

Библиография и рецензии.

Бюллетень Государственного центрального научно-исследовательского института им. И. М. Сеченова, № 1—3. Отв. ред. заслуж. деятель науки проф. А. Е. Щербак, г. Севастополь, 1934 г., стр. 182, тир. 300 экз., цена 8 р. 50 к.

В бюллетене помещены работы по ревматизму, которые должны были послужить предметом доклада на последнем антиревматическом конгрессе.

Введением к этим работам помещена статья доц. В. А. Глинки, трактующая о том, что в основу физиотерапии, применяемой в Сеченовском институте при ревматических и других артритах, положена концепция проф. А. Е. Щербака о вегетативном происхождении артритов и о „целебных“ ионных вегетативных рефлексах. По этой концепции любое вредное начало, вызывающее поражение сустава, повреждает и те вегетативные и эндокринные аппараты, которые ведают трофикой суставов и регулируют процессы ossification. В результате этого, к артриту любого происхождения могут присоединяться, помимо процессов воспаления, также и элементы типа *deformans*. С этой точки зрения артрит рассматривается, как „вегето-суставной синдром“, а хронический артрит с элементами типа *deformans* — как „вегетативная артикулярная дистрофия“. Такая установка кладет определенный отпечаток на физиотерапию ревматизма и ее задачу. Последняя расценивается с точки зрения определенной рабочей гипотезы, состоящей в том, что физические процедуры влияют преимущественно на вегетативную нервную систему путем раздражения периферических нервных окончаний и вызывая этим ответной рефлекторной реакции, представляющей собой как бы мобилизацию местных и общих вегетативных нервных механизмов, заведующих процессами тканевого обмена, изотермии, изотонии, изоонии и т. д. Систематическая повторная мобилизация эта тонизирует и укрепляет вегетативную нервную систему, сглаживает ее недочеты, что приводит к повышению защитных сил тканей и органов. Такое, так сказать, „рефлекторно-вегетативное“ направление привело к введению в физиотерапию некоторых новых методов в виде „ионных вегетативных рефлексов“. По мысли проф. Щербака, при ионофорезе введение в кожу лекарственных ионов нарушает местную и общую конъюнктуру, что является известным раздражением и источником рефлексов, которые распространяются по всей сложной вегетативной сети. Элективность и специфичность терапевтического действия ионных рефлексов при некоторых болезнях и на некоторые органы объясняется *биологическим резонансом* со стороны вегетативных механизмов, а резонанс, в свою очередь, может быть различным, в зависимости от физико-химической конъюнктуры на данный момент.

В физиотерапию ревматизма введены пока кальций — и салицил-ионные рефлексы. Салициловый — по понятным причинам: эффективность салициловых препаратов при ревматизме доказана огромным опытом прошлых лет, и за ними прочно установилась репутация специфического средства, а кальций, вследствие его тонизирующего и регулирующего действия на вегетативную нервную систему, а также и ввиду его благотворного действия на сердце — орган особенно легко ранимый у ревматика.

Следующая статья того же автора: „Кальций — ионофорез в терапии сердечного ревматизма“. Этот метод лечения является весьма ценным терапевтическим средством при всех формах сердечного ревматизма, как с преобладанием миокардиопатии, так и при клапанных пороках, давая во всех случаях улучшение, а в 33—45% случаев даже весьма значительное улучшение.

Действие Са-ионофореза сказывается в улучшении систолической и тонической функции и трофики сердца, в подъеме кровяного давления, как максимального, так и минимального, и в снижении КД в случаях гипертонии. Одновременно наблюдается значительное субъективное улучшение в смысле усугубления или уменьшения одышки, сердцебиения, болей, перебоев. Для курса лечения требуется в большинстве случаев 15 сеансов.

