

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 193—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, сопровождался 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.

Эпизиз. 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 иротов и 3 иридоциклита лечились грязевыми и 9 иротов 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 варирировали температуру и частоту дачи процедур, а при гальваническом—частоту сеансов. В случае усиления явлений воспаления температура и частота процедур увеличивались.

Выходы: 1. Грязевые воротники и гальванические—активный метод в терапии острых иротов и иридоциклитов.

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

Поступила в рец. 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.

Диатермия вызывает гиперемию и местное повышение температуры в тканях, через которые проходит ток. Эту гиперемию нетрудно обнаружить при соответствующих процедурах на *portio vaginalis uteri*, на слизистой глотки, при цистоскопии мочевого пузыря и т. д. Диатермия обладает значительным бактерицидным действием отчасти благодаря гиперемии, отчасти благодаря специальному воздействию тока. Диатермия обладает также антиспазматическим и аналгетическим действием, которые нельзя отнести целиком за счет гиперемии и прогревания тканей. Здесь играет роль большая частота тока, и доказательством тому может служить аналгетическое и антиспазматическое действие местной дарсонвализации, где о заметных гиперемии и прогревании тканей говорить не приходится. Гиперемия, повышение температуры, вызываемые диатермий, факторы не безразличные для жизнедеятельности тканей, для их процессов асимиляции и дезассимиляции, факторы не безразличные при наличии патологического процесса в тканях.

Диатермия повышает эвакуацию желудка и действует антиспастически на пилорус (Молчанов, Кирстнер, Рогачевский и др.). Что же касается влияния диатермии на секреторную функцию желудка и на кислотность желудочного сока, то здесь мнения несколько разноречивы. Однако большинство авторов считает, что диатермия оказывает тормозящее влияние на секреторную функцию желудка, по крайней мере, в случаях с гипер- и нормосекрецией (Кирстнер, Рогачевский, Молчанов и др.). Всякая местная диатермическая процедура является в то же время и общей, что уже было неоднократно доказано. В частности, в пользу этого говорит изменение капилляроскопической картины, которое наступает уже во время сеанса диатермии и держится при нормальных комнатных условиях до 15 часов, обнаруживаясь в виде сдвига вправо по Эббеке.

Диатермия кроме местного действия оказывает также и рефлекторно-трофическое воздействие на весь организм, преимущественно на те органы, которые связаны с раздражаемым участком кожи одним сегментом и которые находятся в состоянии патологии.

Мой материал составляют 117 случаев хронических заболеваний желудка, проведенных амбулаторно; из них 18 случаев язвы, 46—катарра и 53—невроза желудка. Больные—преимущественно работники тяжелого физического труда, частично—работники умственного труда и домохозяйки. Преобладающий возраст от 30 до 45 лет. Больные были подвергнуты всестороннему клиническому обследованию, в которое входило также исследование желудочного сока как натощак, так и после пробного завтрака, рентгеноскопия желудка, а также исследование *faeces* (в частности—на кровь). Кроме того или иного заболевания желудка были обнаружены явления большей или меньшей вегетативной дистонии и большего или меньшего истощения нервной системы. В остальном никаких существенных уклонений от нормы; ни анамнестических, ни серологических указаний на люес. Все больные до этого пользовались медикаментозным и диетическим лечением с относительным и времененным успехом. Часть больных пользовалась ранее коечным лечением. Все больные с язвой желудка (подтвержденной рентгенологически) пользовались ранее коечным наблюдением и лечением, в семи случаях неоднократным, пятеро из них—курортным. Из неврозов желудка исключены ятрогенные заболевания, а также и те случаи функциональных нарушений желудка, кои можно было

рассматривать, как рефлекторный акт с другого органа. Должен отметить, что обозначение „невроз“ желудка весьма условно, так как вопрос относительно неврозов желудка, как и относительно неврозов органов вообще,—вопрос спорный, и те признаки, которыми мы пользуемся при постановке диагноза „nevroz желудка“, далеко не всегда надежны.

По характеру заболевания больные распределяются следующим образом: катар желудка: субацидный—21, нормальный—8, гиперацидный—12, анацидный—5. Язвы желудка: с повышенной кислотностью—13, с нормальной кислотностью—3, с пониженной кислотностью—2. Невроз желудка: с повышенной кислотностью—17, с нормальной кислотностью—31, с пониженной—5.

По давности заболевания больные распределяются так:

	до 1 г. от 1 до 3 л.	
невроз: с повыш. кислотностью . . .	10	7,
" с норм. кислотностью . . .	19	12,
" с пониж. кислотностью . . .	3	2,
язва с повышенной кислотностью . . .	8	5,
" с пониженной кислотностью . . .	—	2,
" с нормальной кислотностью . .	2	1.
	1-3 г. 3-6 л.	
катар субацидный	8	13,
" нормацидный	7	1,
" гиперацидный	8	4,
" анацидный	2	3.

Методика лечения была такова: один электрод в 200—250 см² накладывался на брюшную стенку, на область желудка и солнечного сплетения, другой в 300—350 см²—на поясничную область vis-à-vis. Ввиду того, что в части случаев желудок был опущен, электрод накладывался не на подложечную область, а на область желудка, месторасположение которого устанавливалось рентгенологически.

