а также при малярийном, герпетическом, паренхиматозном и сифилитическом кератитах. В 3-й серии (26 имплантаций) проводилась комбинированное общее лечение с добавлением подсадки роговицы. Наилучший результат был получен при паренхиматозном кератите и туберкулезных кератосклеритах.

В дальнейшем В. П. Филатов перешел от подсадки роговицы к подсадке других тканей растительного и животного происхождения, так как «всякая ткань, отделенная от своего

организма, некоторое время остается живой и в ней происходит процесс накопления биогенных стимуляторов». (Филатов) Исходя из этого, В. П. Филатов, а также другие авторы стали пользоваться другими тканями для лечения глазных заболеваний.

Б. С. Бродский применил для лечения тяжелых скрофулезных кератитов лечебную подсадку кожи (22-дневной консервации при $+2^{\circ}$ — $+4^{\circ}$) под кожу в области виска. В 9 из описанных 10 случаев наблюдался стойкий терапевтический эффект, в 1 случае состояние глаз осталось без изменения.

Проф. Харченко разработал способ высушивания тканей пропусканием через кровеносные сосуды нагретого до 38° воздуха и предложил для пересадок сухую стерильную плаценту при тех же заболеваниях, при которых Филатов рекомендует пересадку консервированной на холоде плаценты.

М. Ф. Гуляков описал 64 имплантации сухой плаценты (от 0,01 до 0,03) под конъюнктиву при различных заболеваниях глаз, причем подсадка оказала наиболее эффективное действие при тяжелых рецидивирующих скрофулезных кератитах и паренхиматозном кератите.

Ц. Ю. Каменецкая отметила благоприятное влияние имплантации кусочка плаценты под конъюнктиву при лечении помутнений стекловидного тела, туберкулезного увеита, отслойки сетчатки и других заболеваний. Плацента консервировалась в течение 5 суток при $+2^{\circ}$ — $+4^{\circ}$.

Ф. И. Врублевский применил при ряде глазных заболеваний экстракт из листьев алоэ и в некоторых случаях — комбинации с имплантацией консервированных и автоклавируемых гомотканей. Экстракт вводили по 1—2 мл ежедневно, при курсе лечения от 25 до 40 инъекций. В отдельных случаях курс инъекций повторяли. Наибольший успех был получен при сосудистых заболеваниях глаза. Из 12 больных выздоровели 7, а улучшение отмечено у 4-х.

Тканевая терапия, как лечебный метод, все шире внедряется в практику врачей, работающих на периферии. Особое значение она приобрела при лечении остаточных явлений после проникающих ранений и других травм глаза у инвалидов Отечественной войны, а также при атрофиях зрительного нерва токсического происхождения. Так, имеются данные глазной клиники Астраханского мед. института (проф. Артемьев), охватывающие 341 случай различных травм глаза у инвалидов Отечественной войны. На этом большом материале, наряду с другими методами, применялась и дала благоприятные результаты тканевая терапия. При лечении атрофии зрительных нервов на почве метиловой интоксикации и

в некоторых случаях травматической атрофии получено улучшение зрения. Значительное улучшение достигнуто также при лечении помутнений в стекловидном теле и воспаделительных явлений сосудистого тракта.

В офтальмологии тканевая терапия применяется очень широко. В клинике академика В. П. Филатова, при лечении консервированными тканями животного или растительного происхождения, успехи отмечены при следующих заболеваниях:

I. Болезни век и конъюнктивы. Блефарит, рецидивирующие ячмени, весенний конъюнктивит.

II. Болезни роговицы. Помутнение трансплантата. Паренхиматозный кератит. Туберкулезные кератиты и керато-склериты. Скрофулезные кератиты. Герпетические кератиты. Помутнения роговицы после кератита. Различные другие кератиты. Трахоматозный паннус. Гнойные язвы роговицы. Кератоконус.

III. Воспаление сосудистого тракта.

IV. Помутнение стекловидного тела. Миопический хориоретинит. Симпатическое воспаление. Пигментный ретинит.

V. Атрофия зрительного нерва.

VI. Глаукома.

VII. Тканевая терапия как подготовительное мероприятие к операции.

VIII. Катаракта (при самых начальных формах).

Приводим табл. 5, характеризующую результаты, полученные школой академика В. П. Филатова по применению тканевой терапии по поводу глазных заболеваний.

Табл. 5

Диагноз	Количество всех случаев	Количество успешных случаев	% успешного лечения
Кератиты	422	349	82,7
Миопический хориоретинит	1048	905	86,3
Атрофия зр. нерва	600	440	64,8
Пигментный ретинит	514	436	86,5
Трахоматозный паннус	350	327	93,4

Эти данные говорят о хороших результатах, достигнутых в этой области тканевой терапией. «Даже такие тяжелые заболевания, как атрофия зрительного нерва на почве метилацетальной интоксикации и пигментный ретинит, поддаются тканевой терапии» (В. П. Филатов).

Глава IV

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Тканевая терапия применялась для лечения туберкулезной волчанки и красной волчанки (Филатов, Гольдштейн, Вельтер, Каи, Крамаренко, Румянцев, Фельдман, Шмульян, Ашурков, Елкин, Клейман), проказы (Балуева, Волхонский) и других кожных заболеваний (Филатов, Фельдман, Вельтер, Ланда, Чепурич, Скородинская, Колебошина).

Лечение кожных заболеваний тканевыми подсадками впервые применено в 1937 г. акад. Филатовым. Он подсадил кожу при туберкулезной волчанке и наблюдал быстрый и блестящий терапевтический эффект. Этот успех побудил многих врачей применять тканевую терапию при различных кожных заболеваниях.

В отчете Украинского института экспериментальной офтальмологии имени Филатова за 1937 г. указаны результаты тканевой терапии 20 больных с различными дерматозами (волчанка, невродермит, чешуйчатый лишай, склеродермия, вульгарная пузырчатка, хроническая язва голени и др.). Благоприятный результат наступил во всех 6 случаях туберкулеза кожи (значительное рассасывание бугорков, заживление язв), в одном случае чешуйчатого лишая (из двух), в случае склеродермии и в случае хронической язвы голени. При пемфигусе отмечено «значительное улучшение».

С каждым годом стало увеличиваться число сообщений о положительном влиянии тканевой терапии (при многих кожных заболеваниях). У 3-х из 4 больных, страдавших красной волчанкой, Филатов и Вельтер отметили значительное улучшение.

Колебошина указывает, что Фельдман, Шмерьян и Гельденштейн наблюдали 14 больных вульгарной волчанкой, леченных этим способом, причем у 3 больных наступило полное выздоровление, у 7 отмечалось значительное улучшение и только в 4-х случаях не было отмечено успеха.

Филатовым, Ланда, Дунье получен хороший терапевтический эффект при лечении склеродермии.

Лечение фурункула также дало положительные результаты (Филатов, Вельтер, Маршакович).

Е. Д. Ашурков и М. Г. Олонцева (1941 г.) описали 9 случаев туберкулезной волчанки, которую они лечили трупной консервированной кожей по Филатову. Авторы не могли отметить большого и длительного эффекта от пересадок трупной консервированной кожи при люповых поражениях. Результаты их наблюдений таковы:

«Ярко выраженный терапевтический эффект был в случае № 1, но и здесь через 3 месяца наступил рецидив. В другом случае (№ 9) произошло значительное рассасывание бугорков и рубцевание язв вблизи места пересадки. На отдаленных участках изменений отмечено не было. В случае № 6 наступило некоторое рассасывание и уплощение бугорков, также вблизи места пересадки. Незначительное улучшение наблюдалось в случаях №№ 4 и 8. В 4 случаях после пересадки пораженные места стали изъязвляться быстрее».

Иными словами, из 9 описанных случаев туберкулезной волчанки авторы отметили улучшение у 5 больных, а ухудшение — у 4.

Д. А. Елкин применил тканевую терапию по методу академика Филатова при вульгарной и красной волчанке и получил такие результаты:

Табл. 6

Название волчанки	Количество случаев	Какая ткань применялась	Исходы лечения			
			значит. улучш.	некоторое улучш.	улучш.	без изменений
Вульгарная	24	Кожа	4	7	1	12
Красная	1	Кожа	—	—	—	1
Вульгарная	7	Экстр. плац.	—	—	—	7
Вульгарная	8	Алоэ	—	—	—	8
Красная	1	Алоэ	—	—	—	1

Таким образом, автор, применив тканевую терапию у 41 больного, отметил улучшение только у 11 больных с вульгарной волчанкой. Автор подчеркивает, что «в одном случае, где имелись комбинации диссеминированного волчанкой процесса, скрофулодермы и костного туберкулеза, мы имели, после 4 пересадок кожи, значительное улучшение волчаночного процесса, полное зарубцевание 2 больших очагов скрофулодермы и ликвидацию костного туберкулеза фаланги большого пальца правой кисти».

Автор отмечает, что при применении тканевой терапии общая и местная очаговая реакция наблюдаются в 50% случаев. Применение инъекций экстрактов из плаценты и алоэ улучшения не давало.

При чешуйчатом лишае тканевая терапия была применена Филатовым в 2 случаях и Ланда — в 5 случаях. Во всех 7 случаях лечение тканевой терапией оказалось успешным. У 3 больных из 5, наблюдавшихся Ланда, наступило полное исчезновение болезненных явлений.

Н. М. Колебошина приводит результаты лечения подсадками 35 больных чешуйчатым лишаем. В 23 случаях состояние осталось без изменений, в 12 — наступило улучшение. Автор приходит к выводу, что «пересадка консервированной кожи в 12 случаях из 35 давала небольшое и кратковременное улучшение, причем, главным образом, при острых формах чешуйчатого лишае».

Одновременно под наблюдением Колебошиной находилось 17 больных чешуйчатым лишаем, которые лечились инъекциями водного экстракта плаценты. Применение этого метода ни в одном случае не дало улучшения, а в некоторых случаях отмечалось даже обострение процесса.

Глава V

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ В НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Акад. В. П. Филатовым и другими исследователями доказано, что тканевая терапия является мощным стимулятором, действующим на весь организм; вместе с этим усиливаются местные процессы регенерации и рассасывания различных патологических продуктов.

Поэтому тканевая терапия стала широко применяться и в неврологии (Александрович, Баккал, Вагина, Вельтер, Гриншпун, Ершкович, Ляшенко, Мукозовов, Семенов и др.). Особенно широкое распространение она получила в послевоенное время для лечения осложненных травмы, полученной во время войны. Тканевая терапия начала применяться также в психиатрии (Копелиович, Юлиш и др.).

Травматическая эпилепсия

Опыт применения тканевой терапии во время Великой Отечественной войны убедил хирургов, что эта терапия ускоряет заживление ран и действует рассасывающим образом на патологические рубцы. В главе «Тканевая терапия в хирургии» мы приводили литературный материал о том, что тканевая терапия вызывает значительное размягчение плотных, келоидных рубцов и что нет сомнения в ее полезности для восстановления функций, утраченных теми или иными органами в результате рубцевания (например, уменьшение рубцовой контрактуры и тугоподвижности крупных суставов конечностей, челюстного сустава, рубцового выворота век, губ, рубцов шеи, сведения головы и т. д.). Таким образом, установлено, что тканевая терапия является мощным средством для размягчения рубцов, нарушающих функции органов.

Рубцы, образующиеся в полости черепа после проникающих ранений и других видов травмы, вызывают ряд тяжелых изменений. Они могут также повлечь за собой припадки

травматической эпилепсии. Попытка лечения ее тканевыми подсадками оправдала себя. После ее применения исчезают или резко уменьшаются головные боли, прекращаются или становятся редкими припадки.

И. Г. Ершкович у 2 раненых, страдавших травматической эпилепсией типа Джексона, после 2—3 подсажек добился прекращения головных болей и припадков. Он имел возможность наблюдать своих больных в течение 2 лет. В одном случае в течение 8 месяцев, в другом — в течение 12 месяцев рецидивов припадков не было.

Баккал и Пападатто у 8 больных, страдавших Джексоновской эпилепсией после проникающего ранения черепа, добились полного исчезновения эпилептических припадков. Они также наблюдали прекращение припадков после 3—4 подсажек у 17 больных с генуинной эпилепсией. Но, в отличие от Джексоновской эпилепсии, припадки через 2—4 месяца возобновились, хотя и с меньшей силой и частотой.

Тканевая терапия оказывает благоприятное влияние на воспалительные поражения периферической нервной системы (радикулиты, люмбоишалгии, невриты, нейродермиты).

На 98 случаев заболеваний периферической нервной системы, наблюдавшихся Филатовым, Ланда, Вельтер, Багинской, Вассерман, Дунье, успех от тканевой терапии имелся в 85 случаях, из них многие больные прослежены в течение нескольких месяцев.

Болеутоляющее действие тканевой терапии в глазной практике дало основание применять это средство и при воспалительных заболеваниях периферической нервной системы, сопровождающихся болями. Нет сомнений в том, что подсадки тканей при различных заболеваниях, прежде всего, снимают болевой синдром. Работы школы Филатова и Краузе подтверждают это положение.

Семенов отмечает: «Классическим заболеванием такого рода является невралгия тройничного нерва». У Семенова у 12 из 16 больных с невралгией тройничного нерва наступило постепенное улучшение, а в последующем — полное выздоровление. В 3 случаях боли окончательно не исчезли, но приступы их стали значительно более редкими и менее интенсивными. Только в одном случае подсадка не оказала никакого действия. Больные находились под наблюдением от 2 до 12 месяцев. У них возникали рецидивы, но уже с менее жестокими и менее продолжительными приступами. После повторных подсажек появившиеся боли исчезли.

Семенов обращает внимание на возможность, в отдельных случаях, некоторого обострения болей после подсажек, однако, в последующем боли прекращаются полностью. Обыч-

но после подсадок болевой синдром стихает на второй-четвертый день. Важно также иметь в виду, что там, где ранее неоднократно применялась алкоголизация, подсадка ткани дает замедленный и менее выраженный терапевтический эффект.

Гриншпоном описано благоприятное действие тканевой терапии при травматическом неврите тройничного нерва, комбинированного с парезом лицевого нерва большой давности. В этом случае была потеряна чувствительность всех ветвей тройничного нерва, вследствие чего развился невропаралитический кератит. Предшествующее трехлетнее лечение осталось без результата. После 2 подсадок консервированной кожи чувствительность восстановилась только в средней ветви нерва и на глазах... Заметно увеличилось движение в околоушной, фронтальной и орбитальной областях, мутовроговницы уменьшилась, и зрение улучшилось с 0,01 до 0,02».

Успех тканевой терапии при радикулитах и ишиасах подтверждается различными авторами. Скоггоренко в 2 из 4 случаев радикулита получил полное и стойкое исчезновение боли на 6—7 день от начала лечения. С. Л. Вельтер и М. Л. Башанская описывают лечение тяжелого пояснично-крестцового радикулита с парезом левой нижней конечности. Действие тканевой терапии наступило очень быстро: боль прекратилась через 24 часа, а через 3 дня больная могла ходить без посторонней помощи.

Бассерман сообщает о случае спондилоза с явлениями радикулита давностью в 10 лет и случае ишиаса 7—8-летней давности. Здесь также боли исчезли через 4 дня после подсадки.

Невриты, каузалгии

Полученные хорошие результаты тканевой терапии при невралгии тройничного нерва и радикулитах позволили хирургам применять тканевую терапию при невритах, протекающих с каузалгией. Академик Филатов приводит 2 случая неврита нижней конечности, развившегося после ранения и протекавшего с резко выраженной каузалгией, и два случая пареза верхней конечности, также с каузалгией, леченные методом тканевой терапии с хорошим терапевтическим эффектом. Скоггоренко в 6 случаях послетравматических симпаталгий с феноменом фантома и каузалгией, применив тканевую терапию, получил на 7—8 день стойкое исчезновение болей.

К. В. Семенов привел материалы Менжулиной, у которой из 24 случаев каузалгий, леченных подсадками ткани, в 8 случаях наступило полное исчезновение болей, в 4 случаях эффект был незначительным, а в 3 случаях его не было до-

стигнуто. Успокоение болей наступало на 2—5 день после первой подсадки и полное прекращение—на 5—10 день.

Семенов приводит, как пример, выраженное воздействие на болевой синдром при язве желудка и двенадцатиперстной кишки. На материале прослеженных 268 случаев язвенной болезни наступило после подсадки полное прекращение болей в 63,4% всех случаев и значительное их уменьшение—в 24%. Таких примеров, где исчезает болевой синдром, можно привести много. Одним из них является также прекращение болей при спонтанной гангрене.

Все приведенные примеры, а также наш опыт, в достаточной мере иллюстрируют огромное значение тканевых подсадок в консервативной терапии различных заболеваний, протекающих с выраженными болевыми явлениями. Это обязывает вести дальнейшее изучение действия тканевой терапии на больной организм.

При воспалительных заболеваниях центральной нервной системы тканевая терапия также дает положительный эффект. Александрович наблюдал 43-летнего больного, страдавшего в течение 4—5 месяцев оптико-хиазмальным арахноидитом с выраженными головными болями, понижением остроты зрения (0,3—0,4) и сужением поля зрения до 15° на белый цвет и до 80°—на красный. Подсадка консервированной кожи по Филатову дала выздоровление. Через 1,5 месяца после подсадки исчезли головные боли. Острота зрения достигла единицы, поля зрения на белый и красный цвет дошли до нормы. Через 2 месяца после подсадки больной, по собственному желанию, был снят со II группы инвалидности и приступил к работе.

Во втором случае арахноидита, сопровождавшегося почти ежедневными эпилептическими припадками, наступило частичное улучшение.

Лечение больного, страдавшего двусторонним невритом зрительных нервов, дало выздоровление через 2 недели (Александрович).

Психиатрия

В психиатрической практике тканевая терапия применялась при шизофрении, эндогенных и соматических психозах и органических поражениях центральной нервной системы.

Юлиш лечил подсадками ткани 29 больных, из которых 9 чел. страдали эндогенным психозом, 3—соматогенным психозом и 7—органическим поражением центральной нервной системы. В 3 случаях (соматогенный психоз, пресенильный психоз, депрессивное состояние) наступило значительное улучшение, в 9 случаях улучшение было незначительным, но стойким; успех лечения выразился в улучшении физического со-

стояния больных, появлении аппетита, сна и повышении веса тела; больные стали более контактными, активными, упорядочилось их поведение. У 12 больных не отмечено никакого эффекта от тканевой терапии. Очень важно, что автор ни разу не наблюдал ухудшения состояния больных. В 5 случаях отмечался колеблющийся эффект.

Полученные результаты позволяют Юлишу сделать вывод, что «тканевая терапия по методу Филатова, как стимулирующая терапия, в известном числе случаев (до 30%) дает некоторый положительный эффект у душевнобольных, стимулируя защитные силы организма и помогая ему бороться против вредных агентов. Какого-либо специфического действия на тот или другой психопатологический синдром или нозологическую единицу нами не наблюдалось».

Несомненно, что под воздействием подсадок у некоторых душевнобольных наступает улучшение их психического состояния, но, вследствие незначительного количества наблюдений, пока нет оснований делать определенные выводы.

Глава VI

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

В предыдущих главах уже отмечалось, что тканевая терапия, кроме общего влияния на организм, действует рассасывающим и болеутоляющим образом на остаточные явления воспалительных процессов. Отсюда понятно стремление применить тканевую терапию для лечения гинекологических заболеваний (Даниахия, Иванов, Нехаева, Ровинская и др.).

В гинекологической практике тканевые подсадки применяются, главным образом, для лечения больных, страдающих воспалительными процессами придатков в стадии подострого и хронического течения при наличии спаек, но без особо больших анатомических изменений и с наличием более или менее нормального менструального цикла. Данные литературы говорят о том, что обширные плотные инфильтраты воспалительного происхождения, располагающиеся в малом тазу и не поддающиеся обычным методам лечения (компрессы, все виды физиотерапии и т. д.), обычно хорошо поддаются лечению тканевой терапией и исчезают в течение одного месяца.

