

Из глазных кабинетов III единого диспансера (главврач Л. В. Мечик) и V единого диспансера (главврач А. М. Ежерев) в Ростове и/Д.

## Лечение иритов и иридоциклитов грязевыми и гальваническими воротниками.

В. И. Зимин.

Автором воротникового метода, метода сегментарной рефлекторно-вегетативной терапии, и учения о шейном вегетативном аппарате является проф. А. Е. Щербак. Он считал, что шейный вегетативный аппарат состоит из вегетативных ядер всех шейных и двух верхне-грудных сегментов спинного мозга, шейного симпатического нерва, шейных симпатических ганглиев, периартериальных вегетативных сплетений сонных и позвоночных артерий. Сюда же принадлежат вегетативные ядра блуждающего нерва с их периферическими узлами и разветвлениями в области шеи, а также *ganglia communicantes albi et grisei*, представляющие центростремительные и центробежные связи спинного мозга с шейными ганглиями.

Шейный вегетативный аппарат, как показывают экспериментальные и клинические наблюдения Сеченовского института, сегментарно связан, с одной стороны, с кожными зонами, соответствующими спинномозговому сегментам  $C_3-D_2$ , и с другой — с высшими вегетативными центрами, находящимися в продолговатом и межоточном мозгу, с эндокринными железами (гипофизом, щитовидной и паращитовидными), а также с высшими органами чувств, головным мозгом, лицом, верхними конечностями, сердцем и печенью.

Вызывая различные раздражения нервных окончаний кожи в области шейного вегетативного аппарата, мы возбуждаем его и получаем рефлекторный ответ с преобладанием сегментарного действия самих церебральных центров. Предполагают, что передача рефлекса происходит по восходящим путям спинного мозга и через пограничный ствол шейных ганглиев, симпатических ядер блуждающего нерва.

Опыты показали, что эту зону раздражения вегетативного аппарата можно ограничить частью шеи, надплечьями, верхней частью груди и спины ( $C_3-C_4$ ,  $D_1-D_2$ ). При этом область, подвергаемая раздражению, напоминает форму широкого отложного воротника. Щербак и назвал этот метод „воротниковым“, а зону раздражения — „воротниковой“.

Он находил, что при воротниковом методе, кроме сегментарности раздражения, играет роль также био-химический резонанс вегетативных механизмов, т. е. соответствие раздражителя данной вегетативной установке. Вследствие этого в каждом случае необходимо подбирать раздражитель вегетативного аппа-

рата, дающий наилучший отзвук, т. к. вегетативные приборы обладают индивидуальными особенностями. Но и при различных раздражителях мы можем получить один и тот же результат благодаря эффективности действия их на шейный вегетативный аппарат.

Однократного применения воротника недостаточно, и чтобы получить терапевтический эффект требуется не менее 5—6 сеансов воротников, т. к. при повторных раздражениях вегетативные рефлексы тренируются и как бы закрепляются.

В курсе лечения воротниками могут наблюдаться явления обострения патологического процесса, так называемая „обратная реакция“, после которой может наступить улучшение и даже выздоровление. В тех же случаях, где „обратная реакция“ затягивается, необходимо смягчить процедуру. Если же и при повторных сеансах наблюдаются отрицательные симптомы, что указывает на несоответствие раздражителя данной вегетативной установке, необходимо перейти к другому, более слабому, раздражителю, например, грязевой воротник заменить гальваническим.

Сеченовским институтом введены в физиотерапию следующие виды воротников: гальванический, ионные (кальцевый, иодный и другие), грязевой, диатермия шеи, холодовый и проч. Наиболее детально изучено действие гальванического и грязевого воротников, а также диатермии шеи. Слабым раздражителем считают гальванический воротник, среднее место занимает грязевой, а наиболее сильный раздражитель—диатермия шеи.

Сущность терапевтического действия воротников заключается не в специфическом влиянии на патологический процесс, а сводится к повышению вегетативной регуляции кровообращения, тканевого обмена, мобилизации резервных сил тканей в местах, измененных заболеванием. Все это и ведет к восстановлению нормальных функций тканей и органов.