Далее следует статья о салициловом ионофорезе, представляющем собой весьма ценный метод в терапии острых и подострых форм суставного ревматизма (Глинки и Славина), причем в тех случаях, где имеются признаки деформирующей дистрофии со стороны костно-хрящевой ткани или явные признаки ревматического кардита, показано сочетанное применение салицилового

и кальциевого ионных рефлексов. Такого рода терапия дает в 70% случаев весьма значительное улучшение, граничащее с клиническим выздоровлением, в 30% — просто улучшение. Подчеркивается разительно быстрый терапевтический эффект при ревматическом ирите.

Салицил-ионофорез оказывает благоприятное действие также и во многих случаях хронического суставного ревматизма (Альбов и Злочевский). Результаты выражаются в 90% улучшения, в том числе 44% — резкого. Отмечено, что под влиянием салицил-ионофореза резко замедляется ранее ускоренная РОЭ. Как известно, проникание салициловых препаратов в район центральной нервной системы затруднено наличием особой системы защиты, носящей название „барьера“. При рефлкторном же действии салицил-ионофореза происходят изменения в этой системе: в ряде случаев, где салициловый натр оказался недостаточно эффективным или прекратил свое действие, салицил-ионофорез рефлекс давал определенный эффект.

Благоприятное терапевтическое действие Са-ионофореза при суставном ревматизме (Альбов, Верхонин и Верхонина) сказывается в снижении или исчезновении суставных болей, в восстановлении ранее ограниченных движений, в изменении аускультативных данных в суставах (исчезновение крепитации, хруста, трения и т. д.), в значительном ослаблении реакции со стороны суставов на перемену погоды, при повышении влажности, охлаждении тела и т. д. Авторы получили клиническое выздоровление в 10%, резкое улучшение в 42%, улучшение в 45%, без перемен — 3%.

На основании полученных отдаленных результатов лечения и на основании изучения социальных показателей, т. е. трудоспособности рабочих ревматиков установлено несомненное профилактическое значение методов рефлкторной физиотерапии суставного ревматизма. Этому вопросу отведена специальная статья (Альбов и Злочевский).

Методика применения салицил-ионофореза следующая: прокладка катодного электрода смачивается 20% раствором салицилового натра. Площадь электродов 8×12 , сила тока от 20 до 35 МА. Электроды прибинтовываются с внешней и внутренней стороны плеча (или бедра). Сеанс длится до 20 минут, с перерывами на 1 минуту на 10-й и 18-й минутах (для устранения интерполярной поляризации), при эластической перетяжке выше электродов по Бирю. Примерно такая же методика и кальциевого ионофореза с той разницей, что берется 1% раствор хлористого кальция с анода.

Учитывая высокую терапевтическую ценность грязелечения, значительно умахаемую, однако, его малодоступностью и дороговизной, ин-т поставил своей задачей изучение *терапевтического эффекта глинолечения*. Этому вопросу посвящены три работы. Сущность сводится к тому, что общие глиняные и общие грязевые процедуры однородной консистенции, температуры и длительности вызывают одни и те же качественные и количественные изменения в организме (Омельянец). Далее, терапевтическое действие глинолечения при хронических ревматических полиартритах аналогично грязелечению (Омельянец, Глинка, Курьпин). Глинолечение особенно ценно тем, что оно может быть проведено амбулаторно в любой обстановке, разгружая таким образом курорты, упрощая и удешевляя лечение ревматиков, делая его общедоступным.

Кроме того одна из работ посвящена вопросу о действии некоторых физиотерапевтических комбинаций при ревматизме, в целях изыскания наиболее эффективности лечения, причем авторы (Омельянец и Шипилин) пришли к заключению, что наилучший терапевтический эффект дает комбинация морских ванн с глинолечением.

И, наконец, в соответствии с программной тематикой конгресса, одна из работ посвящена вопросу о ревматизме у севастопольских металлостов.

В бюллетене помещен также краткий отчет о праздновании 70-летнего юбилея проф. А. Е. Щербакка.

Физиотерапевтическая клиника Казанского ин-та для усовершенствования врачей в настоящее время приступила к применению ионных вегетативных рефлексов, предложенных Щербакком, причем круг их применения клиника расширяет за пределы обычных суставных заболеваний, применяя также и при некоторых прочих заболеваниях, где в основу положено поражение вегето-эндокринного аппарата.