Очень убедительные данные приводит Нехаева. При анализе 60 больных с воспалительными процессами внутренних половых органов она обнаружила, что под влиянием тканевой терапии боли внизу живота и в крестцово-поясничной области быстро прекратились. Выздоровело 34 больных, у 24 отмечалось улучшение по всем показателям; улучшение субъективных симптомов без изменения гинекологического статуса наступило у 2-х. Между тем в контрольной группе, где больные пользовались обычными методами лечения, результат был значительно хуже. Нехаева сообщила, что «рассасывание начиналось после первой имплантации. У 18 чел. оно стало заметным после 2 имплантаций, у 9 — после 3-х. Если лечение было успешным, воспалительные изменения исчезали быстро, иногда в течение первых 5 дней после имплантаций, особенно при сальпингооофоритах и пельвеоперитонитах (острых, под-

острых и хронических). При параметритах, особенно хронических, результаты в этом отношении были значительно хуже.

Лечение тканевыми подсадками гинекологических страданий дает не только хороший ближайший эффект, но и стойкие отдаленные результаты. Из всего числа больных, наблюдавшихся Нехаевой, рецидивы были лишь у 2 больных. Повторная тканевая терапия привела одну больную с пельвеоперитонитом к клиническому выздоровлению, а у другой больной с параметритом повторная имплантация плаценты не дала эффекта. Остальные 46 больных отмечали отсутствие болей при восстановлении нормальных менструаций. Работоспособность почти у всех больных восстанавливалась. Большинство прибавило в весе. У 3 больных со вторичным бесплодием септической этиологии давностью до 3 лет наступила беременность.

М. А. Даниякий, применяя тканевую терапию по Краузе для лечения 40 больных с подострыми воспалительными процессами в малом тазу и с аномалией менструального цикла, получила хорошие результаты. Она пишет: «Полному рассасыванию подвергались обычно экссудативные пельвеоперитониты, какой бы продолжительности и плотности они ни были. Целый ряд больных имел в брюшной полости доскообразной плотности инфильтраты, окружающие некротизировавшиеся фиброматозные опухоли матки, двухсторонние пиосальпинксы, tuboovarianальные кисты. Эти неподвижные конгломераты порой занимали всю нижнюю половину брюшной полости. Под влиянием подсадок инфильтрат рассасывался, опухоли становились подвижными, утерянная трудоспособность больных полностью восстанавливалась, часто больные в дальнейшем подвергались операции. Подсадки химически обработанных тканей у большинства больных давали, несомненно, анальгезирующий эффект, а также явно улучшали их общее состояние. Больные становились жизнерадостными, охотно принимались за работу, чувствовали себя как бы обновленными после тяжелого заболевания. Интересно еще отметить, что инфильтраты ни у кого из них не нагнаивались, а именно рассасывались, уменьшаясь в своих размерах, начиная с периферии».

Далее автор отмечает, что параметриты рассасывались гораздо медленнее, чем пельвеоперитониты, и поэтому для их лечения требовалось более длительное применение тканевой терапии.

Больные второй группы страдали аномалиями менструального цикла на почве хронических воспалительных заболеваний. Анатомические изменения со стороны половой сферы выражались у них до лечения в смещении и увеличении матки (хронический метрит), в наличии хронических аднекситов, обуславливавших боли, а также поли- и гиперменоррее. Больные

этой группы лечились амбулаторно. В среднем каждая больная получила по 2 подсадки, на чем лечение и прекращалось, так как менструации приходили к нормальному типу и протекали без боли.

Изучение лейкоцитарной формулы и других изменений крови у гинекологических больных при тканевой терапии не показало закономерных сдвигов морфологического состава крови. Происходило лишь небольшое увеличение лейкоцитов, уменьшение лимфоцитов, РОЭ иногда замедлялась или оставалась без изменения (Нехаева, Даниякий, Бюхин).

Акад. Филатов в своей книге «Тканевая терапия» (1948 г.) приводит материалы двух акушерско-гинекологических клиник Одесского мед. института и отмечает исключительно хорошие результаты от лечения гинекологических заболеваний консервированными тканями; при этом, чем раньше производились пересадки, тем меньше было неудач. В. П. Филатов, обобщая итоги работы Ровинской, говорит: «При гнойных воспалительных процессах, когда другие методы лечения безуспешны, а хирургическое вмешательство противопоказано, метод лечения пересадкой консервированной на холоде кожи дает настолько эффективный сдвиг, что в некоторых случаях становится возможным удаление гноя, в некоторых случаях применение других методов лечения не является уже необходимым, а в других случаях оно становится возможным и успешным».

Пересадка консервированной кожи является активно рассасывающим и быстро действующим болеутоляющим средством. Лечебная пересадка консервированной кожи восстанавливает нарушение менструальной функции. Обладая резорбтивными свойствами, она действует благоприятно на очаг заболевания, восстанавливает функцию, присущую данному органу, в результате чего наблюдаются наступление беременности после вторичного бесплодия, восстановление безболезненного coitus и утраченного libido.

Метод лечебной пересадки консервированной кожи, эффективный при лечении застарелых воспалительных заболеваний женской половой сферы, простой по технике выполнения, доступный в любых условиях, даже в селе, — значительно сокращает срок пребывания больных в стационаре; не имеющих никаких противопоказаний, он должен занять достойное место среди других зарекомендовавших себя способов лечения».

Мы полностью соглашаемся с выводами академика Филатова в том отношении, что тканевая терапия — простое мероприятие, которое можно с успехом применять даже в сельской практике, но мы не можем согласиться с его выводами, когда

он утверждает, что тканевая терапия не имеет никаких противопоказаний. Наш опыт говорит о том, что при ряде заболеваний тканевая терапия безразлична для организма. Поэтому нами разработан и указан ряд противопоказаний (см. II часть книги).

Изучение результатов лечения гинекологических больных тканевыми подсадками привело В. П. Филатова к следующему очень важному принципиальному выводу о механизме действия тканевой терапии: «Этиология процесса (будет ли он инфекционным или нет) не имеет решающего значения в вопросе об эффективности этого метода. Как и офтальмологический материал, так и другие процессы в организме показывают, что тканевой терапии поддаются и туберкулез, и лейкоз, и гнойные инфекции, и общие инфекционные болезни, и болезни травматического характера (не инфекционные). Тканевая терапия—это не удар по микроорганизму, а усиление защитных свойств и оздоровительных реакций всего организма — макроорганизма.

Усиление его клеточного обмена усиливает в нем и его биохимическую защиту от патогенетического фактора...

Мы не можем полностью согласиться с этими выводами академика Филатова, так как повседневный опыт убеждает нас, что, наряду с несомненным общим действием тканевых подсадов, они обладают ярко выраженным специфическим сродством к некоторым системам организма, дают более сильный лечебный эффект при соответствующем подборе ткани, иногда в различных комбинациях друг с другом.

Имеются также исследования в отношении тканевой терапии маститов. Так, М. П. Иванов применил тканевую терапию у 26 больных, страдающих гнойным маститом, и получил хорошие результаты у 25.

Лечение маститов подсадкой тканей является весьма актуальной задачей, так как до сих пор нет такого метода, который был бы простым и радикальным и в то же время не отражался на функции железы, а также удовлетворял косметическим требованиям. По утверждению Иванова, при лечении подсадками лактация, как правило, восстанавливается, причем в некоторых случаях после тканевой терапии из больной железы отделяется даже больше молока, чем из здоровой.

Техника проведения лечения была следующей: под хлорэтиловым обезбоживанием делали скальпелем прокол железы на ширину скальпеля и удаляли гной. В образовавшуюся полость после эвакуации гноя вводили амниотические оболочки в количестве 10—25 г. и заклеивали липким пластырем. «Через

несколько часов, — пишет Иванов, — исчезают боли. Уменьшается краснота и уплотнение в грудной железе, падает температура, и больная на следующий день чувствует себя здоровой. Кормление больной грудью не прекращается».

Лечение воспалительных заболеваний экстрактами из листьев алоэ

В акушерско-гинекологической клинике Одесского мед. института с 1945 г. начато лечение инъекциями экстракта алоэ по принципу тканевой терапии. Инъекции алоэ были применены у 97 больных с явно выраженными воспалительными процессами. Большинство (48) больных лечилось ранее различными методами. Не лечились 39. Для проверки действия алоэ и объективной его оценки не использовали какие-либо другие методы лечения (тепло, холод, наркотики). Инъекции 1 куб. см. экстракта алоэ применяли ежедневно в подкожную клетчатку (Ровинская).

Выяснилось, что экстракт из листьев алоэ дал выраженный положительный результат в острой и подострой стадии воспалительного процесса. На второй-третий день лечения температура начинала литически падать. Исчезали или резко уменьшались боли, улучшалось самочувствие больных. В течение первых 3 дней боли прекратились у 48 больных. Заметно уменьшились боли у 45, остались прежними у 4—х с гнойниками в малом тазу. Таким образом, выявилось резко выраженное анальгезирующее действие алоэ (наркотики, применявшиеся до лечения алоэ, не действовали).

Боли уменьшались еще до появления объективных изменений в очаге воспаления. Температура в течение 3—5 дней падала до нормы, редко поднимаясь до субфебрильной. РОЭ и лейкоцитоз снижались. В очаге воспаления инфильтрация уменьшалась, боль при исследовании ощущалась слабая. Однако, даже при длительном применении экстракта, полного рассасывания воспалительной опухоли не наблюдалось. При хроническом процессе инъекции почти не оказывали влияния на местный процесс, но не наблюдалось и ухудшения. Общая реакция на инъекции отсутствовала. Реакция на месте укола незначительная (Ровинская).

Приведенные литературные данные показывают, что подсадка гинекологическим больным тканей, консервированных по методу Филатова или Краузе, дает положительные результаты и должна получить широкое распространение в практике лечения гинекологических больных.

Глава VII ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ДРУГИХ ОБЛАСТЯХ МЕДИЦИНЫ

Педиатрия

Средства, применяемые для борьбы с болезненным процессом в организме, делятся на две группы: одни направлены непосредственно на инфекционный агент, а другие — на поднятие, точнее, на нормализацию защитных сил организма. Бесспорно, вторая группа в настоящее время преобладает.

Такие средства, как вакцинотерапия, лактоотерапия, гемотерапия, представляют собой один из видов стимулирующей терапии. Следует указать также на антиретиккулярную цитотоксическую сыворотку Богомольца, действующую на соединительную ткань. В свое время эту сыворотку применяли при самых различных заболеваниях с переменным успехом (Г. Н. Сперанский).

Тканевая терапия по методу акад. Филатова получила за последние 15 лет распространение как одно из средств, стимулирующих мезенхиму. Тканевые подсадки являются наиболее эффективным и быстрым методом неспецифического лечения. Они повышают клеточный обмен и тем самым нормализуют физиологические функции организма.

В педиатрической практике тканевую терапию применяют при хронических расстройствах питания, скрофулезе, кератоконъюнктивитах, туберкулезе и т. д. При этих заболеваниях она завоевала признание как метод, быстро действующий и значительно снижающий смертность. Так, проф. Гранат отмечает, что применение тканевой терапии у 50 детей с расстройством питания дизентерийной этиологии дало быстрый эффект и уменьшило смертность в 6 раз по сравнению с группой детей, леченных обычными методами.

Наблюдения в клинике проф. Гранат показали, что после первой подсадки ткани часто развивалась так называемая отрицательная фаза и ребенок терял в весе, его общее со-

стояние ухудшалось, но обычно через 10—15 дней состояние детей улучшалось и им производили повторную подсадку.

Подсадка ткани была успешно применена проф. Гранат у 18 детей, в возрасте от 5 до 15 лет, страдавших туберкулезом лимфатических узлов.

Такое же благоприятное воздействие на течение туберкулезного процесса у детей отметила Любецкая при применении клизм из рыбьего жира по методу Филатова.

Назначение рыбьего жира в клизме резко облегчает его введение и усвоение, особенно при отказе детей от приема его внутрь. При введении рыбьего жира в клизме он через систему геморроидальных вен, непосредственно попадает в кровь и обогащает ее биогенными стимуляторами, тогда как при приеме рыбьего жира внутрь он проходит через фильтр печени, где и претерпевает ряд изменений (Любецкая).

Таким образом, данные литературы говорят о хороших результатах при лечении тканевыми подсадками следующих заболеваний у детей: туберкулеза лимфатических и мезентериальных желез, скрофулезных кератоконъюнктивитов, а также при туберкулезном поражении органов в фазе экссудативной вспышки с высокой температурой и большой интоксикацией. Профессором Гранат был получен хороший результат от применения тканевой терапии и при хроническом сепсисе. С успехом применяли ее и при незаживающих язвах у детей после ожогов, травм и операций.

Все вышеуказанное говорит о несомненной эффективности метода тканевой терапии в педиатрической практике.

Стоматология и челюстно-лицевая хирургия

Тканевая терапия дает хорошие результаты в стоматологической практике и челюстно-лицевой хирургии. Особенно много в этой области сделано клинкой проф. Краузе.

М. Ф. Дашенко применял тканевую терапию по методу Краузе и наблюдал в 65,0% случаев положительный эффект при следующих заболеваниях (см. табл. 7 на стр. 56).

И. Н. Муковозов использовал химически обработанные ткани при лечении 20 больных, страдавших параличом лицевого нерва, причем в 8 случаях паралич был осложнен контрактурами мышц лица. Автором были получены хорошие результаты, и он рекомендует широко применять тканевую терапию как весьма эффективный метод комплексной терапии параличей лицевого нерва.

М. Б. Фабрикант с успехом имплантировал, по способу Харченко, плацентарную ткань в послеоперационную рану двух больных с анкилозом челюстно-височного сустава.

Табл. 7

Название заболевания	Число наблюдений	Положит. эффект
Контрактура челюстного сустава	36	19
Стойкие отеки языка	5	5
Невропатия тройничного нерва	8	6
Язвенный стоматит	4	4
Послеэкстракционные боли	5	4
Боли скальпированных ран (после операции Лексера)	7	7
	65	45

Подводя итог данным литературы, следует сказать, что тканевая терапия в стоматологической практике и челюстно-лицевой хирургии может быть рекомендована при язвенном стоматите, стойких отеках языка, послеэкстракционных болях, послеоперационных болях, параличах лицевого нерва, невропатиях тройничного нерва, контрактурах челюстных суставов, а также в виде аппликации после взятия височно-теменного лоскута по Лексеру.

Ото-рино-ларингология

Имеются клинические наблюдения о хорошем терапевтическом эффекте тканевых подсадок при хронических заболеваниях уха, горла и носа. Даже при таком заболевании, как озенза, после тканевой терапии не только проходит воспалительный процесс, но исчезает запах.

С. И. Ильченко наблюдал 4 больных озензой, леченных тканевыми подсадками. Как правило, у всех больных слизистая носа очистилась от корок, на 11 день исчез запах, появилось обоняние. В двух случаях были рецидивы через 6 месяцев.

Полученный положительный эффект при хронических заболеваниях уха, горла и носа дает основание рекомендовать проверку тканевой терапии на обширном материале в оторино-ларингологической практике.

Глава VIII

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ТКАНЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО РАЗЛИЧНЫМ АВТОРАМ

Химический состав биогенных стимуляторов и механизм действия тканевых препаратов на больный организм мало изучены. Школа академика В. П. Филатова полагает, что биостимуляторы относятся к группе непредельных дикарбоновых кислот и кислот ароматического ряда.

Биогенные стимуляторы действуют на больный организм путем усиления биохимических процессов всех тканей и органов, мобилизуя все защитные реакции организма, все его системы. Они оказывают свое «влияние на воспалительные процессы инфекционного и неинфекционного характера, на дегенеративные процессы, на рассасывание экссудатов и рубцов, на эндокринные расстройства, на процессы роста и т. д. ... Нервная система, как и всякая ткань организма, тонизируется биогенными стимуляторами и вносит вклад в процесс выздоровления» (В. П. Филатов).

Метод, предложенный проф. Краузе, в виде подсадок (подкожных вложений) окопной оболочки, обработанной хлоридом, на большом и разнообразном материале показал, что применение тканей стимулирует регенеративные процессы, способствует рассасыванию рубцов и воспалительных инфильтратов, а также обладает очень выраженным болеутоляющим действием, влияя на нервнотрофический компонент болезненного процесса. При объяснении действия подкожных подсадок проф. Краузе исходит из следующих предположений: рассасывание рубцов и воспалительных инфильтратов может происходить только при участии ферментативных протеолитических процессов (клеточных и тканевых), комплекс которых условно можно назвать «факторами протеолиза».

В статье «К проблеме безвредности поверхностной химической антисептики» («Хирургия», № 1, 1940 г.) проф. Краузе

высказывает мысль, что повреждение тканей антисептическими веществами понижает их жизнеспособность, но «вред, нанесенный ранам механически, является необходимым условием для возбуждения регенеративных процессов, для заживления; без повреждения, т. е. вреда, нет заживления». Химическое антисептическое вещество причиняет качественно такой же вред, принципиально ничем не отличающийся от механического. Следовательно, можно считать, что причиняемый антисептический «вред» может быть «организующим фактором заживления». Химический препарат, повреждая ткани, должен одновременно видоизменять их так, чтобы сделать их легко поддающимися протеолизу. При этом количество поврежденной ткани должно быть небольшим, т. е. поверхностным. «Между ходом протеолиза и развитием грануляционного процесса существует прямая зависимость. Все, что способствует ускорению протеолиза, способствует и развитию грануляции». Следовательно, повреждение от антисептического препарата должно быть таким, «чтобы погибшая ткань легко поддавалась тканевому протеолизу».

Исследования показали, что хлорацид обладает свойством видоизменять животные ткани так, что они делаются легко перевариваемыми тканевыми протеолитическими ферментами. Это свойство хлорацита позволило поставить вопрос о новом методе лечения гранулирующих ран и незаживающих язв трупной кожей, обработанной хлорацидом.

Г. Ф. Скосогоренко считает, что продукты азотистого обмена и белкового распада, накапливающиеся в коже в период ее консервации, всасываются организмом после пересадки, действуя, главным образом, на периферическую, вегетативную, в частности, на симпатическую нервную систему, восстанавливая и повышая нарушенную под влиянием патологического процесса нутритивную регулирующую функцию в тканевом обмене. Вероятно, поэтому изменяется соотношение электролитов на поверхности клеточных мембран, увеличивается проницаемость клеток, улучшается трофика, что выражается в размягчении тканей и в тенденции к заживлению при ряде заболеваний (Труды XXIV Всесоюзного съезда хирургов, М.-Л., 1939, Медгиз).

Исследования Г. Ф. Скосогоренко показали, что «действующим началом в «кожном конусе» являются те же продукты, что и в трансплантате консервированной кожи. Продукты клеточного распада, всасываясь из кожного конуса, повидимому, возбуждают симпатическую нервную систему, регуляторная, адаптационная трофическая функция которой, как в отношении мышц, так и болевых рецепторов, убедительно доказана...»

Н. Ф. Гамалея считает действующим началом в тканевых препаратах гиалуроновую кислоту и отмечает поразительное влияние ее на регенерацию нервов. У 4 животных (2 морских свинки и 2 кролика) были вырезаны кусочки седалищного нерва, после чего животные подверглись УВЧ-терапии. На соответствующих лапках у животных развились трофические язвы. Одному кролику и одной морской свинке после образования язвы вводили под кожу до 1 мл. гиалуроновой кислоты. Трофические язвы у леченных животных быстро заживали. На секции оказалось, что у животных, получивших гиалуроновую кислоту, оперированные нервы полностью восстановились, у контрольных же соответственные участки нервов отсутствовали.

Гиалуроновая кислота является составной частью зародышевых тканей.

Рассмотрение приведенных выше литературных данных дает право сделать заключение, что химическая природа биостимуляторов пока неизвестна, механизм их действия на организм изучен недостаточно. Нарастание дикарбоновых и ароматических кислот в ткани в период ее консервации не может являться серьезным доказательством, что именно они являются биостимуляторами, а не другие вещества. Для доказательства их действия необходимо установить, что они в чистом виде обладают таким же терапевтическим эффектом, как и подсадка тканей. Все это обязывает продолжать исследование по определению химической природы биостимуляторов и механизма действия тканевой терапии. Некоторые предположительные соображения по этому вопросу приведены нами на стр. 79.