Экспериментальные наблюдения Супоницкой и Славского говорят за то, что под влиянием воротников укорачивается срок течения воспалительного процесса. Школой Щербака установлено, что шейный вегетативный аппарат является регулятором всей трофики головного мозга и высших органов чувств. Бельским доказано активное действие воротников на кровообращение глаза, т. к. под влиянием их происходит ответная реакция со стороны сосудов сетчатки, выражающаяся в сужении их. Это обстоятельство, по его мнению, дает основание для применения воротников в случаях острых и хронических воспалительных процессов в глазу. На основании многочисленных экспериментальных и клинических наблюдений он рекомендует воротниковую терапию при различных заболеваниях глаза, а также при иритах и циклитах.

Наши наблюдения проводились на амбулаторных больных.

Острые ириты и иридоциклиты лечились грязевыми и гальваническими воротниками.

Лечение иритов и иридоциклитов грязевыми воротниками нами проводилось амбулаторно в грязелечебнице единого диспансера № 3, которая пользуется привозной грязью из озера Пеленки, Азовского района, Аз.-Черн. края.

Грязевой воротник нами применялся следующим образом: грязь, нагретая до температуры 43—48°, толщ. в 6 см, намазывается на полотенце. Больной принимает процедуру лежа. Грязью, намазанной на полотенце, покрывается вся воротниковая зона. Остается непокрытым пространство впереди между груднично-ключичнососцевидными мышцами и грудина. Больной тщательно покрывается одеялом. Продолжительность процедуры 10 минут. Температура и частота грязевых воротников вариировались в зависимости от интенсивности воспалительного процесса. После воротника больной принимает душ и отдыхает в течение получаса.

Проведено наблюдение над 12 больными. Из них у 6 больных был первичный острый ирит, у трех — рецидивирующий. Ириты по этиологии распределялись так: ревматических 5, люетических 1, неизвестной этиологии 3. Иридоциклитов острых было 3, из них рецидивирующий 1.

Все иридоциклиты были ревматической этиологии. Возраст больных от 18 до 58 лет. Мужчин 7, женщин 5.

Полное исчезновение воспалительных явлений и выздоровление при иритах наступало в среднем через 10 дней, после 5 грязевых воротников. Иридоциклиты потребовали для лечения 9 грязевых воротников с выздоровлением в среднем через 20 дней. Почти всеми больными отмечалось быстрое успокоение зачастую невыносимых болей в глазу после первых же процедур. Улучшалось общее самочувствие, наступал хороший сон. При иритах перикорнеальная инъекция после 3-го воротника становилась незначительной. Трудно поддававшийся действию атропина суженный зрачок резко расширялся, синехии легко разрывались, и появившийся в передней камере экссудат и фибринозные наложения в области зрачка рассасывались. Помутнение стекловидного тела быстро убывало, и острота зрения возвращалась к норме. Все больные атропинизировались до исчезновения воспалительных явлений. В случае люетической этиологии, в дни свободные от процедур, проводилось специфическое лечение.

Для иллюстрации приведу несколько примеров.

1. Больной Б, 37 лет, рабочий. Анамнез. Часто подвержен охлаждению, болен ревматизмом. Поступил на амбулаторное лечение 26/II 36 г. с жалобами на резкие боли в правом глазу.

*St. praesens.* Правый глаз: блефароспазм, резко выраженная перикорнеальная инъекция, рисунок радужки смазан, зрачок узкий. Острота зрения 0,2. Левый глаз здоров.

Диагноз: острый пластический ирит правого глаза. Назначено: атропин, грязевой воротник  $45^\circ$  по 10 минут. 27/II—грязевой воротник. Ночь не спал из-за сильных болей в глазу. Зрачок слегка расширен. 29/II—третий воротник. Спал спокойно, болей в глазу нет, перикорнеальная инъекция, зрачок широк. 2/III—четвертый воротник. Перикорнеальная инъекция незначительная. Острота зрения 0,5. 4/III—пятый воротник. Глаз спокоен. 6/III—шестой воротник. 7/III—седьмой воротник. Острота зрения 1,0.

Эпикриз. После 4 воротников наступило успокоение. Дано дополнительно 3 воротника. Болел 10 дней.

2. Больная К., 32 лет, работница. Анамнез. Болела ревматизмом в 1932 году. Правый глаз болел в детстве.

