

Wchsch. 1913, № 3;—9) Held. Die Entwickel. d. Nerwengewebes. 1909;—10) Hirsch u. Elliott. Centrbl. f. allg. Path. 1927;—11) His. Die Neuroblasten u. d. Entstehung et cet. 1889;—12) Huebschman. Centrbl. f. allg. Path. 1920/21, Bd. 31;—13) Kaufmann. Lehrb. d. sp. path. Anat. 1922;—14) Он же. Verhandl. d. d. path. Gesellsch. 1902;—15) Kober. Zeitsch. f. d. g. Neurol. u. Psch. 1913, Bd. 17; 16) Körner. Centrbl. f. allg. Path. 1919/20, Bd. 30;—17) Marburg. Прив. no Risak'y;—18) Muthmann u. Sauerbeck Ziegl. Beitr. 1903, Bd. 34;—19) Naeslund. Centralb. f. all. Path. 1927; 20) Prym. Frankf. Zeitsch. f. Path. 1912, Bd. 9;—21) Ribbert. Centralbl. f. allg. Path. 1910, Bd. 21;—22) Risak. Frankf. Zeitsch. f. Path. 1925, Bd. 32;—23) Он же. Arch. f. kl. Chir. 1928, Bd. 150;—24) Roman. Virch. Arch. 1913, Bd. 211;—25) Saxer-Ziegl. Beitr. 1902, Bd. 32;—26) Silberberg. Virch. Arch. 1926, Bd. 260;—27) Schmaus. Vorles. u. d. path. Anat. d. Rückenmarks. 1901;—28) Thielen. Zeitsch. f. Nervenheilk. Bd. 35;—29) Triepel. Учебн. эмбриологии. 1923;—30) Vonwiller. Virch. Arch. 1911, Bd. 204;—31) Васильев И. Казан. мед. журн. 1928;—32) Wieting. Beitr. z. kl. Chir. 1902, Bd. 36.

### Хронические заболевания суставов и их лечение на Сергиевских минеральных водах.

Н. Е. Кавецкого и Б. М. Гринберга (Самара).

На курорте Сергиевские минеральные воды, как и на других грязевых курортах, значительное большинство терапевтических больных составляют больные с заболеваниями суставов. Так, в сезон 1929 г. из 518 больных, прошедших через терапевтические санатории №№ 3, 4, 5, 396 человек страдало различными заболеваниями суставов. Почти все эти больные, за очень немногими исключениями, прибывали на курорт с трафаретным диагнозом—хронический суставной ревматизм. Не приходится доказывать, что в настоящее время термин этот удовлетворить никого не может, так как в эту сборную группу входят самые разнообразные заболевания суставов с различной этиологией, клиническим течением и анатомическими изменениями. Понятие „ревматизм“ было введено в XVII веке Баллониусом для обозначения переходящих болей в суставах и мышцах. В последнее время этот термин вызывает в литературе жесточайшие споры: одни, как некоторые представители французской школы, понимают этот термин слишком распространительно, соединяя в этой группе различные заболевания (говоря, например, о гонококковом ревматизме, туберкулезном ревматизме и т. д.); другие школы, напротив, понимают очень узко понятие „ревматизм“, считая его заболеванием с совершенно определенной клинической картиной и патологическими изменениями; некоторые же, в виду разноречивого понимания и толкования слова „ревматизм“, предлагают совершенно изъять этот термин из употребления (Гуревич).