Глава IX

МЕТОД КОНСЕРВАЦИИ И ПРИМЕНЕНИЯ КОНСЕРВИРОВАННОЙ ТКАНИ

В этой главе приводятся основные методы консервации ткани и техника введения ее в организм больного. Ввиду справочного характера настоящей главы и необходимости быть максимально точным в передаче технической стороны тканевой терапии, при описании большинства методов я воспроизвожу текст самих авторов. При этом, поскольку эти методы в моей практике не применялись, я не имею данных для критической оценки их.

1. МЕТОД АКАДЕМИКА В. П. ФИЛАТОВА

Приводим инструкцию № 1, составленную В. П. Филатовым, по применению автоклавирования материала. В этой инструкции даны только несколько основных примеров по применению лишь некоторых консервированных тканей. Другие материалы готовят и применяют по аналогии.

А. Имплантация

1. *Кожа человека.* а) *Заготовка кожи от трупа.* Труп должен быть свежим. Если он сохранился в условиях морга или прозектуры при прохладной температуре, то он пригоден даже через 10 часов после смерти. Если же температура, в которой он находился, была выше 10° тепла, то пользоваться его кожей можно не позднее 3—4 часов.

Омывают кожу живота мылом, дезинфицируют мыльным спиртом, спиртом с фиором и т. д., а лучше всего—1%-ным спиртовым раствором бриллиантовой зелени. Вырезают полосу кожи в 3 пальца шириной, от верхнего края грудины до пупка, вместе с небольшим слоем подкожной клетчатки. Если нужно, можно вырезать полосу кожи книзу от пупка. Бо-

лее широкие полосы не следует выкраивать, чтобы не было препятствий к зашиванию стенки живота после его вскрытия, если таковое предвидится.

Вырезывание кожи необходимо делать асептически, в интересах относительного обеспечения безбактериального хранения ее. Вырезанную кожу разрезают на куски такой величины, чтобы она свободно лежала в банках (стерильных), закрытых герметически стеклянной пробкой или же обвязанных стерильной пергаментной бумагой или резиной. Банки ставят в рефрижератор или же в ледник, в ледовое отделение, на дощечку, положенную на поверхность льда. Температура над льдом равняется 3—4° выше нуля и остается почти постоянной благодаря тому, что банки опускаются вниз вместе с поверхностью медленно таяющего льда. Ледник надо зарывать льдом 1—2 раза в сутки, так как материал должен находиться постоянно при указанной температуре. Банки остаются на льду не менее 6 суток. Длительное хранение—свыше 10 суток—нецелесообразно. Сохранность закупорки банок должна быть под строгим контролем.

В день операции подвергают кожу стерилизации в автоклаве. Перед автоклавированием кожу вынимают из банки и разрезают на куски размером, приблизительно, 15—20 кв. см. Подкожную клетчатку срезают. Можно ее и не срезать, но тогда после автоклавизации куски кожи будут облеплены вытопленным жиром, что, по существу, значения не имеет.

Автоклавизацию кожи производят либо в чашках Петри, либо в отдельных баночках.

Величина кусков после автоклавизации значительно уменьшается (с 15—20 до 6—8 кв. см.). Можно автоклавировать кожу и в больших кусках и отрезать куски нужной величины, т. е. 6—8 кв. см., перед самой операцией.

Баночки закрывают ватной пробкой, обернутой марлей. После стерилизации покрывают ватную пробку бумажным колпаком. Стерилизацию производят при 120° (1,5 атмосферы) в течение одного часа. Банку с автоклавированной кожей (в случае, если она не применена сейчас же после автоклавизации) хранят в биксе в леднике. При этом кожа пригодна для применения в течение нескольких часов после автоклавирования.

б) *Методика и техника имплантации* кожи. В каком-либо месте тела пациента—на животе, на бедре, на ягоднице, а лучше всего на боку по аксиллярной линии—оператор захватывает кожу в толстую складку своей левой рукой. У основания складки шприцом с тонкой иглой, введенной интрадермально, он впрыскивает один кубик 1%-ного но-

вокаина для образования широкого волдыря. Следующие инъекции делают, исходя иглой из волдыря, под самую кожу и глубоко в подкожную клетчатку в количестве 6—8 куб. см. Игла должна быть длиной не менее 4,5—5 см., чтобы образование длинного кармана было безболезненным. Во время впрыскивания новокаина оператор не выпускает складки из пальцев левой руки, чтобы новокаин не уходил из области операции.

Продолжая удерживать складку, оператор делает поперек нее разрез кожи, проникающий до подкожной клетчатки в пределах волдыря, длиной 3—4 см. Не выпуская складки, он проникает скальпелем, держа его плашмя, в разрез у его конца и продвигает его под самой кожей на 6 см.

Двигая нож пилообразно, оператор делает подкожный разрез до другого конца первоначального разреза, стараясь оставаться ножом в одной плоскости. Получается широкий и длинный подкожный карман. Не выпуская складки из левой руки, оператор, получив от помощника иглодержатель с иглой, проводит шов для зашивания раны, отступая на полсантиметра от краев ее.

Средняя часть шва вытягивается из раны в сторону. Не выпуская складки, оператор получает от помощника кусок кожи величиной 6—8 кв. см. (не менее 6 см.), захваченный до самого переднего края его в анатомический пинцет, вдвигает его далеко в образованный карман, ослабляя при этом сжимание складки (чтобы дать имплантату простор). В то же время, перемещая пальцы по краю разреза, оператор сжимает здесь кожу, чтобы воспрепятствовать высккиванию имплантата, и вынимает при этом анатомический пинцет из кармана, распустив его бранши. Помощник завязывает шовную нитку. Обычно только теперь появляется некоторое количество крови. Обязательно наложить 1—2 дополнительных шва. Клеюловая повязка.

При перевязках через день рану смазывают бриллиантовой зеленью или йодистой настойкой. Швы снимают через 7 дней. Операция—амбулаторно. Повторные имплантации делают через 3—4 недели. Обычно до первой имплантации производят 6—12 подкожных инъекций какого-либо экстракта из консервированных тканей. Повидому, такая подготовка усиливает действие имплантации, но она не обязательна. Можно проводить все лечение и на одних имплантациях, без комбинации с экстрактами, но предпочтительнее комбинация имплантации с инъекциями.

Имплантации кожи (и нижеуказанных материалов) при туберкулезе легких и гортани можно применять только в очень уменьшенной дозировке (начиная с 2 кв. см.) и следя за тем-

пературой, притом — после предварительных инъекций экстрактов в малых дозах (см. ниже).

в) Заготовка и применение кожи от живого человека-донора. Кожу от живого человека-донора получают только в форме излишков здоровой кожи при различного рода операциях (удаление доброкачественных опухолей, ампутация и т. д.). Кожу берут стерильно с небольшим слоем подкожной клетчатки. Дальнейшая методика соответствует вышеизложенной (хранение при 2—4° выше нуля 6—7 дней, автоклавизация).

г) Заготовка и применение кожи самого пациента. Кожу с подкожной клетчаткой вырезают на животе, бедре или ягодице с небольшим слоем жировой клетчатки; рану зашивают; лучше вырезать узкий и длинный кусок площадью в 15—20 кв. см. Остальное (консервация, автоклавирувание и имплантация) — по вышеизложенному методу.

2. Плацента. Плаценту получают в родильных домах в ближайший час после родов; кусок ее кладут в стерильную банку и сохраняют на льду, как указано выше, 6—7 дней. Автоклавизация. Перед автоклавируванием желательнее подсушить плаценту в сушильном шкафу при 60—80° в течение 1 часа.

а) Имплантация под кожу куска площадью 6—8 кв. см. и толщиной в полсантиметра. Случается, что при имплантации плацента крошится, тогда рекомендуется взять для имплантации другой кусок плаценты, желательно с обочкой.

б) Имплантацию плаценты под конъюнктиву производят одним кусочком. При этом поступают таким образом: впрыснув под конъюнктиву склеры 2 куб. см. 1%-ного новокаина (чтобы вызвать сильный хемоз), оператор захватывает конъюнктиву тонким хирургическим пинцетом. Прорезав конъюнктиву тупоконечными ножницами, оператор простирает путь под самой конъюнктивой на протяжении не менее 2 см.; держа тонким анатомическим пинцетом кусок плаценты (размером 2 x 3 x 2 мм.), оператор просовывает его далеко в канал. Раздвинув бранши анатомического пинцета, но не вынимая его, оператор хирургическим пинцетом схватывает между браншами анатомического пинцета обе губы разреза поперек и, крепко удерживая их, вытягивает анатомический пинцет из раны. Швов не нужно.

3. Другие гомоматериалы. Получение яичка, мышц, нервов, подкожной клетчатки, глазных тканей и т. д. описания не требует. Консервацию и имплантацию производят аналогично вышеизложенному.

4. *Кожа животных.* Кожу получают на бойне тотчас же после убоя. Ее вырезают из губы или на внутренней поверхности бедер, где она тонка, предварительно облив, с возможным применением асептики.

С бойни кожу доставляют в лечебное учреждение (летом, желательно, в переносном леднике). Хранение на льду 6—7 дней, автоклавизация и применение, как упомянуто выше.

При повторных курсах имплантации автоклавированных и консервированных гетерогенных тканей нет необходимости менять виды животных, так как анафилактических явлений не бывает. Это объясняется тем, что рассасывание белков имплантированных тканей начинается с минимальных количеств, сама собой получается профилактика анафилаксии, как это имеет место в методе Безредко, согласно которому анафилаксия предотвращается путем впрыскивания перед введением антигена минимальных количеств его.

5. *Другие материалы гетерогенного происхождения.* Яичко, селезенка, грудная железа, нервы, мышцы, глаз и т. д. Методика и техника понятны из вышеизложенного.

6. *Материалы растительного происхождения* (например, листья алоэ). Срезав листья алоэ (столетника), кладут их на тарелку и ставят в полную темноту на 12 суток при 4—8° выше нуля или пользуются мешками из черной бумаги. После этого срока обмывают листья от возможной пыли, разрезают на куски и кладут в банку, в которой и стерилизуют в автоклаве при 120° по общим правилам.

Имплантацию куска алоэ, величиной не менее 6 кв. см., производят после предварительного срезаания шпиклов. Повторные имплантации — через 2—3 недели.

Анафилактические явления не наблюдаются.

Б. Инъекции

1. *Плацентарный экстракт.* а) Приготовление экстракта. Ответенное количество консервированной, как указано выше, но еще не автоклавированной плаценты, взятой в виде одного куска, отмывают от крови 5-кратным погружением в сосуд с дистиллированной водой. После каждого погружения воду в сосуде заменяют свежей. Отмытую плаценту измельчают в ступке (ножницами и пестиком) и на каждые 10 г. кашицы прибавляют 100 г. дистиллированной воды. Массу перемешивают и оставляют в комнатной температуре (10—15°) один час. Затем массу нагревают на водяной бане при 80—90° в течение 25—30 минут и фильтруют через вату. Фильтрат снова нагревают, кипятят 1—2 минуты и фильтру-

ют через фильтровальную бумагу. Фильтрат разливают по ампулам. Ампулы запаивают и стерилизуют в автоклаве 1 час при 120° (1,5 атм.).

Экстракт годен в течение 6 месяцев.

Указанный способ приготовления экстракта почти лишает его белков (не более 100 мг. белкового азота в литре). Бактериологический контроль ведут по обычным правилам. Автоклаивирование и хранение в запаянных ампулах не вызывают образования осадка. Экстракт почти прозрачен и только слегка опалесцирует. Если содержимое ампулы помутнело, то такую ампулу лучше изъять. Чаще всего помутнение происходит вследствие того, что кончик ампулы сломан.

б) Применение экстракта. Инъекции экстракта консервированной плаценты делают под кожу через день или ежедневно по 1—4 куб. см. 30—35 раз на курс лечения.

Курс инъекций после перерывов в 1—2 месяца можно повторять несколько раз; можно вести лечение только на одних инъекциях. Полезна комбинация инъекций экстракта с имплантацией тканей. Инъекции безболезненны. Жалобы на боль зависят обычно от тупой иглы или от очень быстрого введения раствора, но если при острой игле есть чувствительность, то прибегают к предварительной инъекции 0,5%-ного новокаина. Иногда боль зависит от того, что по неопытности впрыскивающий ведет иглу горизонтально под самой кожей и вытаскивает кончик иглы сзади в самую кожу; игла должна идти косо в подкожную клетчатку.

2. *Экстракты из других органов человека.* Приготавливают и применяют экстракты из органов и тканей труп (кожи, яичка, мышцы, мозга, брюшины и т. д.) аналогично вышеописанному. Кожу удобнее пропускать через мясорубку, настаивая ее с дистиллированной водой или с физиологическим раствором на холоде в течение 10 часов. Экстракт годен 6 месяцев.

3. *Экстракты из гетерогенных тканей.* Приготовление и применение экстрактов из гетерогенных тканей (кожи, нервов, мозга, брюшины, яичка и т. д.) коровы, барана, козла, лошади, кролика и т. д. аналогично вышеописанному. Поскольку экстракт, благодаря кипячению с последующей фильтрацией, почти не содержит белков, применение экстрактов из гетерогенных тканей не вызывает, как показали наблюдения, анафилактических явлений при соблюдении правила впрыскивания без больших интервалов (свыше 5 дней). При длительных перерывах желательно менять экстракты в видо-м отношении. Активность экстракта сохраняется, по меньшей мере, 6 месяцев.

4. *Приготовление и применение экстрактов из консервированных листьев* (алоэ и других растений). Метод консервирования указан в п. 6 раздела А инструкции.

По истечении срока консервации листья обмывают, измельчают ножницами и растирают в ступке пестиком.

На 10 г. массы прибавляют 50 г. дистиллированной воды. Кашицу оставляют при помешивании 1—2 часа при комнатной температуре, после того ее нагревают до легкого кипения (1—2 мин.). Массу профильтровывают сквозь марлю, кипятят 2 минуты, фильтруют еще раз сквозь фильтровальную бумагу. Разливка — по ампулам, которые запечатывают и автоклавируют при 120° один час.

Бактериологическая проверка — по обычным правилам. Хранение на холоде. Действие экстракта не теряется, по меньшей мере, 6 месяцев.

Осадок на стенках ампулы не имеет значения, если содержимое прозрачно.

Впрыскивают ежедневно под кожу 1—2 куб. см., если нужно — с предварительной инъекцией 0,5%-ного новокаина. Количество впрыскиваний — от 25 до 35 на курс. Повторять курсы можно через месяц.

При туберкулезе легких или гортани применение инъекций экстрактов из плаценты или алоэ надо начинать с малых доз (0,2 куб. см.), постепенно повышая их. То же относится и к тканевой терапии лепры. Имплантации при этих заболеваниях проводят в уменьшенной дозировке и притом после 10—12 инъекций.

5. *Приготовление и применение рыбьего жира*. Рыбий жир уже давно применялся рядом авторов парентерально. Рыбий жир, по мнению акад. В. П. Филатова, обладает целебными свойствами, главным образом, благодаря тем биогенным стимуляторам, которые переходят в него из «перезривающей» печени трески в процессе ее обработки для выделения из нее жира.

Обычный аптечный жир разливают по склянкам или ампулам, которые запечатывают. Посуда должна быть предварительно нейтрализована, высушена, простерилизована. Ампулы стерилизуют в автоклаве при 120° один час; при этом может появиться помутнение содержимого. Перед инъекцией ампулы нагревают до 40°. Практично и вполне достаточно тиндализировать или пастеризовать в ампулах или склянках. Тиндализацию рыбьего жира производят 3 дня по 1 часу (не выше 70°). Стерилизованные ампулы или склянки сохраняют в темноте в прохладном помещении.

Рыбий жир вводят в организм обычно путем инъекции его межмышечно: 1) ампулы нагревают до температуры тела; 2) линию, проведенную между остью подвздошной кости и верх-

ним концом межягодичной складки, делят на 3 части и производят инъекцию в точку между наружной и средней третью. Повторно инъекции делают по соседству; 3) игла для межмышечных инъекций рыбьего жира должна быть достаточно длинной (не менее 6 см.), чтобы она проникала в мышцу, а не только в подкожную клетчатку. Для лиц с толстым жировым слоем игла должна быть длиннее (7 см.). Иглу нужно вводить строго перпендикулярно к поверхности кожи. Инъекции делают поочередно с одной и другой стороны туловища; 4) пройдя иглой вглубь на 6 см., убеждаются потягиванием за поршень в отсутствии крови. Выпустив из шприца нужное количество жира, быстрым движением извлекают иглу. Во избежание инфильтратов, никоим образом недопустимо выпускать жир в подкожную клетчатку; как при введении иглы, так и при выведении ее не следует нажимать на поршень; 5) после инъекции производят легкий массаж этого участка кожи в течение 2—3 минут и назначают профилактически тепло во избежание инфильтратов; 6) инъекции делают по 1—2 куб. см. через 1—2 дня.

Курс лечения — 30 инъекций. Курс инъекций можно повторять через 2—3 месяца.

Рыбий жир можно также вводить в виде клизм, что очень удобно в отношении детей. В резиновый баллончик набирают 1 чайную ложку рыбьего жира и 2 чайные ложки теплой воды. Сильно взбалтывают содержимое и крепким сжатием баллона вводят содержимое в прямую кишку (наконечник смазывают предварительно вазелином). Курс лечения — 30—40 клизм через день.

Аналогично применяют клизмы из экстракта алоэ, плаценты, мышц и т. д.

6. *Приготовление и применение препарата из подкожной жировой клетчатки человека*. Подкожная жировая клетчатка человека может быть получена от трупа; ее вырезают вместе с кожей, сохраняя указанные в инструкции № 1 условия. Клетчатку консервируют при 2—4° выше нуля в течение не менее 6 суток. После консервирования отделяют кожу, которая может быть использована для имплантации, а подкожная жировая клетчатка поступает для выделения из нее жира.

Подкожная жировая клетчатка может быть получена от живого донора при операциях; аутогенную подкожную жировую клетчатку можно получить у самого пациента (ее вырезают без резекции кожи).

Вытапливание жира производят на водяной бане при температуре 70—90°, без добавления воды. Собираемый в процессе вытапливания жир фильтруют через плотный бумажный

фильтр на воронке для горячего фильтрования (при 40—50°). В фильтрате выпадает осадок твердых триглицеридов, поэтому перед разливанием жира в ампулы (и перед инъекциями) следует подогревать его до состояния прозрачности; для этого бывает достаточно нагревания до 40°. Ампулы запаивают и автоклавизируют в течение 1 часа при 120°.

Количество инъекций и курс лечения — такие же, как с рыбьим жиром.

Жир вводят парентерально, межмышечно и под кожу взрослым и детям в количестве от 0,5 до 1 куб. см. Жир легко переносится больными, быстро рассасывается без каких-либо осложнений и инфильтратов. Хранить в стерильном виде в ампулах можно при комнатной температуре.

7. *Приготовление и применение препаратов из лиманной грязи.* Лиманная грязь является весьма ценным источником биогенных стимуляторов. Лечебное действие грязей обусловлено теми биогенными стимуляторами, которые организмы, принимающие участие в образовании грязи, накопили в себе перед своей гибелью.

Из лиманной грязи можно приготовить несколько лечебных препаратов: грязевой экстракт, отжим и грязевой отгон.

Приготовление отгона из грязи. 200 г. грязи помещают в круглодонную колбу емкостью 750 куб. см., прибавляют 50 куб. см. дистиллированной воды и взбалтывают 5—10 мин. Колбу соединяют с холодильником Либиха и пропускают водяной пар, подвергая, таким образом, содержимое колбы перегонке с водяным паром. Как только в приемнике соберется 150 куб. см. дистиллята, перегонку с водяным паром прекращают. При такой перегонке происходит гидролиз сернистого железа, содержащегося в грязи, вследствие чего дистиллят (отгон) содержит сероводород и серу. В большинстве случаев сера в отгоне находится в состоянии столь большой дисперсности, что не задерживается обычным фильтром.

Длительное нагревание отгона для укрупнения осадка серы вызывает потерю части летучих веществ. Для избежания потери их отгон помещают во флакон с хорошо подобранной пробкой (стеклянной или резиновой) и оставляют на 2—3 дня. Отгон после отстаивания фильтруют, осторожно нагревают для удаления сероводорода (проба свинцовой бумагой) и разливают по ампулам. Запаянные ампулы выдерживают в автоклаве при 120° в течение 1 часа. Бактериологический контроль ведут по обычным правилам. При хранении лечебное действие грязевого отгона не теряется.