St. praesens. Поступила на амбулаторное лечение 26/III 36 г. Правый глаз: кардинальные признаки раздражения, перикорнеальная инъекция, радужка ржавого цвета, зрачок узкий. Левый глаз здоров. Диагноз: острый пластический ирит правого глаза. Назначено: атропин, грязевой воротник  $43^\circ$  по 10 минут.

27/III—второй воротник, зрачок шире, неправильной формы, виды синехии. 1/III—3-й воротник, 3/III—4-й воротник—глаз спокоен, зрачок широк, правильной формы. 5/III—5-й воротник.

Эпикриз. Случай, закончившийся выздоровлением после 3-х воротников. Болела 7 дней. Дано дополнительно 2 воротника.

3. Больной К., 44 лет, служащий. Анамнез. Поступил на амбулаторное лечение 9/VI 36 г. Считает себя больным с 6/VI 36 г.

St. praesens. Правый глаз: блефароспазм и светобоязнь резко выражены. Отек верхнего века и хемоз конъюнктивы, смешанная инъекция, болезненность при надавливании на склеру в области цилиарного тела. Зрачок узкий. Острота зрения=0,7. Среды и глазное дно нормальные. Левый глаз здоров.

Диагноз: острый серозный иридоциклит правого глаза.

Назначено: атропин, грязевой воротник (температура  $45^\circ$ ), по 10 минут через день. 13/VI—на задней поверхности роговицы преципитаты, зрачок слегка расширен, неправильной формы—синехии. 14/VI—принял 3 воротника. Преципитатов и хемоза нет. 19/VI—принял 5 воротников. В области зрачка экссудативная пленка. Острота зрения:  $\frac{1}{5}$ . Назначены грязевые воротники по  $48^\circ$ , 10 минут ежедневно.

24/VI—8-й воротник. Зрачок просвечивает. Воротники через день. 26/VI—9-й воротник. Перикорнеальная инъекция уменьшилась. Зрачок широк, правильной формы. Глазное дно: диффузное помутнение стекловидного тела. Острота зрения=0,2. 28/VI—10-й воротник. Незначительная перикорнеальная инъекция. Острота зрения=0,3. 4/VII—острота зрения=0,5. 9/VII—13-й воротник. Глаз спокоен. Помутнения стекловидного тела нет. Острота зрения 0,7. Дополнительно дано 3 воротника.

Эпикриз. В процессе лечения пришлось увеличивать температуру воротников и частоту сеансов. Выздоровление наступило через 30 дней после 13 воротников.

Вторая серия наших наблюдений относится к изучению эффективности гальванических воротников при иритах. А. Е. Щербак считал, что действие гальванических и грязевых воротников по существу одинаково. Отличие заключается в тонкостях резонанса. При грязевых воротниках возбуждение периферических нервных приборов более сложно и складывается из термического, химического и электрического раздражений. Вследствие этого гальванический воротник действует более нежно и постепенно. „Обратная реакция“, соответствующая первой фазе терапевтического действия, наблюдается при нем гораздо слабее, чем при грязевом воротнике.

Воротниковую терапию рекомендуется начинать с гальванического воротника и лишь в случае недостаточного эффекта через 5—6 сеансов переходить к грязевому. При повышенной возбудимости вегетативной нервной системы можно подготовить больного к гальваническому воротнику гальванизацией шейной части позвоночника, которая дает сходное терапевтическое действие, но значительно слабее выраженное.

Терапию гальваническими воротниками мы проводили на амбулаторных больных при физиотерапевтических отделениях III и V единых диспансеров. Мы применяли следующую методику гальванического воротника: прокладка, по форме напоминающая отложной воротник, смоченная теплой водой температуры 40°, накладывается на воротниковую зону. Сверху помещается такой же формы свинцовый электрод. Второй электрод, площадью в 400 кв. см, с прокладкой укрепляется на пояснично-крестцовую область. Продолжительность сеанса 10 минут, сила тока до 16 мА. Частота сеанса—через день или ежедневно, если процесс протекает интенсивно. Дополнительной терапии, кроме впусканий в глаз атропина, больные не получали. В случае люетической этиологии в дни, свободные от процедур, проводилось специфическое лечение.

Всего проведено больных острыми иритами 9, из них 4 рецидивирующими. По этиологии было: 7 ревматических иритов, 1 люетический, 1 неизвестной этиологии. Возраст больных от 17 до 56 лет, 7 мужчин и 2 женщины.