Исходя из соображений элективности и специфичности терапевтического действия ионных рефлексов, считаем, в согласии с другими авторами, целесообразным применение:

1. Кальциевого рефлекса при аллергических заболеваниях, в частности, при бронхиальной астме, уртикарии, ангио-невротическом отеке Квинке, хронической экземе; при дисфункции паразитовидного аппарата, при прогрессивной мышечной дистрофии и некоторых других видах аллергии.

2. Иодного рефлекса — при нарушениях функции щитовидной железы, при паркинсонизме.

3. Бромный рефлекс — при некоторых функциональных заболеваниях нервной системы.

4. Цинкового рефлекса — при трофических язвах кожи, дерматитах, фурункулах.

Бюллетень № 1—3 безусловно является ценным вкладом в литературу по вопросу терапии ревматизма.

Можно лишь сожалеть о том, что ограниченность тиража, а также сравнительно высокая цена могут явиться препятствием к широкому распространению бюллетеня.
Доцент Л. Н. Клячкин.

Миниович П. А. *Малярийная терапия невролеза и других заболеваний нервной системы*. Стр. 209. Цена в переплете 8 руб. Азово-Черноморское краевое книгоиздательство, 1934 г.

Книга Миниовича представляет собой прекрасный образец исчерпывающего монографического изложения вопросов малярийного лечения не только по данным литературы, русской и иностранной, но и на основе своего личного опыта. За семь лет автор подверг маляриотерапии 1000 больных, из которых 712 случаев обработаны научно. По диагнозу эти случаи распределяются следующим образом:

Прогрессивный паралич	156 случаев
Спинальная сухотка	258 "
Церебросп. люэс	129 "
Латентный сифилис	31 "
Конгенитальный	27 "
Эпилепсия	14 "
Шизофрения	103 "

Не останавливаясь на первом отделе книги, в котором подглавием „Экспериментальная малярия“ излагаются в десяти главах общие вопросы маляриотерапии, перейду ко второму отделу „Маляриотерапия прогрессивного паралича“. После обзора русской и иностранной литературы, посвященной маляриотерапии п. п., автор приводит результаты собственного опыта лечения малярий п. п. (на основании катмнеза 105 больных с длительностью наблюдения от 1 до 8 лет). Результаты эти таковы: полная ремиссия в 26 случаях; неполная ремиссия в 25 случаях; улучшение в 26 случаях; стационарные и прогрессирующие случаи — 25; смертельный исход в связи с малярией — 3 случая. Самые лучшие результаты наблюдались при экспансивной форме п. п. (70% полной ремиссии и 20% неполной ремиссии) и при депрессивной форме (50% полной ремиссии и 35% неполной ремиссии). Группа табопаралича дала 46,1% всякого рода ремиссий. Для успеха маляриотерапии следует поддержать ее последующей специфической терапией. Предварительная, перед прививкой, специфическая терапия противопоказана. Социальные проблемы маляриотерапии, охватывающие в основном вопросы профотбора, социально-гигиенического и судебно-медицинского порядка, заслуживают подробного изучения и проработки. Изменения психопатологической картины п. п., наряду с атипичностью гистопатологических находок после малярии, доказывают обратимость паралитического процесса, уничтожают догму неизменяемости паралитической деменции.

Третий раздел книги изучает маляриотерапию спинной сухотки. Здесь клинический материал распределяется по следующим 4-м группам.

1) с лансинирующими болями; 2) с гастрическими кризами; 3) с резистентными серологическими реакциями; 4) с табической атрофией зрительного нерва. Результаты лечения. При лансинирующих болях — симптоматическое излечение — 90 случаев (61,20%); длительное улучшение (не менее 1 года) — 28 случаев (19%); кратковременное улучшение — 12 случаев (18,20%) и без изменений — 17 случаев (11,6%).