Инъекции грязевого отгона делают под кожу ежедневно по 1 куб. см. 30—35 раз на курс лечения.

По стандарту лечебный грязевой отгон должен содер-

жать не менее 40 миллиграммов остаточного азота в литре. Окисляемость его равна не менее 16 миллиграммам кислорода на литр. Один литр отгона должен связывать не менее 20 миллиграммов воды. pH — не менее 7,6.

Кроме автоклавированного материала, акад. Филатов рекомендует для применения экстрактов, подвергнутых дробной стерилизации материала (инструкция № 2), материала, приготовленного из профильтрованных экстрактов (инструкция № 3); далее, он рекомендует приготовление и применение тканевых препаратов в виде микроклизма для внутреннего и наружного употребления (инструкция № 4) и приготовление и применение нестерилизованных материалов (инструкция № 5).

Список основных работ по тканевой терапии по методу академика В. П. Филатова

Филатов В. П. — Несколько соображений по поводу пересадки роговицы. «Сов. вестн. офтальм.», т. II, кн. 2, 1933, с. 141.

Филатов В. П. — От оптической пересадки роговицы к лечению кератитов в некоторых заболеваниях кожи методом тканевой трансплантации. «Вестн. офтальм.», т. XI, вып. 3, 1937, с. 295—310.

Филатов В. П. — Оптическая пересадка роговицы и тканевая терапия. Монография. Медгиз СССР, 1945.

Барт П. М. — Влияние травмы на выработку биогенных стимуляторов. «Офтальм. журн.», 1946, № 4.

Филатов В. П. и сотрудники Украинского института глазных болезней. — Инструкция по изготовлению и применению тканевых препаратов для лечения биогенными стимуляторами. Одесса, 1946.

Филатов В. П., Бибер В. А. и Скородинская В. В. — Об одном новом источнике биогенных стимуляторов. «Офтальм. журн.», 1946, № 1, с. 7—12.

Скородинская В. В. — Лечебное значение консервированных в темпоре листьях алоэ. Сб. науч. работ Укр. эксп. ин-та глаз. бол., 1946.

Иоффе Н. А. — Возникновение биогенных стимуляторов в организме. Сб. тр. Укр. эксп. ин-та глаз. бол., Медгиз, М., 1947.

Филатов В. П. — По поводу тканевой терапии. «Врач. дело», 1947, № 11—12.

Филатов В. П. и Скородинская В. В. — Тканевая терапия при кожном действии. «Врач. дело», 1947, № 11.

Бумич Д. Г. — Накопление в организме и изолированных тканях биогенных стимуляторов под влиянием ультрафиолетовых лучей. «Офтальм. журн.», 1947, № 2.

Ершкова И. Г. — Накопление в организме и изолированных тканях биогенных стимуляторов под влиянием рентгеновских лучей. «Офтальм. журн.», 1947, № 2.

Филатов В. П., Кишфельд И. П., Скородинская В. В., Шевелев В. Е. — Тканевая терапия проказ. «Мед. журн.», АН УССР, 1947, г. XVI, с. 371—389.

Филатов В. П. — Тканевая терапия. Госиздат УзССР, Ташкент, 1948.

Филатов В. П. — Оптическая пересадка рогови и тканевая терапия. Держмедиздат. УССР, 1948.

Бибер В. А., Скородинская В. В. и Фарбман И. М. —

Химические изменения в составе экстрактов из листьев алоэ в связи с процессом консервации их. «Врач. дело», 1948, № 4.

Филатов В. П. и Бибер В. А. — К вопросу о природе биогенных стимуляторов, переживающих растительных тканей. «Докл. АН СССР», 1948, т. XII, № 2, с. 259.

II. МЕТОД ПРИГОТОВЛЕНИЯ ТРУПНОЙ КОЖИ ПО Н. А. КРАУЗЕ

Кожу, взятую от трупа или от ампутированной конечности, освобождают от подкожной жировой клетчатки, помещают на сутки в раствор хлораида с содержанием хлора от 400 до 500 мг. на литр. По мере обесцвечивания раствора заменяют его свежим. Через 24 часа кожа, погруженная в указанный раствор, считается стерильной. Экспозицию в хлораиде можно увеличить до 48 часов, от этого терапевтические свойства кожи не изменятся, но необходимо, чтобы в период консервации кожа свободно омывалась жидкостью. После упомянутого срока консервации кожу хранят в стерильном физиологическом растворе. Перед употреблением погружают консервированную кожу на 10—20 мин. в раствор хлораида.

Исследования показали, что хлораид обладает свойством видоизменять животные ткани так, что они делаются легкоперевариваемыми тканевыми протеолитическими ферментами. Это действие было подтверждено следующим опытом: в подкожный карман кролика зашивали два моточка кетгута № 3, один — обработанный в течение суток в хлораиде, другой — сырой. Через 5 суток рану раскрыли. Кетгут, обработанный хлораидом, распался на кусочки, а сырой кетгут остался в том же состоянии.

Подобный опыт проведен с кусочком мышцы, результат получен тот же.

Указанное свойство хлораида позволило поставить вопрос о новом методе лечения гранулирующих ран и незаживающих язв трупной кожи, обработанной хлораидом. Трупную кожу накладывали на гранулирующие раны и язвы. На второй день отмечалось, что консервированная кожа прочно удерживается на поверхности раны за счет врастания в нее грануляций. «Врастая в кожу, грануляции ассимилируют последнюю, источают и нередко на 6—7 день местами «продают» ее насковью до эпидермального слоя». Этот совершенный биологический раздражитель регенеративных процессов, являющийся подкормкой грануляций, назван «методом подкармливания грануляций». Покрывтая такой бактерицидной тканью кожи рана (язва), кроме того, не дает нагноения. «Глубокие химические изменения, которые претерпевает ко-

жа при обработке хлораидом, позволяют сказать, что видо-вые особенности кожи, как и всякой другой ткани, уничтожаются».

Следовательно, для подкормки грануляций можно пользоваться гетерогенным материалом.

Литература

Краузе Н. И. — К проблеме безвредности поверхностной химической антисептики. Новое в лечении ран. «Хирургия», 1940, № 7, с. 3—13.

Краузе Н. И. — От проблемы безвредности поверхностной химической антисептики к тканевой терапии. «Хирургия», 1944, № 10, с. 16—25.

Краузе Н. И. — Химически денатурированные хлором ткани на службе травматической хирургии. В кн.: Тр. Саратов. мед. ин-та, т. 8, Саратов, 1949, с. 19—32.

III. МЕТОД ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО Л. Ф. СКОСОГОРЕНКО

Для лечения ряда хирургических и ортопедических заболеваний применялась кожа, взятая от трупов и от самих больных, консервированная при 4—8° тепла.

Сроки консервации колебались от 5 до 22 суток. Кожу брали от трупов (преимущественно, травматиков) вместе с подкожной клетчаткой, после предварительной обработки мыльным спиртом, а затем 2% -ным раствором бриллиантовой зелени или 6—10% -ной настойкой йода, с соблюдением строгих правил асептики. Взятую кожу помещали без всяких жидкостей и сред в герметически закрытый сосуд при 4—8° тепла. Перед подсадкой очищали кожу от подкожной клетчатки. Наилучший эффект дала кожа, взятая от трупа, со сроком консервации 6—8 дней. Значительно меньший эффект давала кожа со сроком консервации 15—18—22 дня.

Операция технически проста и в послеоперационном периоде не вызывает температурной реакции и неприятных ощущений.

Трансплантат помещают в образованный дефект кожи вблизи патологического очага, отступая от него на несколько сантиметров дистально или проксимально. Трансплантат вначале как бы вживает, а затем, на 4-й неделе, по краям начинает мумифицироваться, постепенно распространяясь к центру. По мере мумификации трансплантат приподнимается над уровнем кожи. Этот процесс продолжается до 10—12 недель, после чего трансплантат начинает отпадать, обнажая под собой нежный пластический рубец.

Кожный конус (или искусственный закрытый кожный некробиотический очаг) является новым методом неспецифической терапии.

При лечении ряда заболеваний описанным выше методом приходится применять трехкратную лечебную пересадку кожи, что связано с трудностями добывания трупной и нетрупной кожи, а также с процедурой ее консервирования. Длительным терапевтически действующим источником является новый метод лечения—«кожный конус», или закрытый некробиотический очаг.

Техника образования конуса. «Вблизи патогического очага двумя сходящимися разрезами кожи выкраивается языкообразной формы кожный лоскут с тонким слоем подкожной клетчатки длиной в 5—6—7 см. Лоскут откидывается в сторону. ...Образовавшийся дефект кожи зашивается, после чего откинутый лоскут сшивается в конус. Накапливаясь в конусе продукты некробиоза всасываются, оказывая терапевтический эффект». «С полным восстановлением васкуляризации, а с нею и полного питания кожного конуса, терапевтический эффект прекращается. ...С наступлением такого состояния на основание конуса накладывается резиновое кольцо (разрезается мягкий катетр) на 3—4 часа». В конусе образуются некробиотические продукты, которые возобновляют терапевтический эффект. У некоторых больных лечебное действие наступает спустя 1—2 часа после снятия кольца. «Отжатие конуса начинается спустя несколько дней после его образования, когда в нем полностью восстанавливалось кровообращение, и производилось через день два до тех пор, пока не достигался стойкий терапевтический результат». С получением стойкого лечебного эффекта необходимость в существовании кожного конуса отпадает, и его удаляют ножницами. «Оставшаяся ничтожная по размерам раневая поверхность в течение нескольких дней почти полностью исчезает». «Продолжительность существования конуса зависит от заболевания, при котором он применяется». Автор использовал этот закрытый некробиотический очаг на протяжении нескольких недель и даже месяцев.

Описанный метод с успехом применялся при ряде хирургических заболеваний: контрактурах, реактивных вегетативных синдромах на нижних конечностях, каузалгиях, болезненном фиксированном плоскостопии и др.

Литература

- Скогореенко Г. Ф.—Кожный конус (или искусственный закрытый кожный некробиотический очаг) как новый метод неспецифической терапии. «Врач. дело», 1941, № 2, с. 113—118.
Скогореенко Г. Ф.—Пересадка консервированной трупной кожи как метод лечения ряда хирургических и ортопедических заболеваний. В кн.: Тр. 24-го Всес. съезда хирургов. М.—Л., 1939, с. 448—454.

IV. МЕТОД ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО Д. И. ГОЛЬДБЕРГ

Сущность этого метода состоит в применении эмбриональной мази для стимуляции заживления ран и язвенных процессов.

Во 2-й фазе раневого процесса явственно проявляется стимулирующее действие эмбриональной мази на рост эпителия и грануляционной ткани. При незаконченном еще течении 1-й фазы отмечается противовоспалительное и, в ряде случаев, десенсибилизирующее влияние эмбриональной мази. В настоящее время эмбриональную мазь можно рассматривать как один из мощных и достаточно изученных стимуляторов регенерации.

Состав эмбриональной мази

1. Эмбриональная эмульсия:
 - а) кашкица из эмбриональных тканей—200,0;
 - б) масло (жирное растительное) или рыбий жир—100,0—150,0.
2. Ксероформ—5,0—10,0;
- или стрептоцид—10,0—25,0.
3. Вазелин (или жир) до 1000,0.

Эмбрионы берут на бойне или у лабораторных животных. Матку перевязывают у шейки (без удаления околоплодных вод) и в таком виде доставляют в лабораторию. Поверхность матки смазывают йодом, через разрез извлекают эмбрион, который обрабатывают стерильным физиологическим раствором и помещают в стерильной стеклянной банке в сушильный шкаф. Затем дважды пропускают его через стерильную мясорубку. Кашку взвешивают и переносят в фарфоровую ступку. После тщательного растирания кашкицы добавляют в нее ксероформ и масло. Всю смесь тщательно растирают, после чего смешивают с вазелином.

Литература

- Гольдберг Д. И.—Наш опыт стимуляции заживления ран и язвенных процессов. Томск, 1947, с. 77.
Гольдберг Д. И.—О стимуляции заживления ран. «Сов. мед.», 1942, № 9, с. 17—18.

V. МЕТОД ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ ПОЧЕТНОГО АКАДЕМИКА Е. Ф. ГАМАЛЕЯ

Этот метод применяют при туберкулезных заболеваниях, стриктурах уретры и других болезненных процессах.

Препарат готовят из стекловидного тела бычьих глаз, которое содержит сложный полисахарид—гиалуроновую кисло-

№№ п.п.	Наименование заболеваний	Сроки наблюдений					
		до 1 мес.	с 1 до 2 мес.	с 2 до 3 мес.	с 3 до 4 мес.	с 4 до 5 мес.	с 5 до 6 мес.
16	Трофические язвы . . .	—	—	—	—	2	—
17	Доброкачественные опу- холи	—	1	—	1	2	3
18	Злокачественные опухо- ли	—	—	1	6	3	11
19	Прочие заболевания . . .	4	2	1	1	—	7
	Итого . . .	38	98	56	112	85	87

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

(К вступлению)

1. Августевич П. А. — К вопросу о лечебной пересадке. В кн.: Сб. науч. работ, посвящ. 70-летию акад. В. П. Филатова. Одесса, 1946, стр. 210—214.
2. Адамюк В. Е. — О лечебной пересадке тканей. «Вестн. офтальм.», 1943, т. 22, вып. 4, стр. 12—14.
3. Арсенов М. С. — Влияние соков овощей на заживление ран. «Хирургия», 1938, № 10, стр. 46—49.
4. Арчаков И. И. — О влиянии трансплантации плацентарной ткани на яичники и получение гормональной стерилизации. М., 1937, 92 стр.
5. Афанасьева О. П. — Гомотрансплантация и имплантация пастеризованной кожи в эксперименте на животных. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экспер. офтальм., т. I, Одесса, 1940, стр. 213—218.
6. Важенцова М. А. — Сравнительное изучение различных способов консервации роговицы путем метода тканевых культур. Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 52—53.
7. Бердичевский А. Г. — Гомопластическая ткань, как лечебный фактор. «Хирургия», 1937, № 7, стр. 3—7.
8. Березнеговская Л. Н. и Верховская Н. А. — Влияние экстрактов эмбрионов и органов взрослых животных на скорость заживления ран у картофельных клубней. В кн.: Стимуляция заживления ран и язвенных процессов, 1946, сб. 2, Томск, стр. 69—75.
9. Березнеговская Л. Н. и Чеснокова З. И. — Влияние экстрактов из эмбрионов и тканей взрослых животных на размножение дрожжей. В кн.: Стимуляция заживления ран и язвенных процессов, сб. 2, Томск, 1946, стр. 76—83.
10. Берхман И. И. и Розин М. А. — К вопросу о влиянии стимуляторов на некоторые функции человеческого организма. В кн.: Тр. Уч. мед. совета при нач. Мед.-сан. упр. МВФ, т. 5, вып. 1, № 17, Л., 1946, стр. 47—60.
11. Берхман И. И. — Эргографическое исследование сравнительного действия некоторых стимуляторов на мышечную работу человека. В кн.: Тр. Уч. мед. совета при нач. Мед.-сан. упр. МВФ, т. 5, вып. 1, № 17, Л., 1946, стр. 46—47.
12. Бибер В. А., Фарбман И. М. — К вопросу о стандарте на отгон экстракта из лиманной грязи. Учен. зап. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. им. В. П. Филатова, т. I, 1949, стр. 91.
13. Бунгафт М. Б. — Влияние автоклавированного экстракта консервированных листьев алоэ на чувствительность к стрихнину. Учен. зап. Укр. экспер. ин-та глаз. бол. им. В. П. Филатова, т. I, 1949, стр. 252.
14. Вашетко Н. П., Козловский В. С. — Препарат для тканевой терапии «сиккоплацентин» проф. Н. С. Харченка. «Педиатр., акуш. и гинек.», 1949, № 2, стр. 32.

16. Вельтер С. Л. и Глейberman Е. Я. — Выживаемость бледной спирохеты в тканях при консервации на холоде. В кн.: *Тр. Укр. ин-та экскер. офтальм.*, т. 1, Одесса, 1940, стр. 181—189.
16. Венчиков А. И. — Метод лечения заболеваний человека путем физиологической стимуляции его организма биотиками. «Сов. здравоохран.», 1942, Туркменин, № 4—5, стр. 70—75.
17. Войнов-Ясневский В. В. — Гистоморфологические изменения в роговице глаза лягушки, сохраняющегося при пониженной температуре во влажной камере. Учен. зап. Укр. экскер. ин-та глазн. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 244.
18. Гарин Н. Д. — Методика применения и эффективность тканевой терапии. «Вестн. экскер. офтальм.», 1945, т. 65, № 5, стр. 17—24.
19. Герцикова К. А. — Действие метаболитов мозга на тонус гладкой мускулатуры. «Бюлл. экскер. биол. и мед.», 1937, т. IV, вып. 3, стр. 250—253.
20. Герцикова К. А. — Действие метаболитов мозга на функции печени. «Бюлл. экскер. биол. и мед.», 1936, т. I, № 1, стр. 35—37.
21. Глейberman Е. Я., Баженова М. А. — Случай влияния пересадки консервированной кожи кролика с экспериментальным кожным туберкулезом. В кн.: *Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм.*, вып. 2, Одесса, 1938, стр. 28—30.
22. Глейberman Е. Я. — Трансплантация консервированной кожи при экспериментальном туберкулезе кожи. В кн.: *Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм.*, Одесса, 1939, стр. 143—144.
23. Григорьева В. И. — Гистологические исследования консервированной на холоду роговицы кролика. «Вестн. офтальм.», 1950, № 3, стр. 14.
24. Журавская-Фике А. А., Очан С. И., Розенфельд Л. Е., Горбань М. А., Шестерикова Т. П., Юзефович Е. К. — Влияние биогенных стимуляторов на активность ферментов. В кн.: *Тр. VII Всесоюз. съезда физиол., биохим., фармакол. М.*, 1947, стр. 597—598.
25. Завадовский Е. М. — Эффект повышения многоплодия у свиней под влиянием гонадостимуляторов. С. Ж. К. Докл. АН СССР, 1945, т. XVII, № 3, стр. 230—232.
26. Кальфа С. Ф. и Шевалев В. Е. — В. П. Филатов (Краткий очерк жизни и творчества). Киев, 1946, стр. 48.
27. Кальфа С. Ф. и Вассерман И. А. — Этапы развития тканевой терапии. В кн.: *Сб. научн. работ Туркмен. респ. трахомат. ин-та*, т. 3, 1944, стр. 33—36.
28. Кальфа С. Ф. — Лечение консервированными тканями по Филатову при военных повреждениях. В кн.: *Тр. Оборон. респ. сессии Туркмен. научн. мед. о-ва, Ашхабад*, 1945, стр. 107—112.
29. Кальфа С. Ф. и Ю. — О влиянии срока консервации тканей на результат лечения. В кн.: *Сб. работ клин. глазн. бол. Сталинабадск. мед. ин-та и респ. трахомат. диспансера*, 1947, стр. 72—73.
30. Кашук М. Э. — Влияние экстракта из крови человека, утомленного мышечной работой, на процессы регенерации. «Офтальм. журн.», 1947, № 2, стр. 61—65.
31. Ковальский В. В., Палядина Л. И., Эпельбаум С. Е. и Ропп А. И. — Влияние водных экстрактов из консервированной трупной кожи на заживление ран. В кн.: *Воен. мед. глуб. тыла в Отечеств. войну*, Ташкент, 1943, стр. 204—208.
32. Ковальский В. В., Палядина Л. И., Эпельбаум С. Е. и Ропп А. И. — Влияние экстрактов из консервированной кожи на заживление ран. (Сообщ. 1). В кн.: *Сб. тр. Укр. экскер. ин-та глазн. бол. М.*, 1947, стр. 131—135.
33. Кричевская Е. И. — К вопросу о действии метаболитов различных органов на экскреторную функцию печени. «Бюлл. экскер. биол. и мед.», 1937, т. IV, вып. 3, стр. 233—236.
34. Крымов А. П. — Тканевая терапия. «Сов. мед.», 1944, № 9, стр. 15—16.
35. Лемберг Ц. С. — Механизм действия препаратов тканевой терапии. «Бюлл. экскер. биол. и мед.», 1947, т. XXIII, вып. 2, стр. 91—92.
36. Лигану Н. Г. — Влияние кожной пересадки на регенерацию (Экскер. исследование над трихоном). В кн.: *Научн. матер. Укр. ин-та офтальм.*, Одесса, 1939, стр. 138—139.
37. Лысенко Т. Д., акад. — О положении в биологической науке. Докл. на сессии ВАСХНИЛ, 1948.
38. Михальсон М. Я. — Фармакологическая характеристика современных стимуляторов и их практическое применение. В кн.: *Тр. Укр. мед. совета при нач. Мед.-сан. упр. ВМФ*, т. 1, вып. 1, № 17, Л., 1946, стр. 26—39.
39. Модестов В. А. — Критический обзор литературы по тканевой терапии. «Совет. мед.», 1947, № 8, стр. 53—59.
40. Мучник С. Р. — Сохранение реактивности роговочной ткани при консервации. Учен. зап. Укр. экскер. ин-та глазн. бол. им. В. П. Филатова, т. I, 1949, стр. 58—68.
41. Мучник С. Р. — Влияние экстрактов консервированной кожи на проницаемость кожи. Учен. зап. Укр. экскер. ин-та глазн. бол. им. В. П. Филатова.
42. Мучник С. Р. — Влияние экстрактов консервированной кожи на проницаемость соединительной ткани на фоне местного торможения. Учен. зап. Укр. экскер. ин-та глазн. бол. им. В. П. Филатова, т. I, 1949, стр. 240.
43. Никиторова Е. М., Тучина Т. М. — Тканевая терапия. В кн.: *Сб. научн. работ эвакогоспит. НКЗ. Б.-М. АССР, Улан-Удэ*, 1947, стр. 81.
44. Платонов Г. Е. и Васильева З. С. — Влияние метаболитов здорового и туберкулезного легкого на окислительные процессы органов. В. Э. б. и м., 1944, т. XVII, вып. 4—5, стр. 6—47.
45. Платонова Т. Г. — Влияние метаболитов кожи на сердечно-сосудистую систему. В. Э. б. и м., 1938, т. VI, № 6, стр. 646—648.
46. Поляков К. Л. — Влияние мышечных метаболитов на утомление нервно-мышечного аппарата. В. Э. б. и м., 1936, т. I, вып. 1, стр. 41—43.
47. Раппопорт С. Я. — К вопросу действия мышечных метаболитов на сердце. Сб. тр. ин-та физиол. Н. К. провещ., т. I, М.-Л., 1934, стр. 76—100.
48. Рошин В. П. — Гистологическая структура роговочной диска-трансплантата при его прозрачном прижигании. «Здравоохр. Казахстана», 1943, № 4—5.
49. Сабанев Д. П. — Плазмол С-25. «Врач. дело», 1946, № 9, стр. 617—622.
50. Сахнулина Г. Т. — Влияние снотворных и стимулирующих нервную систему веществ на восстановление функций анемизированной центральной нервной системы лягушки. Докл. АН СССР, нов. сер., 1946, 52, стр. 269—271.
51. Селянинова А. М. и Громаковская М. М. — Влияние метаболитов мозга на сердце. «Бюлл. экскер. биол. и мед.», т. 8, вып. 1, стр. 59—62.
52. Селянинова А. М. — Влияние метаболитов покоящихся и работающих мышц на сердце. «Бюлл. экскер. биол. и мед.», т. 8, вып. 1, 1936, стр. 309.
53. Селянинова А. М. и Громаковская М. М. — Влияние метаболитов мозга на сердце. «Бюлл. экскер. биол. и мед.», т. 8, вып. 1, 1936, 2, 4, стр. 309—312.