Вопрос о классификации заболеваний суставов представляет огромную важность как с научной, так и с чисто практической точки зрения, так как болезни суставов за последние годы во всем мире получили огромное распространение и являются, несомненно, социальным бедствием, ведя к массовой инвалидности и длительной потере трудоспособности в самом цветущем возрасте. Несмотря на то, что вопросом создания классификации болезней суставов заняты как отдельные научные работ-

ники, так и целые съезды, конгрессы, специальные комитеты, что этой проблеме посвящена большая литература, до сих пор не имеется общепризнанной классификации. Из нескольких десятков классификаций, основанных на различных принципах (этиологическом, клиническом, патологоанатомическом, а также и на сочетании этих моментов) ни одна до настоящего времени не может считаться вполне приемлемой. Насколько сложен этот вопрос и как далеки мы от разрешения его, можно судить по тому, что съезд германского об-ва по борьбе с ревматизмом, состоявшийся в конце 1928 года, учитывая недостаточность наших знаний в этом вопросе, решил, что создание единой общеобязательной классификации в настоящее время не осуществимо и станет возможным лишь тогда, когда лучше будет изучена этиология заболеваний суставов. Особенно чувствуется потребность в единой общепринятой классификации заболеваний суставов при работе на курорте, так как только при наличии таковой возможно будет поставить на должную высоту дело учета результатов лечения разных форм суставных заболеваний и сравнительной оценки различных методов применения курортных факторов.

Далекие от мысли предлагать новую классификацию заболевания суставов, мы считаем возможным поделиться своими наблюдениями по поводу некоторых форм, встречающихся на курорте, и результатов их лечения.

В сезон 1929 года под нашим наблюдением находилось 636 больных с заболеваниями суставов, которых мы проследили течение всего курса лечения. Большею частью, больные находились на курорте течение 35 дней, приняв за этот срок около 30 процедур, в некоторых случаях этот срок бывал продлен на 10—15 дней. Каждый больной получал в начале курса лечения 4—5 „входных“ сероводородных ванн температуры 35—37,5°C продолжительностью от 5 до 15', в дальнейшем сероводородные ванны чередовались через день с грязевыми процедурами. В этот период лечения сероводородные ванны назначались не выше 38°, продолжительностью не дольше 15', грязевые процедуры заключались в большинстве случаев в „грязевых компрессах“ температуры от 45 до 50°, продолжительностью 10—15', причем при поражении верхних и нижних конечностей компрессы назначались поочередно на те и другие; температура грязи в этих случаях назначалась большею частью не выше 48°. При назначении грязевого компресса на одну конечность температура доводилась до 50°, а при назначении на один сустав до 51—52°C. Реже, чем компрессы, назначались общие грязевые ванны или полуванны, температура их от 41 до 45—46°, продолжительность 10—12—15'.

При поражении позвоночника чаще всего назначались грязевые компрессы на спину температуры 45—50°. При комбинированных заболеваниях, в зависимости от показаний, указанные процедуры сочетались с тазовыми грязевыми ваннами, ректальными и вагинальными тампонами.

Курс лечения заканчивался 3—5 „выходными“ сероводородными ваннами, понижающейся температуры (37,5—35°). В некоторых случаях, судя по показаниям (состояние сердечно-сосудистой и нервной системы), количество сероводородных ванн индифферентных температур увеличивалось и часть их заменялась углекислыми или душами.

Всего за весь курс лечения в 35 дней больной принимал в среднем 12—13—14 грязевых компрессов или 8—9 общих грязевых ванн

и 16—18 сероводородных. Медикаментозное лечение, как правило, не применялось; при соответствующих показаниях назначался массаж, пассивная и активная гимнастика. При подагрических поражениях суставов больной получал соответствующую диету.