Для ликвидации воспалительных явлений больные в среднем получали 5 гальванических воротников. Выздоровление наступало через 10 дней. В одном случае рецидивирующего ирита, после наступившего излечения от гальванических воротников, через 7 месяцев вспыхнул рецидив, который был также ликвидирован гальваническими воротниками.

Приведем краткое содержание истории болезни 2 больных, леченных гальваническими воротниками.

1. Больной С. рабочий, 26 лет. Обратился 27/IX 36 г. с жалобами на заболевание правого глаза в течение последних 3 дней; в 1935 г. был ирит.

St. praesens. Правый глаз: резко выраженная перикорнеальная инъекция, зрачок узкий, закрыт экссудатом. Острота зрения =  $\frac{1}{\infty}$  Левый глаз здоров. Диагноз: рецидивирующий серозный ирит правого глаза. Назначено: атропин, гальванический воротник 16 мА, 10 минут.

28/IV—второй воротник. Экссудативной пленки в области зрачка нет, зрачок расширен, неправильной формы, видны синехии. Диффузное помутнение стекловидного тела. Острота зрения 0,1. 4/X 5-й гальванический воротник. Глаз спокоен, зрачок расширен, правильной формы. Глазное дно нормально. Острота зрения = 0,9.

Эпикриз. Рецидивирующий ирит осложнился экссудатом в области зрачка и помутнением стекловидного тела. Все эти явления прошли, и глаз вернулся к норме через 5 процедур. Выздоровление наступило через 9 дней.

2. Больной А, служащий, 41 года. Считает себя больным с 4/1 37 г. В диспансер обратился 6/1. Впервые глаз болел в 1930 г., и с этого времени ежегодно (кроме 1932 г.) наступали рецидивы. В 1933—31 гг. лечился в глазной клинике, в 1934—1935 гг. — в глазном отделении, временами лечился амбулаторно. Настоящий рецидив по счету 9-й. Ирит обычно тянулся 5—6 недель, сопровождадаясь резкими болями.

St. praesens. Правый глаз здоров. Левый глаз: смешанная инъекция, зрачок расширен атропином, вверху синехии. Острота зрения 0,7. Глазное дно нормальное. Диагноз: рецидивирующий острый пластический ирит левого глаза. Назначено: атропин, гальванический воротник 16 mA по 10 минут.

8/1. В ночь на 7/1 были сильные боли в глазу. 7/1 принял 1-й гальванический воротник. Спал спокойно. Перикорнеальная инъекция меньше, зрачок широк, синехий нет. 9/1—10/1—воротники, 12/1—5-й воротник. Глаз спокоен. Атропин отменен. 13/1, 14/1, 15/1, 16/1—воротники. Острота зрения левого глаза 0,9.

Эпикриз. После 4 воротников наступило выздоровление. Болел 7 дней. Дано дополнительно 5 воротников.

Подводя итоги, надо сказать, что наши наблюдения немногочисленны, но представляют материал однородный. 9 иритов и 3 иридоциклита лечились грязевыми и 9 иритов гальваническими воротниками. Ириты давали выздоровления в среднем после 5 воротников, независимо от того, применялись ли грязевые или гальванические воротники, что сокращало срок нетрудоспособности до 10 дней. Ни в одном случае нам не приходилось заменять грязевые воротники гальваническими и обратно. Начав терапию одним видом раздражителя вегетативной нервной системы мы им успешно и заканчивали. При грязевом воротнике мы вариировали температуру и частоту дачи процедур, а при гальваническом—частоту сеансов. В случае усиления явлений воспаления температура и частота процедур увеличивались.

*Выводы:* 1. Грязевые воротники и гальванические—активный метод в терапии острых иритов и иридоциклитов.

2. Воротниковая терапия острых иритов и иридоциклитов резко снижает длительность нетрудоспособности и вполне применима в амбулаторной обстановке.

Поступила в ред. 13/IV 1937 г.

Ростов н/Д., ул. Просвещения, 34.

---

Из физиотерапевтического отделения поликлиники ВЗО, г. Астрахань.

## Диатермия при болезнях желудка.

А. И. Шейкин.

Диатермия, получившая довольно широкое применение при целом ряде заболеваний, медленно входит в практику лечения желудочных болезней и до сих пор не заняла подобающего ей места в терапии желудочного больного.