54. Серебряков Л. В. и Винник Р. Д.—Реакция тканей на введение помидорного и апельсинового соков. «Хирургия», 1938, № 10, стр. 31—33.
55. Сесюния П. А.—Биологическое свойство метаболитов центральной нервной системы позвоночных животных. «Бюлл. эксп. биол. и мед.», 1938, т. V, вып. 5—6.
56. Скородинская В. В.—Лечебное значение листьев алоэ. Диссертация на степень канд. мед. наук. В кн.: Сб. науч. работ, посвящ. 70-летию акад. В. П. Филатова. Одесса, 1946, стр. 85—88.
57. Скородинская В. В.—Лечебные значения консервированного у терпиды листа алоэ. «Медич. журн.», 1947, т. 17, стр. 453—456.
58. Скородинская В. В. и Тарасова А. И.—Влияние водных экстрактов из консервированных тканей на заживление дефектов кожи у белых мышей. В кн.: Сб. тр. Укр. эксп. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 128—130.
59. Смирнова В. М.—Тканевые культуры. Л., 1933.
60. Снежков В. П.—Влияние помидорного и апельсинового соков различных концентраций на рост изолированной культуры соединительной ткани. «Хирургия», 1938, № 10, стр. 34—35.
61. Стрельцов В. В.—О применении некоторых методов физиологической оптики при испытании стимуляторов. В кн.: Тр. Уч. мед. совета при нач. Мед.-сан. упр. ВМФ, 1946, т. 5, вып. 1, № 17, стр. 50—62.
62. Файтельберг Р. О. и Евдокимов Н. А.—Измерения отдельной работы желез желудка в связи с пересадкой консервированной кожи. В кн.: Сб. тр. Укр. эксп. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 188—202.
63. Файтельберг Р. О. и Хаметов В. Г.—Влияние пересадки консервированной кожи на скорость заживления ран. В кн.: Сб. тр. Укр. эксп. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 141—144.
64. Филатов В. П.—Дальнейшие материалы по вопросу о лечебном значении консервированных тканей. «Сов. мед.», 1940, № 13—14, стр. 5—8.
65. Филатов В. П.—К вопросу о лечебной пересадке тканей. «Врач. дело», № 11—12, стр. 813—822.
66. Филатов В. П.—Лечебная пересадка тканей. «Пробл. туб.», 1939, № 5, стр. 8—13.
67. Филатов В. П.—Лечебная пересадка тканей. «Сов. наука», 1940, № 6, стр. 81—91.
68. Филатов В. П.—Лечебный эффект тканевых пересадок. «Сов. мед.», 1937, № 11—12, стр. 3—8.
69. Филатов В. П.—Некоторые вопросы тканевой терапии. «Офтальм. журн.», 1946, № 3, стр. 3—6.
70. Филатов В. П.—О лечебном применении консервированных тканей. «Анналы ин-та Склифовского», 1942, т. 3, кн. 1, стр. 33—50.
71. Филатов В. П.—Основные вопросы тканевой терапии. (Лечение биогенными стимуляторами). «Хирургия», 1949, № 7, стр. 3—11.
72. Филатов В. П.—Основы тканевой терапии. (Лечение биогенными стимуляторами). «Сов. мед.», 1947, № 8, стр. 22—28.
73. Филатов В. П.—От оптической пересадки роговицы к лечебной трансплантации тканей. «Арх. биол. наук», 1938, т. 50, вып. 3, стр. 21—35.
74. Филатов В. П.—Работа моей школы в период Великой Отечественной войны. Сб. р. Укр. эксп. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 9—15.
75. Филатов В. П.—Рабочая гипотеза тканевого лечения. В кн.: Воен. мед. гл. упр. в Отечества войну/Ташкент, 1943, стр. 46—52; «Ветеринария», 1943, № 12, стр. 34—36.
76. Филатов В. П.—Рабочая гипотеза тканевого лечения. В кн.: Юбилейн. збірник, т. 1, Куйбышев, 1944, стр. 400—408.
77. Филатов В. П.—Тканевая терапия. (Лечение биогенными стимуляторами). Ташкент, Госиздат, УзССР, 1948, 207 стр.
78. Филатов В. П.—Тканевая терапия. (Лечение физиологическими стимуляторами тканевого происхождения). Ташкент, Госиздат, УзССР, 1943, 95 стр.
79. Филатов В. П.—Тканевое лечение в условиях военного времени. «Вестн. офтальм.», 1943, т. 22, вып. 5, стр. 6—11.
80. Филатов В. П.—Тканевая терапия. К., инд-во АН УССР, 1940, 37 стр.
81. Филатов В. П. и Бибер В. А.—Препараты из консервированной плаценты. «Врач. дело», 1949, № 10, стр. 949—952.
82. Филатов В. П. и Кашук М. Э.—Тканевая терапия и ее роль в восстановительном лечении. (Лечение биогенными стимуляторами). В кн.: Боевые повреждения глаз и их лечение. М., 1947, стр. 77—81.
83. Филатов В. П. и Глейберман Е. Д.—Влияние трансплантации консервированной кожи на течение туберкулезного процесса у экспериментальных животных. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та эксп. офтальм. Одесса, 1939, стр. 140—142.
84. Хапфин Ф. А.—О химической консервации трупных тканей, применяемых для лечебных пересадок. В кн.: Тр. Киргизск. гос. мед. ин-та, т. 2, Фрунзе, 1945, стр. 91—94.
85. Харченко Н. С.—Препараты плаценты и их клиническое применение. «Акуш. и гинекол.», 1947, № 2, стр. 27—31.
86. Харченко Н. С., Фабрикант М. Б., Браунштейн Н. Е., Фрумин Л. Л.—Значение сухих консервированных тканей для терапии. «Врач. дело», 1947, № 11, стр. 1057—1062.
87. Харченко Н. С., Фабрикант М. Б.—Биологический метод лечения ран. «Врач. дело», 1945, № 5—6, стр. 267—270.
88. Харченко Н. С., Паренко П. П., Ротенберг Я. И., Фабрикант М. Б.—Новый биологический метод лечения ран. В кн.: Тр. Киргизск. гос. мед. ин-та, т. 1, Фрунзе, 1943, стр. 31—38.
89. Харченко Н. С., Паренко П. П., Ротенберг Я. И. и Фабрикант М. Б.—О новом биологическом методе лечения ран. «Хирургия», 1945, № 6, стр. 10—13.
90. Чикало И. И.—К вопросу о аликатах и «биогенных стимуляторах». В кн.: Сб. тр. Укр. эксп. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 169—180.
91. Шиварова Е. Д. и Дормидонтова К. В.—Регенерация нервов в экспериментальных белках после местного лечения алоэ. «Офтальм. журн.», 1949, № 1, стр. 29—33.
92. Шарикова А. Ф. и Раппопорт С. Я.—К вопросу о химической регуляции сердечной деятельности. Влияние метаболитов некоторых органов и тканей на коронарную циркуляцию. М. Б. Ж. 1938, 6, стр. 49—61.
93. Шарикова А. Ф. и Раппопорт С. Я.—Влияние метаболитов некоторых органов и тканей на работу сердца. М. Б. Ж., 1928, 6, стр. 61—74.
94. Янык Н. Р.—Влияние пересадки консервированной кожи на заживление кожного дефекта в эксперименте на животных. В кн.: Тр. Укр. ин-та эксп. офтальм., т. 1, Одесса, 1940, стр. 203—210.

К главе 1

1. Аго А. Б.—Тканевая терапия по методу В. П. Филатова при сужении мочеиспускательного канала. Учен. зап. Укр. эксп. ин-та глазн. бол. ин. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 334—343.
2. Адамов С. У.—Тканевая терапия при контрактурах, тугопо-

движности суставов и обезображивающих рубцов лица, шеи со сведением головы. По материалам госпитальной хирургической клиники, (Доложено 4-XI 1949 г. на совещании по тканевой терапии в г. Ростове и-Д.).

3. Александрович Е. В. — Роль тканевой терапии в восстановительной хирургии. В кн.: Материалы III и IV съездов сельских врачей Вологодской обл. 1945—46 гг. Вологда, 1947, стр. 71—75.

4. Айбазиан А. В. — Лечение сужений мочеиспускательного канала подсадкой консервированной ткани. «Врач. дело», 1950, № 3, стр. 259—260.

5. Аителавз Н. В. — Лечение ран плацентарной оболочкой, обработанной хлоралдом. «Хирургия», 1945, № 2, стр. 16—18.

6. Арнон М. С. — Влияние соков овощей на заживление ран. «Хирургия», 1938, № 10, стр. 46—49.

7. Бабенин И. Г. — Тканевая терапия при некоторых хирургических заболеваниях. В кн.: Тр. Даг. мед. ин-та, т. 4. Махач-Кала, 1948, стр. 249—258.

8. Бабский А. А., Хелимский М. А., Крутяченко А. А. — Тканевая терапия по методу акад. Филатова при некоторых хирургических заболеваниях. «Хирургия», 1950, № 3, стр. 64—69.

9. Бакал С. А. и Верков И. И. — Лечение самопроизвольной гангрены тканевой терапией по методу акад. В. П. Филатова «Хирургия», 1949, № 9, стр. 65—69.

10. Баккал С. А. и Школяр П. В. — Применение тканевой терапии по методу акад. Филатова при ограниченных структурах пищевода после ожогов кислотами и щелочами. «Хирургия», 1950.

11. Барг Ц. М. и Серебряник Ф. Я. — Тканевая терапия незаживающих язв кожи. В кн.: Сб. научных работ, посвящ. 70-летию акад. В. П. Филатова, Одесса, 1946, стр. 215—218.

12. Бердичевский Г. А. — Тканевое лечение (гистiotерапия) при плохом заживающих ранах. «Хирургия», 1944, № 9, стр. 21—25.

13. Блохин В. Н. — Лечение незаживающих ран, язв и контрактур подсадкой химически обработанной ткани по Краузе. «Хирургия», 1945, № 6, стр. 3—10.

14. Бровар В. И. — Лечение длительно незаживающих язв и инфицированных ран аспиринным соком у амбулаторно больных. «Хирургия», 1938, № 10, стр. 39—42.

15. Вилесов С. П. — К технике пересадки кожи по Филатову. «Хирургия», 1940, № 7, стр. 79—84.

16. Гарин Н. Д. — Методика приготвления и эффективности тканевой терапии. «Вестн. хир.», 1945, т. XVI, № 5, стр. 17—24.

17. Гарин Н. Д. — Практическая ценность тканевой терапии. Санслужба в дни Отечественной войны. Выпуск VIII. Свердловск, 1946, стр. 290—292.

18. Генсес С. Г. — Лизаты и лизатотерапия. «Врач. дело», 1934, № 4, стр. 295—304.

19. Герасименко Н. И. — К вопросу о лечении консервированными тканями по Филатову. «Хирургия», 1946, № 3, стр. 23—29.

20. Голигорский С. Д. — Терапия консервированными тканями по методу акад. Филатова при длительно незаживающих ранах и язвах. «Хирургия», 1946, № 2, стр. 12—14.

21. Голигорский С. Д. — Неспецифическая терапия каузалгии. «Хирургия», 1948, № 8.

22. Голигорский С. Д. — Терапия консервированными тканями по методу акад. Филатова. «Хирургия», 1946, № 2, стр. 12—13.

23. Гольдберг Д. И. — Материалы по стимуляции заживления ран и язвенных процессов. «Сов. мед.», 1946, № 1—2, стр. 13—16.

24. Гольдберг Д. И. — Инструкции по изготовлению и применению 20—25% эмбриональной мазн, эмбриональной эмульсии. В кн.: Сти-

муляция заживления ран и язвенных процессов. Сб. № 2, Томск, 1946, стр. 225—229.

25. Гольдберг Д. И. — Итоги четырех лет работы по терапии и практике стимуляции заживления ран и язвенных процессов. В кн.: Стимуляция заживления ран и язвенных процессов. Сб. 2, Томск, 1946, стр. 213—225.

26. Гольдберг Д. И. — Стимуляция заживления ран. «Хирургия», 1944, № 5, стр. 16—18.

27. Горелов В. А. — Лечение длительно незаживающих ран плацентарной оболочкой. В кн.: Сб. тр. загоспит. Воронеж, 1946, стр. 169—172.

28. Гундарев К. М. и Александрович Е. В. — Два случая лечения самопроизвольной гангрены тканевой терапией по методу акад. В. П. Филатова. «Хирургия», 1949, № 9, стр. 69—71.

29. Гундарев К. М. — Опыт лечения самопроизвольной гангрены тканевой терапией по методу акад. Филатова. «Хирургия», 1950, № 7.

30. Дембо Н. А. — Влияние подсадки кожи на заживление язв. «Вестн. хир.», 1950, № 1, стр. 43—48.

31. Дуныш М. В. — Лечебная пересадка консервированной гомопластической брюшины. «Сов. мед.», 1941, № 1, стр. 24—27.

32. Ершковиц И. Г. — Тканевая терапия рубцов послевоенных травм и ожогов. В кн.: Сб. научн. работ, посвящ. 70-летию акад. В. П. Филатова. Одесса, 1946, стр. 188—195.

33. Ершковиц И. Г. — Тканевая терапия каузалгии и фантомных болей. Учен. зап. Укр. эксп. ин-та глаз. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 202—207.

34. Жванецкий-Заболотный А. Д. — Тканевая терапия по методу акад. В. П. Филатова при раковых язвах кожи. «Хирургия», 1950, № 3, стр. 74—78.

35. Коздоба А. З. — Применение лизатов при аденокарциномах экспериментальных раках. «Сов. врач. газ.», 1934, № 22, стр. 1643—1644.

36. Ильенков С. И. — Лечение консервированными тканями по Краузе. «Хирургия», 1943, № 8, стр. 10—13.

37. Кассиль Г. Н. и Шарикова А. Ф. — Стимуляция заживления ран препаратами эмбриональной ткани. В кн.: Рэф. работ учр. отд. биол. наук АН СССР за 1941—43 гг., М.-Л., 1945, стр. 343—344.

38. Кашук М. Э. и Голигорский С. Д. — Лечение долго незаживающих язв и рубцовых контрактур имплантацией консервированной кожи. В кн.: Сб. тр. Укр. эксп. ин-та глаз. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 116—119.

39. Ковальский В. В., Картамышев А. И., Паладина Л. И. и Эпельбаум С. Е. — Влияние водных экстрактов из консервированной кожи на регенеративные процессы. В кн.: Сб. тр. Укр. эксп. ин-та глаз. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 136—141.

40. Ковальский В. В., Паладина Л. И. и Эпельбаум С. Е. — Влияние водных экстрактов из консервированной кожи на заживление язв и ран. «Бюлл. эксп. биол. и мед.», 1945, т. 20, вып. 4—5, стр. 33—36.

41. Колпаков Г. А. — Лечебная пересадка консервированной кожи кролика. «Хирургия», 1942, № 7, стр. 13—18.

42. Коробейник Б. К. — Лечение ран подсадкой плацентарной ткани. В кн.: Вопросы воен. хир. и абдомина. хир. Горький, 1946, стр. 335—346.

43. Купяница В. А. — Лечение облитерирующего эндартериита (По матер. клиники). Тр. госпит. хир. клиники Свердл. мед. ин-та, 1918, вып. 4, стр. 279—304.

44. Лазарев Н. В. — Проблема стимуляторов в практическом аспекте. «Писар и сан.», 1945, № 10—11, стр. 18—26.

- «шихся рубцов и трофических язв. В кн.: Тр. Казанск. н.-и. ин-та ортопедии и восстанов. хирург., т. 3, 1949, стр. 89—95.

ров. Учен. зап. Укр. экспер. ин-та глазн. бол., им. Филатова, т. I, 1949, стр. 76.

90. Фридман Е. С. — Тканевая терапия язворагнующих ран. (Предварит. сообщ.). В кн.: Сб. тр. н.-и. ин-та ортопед. травм и протезир., т. I, Ташкент, 1948, стр. 157—164.

91. Хавкин Л. С. — Тканевая терапия длительно незаживающих ран. «Хирургия», 1947, № 3, стр. 32—37.

92. Хромов В. М. и Сыротецкая Г. Л. — Тканевая терапия язворагнующих ран. В кн.: Сб. научн. работ эвакогоспит. г. Астрахани, 1946, стр. 122—129.