Все находившиеся под нашим наблюдением формы суставных заболеваний мы считали целесообразным разделить на следующие группы: Polyarthritiс rheumatica chronica secundaгia (вторичный хронический ревматический полиартрит). В анамнезе имеется указание на перенесенный больным в более или менее отдаленном прошлом так наз. острый суставной ревматизм с характерной для него клинической картиной. В части случаев никаких последствий болезни не остается, и только через известное время, подчас довольно продолжительное, наступает рецидив, снова лишаящий больного трудоспособности. В некоторых же случаях, уже после первого перенесенного острого заболевания остаются боли, чаще всего ноющего характера, постоянные или переходящие, усиливающиеся в связи с изменением погоды. Клиническая картина таких больных, прибывающих на курорт, выражается в жалобах на боли в суставах, объективно имеется хруст, иногда некоторое ограничение подвижности. Со стороны сердца в значительной части случаев наблюдаются или пороки, или поражения сердечной мышцы (следствие ревматического кардита). Такие формы мы называем Polyarthritiс rheumatica chronica secundaгia, и в нашем материале они составляют 109 человек или 17% всех суставных больных. Здесь надо упомянуть, что существует взгляд, отрицающий существование такой формы хронического заболевания суставов (Безансон, Талалаев, Егоров и др.). Сторонники этого взгляда считают, что по отношению к суставам „ревматизм“ всегда только острое заболевание, при котором заболевшие суставы всегда и вполне возвращаются к норме. Но мы, на основании наших наблюдений, основанных, главным образом, на клинической картине, по чисто практическим соображениям считаем целесообразным пока сохранить этот термин.

В этой группе больных из 109 случаев мы имели в 9 значительное улучшение, в 87 улучшение. Следовательно, благоприятный результат от серногорязевого лечения непосредственно после курортного лечения получили в 88,1%. 12 человек уехало без улучшения со стороны суставов и с обострением процесса.

Polyarthritiс rheumatica chronica primaгia (первичный хронический полиартрит)—под этим термином мы, как и другие авторы, понимаем такое хроническое заболевание суставов, которое развилось постепенно, без острого начала. Эта форма является наиболее многочисленной в нашем материале, охватывая 315 человек или 49,2% всех наших больных. Эту большую группу мы считаем целесообразным разделить по клиническому течению на две подгруппы: а) болезнь развивалась постепенно и незаметно, так что в ряде случаев больной даже не может указать более или менее точно начало заболевания. В анамнезе, в громадном большинстве случаев, имеются указания на длительные повторные охлаждения и промокания, связанные с бытовыми и профессиональными условиями. Проявляясь известное время только ноющими болями в суставах, появляющимися или усиливающимися при охлаждении или перемене погоды, эта форма болезни дает время от времени обострения, сопровождающиеся большим или меньшим повышением температуры, опу-

ханием суставов и усилением болей, на известное время лишаящих больного трудоспособности. Клиническая картина таких больных на курорте выражается в жалобах на боли, хруст и в некоторых случаях опухоли суставов и небольшом ограничении подвижности; изменения со стороны сердца встречаются значительно реже, чем при вторичном хроническом ревматическом полиартрите. Эту форму мы считаем возможным назвать *Polyarthritis rheumatica chron. exacerbata*. В нашем материале эта форма составляет 79 чел. или 12,3% всех суставных больных. б) Начало болезни аналогично предыдущей форме, а течение все время вялое, без обострений, без повышения температуры и без опухания суставов. Объективно имеется лишь хруст и боль при пассивных движениях. Поражение сердца редко. Эту форму мы называем *Polyarthritis rheumatica chronica lenta*; в нашем материале она составляет 236 человек или 36,9%. Обе эти формы, так же как и первую (*Polyarthritis rheumatica chron. secundaria*), мы считаем себя в праве назвать ревматическими, как имеющими явную совершенно связь с „простудой“ или длительными и повторными охлаждениями. Здесь надо отметить, что аналогичные формы заболевания суставов описал проф. Гуревич под названием „*Polyarthritis infectiosa rheumatica recidivans* или *exacerbata*“ и „*Polyarthritis infectiosa rheumatica lenta*“ в своем докладе на 11-м Всеукраинском съезде терапевтов в 1927 г. Результаты лечения в наших случаях были следующие: из 79 больных с диагнозом *Polyarthritis rheumatica chronica exacerbata* 4 уехало с курорта с значительным улучшением, 57 с улучшением (всего, следовательно, с благоприятным результатом 77,2%), у 18 человек на курорте улучшения не наступило. Из 236 больных с диагнозом „*Polyarthritis rheum. chr. lenta*“ 13 выписалось с значительным улучшением, 175 с улучшением, 46 — „без перемен“, 2 с обострением; следовательно, непосредственно после курортного лечения благоприятный результат был получен в 79,7%. Мы все время подчеркиваем, что мы говорим в данное время лишь о непосредственных результатах курортного лечения, т. к. наблюдения прошлых лет указывают на то, что в ряде случаев, когда больной уезжал с курорта без улучшения или даже с обострением, улучшение наступало через некоторое время (чаще всего течение ближайших 1—2 месяцев), что совпадает с наблюдениями других авторов.