Грот и Егоров получили хорошие результаты при лечении язвы желудка и разнообразных желудочных синдромов с повышенной кислотностью, накладывая электроды на шейный vagosимпатикус, исходя из неврогенной теории и пытаясь воздействовать через vagus на желудочные ветви его. Однако результаты, полученные Соловьёвым и Любимовым при подобном наложении электродов, проведенные на значительно большем количестве больных, были далеко не такие хорошие, как у Грота и Егорова. Объективные симптомы заболевания оставались без существенных изменений, наступал лишь болеутоляющий эффект в начале лечения, который в процессе лечения сменялся даже ухудшением. Яковлев получил хорошие результаты при язвах желудка, применяя другую методику: раздельный электрод, связанный с одним полюсом на оба шейных vago-симпатикуса и большой—на поясницу. Результаты выражались в исчезновении болевых ощущений, понижении кислотности желудочного сока и ускорении эвакуации пищи. Мною лично были испробованы различные методы приложения электродов, и я считаю наиболее целесообразным поперечное распо-

ложение их. Это находит подтверждение в опытах Молчанова. Диатермия по Гроту и Егорову не повышает температуры в полости желудка, а наоборот, снижает ее на 0,1—0,2°. Диатермия по методу Яковлева повышает температуру на 0,2—0,3°. Диатермия при поперечном расположении электродов вызывает повышение температуры в желудке на 0,5—0,7°, причем это повышение температуры, наибольшее по длительности, держится после прекращения процедуры более часа (Молчанов).

Продолжительность сеанса лечения 20—30 минут, в редких случаях 40 минут. Количество ампер 0,7—1,5. Лечение начиналось с более слабых токов, и сила тока постепенно увеличивалась. Сеансы лечения производились ежедневно либо через день. Средняя продолжительность курса лечения 20—30 дней. Больным рекомендовалось принимать процедуры не в утомленном состоянии и с таким расчетом, чтобы после сеанса лечения больной мог отдохнуть в течение 1—2 часов. Кроме диатермии, там где были показания, назначалась щадящая диета с постепенным расширением ее в процессе лечения. Вносились также необходимые корректизы в условия труда и быта. Однажды язвенных больных пользовались также и покоем.

Результаты лечения таковы. Все случаи катара желудка дали благоприятный результат. Повторные исследования желудочного сока в процессе лечения и по окончании его обнаружили снижение кислотности в случаях гиперацидных у 8 ч. (из 12), повышение кислотности в субацидных у 7 ч. (из 21) и в анацидных у 2 ч. (из 5). В остальных случаях существенных изменений в желудочном соке не было обнаружено. Из язвенных больных благоприятный результат был получен в 15 сл., отрицательный—в 3 сл. Рентгеноскопически можно было констатировать исчезновение ниши после 10—15 сеансов лечения, лабораторно исчезновение крови в faeces во всех случаях с благоприятным результатом, снижение кислотности у 10 (из 17) в гиперацидных случаях и повышение ее у 1 (из 2) в гипацидных случаях. Все 3 случая язвы с отрицательным результатом лечения были большой давности с ярко выраженными явлениями вегетативной дистонии.

При неврозе желудка благоприятный результат был получен в 47 случаях, отрицательный в 6 сл. (2 сл. с пониженней, 1 сл. с нормальной и 3 сл. с повышенной кислотностью). В этих шести случаях были налицо явления значительной вегетативной дистонии и выраженного истощения нервной системы. Повторные исследования желудочного сока при неврозе обнаружили снижение кислотности в 13 гиперацидных сл. (из 17) и повышение ее в 2 сл. гипацидных (из 5). Во всех случаях с благоприятным результатом можно было отметить субъективное улучшение, которое началось после 3—7 сеансов лечения и постепенно возрастило. Постепенно исчезали диспептические явления, чувствительность и болезненность при пальпации подложечной об-

ласти, солнечного сплетения, болевые точки, зоны гиперестезии и т. д. Улучшалось общее состояние и больные прибывали в весе. Улучшение также можно было констатировать повторными рентгеновскими исследованиями (исчезновение ниши, спазма, изменение рельефа слизистой, эвакуаторной способности желудка), повторными исследованиями желудочного сока и faeces.

Отдаленные результаты таковы. До одного года под наблюдением находились около 55% б-ных, которые приблизительно равномерно распределяются по всем категориям заболеваний. До 2 лет находились под наблюдением около 35%, до 3 лет около 25%. Рецидивы наблюдались в 5 случаях катара желудка (в 1 сл. гиперацидном, в 2 сл. субацидных, в 1 сл. нормацидном и 1 сл. анацидном). При язве желудка рецидивы наблюдались в 3 случаях (в 2 сл. гиперацидных и 1 сл. нормацидном). При неврозе желудка рецидивы наблюдались в 5 случаях (в 3 случаях гиперацидных и в 2 сл. гипацидных). Рецидивы наступали под влиянием погрешности в пище, перенесенной инфекции, травматизирующей психику ситуации или без видимых причин. Срок наступления рецидива от 4 м-цев до 2 л. 3 м. Рецидивы купировались довольно быстро той же самой терапией.

Полученные результаты говорят о благоприятном действии диатермии при заболеваниях желудка. Кроме тормозящего действия диатермии на секреторную функцию желудка отмечается в части случаев и регулирующее ее влияние. Также отмечается благоприятное влияние диатермии на эвакуаторную функцию желудка.

Сравнивая результаты, полученные от диатермии, с ранее полученными в этих же самых случаях от медикаментозной и диетической терапии, мы получаем впечатление, что при лечении диатермий терапевтический эффект наступает быстрее, полнее и в части случаев там, где от предшествовавшей терапии он не наступал.

Поступила в ред. 16/XII 1937 г.

Астрахань, ул. Свердлова, 61, кв. 5.

Из госпитальной хирургической клиники (зав. проф. Н. В. Соколов) Казанского гос. медицинского института.

К вопросу о газовой инфекции в условиях мирного времени.

P. A. Вяслев.

Анаэробная инфекция являлась сравнительно частым и очень тяжелым осложнением ранений на войне. По этой причине и в литературе она освещается преимущественно в аспекте военно-полевой хирургии.