93. Паренко П. П. — Опыт применения сиклопалентина в лечении инфицированных ран. В кн.: Тр. Киргизск. мед. ин-та, т. I, Фрунзе, 1943, стр. 41—45.

94. Пукерман Н. В. — Лечение свежих ран и длительно незаживающих язв сухими тканевыми препаратами. «Врач. делов», 1948, № 12, стр. 1049—1054.

95. Черепанова О. Д. — Лечение ран сиклопалентином. В кн.: Тр. Киргизск. мед. ин-та, т. I, Фрунзе, 1943, стр. 47—48.

96. Черкасова Т. И. — Тканевая терапия язворагнующих ран и язв ампутационной культы. «Госпит. делов», 1946, № 9, стр. 15—18.

97. Чернышев И. М. — Тканевая терапия сухой пласцентой при урологических заболеваниях. «Врач. делов», 1949, № 4, стр. 329—334.

98. Школьников Л. Г. — Термическое влияние ткани пуловины при облитерирующих аортоартериях. В кн.: Итоговая научн. конф. Новосибирск. мед. ин-та и ин-та усоверш. врач. за 1948 г. (Тезисы и авторефераты). Новосибирск, 1949, стр. 215—217.

99. Шмудья Л. П. — Излечение торпидной язвы кожи лечебной пересадкой консервированной кожи по Филатову. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та эксперим. офтальм. Одесса, 1939, стр. 84—85.

100. Шмудья Л. П. — Имплантация консервированной ткани в воен.-хирург. практике. В кн.: Сб. научн. тр. эвакогоспит. Даг. АССР, вып. I, Махач-Кала, 1943, стр. 213—214.

101. Шрайт М. С. — Влияние инъекции эмбрионального экстракта на динамику рубцовой ткани. В кн.: Стимул. заживлен. ран и язв, процессов. Томск, 1946, стр. 113—116.

102. Эфрос Б. И. — Лечение трофических язв в нижних конечностях пересадкой консервированного гомопластического сальника. Вильнюс, 1949.

103. Якубман Л. А. — Лечение язворагнующих ран подсадкой консервированных тканей. В кн.: Сб. научн. тр. врач. эвакогоспит. Башкирии, т. I, вып. I, Уфа, 1945, стр. 149—150.

104. Якубман Л. А. — Опыт лечения язворагнующих ран подсадкой консервированных тканей. «Госпит. делов», 1945, № 12, стр. 33—37.

К главе II

1. Альперин М. М. и Штейнгарц А. М. — Опыт лечения туберкулеза легких экстрактом листьев алоэ, консервированных по методу акад. Филатова. В кн.: Тезисы к докл. на научн. сессии 12—13 апреля 1947 г. Одесск. н.-и. туб. ин-та. Одесса, 1947, стр. 4—6.

2. Альперин М. М. и Штейнгарц А. М. — Тканевая терапия при туберкулезе легких. В кн.: Учен. зап. Одесск. н.-и. ин-та туберкулеза, т. 2, 1948, стр. 25—29.

3. Бутягин С. Н. — Тканевая терапия в условиях санаторно-курортного лечения. Учен. зап. Укр. экспер. ин-та глазн. бол., им. В. П. Филатова, т. I, 1949, стр. 198—201.

4. Гаспарян И. Г. — Консервированная ткань в терапии туберкулеза. «Пробл. туб.», 1949, № 1, стр. 24—29.

5. Геняцкий А. Г., Барбашева З. И., Шамарина Н. М. — Современные стимуляторы нервной системы (бензедрин). «Успехи соврем. биол.», 1943, XVI, № 2, стр. 113—126.

6. Коган Е. С. — Опыт лечения бронхиальной астмы инъекциями алоэ. «Врач. делов», 1948, № 7, стр. 629—630.

7. Тригер В. А. — Тканевая терапия хронических деформирующих полиартритов. Учен. зап. Укр. экспер. ин-та глазн. бол., им. В. П. Филатова, т. I, 1949, стр. 193.

8. Филатов В. П. — Гомотрансплантация трупной консервированной кожи при язве 12-перстной кишки. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та эксперим. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 3—5.

9. Филатов В. П. — Лечебная пересадка консервированной кожи при бронхиальной астме. «Казанск. мед. журн.», 1939, № 4, стр. 6—7.

10. Филатов В. П. — Лечение бронхиальной астмы внутримышечными инъекциями рыбьего жира. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та эксперим. офтальм. Одесса, 1939, стр. 92—93.

11. Филатов В. П. и Кан Т. Д. — Гомотрансплантация трупной консервированной кожи при туберкулезе легких. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та эксперим. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 8—11.

12. Филатов В. П., Крайфельд Б. И. — Гомотрансплантация трупной консервированной кожи при язве желудка. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та эксперим. офтальм. Одесса, 1939, стр. 78—79.

13. Филатов В. П. и Можаровская В. А. — Случай лечебной пересадки кожи при диабете и глаукоме. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та эксперим. офтальм. Одесса, 1939, стр. 114—115.

14. Филатов В. П. и Циклис И. Е. — Лечебная пересадка консервированной кожи при бронхиальной астме. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та эксперим. офтальм. Одесса, 1939, стр. 90.

15. Холод А. В. — Опыт применения пересадки гипофиза при несхарном мочеизнурении. Тр. Курск. мед. ин-та, т. II, вып. 2, 1948, стр. 147—152.

16. Шейкин А. И. — К вопросу о лечении бронхиальной астмы внутримышечными инъекциями рыбьего жира. «Клин. мед.», 1940, № 10, стр. 121—122.

К главе III

1. Абдулаев Г. Г. — Опыт применения гетерогенной ткани в лечении трахомы и ее осложнений. «Вестн. офтальм.», 1941, т. 18, вып. 6, стр. 579—589.

2. Абдулаев Г. Г. — Тканевая гомотрансплантация при трахоме и ее осложнениях. «Вестн. офтальм.», 1939, т. 15, вып. 2, стр. 52—59.

3. Абдулаев Г. Г. — Случай частичной сквозной пересадки роговицы, протекавшей без помутнения трансплантата в послеоперационном периоде. «Вестн. офтальм.», 1945, № 5—6, стр. 64.

4. Авербух С. Л. — Сравнительная оценка дезаллергизирующих свойств туберкулина и субконъюнктивальных имплантаций кетгута при туберкулезных и скрофулезных заболеваниях глаз. «Вестн. офтальм.», 1949, т. 28, вып. 3, стр. 26—29.

5. Авербух С. Л. — Тканевая терапия в виде имплантации кетгута как дезаллергизирующий фактор при скрофулезных и туберкулезных заболеваниях глаз. «Офтальм. журн.», 1948, № 1, стр. 38—41.

6. Александрович Е. — Лечение помутнений роговой оболочки пересадкой консервированной трупной роговицы. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та эксперим. офтальм., т. I, Одесса, 1940, стр. 137—139.

7. Александрович Е. В. — О лечении атрофий зрительных нервов тканевой терапией по В. П. Филатову. «Офтальм. журн.», 1918, № 1, стр. 20—23.
8. Андреева В. В. — Дальнейшие наблюдения над рассасыванием отложений на передней поверхности хрусталика под влиянием пересадки роговой оболочки. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офталм. Одесса, 1939, стр. 43—44.
9. Андреева В. В. — Дальнейшие наблюдения над рассасыванием отложений на передней поверхности хрусталика под влиянием пересадки роговой оболочки. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экскер. офталм., т. 1, Одесса, 1940, стр. 115—117.
10. Андреева В. В. — Проводящая частичная несквозная пересадка роговицы при помутнениях роговой оболочки. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офталм. Одесса, 1940, стр. 39—40.
11. Артемьев Н. И. — К вопросу о восстановлении зрения у инвалидов Отечества. войны. В кн.: Проблемы вои. лечения инвалидов Отечества. войны. Астрахань, 1948, стр. 158—171.
12. Артемьев Н. И. — Лечение кератитов субконъюнктивальной имплантацией консервированной на холоде роговицы. «Вестн. офталм.», 1941, т. 18, вып. 4, стр. 384—389.
13. Архангельский П. Ф. — О некоторых возможностях применения в травматологии глаз консервированной на холоде плаценты и о раннем протезировании. В кн.: Воен. мед. глуп. тыла в Отечества. войну. Ташкент, 1943, стр. 477—478.
14. Важенцова М. А. — Влияние подсадки консервированной роговицы на рост свежей роговицы in vitro. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экскер. офталм., т. 1, Одесса, 1940, стр. 191—201.
15. Бархат С. А. — Плацента как пластический материал в офтальмохирургии. «Вестн. офталм.», 1940, т. 17, вып. 6, стр. 758—761.
16. Блаева Ф. К. — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой тканей (ауто-гемо- и гетеропластыка). «Вестн. офталм.», 1948, т. 27, вып. 8, стр. 18—20.
17. Брайловский С. М. — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированной трупной конъюнктивы. «Офтальм. журн.», 1947, № 2, стр. 89—92.
18. Бродский Б. С. — Лечебная пересадка кожи при туберкулезных кератитах. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офталм. Одесса, 1939, стр. 130—132.
19. Бродский Б. С. — Лечение атрофии зрительных нервов после отравления химинном. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офталм. Одесса, 1939, стр. 116—117.
20. Бродский Б. С. — Лечение keratitis rosacea пересадкой консервированной кожи. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офталм. Одесса, 1939, стр. 128—129.
21. Бродский Б. С. — Лечение тяжелых скрофулезных кератитов пересадкой консервированной кожи. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офталм. Одесса, 1939, стр. 125—127.
22. Бродский Б. С. — Экстракт консервированной кожи кролика в терапии последствий боевых повреждений глаза и некоторых глазных заболеваний. В кн.: Сб. научн. работ, посвящ. 70-летию акад. В. П. Филатова. Одесса, 1946, стр. 201—206.
23. Бушнич Д. Г. — Влияние тканевых пересадок на цветовое чувство и цветовое утомление. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экскер. офталм., т. 1, Одесса, 1940, стр. 171—177.
24. Бушнич Д. Г. — Выдавливание трахоматозных зерен и тканевая терапия в лечении трахомы. «Офтальм. журн.», 1946, № 1, стр. 31—36.
25. Бушнич Д. Г. — Дальнейшие наблюдения над влиянием пересадки консервированных тканей при атрофии зрительных нервов. В кн.: Сб. научн. работ Туркмен. респ. трахомат. ин-та, т. 3, 1944.
26. Бушнич Д. Г. — Дальнейшие наблюдения над лечением атрофии зрительного нерва инъекциями и инъекциями рыбьего жира. В кн.: Сб. научн. работ Туркмен. респ. трахомат. ин-та, т. 3, 1944.
27. Бушнич Д. Г. — Лечение атрофии зрительного нерва пересадкой консервированных тканей. В кн.: Сб. тр. Укр. экскер. ин-та глаз. бол. М., 1947, стр. 23—27.
28. Бушнич Д. Г. — Лечение атрофий зрительного нерва внутримышечными инъекциями рыбьего жира. В кн.: Сб. тр. Укр. экскер. ин-та глаз. бол. М., 1947, стр. 27—32.
29. Бушнич Д. Г. — Лечение скрофулезных заболеваний глаз внутримышечными инъекциями рыбьего жира. «Сов. вестн. офталм.», 1936, т. 9, вып. 4, стр. 482—484.
30. Бушнич Д. Г. — Пересадка консервированных тканей при атрофии зрительных нервов. В кн.: Сб. науч. работ Туркменск. респ. трахомат. ин-та, т. 3, 1944, стр. 41—44.
31. Бушнич Д. Г. — Повышение функции нормального глаза под влиянием лечебной тканевой пересадки. В кн.: Сб. тр. Укр. экскер. ин-та глаз. бол. М., 1947, стр. 106—111.
32. Бушнич Д. Г. — Повышение функции нормального глаза под влиянием лечебной тканевой пересадки. В кн.: Проблемы физиол. оптики. т. 3, М.-Л., 1946, стр. 126—130.
33. Бушнич Д. Г. — Тканевая терапия трахоматозного паннуса. «Офтальм. журн.», 1946, № 2, стр. 22—25.
34. Бушнич Д. Г. и Гетьман В. П. — Тканевая терапия атрофии зрительного нерва. «Вестн. офталм.», 1946, т. 25, вып. 1, стр. 20—24.
35. Вассерман И. А. — Имплантация консервированной плаценты при помутнении трансплантата. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офталм. Одесса, 1939, стр. 120—122.
36. Вассерман И. А. — Имплантация консервированной плаценты при помутнении трансплантата. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офталм. Одесса, 1940, стр. 41—42.
37. Вассерман И. А. — Лечение консервированными на холоде тканями трахомы и ее осложнений. В кн.: Сб. работ Туркменск. респ. трахомат. ин-та, т. 2, Ашхабад, 1944.
38. Вассерман И. А. — Лечение трахоматозного паннуса внутримышечными инъекциями рыбьего жира. В кн.: Сб. тр. Укр. экскер. ин-та глаз. бол. М., 1947, стр. 96—99.
39. Вассерман И. А. — Пересадка консервированной трупной роговой оболочки при трахоме. Ашхабад. республ. трахомат. ин-т, 1947, стр. 235.
40. Вассерман И. А. — Тканевая терапия при трахоме и ее осложнениях. В кн.: Труды 2-й общер. респ. сессии Туркменск. научн. мед. о-ва. Ашхабад, 1944, стр. 106—109.
41. Вассерман И. А. — Тканевая терапия при трахоме и ее осложнениях. В кн.: Сб. тр. Укр. экскер. ин-та глаз. бол. М., 1947, стр. 99—105.
42. Вассерман И. А. — Тканевая терапия при туберкулезных керато-склероувах. В кн.: Сб. научн. работ Туркменск. респ. трахомат. ин-та, т. 3, Ашхабад, 1944, стр. 45—50.
43. Вельтер С. Л. — Рассасывание отложений на передней поверхности хрусталика под влиянием пересадок роговицы. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офталм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 51—53.
44. Вербицкая Е. А. — Дальнейшие наблюдения над действием внутримышечных инъекций рыбьего жира при пигментном ретините. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экскер. офталм., т. 1, Одесса, 1940, стр. 163—168.
45. Водозов А. М. — Лечение паренхиматозного кератита под-

конъюнктивными имплантациями кетгута. «Офтальм. журн.», 1947, № 2, стр. 93—96.

46. Волокитенко А. В. — Два случая лечения невротизма имплантацией плаценты консервированной на холоде. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 122—124.

47. Волокитенко А. В. — Имплантация консервированной плаценты при миопических хориоретинитах и высокой миопии без изменений в области желтого пятна. В кн.: Науч. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 100—102.

48. Врублевский Ф. И. — Первые впечатления от применения тканевой терапии в глазном отделении периферии. «Офтальм. журн.», 1949, № 1, стр. 40—44.

49. Гольдфельд Н. Г. — К вопросу о поражениях зрительного нерва антифризом и их тканевое лечение. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 33—38.

50. Гольдфельд Н. Г. — Лечение боевых травм глаза и глазных заболеваний камерной влагой консервированных глаз животных. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 74—78.

51. Гольдфельд Н. Г. — Тканевое лечение контузионных изменений глазного дна с дмрчатым дефектом желтого пятна. «Вестн. офтальм.», 1946, т. 26, вып. 1, стр. 24—26.

52. Гордеева — Тканевая терапия глаз. Газ. «Мед. работник», 1946, № 36, стр. 3.

53. Гриншпун Ц. И. — Лечение трахоматозного паннуса имплантацией трупного консервированного хряща век. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экспер. офтальм., т. 2, Одесса, 1940, стр. 127—131.

54. Гриншпун Ц. И. — Тканевая терапия при ушибах и помутнениях стекловидного тела после боевых травм. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 45—52.

55. Гриншпун Ц. И. — Тканевая терапия ушибов и помутнений стекловидного тела у инвалидов Отечественной войны. «Офтальм. журн.», 1948, № 2, стр. 67—71.

56. Губарева Е. — Тканевая терапия по Филатову в клинике глазн. болезней КМИ. В кн.: Тезисы доклад. 3-й научн. студ. сессии Кубанск. мед. ин-та Краснодар, 1948, стр. 42.

57. Гуляков М. Ф. — Сухая плацента при лечении кератитов и остаточных помутнений роговицы. «Офтальм. журн.», 1949, № 1, стр. 24—29.

58. Гуляков М. Ф. — Тканевая терапия сиккоплацентии при лечении кератитов и остаточных помутнений роговицы. Учен. зап. Укр. н-я ин-та офтальм. им. проф. Гиршмана, т. 5. Харьков, 1948, стр. 22—29.

59. Данчева Л. Д. — Тканевая терапия атрофии зрительных нервов различной этиологии. Учен. зап. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 150—159.

60. Данчева Л. Д. — Лечение метаталамогенной атрофии зрительных нервов консервированным и автоклатированным листом алоэ. «Офтальм. журн.», 1947, № 2, стр. 80—85.

61. Дайновская С. Б. — Тканевая терапия туберкулеза глаз. «Офтальм. журн.», 1950, № 1, стр. 31—37.

62. Дормидонтова К. В. — Влияние подконъюнктивных инъекций алоэ на волосяную чувствительность роговицы. «Вестн. офтальм.», 1947, т. 26, вып. 5, стр. 30—33.

63. Драгомирецкий Г. А. — Лечение миопического хориоретинита микроплазмами из консервированной плаценты. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экспер. офтальм., т. 1, Одесса, 1940, стр. 141—145.

64. Драгомирецкий Г. А. — Лечение миопического хориоретини-

та стекловидным телом консервированных глаз. «Офтальм. журн.», 1946, № 3, стр. 32—33.

65. Драгомирецкий Г. А. — Экстракт из консервированных форменных элементов гомокрови в терапии глазных и общих заболеваний. Учен. зап. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 137.

66. Ершовский Т. И. — О подсадке трупной консервированной ткани при некоторых глазных заболеваниях. «Вестн. офтальм.», 1939, т. 15, вып. 6, стр. 72—76.

67. Ершовский И. Г. — Влияние трансплантации и имплантации консервированных на холоду тканей при глаукоме. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 86—95.

68. Ершовский И. Г. — К вопросу о лечении так называемых «безнадежных» случаях боевых ранений глаза. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 78—82.

69. Ершовский И. Г. — Лечение боевых травм глаза инъекциями консервированной гомокрови. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 70—73.

70. Ершовский И. Г. — Лечение глаукомы внутримышечными инъекциями рыбьего жира. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экспер. офтальм., т. 2, Одесса, 1940, стр. 25—36.

71. Ершовский И. Г. — Опыт применения терапии консервированными тканями по методу акад. В. П. Филатова на материале глазного отдела эвакогоспиталя. В кн.: Труды 1-й общер. респ. сессии Туркменск. научн. мед. о-ва. Ашхабад, 1942, стр. 112—115.

72. Ершовский И. Г. — Подготовка к внутриглазным операциям при боевых ранениях путем пересадки консервированных тканей. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 65—70.

73. Ершовский И. Г. — Применение автоклатированного экстракта консервированной плаценты и листьев алоэ при глаукоме. «Офтальм. журн.», 1947, № 3, стр. 121—127.

74. Ершовский И. Г. — Терапия консервированными тканями как подготовка к оперативному вмешательству при боевых ранениях глаза. «Вестн. офтальм.», 1943, т. 22, вып. 3, стр. 19—24.

75. Ершовский И. Г. — Тканевая терапия атрофии зрительного нерва травматического происхождения. «Офтальм. журн.», 1948, № 1, стр. 12—20.

76. Ершовский И. Г. — Тканевая терапия контузионных хориоретинитов. «Офтальм. журн.», 1946, № 1, стр. 26—31.

77. Ершовский И. Г. — Тканевая терапия последствий военных ранений глаза. «Офтальм. журн.», 1946, № 3, стр. 7—17.

78. Ершовский И. Г. — Тканевая терапия травматических изменений стекловидного тела в период Великой Отечественной войны. «Вестн. офтальм.», 1946, т. 26, вып. 1, стр. 16—20.

79. Ершовский И. Г. — Тканевое лечение травматических иридоциклитов по методу акад. В. П. Филатова. «Вестн. офтальм.», 1946, т. 26, вып. 1, стр. 13—16.