*Polyarthritis chronica infectiosa* (хронический инфекционный полиартрит). В эту группу мы относим все хронические заболевания суставов, этиологическим моментом которых является та или иная инфекция. При разработке нашего материала из этой большой группы мы считаем нужным выделить ряд подгрупп. а) Артриты, как следствие общих острых инфекционных болезней (сыпной, брюшной и возвратный тифы, паратиф, скарлатина, грипп, малярия, послеродовой сепсис). Больные из этой группы совершенно определенно указывали на начало суставного заболевания либо во время острой инфекции, либо вскоре после перенесения таковой. Начало заболевания суставов бывало либо острое, напоминающее острый суставной ревматизм, либо постепенное. В дальнейшем течении часто наблюдались периодические рецидивы. В частности при гриппозных артритах нам несколько раз удалось отметить ухудшение процесса в суставах после каждого повторного заболевания гриппом. Объективно при исследовании этих больных мы обнаруживали более или менее вы-

раженный хруст, большую или меньшую ригидность и ограничение движений суставов, боль при пассивных движениях, иногда опухоль, б) *Arthritis gonorrhoeica chronica* (гонорройный артрит). В эту группу мы относили те случаи, в которых заболевание суставов можно было поставить в несомненную связь с перенесенной гонорреей и имела характерная для гонорройного артрита клиническая картина. В виду того, что эта форма достаточно подробно описана в литературе, мы на клинической картине наших случаев в данном сообщении не останавливаемся. Отметим только, что большинство этих больных были мужчины, и преобладала форма полиартрита, а не моноартрита. Нужно также отметить, что в 5 из 8 случаев применялась, кроме бальнеологического лечения, вакцина-терапия. Кроме того, так как у большинства этих больных имелись отклонения от нормы в мочеполовой сфере (простатиты и пр.), помимо обычного серногрязевого лечения, применялись грязевые ректальные тампоны. в) *Arthritis luetica*. Диагноз ставился на основании анамнеза, клинической картины и реакций с кровью Хитрово и Sachs-Georgi. В смысле терапии надо отметить, что в ряде случаев, кроме серногрязевого лечения, применялась специфическая терапия (инъекции препаратов ртути и висмута и вливание неосальварсана). г) *Arthritis tuberculosa*. Все наши случаи относились к закрытым формам с поражением одного сустава, преимущественно тазобедренного.

В группу инфекционных полиартритов, по сути дела, следовало бы отнести и вышеописанную нами форму *Polyarthritis rheumat. chr. secundaria*, как имеющую несомненно инфекционное происхождение. Но т. к. вызывающее эту болезнь заразное начало до настоящего времени неизвестно и только предположительно возбудителем ее считается стрептококк, а начало болезни и последующие обострения имеют совершенно своеобразные клинические черты и явную связь с такими моментами, как охлаждение, промокание, пребывание в сырости и т. п., мы считаем целесообразным выделить „вторичный хронический ревматический полиартрит“ в самостоятельную группу. По мнению проф. Гуревича вышеизложенные формы под названием *Polyarthritis rheumatica chron. lenta* и *exacerbata* также составляют разновидность инфекционного полиартрита. Случаев хронического инфекционного артрита мы имели 89 (т. е. 13,9% по отношению ко всему нашему материалу); из этого числа 66 падает на заболевания суставов после острых инфекций, люэтического артрита было 9 случаев, гонорройного 8, туберкулезные поражения суставов были в 6 случаях.