80. Ершовский И. Г. и Гольдфельд Н. Г. — Тканевая терапия травматических изменений глазного дна. В кн.: Сб. научн. раб., посвящ. 70-летию акад. В. П. Филатова. Одесса, 1946, стр. 48—57.

81. Ершовский И. Г. и Копельман Е. В. — Оперативное вмешательство на субтрафических глазах после носовой травмы. В кн.: Сб. научн. работ, посвящ. 70-летию акад. В. П. Филатова. Одесса, 1946, стр. 39—47.

82. Ершовский И. Г. — Тканевая терапия и операция на субтрафированных глазах после военных травм. Учен. зап. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 121—128.

83. Заец С. А. — Опыт использования рыбьего жира для тканевой терапии глазных заболеваний и исходов военных травм глаза. В кн.: Сб. научн.-практ. работ врачей г. Стерлитамака. Стерлитамак, 1944, стр. 57—63.
84. Заец С. А. — Тканевая терапия симпатического воспаления. «Офтальм. журн.», 1947, № 2, стр. 69—76.
85. Заец С. А. — Тканевая терапия симпатического воспаления. Учен. зап. Укр. экспер. ин-та глаз. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 160.
86. Зап Л. В. и Коваленко Л. И. — Тканевая терапия атрофии зрительного нерва в результате отравления метиловым алкоголем. «Офтальм. журн.», 1948, № 1, стр. 23—26.
87. Збарский Ш. Ю. — Влияние тканевой терапии на светочувствительность глаза. Учен. зап. Укр. экспер. ин-та глаз. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 224—233.
88. Зенкина Л. В. — Лечение ожогов глаз методом трансплантации трупной слезистой. «Вестн. офтальм.», 1939, т. 15, вып. 2, стр. 28—29.
89. Кальфа Н. С. — Два случая *refinitis crinitata*, леченных тканевой терапией. «Офтальм. журн.», 1948, № 2, стр. 85—88.
90. Кальфа С. Ф. — Лечение рецидивирующей эрозии роговой оболочки послышней пересадкой роговицы. «Офтальм. журн.», 1947, № 1, стр. 14—17.
91. Кальфа С. Ф. — Тканевая терапия при энцефальной дистрофии роговицы. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глаз. бол., М., 1947, стр. 105—106.
92. Кальфа С. Ф. и Ершкович И. Г. — Терапия консервированными тканями по Филатову боевых ранений глаза и их последствий. В кн.: Воен. мед. губ. тыла в Отечестве. войны. Ташкент, 1943, стр. 465—471.
93. Каменецкая Ц. Ю. — Лечебная пересадка тканей при помутнениях стекловидного тела. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 108—110.
94. Каменецкая Ц. Ю. — Тканевая терапия близорукости по методу акад. В. П. Филатова. Сталинабад, НКЗ Тадж. ССР, 26 стр.
95. Каменецкая Ц. Ю. — Тканевая терапия при атрофии зрительного нерва. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глаз. бол. М., 1947, стр. 43—45.
96. Каменецкая Ц. Ю. — Тканевая терапия при помутнениях стекловидного тела. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глаз. бол. М., 1947, стр. 43—45.
97. Каменецкая Ц. Ю. — Тканевая терапия по методу акад. В. П. Филатова при боевых травмах. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глаз. бол. М., 1947, стр. 82—86.
98. Конторович А. Я. — Действие тканевой терапии на специфическую чувствительность при туберкулезе глаз. «Вестн. офтальм.», 1949, т. 25, вып. 3, стр. 29—33.
99. Кашук М. Э. — Лечебное применение автоклавированных консервированных тканей при последствиях боевых повреждений органа зрения. «Офтальм. журн.», 1946, № 3, стр. 17—20.
100. Колесникова А. М. — К лечению заболеваний зрительного аппарата глаза тканевой терапией в сочетании с ретробульбарными инъекциями атропина и стрихнина. В кн.: Тр. Смоленск. мед. ин-та, т. 2, 1948, стр. 290—294.
101. Копп И. Ф. — Лечение кератитов методом субконъюнктивальной имплантации роговичной ткани. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 133—134; «Вестн. офтальм.», 1940, т. 12, вып. 6, стр. 708—713.
102. Копп И. Ф. — Субконъюнктивальная имплантация роговичной

ликуально-биологичный фактор. В кн.: Збирн., присвяч. сорокалїтїю наук, пед. и лікар. діяльн. В. П. Филатова. К., 1938, стр. 163—170.

103. Костенко Ф. М. — Лечение трахоматозного паннуса аутоэпиплантацией слезистой оболочки губы, консервированной на холоде. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 68—72.

104. Костенко Ф. М. — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированной кожи. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экспер. офтальм., т. 2, Одесса, 1940, стр. 113—118.

105. Костенко Ф. М. — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой конъюнктивы глазного яблока, консервированной на холоде. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 73—77.

106. Костенко Ф. М. — Лечение трахоматозного паннуса подсадкой трупной слезистой оболочки, консервированной на холоде. «Вестн. офтальм.», 1938, т. 13, вып. 4, стр. 500—503.

107. Костенко Ф. М. — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой трупной консервированной конъюнктив. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экспер. офтальм., т. 2, Одесса, 1940, стр. 103—111.

108. Костенко Ф. М. — Лечение трахоматозного паннуса имплантацией консервированной плаценты. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 188—189.

109. Костенко Ф. М. — Ликювания трахоматозного паннуса пересадкуваням консервированих тканин. В кн.: Тези доповідей 2-го Укр. з'їзду офтальмологів 25—30 листопада 1938 р. Одесса, 1938, стр. 209—212.

110. Костенко Ф. М. — Ликювания трахоматозного паннуса пересадженням трупної слизової оболонки, консервованої на холоді. В кн.: Науков. матеріали Укр. ин-ту експер. офтальм., вып. 1. Одесса, 1938, стр. 28—30.

111. Костенко Ф. М. — Техника лечебной пересадки консервированных тканей при трахоматозном паннусе. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 186—187.

112. Костенко Ф. М. — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированных тканей. Учен. зап. Укр. экспер. ин-та глаз. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, стр. 168—177.

113. Котельников Ф. С. и Белоусова Н. М. — Лечебно-тканевая пересадка слезистой губы, консервированной на холоде, при трахоматозном паннусе. «Вестн. офтальм.», 1941, т. 18, выпуск 6, стр. 620—623.

114. Котельников Ф. С. и Мельник Д. А. — Аутоимплантация консервированной кожи при осложнениях трахомы паннусом. «Вестн. офтальм.», 1941, т. 18, вып. 4, стр. 390—393.

115. Лазаарев Е. Г. — К вопросу о просветлении различных помутнений роговицы. «Вестн. офтальм.», 1943, № 1, стр. 7.

116. Лангер Ц. М. — Лечебная пересадка роговой оболочки при гнойных кератитах. «Офтальм. журн.», 1946, № 3, стр. 34—36.

117. Линкина А. Ю. — Тканевая терапия пигментного ретинита. «Офтальм. журн.», 1946, № 2, стр. 29—33.

118. Линкина А. Ю. — Дальнейшее наблюдение над тканевой терапией пигментной дегенерации сетчатки. Учен. зап. Укр. ин-та глаз. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 178—188.

119. Лоскутов В. П. — Опыт применения тканевой терапии в условиях окулиста из периферии. «Офтальм. журн.», 1948, № 1, стр. 41—45.

120. Медрыш З. И. — Опыт лечения глазных заболеваний подсадкой слезной плаценты. «Врач. дело», 1946, № 3, стр. 235—238.

121. Меляк-Муусьян Б. Н. — Об интраокулярных инъекциях рыбьего жира при скрофуловидных заболеваниях глаз. «Сов. вестн. офтальм.», 1935, т. 6, вып. 1, стр. 136.

122. Меркулов И. И. и Медрыш З. И. — Опыт лечения раз-

- личных глазных заболеваний подсадкой сухой плаценты. В кн.: Учен. зап. Укр. ин-та офтальм. им. проф. Гримана, т. 5, Х, 1948, стр. 13—21.
123. Мещеряков Н. Н. — Внутривитреальные инъекции рыбаче-го жира в терапии очных заворочиваний. В кн.: Сборн. присяж. сорока-литтго наук, пед. и лекар. диллян. В. П. Филатова, К., 1939, стр. 481—485.
124. Мурзин А. Н. — О применении сальники в лечении язв рого-вой оболочки. «Вестн. офтальм.», № 1—2, 1947.
125. Нагаева З. К. — Тканевая терапия при пролиферирующем ре-тините. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глаз. бол. М., 1947, стр. 52—61.
126. Назаров И. И. — Опыт лечения глаз больных проказой под-садкой ткани по Филатову в сравнительной оценке с другими методами. В кн.: Сб. науч. работ по лепре. Астрахань, 1946, стр. 154—174.
127. Олодцова М. В., Покровский А. И. — Операция Денгга и пересадка консервированных тканей по способу Филатова при лечении трахоматозного панулуса. «Вестн. офтальм.», 1946, т. 25, вып. 1, стр. 27—30.
128. Петросянц Е. А. — Дальнейшие наблюдения над влиянием лечебной просветляющей пересадки роговицы при помутнении трансплан-тата. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 43.
129. Петросянц Е. А. — Лечение хориоретинита немысленной этиологии имплантацией консервированной плаценты. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 98—99.
130. Петросянц Е. А. — Наблюдения над действием переливания консервированной крови при свежих боевых травмах глаз. «Офтальм. журн.», 1947, № 2, стр. 85—89.
131. Поляк Б. Л., Болгов П. Я. — Лечение негнойных кератитов и помутнений имплантацией трупной консервированной роговицы. В кн.: Сб. реф. научн. работ В.-М. акад. Красной Армии им. С. М. Кирова за 1942 г., Л., 1945, стр. 170—171.
132. Попов М. З. — Лечебная кератопластика при гнойных язвах роговицы. «Вестн. офтальм.», 1942, т. 20, вып. 1—2, стр. 40—46.
133. Пушнер А. Ф. — Лечение атрофии зрительных нервов транскора-льной терапией по методу акад. Филатова. Сб. научн. тр. врачей Молд. АССР. Саранск, 1950, стр. 27—33.
134. Радзиховский Б. Л. — Дальнейшие наблюдения над лечеб-ным действием субконъюнктивальной имплантации кетгута. «Офтальм. журн.», 1948, № 1, стр. 35—37.
135. Радзиховский Б. Л. — Субконъюнктивальная имплантация кетгута как новый лечебный фактор. «Вестн. офтальм.», 1941, т. 18, вып. 4, стр. 394—396.
136. Родикова А. И. и Колякина Е. В. — Тканевая терапия при некоторых заболеваниях глаз. «Офтальм. журн.», 1950, № 2, стр. 91—95.
137. Розовская С. Б. — Лечение глазных заболеваний инъекциями консервированной крови. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 118—119.
138. Розовская С. Б. — Тканевая терапия глаукомы. «Офтальм. журн.», 1946, № 4, стр. 14—19.
139. Скородинская В. В. — Имплантация плаценты с лечебной целью при кератитах. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 123—124.
140. Скородинская В. В. — Лечебная пересадка роговицы при кератитах. «Вестн. офтальм.», 1940, т. 17, вып. 6, стр. 699—707.
141. Скородинская В. В. — Лечение атрофии зрительного нерва инъекциями рыбаче-го жира. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экспер. офтальм. т. 1, Одесса, 1940, стр. 155—161.
142. Скородинская В. В. — Лечение герпетических кератитов инъекциями водных экстрактов из консервированных в технике листьев алоэ. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 61—65.
143. Скородинская В. В. — Лечение миопических хориоретинитов интритимическими инъекциями рыбаче-го жира. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 106—107.
144. Скородинская В. В. — Лечение миопических хориоретинитов инъекциями рыбаче-го жира. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экспер. офтальм. т. 1, Одесса, 1940, стр. 154.
145. Скородинская В. В. — Лечение пигментного ретинита авто-клавируемыми экстрактом алоэ. «Вестн. офтальм.», 1946, т. 25, вып. 1, стр. 9—12.
146. Скородинская В. В. — Лечение пигментного ретинита авто-клавируемыми экстрактами алоэ. «Вестн. офтальм.», 1946, № 1.
147. Скородинская В. В. и Шейн Я. С. — Лечение некоторых глазных заболеваний оттоном из лиманной грязи. Учен. зап. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 114.
148. Скородинская С. П. — Тканевое лечение ириаденоз Оттеч-ственной войны. «Офтальм. журн.», 1946, № 3, стр. 25—29.
149. Спиваковский Д. Н. — Лечебная пересадка консервиро-ванной кожи при туберкулезных увеитах. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 103—105.
150. Суров Г. И. — Пересаживания гетерогенной кистки, як до-поміжний метод при лікуванні туберкульозу ока. В кн.: Сборн. присяж. сорока-литтго наук, пед. и лекар. диллян. В. П. Филатова, К., 1939, стр. 471—476.
151. Турбова О. С. — Лечение заболеваний роговой оболочки консервированной плацентой. «Офтальм. журн.», 1949, № 1, стр. 21—24.
152. Фельдман Л. Л. и Шарц С. Е. — Лечебная кератопластика при гнойных язвах роговицы. «Вестн. офтальм.», 1944, т. 23, вып. 1, стр. 27—30.
153. Филатов В. П. — Вид оптического пересаживания рогови до ликувания кератитов и дежких заворочиваний шпри методом трансплан-тации. «Медицн. ж.», 1937, т. 7, вып. 3, стр. 743—753.
154. Филатов В. П. — Лечебная тканевая пересадка при внут-риглазних заболеваниях. «Вестн. офтальм.», 1938, т. 12, вып. 2, стр. 157—159.
155. Филатов В. П. — Лечение хориоретинита имплантацией пла-центы. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 96—97.
156. Филатов В. П. — Ликувальне тканеве пересадження при внутримісочних заворочиваннях. В кн.: Науковн. матеріали Укр. ин-ту экспер. офтальм. вип. 1, Одеса, 1938, стр. 14—17.
157. Филатов В. П. — Несколько соображений по поводу переса-дки роговицы. «Сов. вестн. офтальм.», 1933, т. 2, № 2, стр. 136—141.
158. Филатов В. П. — О лечебной гомопластической пересадке консервированной на холоде слизистой оболочки. «Вестн. офтальм.», 1938, т. 12, вып. 3, стр. 307—310.
159. Филатов В. П. — Об оптических операциях на субатрофиро-ванных глазах. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 233—234.
160. Филатов В. П. — Оптическая пересадка роговицы и тканевая те-рапия. К. Держмедвизд. 1948, 382 стр.
161. Филатов В. П. — Оптическая пересадка роговицы и лечебная пересадка тканей. М., изд. газ. «Правда», 1940.
162. Филатов В. П. — Пересадка роговицы и лечебная пересадка тканей. В кн.: Сб. тр. посвящ. 50-летию В. В. Воронина, Тбилиси, 1941, стр. 340—352.
163. Филатов В. П. — Про ликувальне гомопластичне пересадження конервованої на холоді слизової оболонки. В кн.: Науковн. матеріали Укр. ин-ту экспер. офтальм. вип. 1, Одеса, 1938, стр. 23—27.

164. Филатов В. П. — Тканевая терапия атрофии зрительного нерва. «Офтальм. журн.», 1948, № 1, стр. 3—12.
165. Филатов В. П. — Тканевое лечение в офтальмологии. В кн.: Воен. мед. глуп. тыла в Отечества. войны. Ташкент, 1943, стр. 459—465.
166. Филатов В. П. — Тканевое лечение при атрофии зрительных нервов. В кн.: Сб. тр. Укр. экскер. ин-та глаз. бол. М., 1947, стр. 17—20.
167. Филатов В. П. — Трансплантация роговицы к оптичному методу и ликуальные пересадки тканей. «Рад. мед.», 1939, № 12, стр. 102—109.
168. Филатов В. П. — Улучшение функции второго зрительного глаза при тканевых пересадках. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 94.
169. Филатов В. П. — Перспективы оптической пересадки роговицы. «Вестн. офтальм.», 1946, № 1.
170. Филатов В. П., Бушмид Д. Г., Камуш М. Э. — Влияние биогенных стимуляторов на функции нормальных глаз. В кн.: Проблемы физиол. оптики, т. 6, М.-Л., 1948, стр. 238—244.
171. Филатов В. П., Вельтер С. Л. и Петросиенц Е. А. — Лечебная пересадка роговицы при кератоконусе. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 41—45.
172. Филатов В. П. и Вельтер С. Л. — Пересадка трупной консервированной кожи при близорукости. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 38—40.
173. Филатов В. П. и Вербицкая Е. А. — Имплантация консервированной печени при пигментном ретините. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 209—210.
174. Филатов В. П. и Вербицкая Е. А. — Имплантация консервированной плаценты при пигментном ретините. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 211—212.
175. Филатов В. П. и Вербицкая Е. А. — Лечение пигментного ретинита внутримышечными инъекциями рыбьего жира. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 81—86; «Вестн. офтальм.», 1939, № 4, стр. 21—28.
176. Филатов В. П. и Ершкович И. Г. — Аутопластическая пересадка консервированной кожи при рубцовом вывороте века. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 25—27.
177. Филатов В. П. и Ершкович И. Г. — Внутримышечные инъекции рыбьего жира при глаукоме. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 153—155.
178. Филатов В. П. и Ершкович И. Г. — Лечебная имплантация консервированной плаценты при глаукоме. (Предварит. сообщ.). В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 156—158.
179. Филатов В. П. и Ершкович И. Г. — Лечебная пересадка консервированной кожи при глазных заболеваниях. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 31—37.
180. Филатов В. П. и Казьба С. Ф. — Лечение трахоматозного паннуса консервированным алаз. В кн.: Сб. научн. работ Туркмен. респ. трахомат. ин-та, 1944.
181. Филатов В. П. и Костенко Ф. М. — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированной кожи. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 57—60.
182. Филатов В. П. и Костенко Ф. М. — Лечение трахомы пересадкой консервированной на холоде конъюнктивы и хряща труп. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 64—67.

183. Филатов В. П. и Розовская С. Б. — Лечение глаукомы оттоном лиманной грязи. «Офтальм. журн.», 1949, № 1, стр. 33—37.
184. Филатов В. П. и Скородинская В. В. — Гетеротрансплантация консервированной роговицы. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 54—56.
185. Филатов В. П. и Скородинская В. В. — Просветляющая частичная нескованная пересадка роговицы при бельмах. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 46—50.
186. Филатов В. П. и Скородинская В. В. — Тканевое лечение пигментного перерождения сетчатки. «Врач. дело», 1948, № 12, стр. 1041—1050.
187. Филатов В. П. и Хорошина А. Г. — Влияние экстракта из консервированных листьев агавы на эластостометрическую кривую при миопии. «Офтальм. журн.», 1948, № 1, стр. 22—35.
188. Филатов В. П. и Шейн Я. С. — Лечение трахоматозного паннуса пересадкой консервированной склеры. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 61—63.
189. Фишер Е. М., Ткаченко Е. Т., Осаулко Г. К. — Тканевая терапия по методу академика В. П. Филатова как профилактика осложнений после глазных операций. «Офтальм. журн.», 1947, № 2, стр. 76—80.
190. Холина А. А. — О тканевой терапии по методу акад. В. П. Филатова. «Офтальм. журн.», 1946, № 3, стр. 29—31.
191. Хорошина А. Г. — Имплантация плаценты при рецидивирующих кровоизлияниях в стекловидное тело. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экскер. офтальм., Одесса, 1939, стр. 111—112.
192. Хорошина А. Г. — Лечение консервированными тканями последствий военных травм глаза. «Офтальм. журн.», 1946, № 3, стр. 21—25.
193. Хорошина А. Г. — Лечение миопических хориоретинитов экстрактами из консервированных листьев агавы. Учен. зап. Укр. экскер. ин-та глаз. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 143—149.
194. Ченцов А. Г. — Тканевая терапия по данным глазной клиники I Моск. ордена Ленина мед. ин-та. «Вестн. офтальм.», 1946, т. 25, вып. 1, стр. 30—34.
195. Ченцов А. Г. — Дальнейшие наблюдения над применением тканевой терапии при глазных болезнях. «Вестн. офтальм.», 1950, № 2, стр. 42.
196. Черкасов И. С. — О лечении миопических хориоретинитов внутримышечными инъекциями рыбьего жира. «Вестн. офтальм.», 1941, т. 18, вып. 5, стр. 496—503.
197. Шейн Я. С. — Дальнейшие наблюдения над лечением трахоматозного паннуса пересадкой консервированной склеры. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экскер. офтальм., т. 2, Одесса, 1940, стр. 121—126.
198. Шейн Я. С. — Лечение миопических хориоретинитов межмышечными инъекциями рыбьего жира. Учен. зап. Укр. экскер. ин-та глаз. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 123.
199. Шейн Я. С., Скородинская В. В. — Лечение некоторых глазных заболеваний оттоном из лиманной грязи. Учен. зап. Укр. экскер. ин-та глаз. бол. им. В. П. Филатова, т. 1, 1949, стр. 114—120.
200. Шкатов Т. А. — Применение тканевой терапии по методу акад. Филатова при лечении равнинной глаузы и их последствий. В кн.: Тр. Воронежск. мед. ин-та, т. 16, Воронеж, 1948, стр. 23—24.
201. Шудьпенкова А. З. — Лечение трахоматозного паннуса подсадкой консервированных трупных тканей. Сб. научн. работ Чувашск. н.-и. трахомат. ин-та, № 1, 1942, стр. 53—61.

К главе IV

1. Ашурков Е. Д. и Олонцева М. В. — Опыт лечения волчанки пересадками трупной консервированной кожи по Филатову. «Вести, венерол. и дерматол.», 1941, № 2, стр. 58—62.
2. Валуева Л. Г. и Глаголева М. И. — Применение глазной жидкости у лепрозных больных. «Сов. мед.», 1948, № 1, стр. 26—27.
3. Ватунина В. Я. — О биологической активности экстрактов из консервированных тканей. Науч. зап. Горьк. ин-та дерматол. и венерол., вып. 11, Горький, 1947, стр. 23—24.
4. Вельтер С. Л. — Влияние пересадки консервированной кожи на волчанку твердого нёба. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 12—15.
5. Волхонский С. И. — Лечение проказы пересадками трупной консервированной кожи. В кн.: Сб. научн. работ по лепре, вып. 3. Свердловск, 1943, стр. 104—107.
6. Герчаков И. А. — Опыт применения в дерматологии парентерального введения рыбьего жира. «Сов. врач. журн.», 1939, № 3—4, стр. 223—225.
7. Ежкин Д. А. — Тканевая терапия по методу акад. Филатова при узловатой и красной волчанке. В кн.: Науч. зап. Горьк. ин-та дерматол. и венерол., вып. 11, Горький, 1947, стр. 28—33.
8. Каплан А. В. — Материалы к лечению волчанки пересадкой кожи по Филатову. «Вести, венерол. и дерматол.», 1941, № 1, стр. 14—16.
9. Каплун М. С. и Кожевникова Н. — Лечение лепры Филатовской пересадкой кожи. Сб. научн. работ по лепре, вып. 4. Иркутск, 1946, стр. 111—113.
10. Клейнман Г. Н. — Тканевое лечение волчанки по методу акад. Филатова. В кн.: Тезисы к докл. на научн. сессии Одесск. и-и. туб. ин-та 12—13 апреля 1947 г. Одесса, 1947, стр. 16—17.
11. Клейнман Г. Н. — Тканевое лечение волчанки по методу акад. В. П. Филатова. В кн.: Учен. зап. и-и. ин-та туберкулеза в Одессе, ч. 2, 1948, стр. 31—34.
12. Колдобашкина Н. Н. — Тканевая терапия по Филатову при чешуйчатом лишае. В кн.: Науч. зап. Горьк. ин-та дерматол. и венерол., вып. 11, Горький, 1947, стр. 34—38.
13. Лапина В. Л. — Эмбриональная мазь Гольдберга в терапии хронических пиококковых язв голени. В кн.: Хронич. пиококк, язвы голени. Томск, 1947, стр. 120—125.
14. Рахматов Б. Р. — Опыт применения тканевой терапии при туберкулезе кожи. «Пробл. туберкулеза», 1950, № 1, стр. 67—69.
15. Скородинская В. В. — Лечение педикулярной язвы водными экстрактами из консервированных тканей. В кн.: Сб. тр. Укр. экспер. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 111—116.
16. Сорокин А. Б. — Тканевая терапия по методу акад. В. П. Филатова при кожном лейшманиозе. «Вести, венерол. и дерматол.», 1946, № 5, стр. 46—47.
17. Сыркин С. Д. — Сиккоплацентин в дерматологии. В кн.: Тр. Киргизск. мед. ин-та, т. 1, Фрунзе, 1943, стр. 55—57.
18. Филатов В. П. — Тканевая терапия при некоторых заболеваниях. «Сов. мед.», 1943, № 10, стр. 1—3.
19. Филатов В. П. и Вассерман И. А. — Лечебная гетеропластическая пересадка при липусе. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 16—19.
20. Филатов В. П. и Вельтер С. Л. — Лечение аспе vulgaris имплантацией консервированной плаценты. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 82—83.

21. Филатов В. П. и Вельтер С. Л. — Случай упорного хронического фурункулеза, излеченный пересадкой консервированной трупной кожи. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 76—77.
22. Филатов В. П. и Вельтер С. Л. — Эритематозная волчанка, с успехом леченная пересадкой консервированной трупной кожи. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 80—81.
23. Филатов В. П., Киршфельд Г. П., Скородинская В. В. и Шевальев В. Е. — Тканевая терапия проказы. «Медич. журн.», 1947, т. 16, стр. 371—386.
24. Филатов В. П. и Скородинская В. В. — Тканевое лечение кожного лейшманиоза. «Врач. дело», 1947, № 11, стр. 1051—1058.
25. Филатов В. П., Шевальев В. Е. и Клопенко Л. — Опыт лечебной гомотрансплантации консервированной кожи у лепрозных больных. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 73—75.
26. Чегурич Н. С. — Опыт лечебной гомотрансплантации консервированной кожи при псориазе. В кн.: Сб. научн. работ, посвящ. 70-летию акад. В. П. Филатова. Одесса, 1946, стр. 219—220.
27. Шмульян Л. П. и Гольдштейн Б. Л. — Лечение волчанки пересадкой консервированной трупной кожи. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм., вып. 2, Одесса, 1938, стр. 20—24.
28. Шмульян Л. П., Гольдштейн Б. Л. — Лечение волчанки и скрофулодермы пересадкой кожи по методу Филатова. «Пробл. туб.», 1944, № 2, стр. 52.

К главе V

1. Александрович Е. В. — К вопросу о тканевой терапии некоторых воспалительных заболеваний центральной нервной системы. «Невропат. и психiatr.», 1947, т. 16, вып. 3, стр. 19—21.
2. Бакая С. А. и Панадато Л. Л. — Опыт тканевой терапии больных эпилепсией по методу акад. Филатова. «Хирургия», 1948, № 3, стр. 50—54.
3. Вагина А. А. и Бабчин И. С. — Тканевая терапия некоторых органических заболеваний нервной системы. В кн.: Научн. деят. Психоневролог. ин-та. В. М. Бехтерева за 1946 г., Л., 1947, стр. 40.
4. Вельтер С. П. и Вашианская М. Л. — Лечение поспинокрестцового радикулита пересадкой консервированной трупной кожи. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 87—88.
5. Гриншпун Ц. И. — Гомотрансплантация консервированной трупной кожи при двустороннем травматическом поражении тройничного нерва с явлениями невропаралитического кератита. В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 136—137.
6. Ершкович И. Г. — Тканевая терапия травматической эпилепсии. В кн.: Сб. научн. работ, посвящ. 70-летию акад. В. П. Филатова. Одесса, 1946, стр. 207—209.
7. Копелиович Б. И. — Опыт тканевой терапии при шизофрении. В кн.: Тр. Сталинск. мед. ин-та, т. 8, Сталино, 1948, стр. 223—235.
8. Лещенко Г. Д. — Применение сиккоплацентина в клинике нервных болезней при трофических язвах. В кн.: Тр. Киргизск. мед. ин-та т. 1, Фрунзе, 1943, стр. 51—52.
9. Мухомов И. Н. — Лечение периферических параличей лицевого нерва химически обработанными тканями по Краузе. «Стоматология», 1948, стр. 46—50.

10. Полищук И. А. и Зелинский С. П.—Застосування біогенних стимуляторів В. П. Філатова при лікуванні шизофренії та епілепсії. «Медич. ж.», 1947, т. 17, стр. 418—426.
11. Семенов К. В.—Лечение невралгии тройничного нерва химически обработанными тканями по методу проф. Н. И. Краузе. «Хирургия», 1946, № 1, стр. 39—43.
12. Слободян З. Г.—Подсадка консервированной кожи при перерезке седящего нерва. Научн. тр. Ташкентск. мед. ин-та им. Молотова, № 2, 1949, стр. 127—132.
13. Угрюмов В. М. и Архангельский М. С.—Тканевая терапия как метод лечения травматической эпилепсии. Тр. Сарат. н-и. ин-та восстановл. хирургии, вып. 1, 1950, стр. 41—51.
14. Юлиш Г. А.—Опыт тканевой терапии по методу акад. В. П. Филатова в психиатрической клинике. В кн.: Тр. Хабаровск. мед. ин-та, сб. 9. Хабаровск, 1948, стр. 13—14.

К главе VI

1. Биляники С. Я.—Тканевая терапия острых и подострых воспалительных процессов женской половой сферы. Тр. Кипшевск. мед. ин-та, т. 2, 1950, стр. 321—325.
2. Данияхия М. А.—Тканевая терапия в гинекологии. «Сов. мед.», 1946, № 5—6, стр. 20—21.
3. Иванов М. П.—Тканевая терапия маститов. «Акуш. и гинекол.», 1949, № 5, стр. 32—33.
4. Нехаева В. Н.—Тканевая терапия воспалительных заболеваний женской половой сферы. «Акуш. и гинекол.», 1948, № 2, стр. 25—27.
5. Нехаева В. Н.—Тканевая терапия воспалительных заболеваний женской половой сферы. В кн.: Тр. Хабаровск. мед. ин-та, сб. 9. Хабаровск, 1948, стр. 14—15.
6. Ровинская П. Е.—Лечение воспалительных заболеваний в гинекологии экстрактами из листьев алоэ. «Акуш. и гинекол.», 1949, № 1, стр. 55—56.
7. Харченко М. С., Гринфельд В. О., Шейерман М. Д. и Вакшесва О. Р.—Ликьюання тринци сосіски плацентію мазізо. «Педіатр, акуш. і гінекол.», 1947, № 3, стр. 30—31.

К главе VII

1. Бураков И. М., Усманов Р. К.—Опыт лечения некоторых форм тугоухости подсадкой консервированной ткани алоэ. «Вестн. оториноларинг.», 1950, № 4, стр. 69—71.
2. Гранат Е. Е.—Действие биогенных стимуляторов при некоторых заболеваниях детей. «Вопр. педиатр. и охр. материнства и детства», 1948, т. 16, вып. 3, стр. 35—39.
3. Гранат Е. Е.—Тканевая терапия при хронической дизентерии у детей. В кн.: 4-я научн. конф. посвящ. 25-летию деят. ин-та педиатрии АМН, Тезисы докл. М., 1947, стр. 17—18.
4. Гранат Е. Е.—Тканевая терапия у детей. (По методу акад. В. П. Филатова). Хабаровск, 1947, стр. 51.
5. Гранат Е. Е.—Тканевая терапия у детей. В кн.: Тр. VI Всесоюз. съезда детск. врачей. М., 1948, стр. 90—95.
6. Гранат Е. Е.—Тканевая терапия у детей раннего возраста. В кн.: 6-й Всесоюз. съезд детск. врачей. Тезисы докл. М., 1947, стр. 17—18.
7. Гранат Е. Е.—Действие биогенных стимуляторов при некоторых заболеваниях детей. Тр. Хабаровск. мед. ин-та, сб. 10, 1950, стр. 50—55.

8. Даценко М. Ф.—Тканевая терапия по методу проф. Н. И. Краузе в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. В кн.: Тр. Сарат. мед. ин-та, т. 8, Саратов, 1949, стр. 407—414.
9. Даценко М. Ф.—Тканевая терапия по методу проф. Н. И. Краузе в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. «Стоматология», 1948, № 1, стр. 42—46.
10. Ильенков С. И.—К вопросу о лечении озоны. «Вестн. оториноларинг.», 1949, № 2, стр. 73—74.
11. Любецкая М. З.—Клизмы из рыбьего жира по Филатову в детской туберкулезной практике. «Сов. мед.», 1947, № 2, стр. 26.
12. Медведева А. Ф.—Наблюдения над терапевтическим эффектом подсадов химически обработанных тканей по Краузе при контрактурах челюстей. В кн.: Тр. Казанск. стоматол. ин-та, вып. 2, 1949, стр. 161—165.
13. Сиверанский Г. Н.—Биогенные стимуляторы и их применение у детей. «Педиатрия», 1945, № 6, стр. 8—16.
14. Старобинский И. М. и Шефель С. И.—Опыт лечения невралгии тройничного нерва подкожными подсадками собственной кожи. «Стоматология», 1950, № 1, стр. 36—42.
15. Холіна А. А.—Тканіна терапія при онці захворюваннях у дітей. «Педіатр, акуш. і гінекл.», 1947, № 5, стр. 26—29.
16. Фабрикант М. Е.—Биологические методы лечения в стоматологии. «Стоматология», 1946, № 4, стр. 19—21.
17. Филатов В. П.—Гомотрансплантация консервированной кожи с лейкозной метеою при туберкулезе гортани. В кн.: Науков. матеріали Укр. ін-ту експер. офтальм., вип. 1, Одеса, 1938, стр. 21—22.

К главе VIII

1. Берер А. Г. и Гарденштейн П. В.—Методика приготовления сиклопаллентина и определения в нем фоликулина. В кн.: Тр. Киргизск. мед. ин-та, т. 1, Фрунзе, 1943, стр. 99—102.
2. Гариш Н. Д.—Методика применения и эффективность тканевой терапии. «Вестн. хирургии им. Грекова», 1945, т. 65, № 5, стр. 17—24.
3. Драгомирецький Г. А.—О безболезненном применении тканевых препаратов. «Офтальм. журн.», 1949, № 3, стр. 106—108.
4. Думбадзе Д. Н.—Новое в технике пересадки тканей с лечебной целью. «Госпит. дело», 1945, № 4—5, стр. 39—41.
5. Инструкция по изгот. и приим. тканевых препаратов для лечения биоген. стимуляторами по методу Филатова. Одесса, 1946, стр. 16.
6. Инструкция по применению автоклавированного материала. «Офтальм. журн.», 1946, № 3, стр. 43—47.
7. Каменецкая Ц. Ю.—К вопросу о месте применения лечебной пересадки тканей. В кн.: Сб. работ клиники глазн. бол. Сталинабадск. мед. ин-та и Респ. трахомат. диспансера, 1947, стр. 70—72.
8. Каменецкая Ц. Ю.—К вопросу о применении консервированной клыпичной паллентии. В кн.: Сб. работ клиники глазн. бол. Сталинабадск. мед. ин-та и Респ. трахомат. диспансера, 1947, стр. 68—69.
9. Котелев В. В.—Методика приготовления стойкой эмульсии сиклопаллентина. В кн.: Тр. Киргизск. мед. ин-та, т. 1, Фрунзе, 1943, стр. 103—105.
10. Скородинская В. В.—Инструкция получения и консервирования трудного материала В кн.: Научн. матер. Укр. ин-та експер. офтальм., вып. 1, Одесса, 1938, стр. 41—48 (на укр. языке).
11. Скородинская В. В.—Методика приготовления аэдного экстракта из консервированной кожи. В кн.: Сб. тр. Укр. експер. ин-та глазн. бол. М., 1947, стр. 124—127.

12. Скосогоренко Г. Ф. — Кожный конус (или искусственный закрытый кожный некроботический очаг) как новый метод неспецифической терапии. «Вреч. дело», 1941, № 2, стр. 113—118.
13. Спасекий В. И., Бродский В. С., Кудояров Г. Г., Пушнина как материал для тканевой терапии. В кн.: Сб. науч. работ, посвящ. 70-летию акад. В. П. Филатова, Одесса, 1946, стр. 196—200.
14. Филатов В. П. — К методике тканевой терапии (лечение биогенными стимуляторами). «Вестн. офтальм.», 1946, т. 25, вып. 1, стр. 3—9.
15. Флеровский И. А. — Наблюдения над применением тканевой терапии акад. Филатова. В кн.: Тр. Хабаровск. мед. ин-та, сб. 9. Хабаровск, 1948, стр. 15—16.

К главе IX

1. Ангарская М. А. — К вопросу о влиянии препаратов плаценты на серию. В кн.: Тр. Киргизск. мед. ин-та, т. 1. Фрунзе, 1943, стр. 73—77.
2. Куцевич В. А. — Влияние вытяжки плаценты на сосудистую систему и кровяное давление. В кн.: Тр. Киргизск. мед. ин-та, т. 1. Фрунзе, 1943, стр. 79—84.
3. Лебединская С. И. — Особенности местной реакции при имплантации тканей, консервированных формалином. «Хирургия», 1944, № 4, стр. 18—20.
4. Лемберг Ц. С. — Механизм действия препаратов тканевой терапии. «Бюлл. экспер. биол. мед.», 1947, т. 23, вып. 2, стр. 91—93.
5. Песина З. А. — Влияние тканевой терапии на картину крови. Науч. зап. Горьк. ин-та дерматол. и венерол. кож.-вен. бол. Горьк. мед. ин-та им. С. М. Кирова, вып. 11, Горький, 1947, стр. 39—41.
6. Харченко Н. С. — Консервированная плацента и механизм ее действия. «Вреч. дело», 1949, № 2, стр. 111—114.
7. Шестерикова Т. П. и Гелелович Е. И. — Влияние экстрактов кожи на некоторые биохимические показатели крови. В кн.: Науч. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 145—146.
8. Шестерикова Т. П., Якиновская А. В., Розенфельд Е. П., Гелелович Е. И. и Раппопорт К. М. — Влияние инъекции рыбьего жира и пересадки консервированных тканей на некоторые биохимические показатели крови. В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та экспер. офтальм., т. 1. Одесса, 1940, стр. 221—223.
9. Якиновская А. В., Розенфельд Е. П., Гелелович Е. И. и Раппопорт К. М. — Некоторые биохимические изменения крови при имплантации консервированных тканей и при инъекции рыбьего жира. В кн.: Науч. матер. Укр. ин-та экспер. офтальм. Одесса, 1939, стр. 143—150.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора	5
Вступление	9
Часть первая. — Основы тканевой терапии	
Глава I. Тканевая терапия в хирургии	17
» II. Тканевая терапия внутренних болезней	31
» III. Тканевая терапия в офтальмологии	36
» IV. Тканевая терапия в дерматологии	41
» V. Тканевая терапия в неврологии и психиатрии	44
» VI. Тканевая терапия в гинекологии	49
» VII. Тканевая терапия в других областях медицины	54
» VIII. Механизм действия тканевых препаратов по различным авторам	57
» IX. Метод консервации и применения консервированной ткани	60
Часть вторая. — Наш опыт по тканевой терапии	
Глава I. Работа в Багаевской районной больнице	77
» II. Работа отделения тканевой терапии клинической больницы РГМИ	94
» III. Работа поликлиники тканевой терапии в г. Ростове и-Д.	106
» IV. Опыт применения тканевой терапии в других лечебных учреждениях г. Ростова и-Д.	116
» V. Наша методика тканевой терапии: Методика приготовления консервированной ткани	120
Техника операции	121
Преимущества хирургической подсадки ткани	124
Показания и противопоказания к применению тканевой терапии	125
Показания к повторным подсадкам ткани	132
Общие противопоказания к тканевой терапии	133
» VI. Некоторые экспериментальные данные о специфичности тканевой терапии	134
Приложения: Предварительные данные лечения бронхиальной астмы тканевой терапией по методу академика Филатова В. П. в модификации д-ра Румянкова Г. Е.	
Список литературы	151