В первой подгруппе из 66 случаев в конце курса серногрязевого лечения значительное улучшение наступило в 4 случаях, улучшение в 54 (благоприятный результат получился таким образом в 87,9%). Хорошие результаты давали гонорройные артриты—из 8 больных 3 уехало со значительным улучшением и 4 с улучшением; из 9 люэтических артритов благоприятный результат получен в 7 случаях, значительно худшие результаты мы получили при серногрязевом лечении туберкулеза суставов: из 6 случаев только в 2 мы могли констатировать небольшое улучшение. Костносуставной туберкулез по официальным справочникам стоит в группе противопоказаний для лечения на Сергиевских минеральных водах, но несмотря на это ежегодно известно количество больных этой категории поступает на курорт как с путевками направляющих органи-

заций, так и самотеком. Среди работников курорта по этому вопросу не существует единого мнения; так, например, при обсуждении этого вопроса на одной из медконференций курорта в сезон 1929 г. мнения по этому вопросу разделились и вопрос оставлен открытым. Мы же, со своей стороны, на основании наших наблюдений считаем, что такого рода больные не должны направляться на—С. М. В.

*Arthritis traumatica chron.* В анамнезе наших больных этой категории имелась та или иная травма (ушиб, перелом, вывих, растяжение и разрыв связок). Во всех наших случаях поражен был один какой-либо сустав, по 2 случая—тазобедренный и коленный, по 3 случая—голеностопный и плечевой. Клиническая картина заключалась во всех случаях в боли при движениях и ограничении подвижности, часто припухлости области пораженного сустава. В отношении терапии этих артритов мы применяли более энергичное лечение, чем при других формах: грязевое лечение в виде компрессов на один сустав температуры до 51—52° и числом до 18 в среднем за курс; активную и пассивную гимнастику и массаж. Результаты были таковы: из 10 больных 8 уехало с улучшением, 2—„без перемен“<sup>1)</sup>

*Arthritis toxica*—у нас был всего лишь один случай такого артрита на почве хронического свинцового отравления, в котором под влиянием бальнеологического лечения наступило некоторое улучшение.

Все вышеописанные формы поражений суставов можно объединить в группу экзогенных артритов. В противоположность им к эндогенным относятся следующие бывшие под нашим наблюдением заболевания суставов.

*Arthritis urica.* Не останавливаясь на патогенезе и клинической картине этого заболевания, отметим, что больных с этим диагнозом у нас было всего 30, что составляет 4,6% всех наших случаев, причем преобладали женщины пикнической конституции. Результаты лечения были следующие: улучшение в 23 случаях, без перемен 7.

*Polyarthritis endocrinica.* К этой группе мы отнесли 4 наших случая (все женщины), в которых можно было усмотреть связь между поражением суставов и нарушением функции желез внутренней секреции. 3 из них относились к так называемым климактерическим артритам и 1 к тиреотоксическим. 2 (с диагнозом климактерический артрит) уехали с курорта с улучшением суставного заболевания, 2 без улучшения.

*Arthritis neurotrophica.* В эту группу мы отнесли один случай артрита на почве сирингомиелии и 2 случая, сопровождавшихся трофическими расстройствами со стороны кожи, ногтей, волос, причем в обоих этих случаях заболевание суставов началось одновременно с трофическими расстройствами. Во всех 3 случаях наступило улучшение, трофические расстройства (особенно это было заметно на ногтях) уменьшились одновременно с улучшением со стороны суставов.

*Osteo-chondro-arthritis deformans.* В эту группу мы отнесли 48 наших случаев (7,5% всех больных), в которых имелась налицо более или менее резко выраженная деформация суставов. Мы считаем более целесообразным применить вышеупомянутый термин, а не более распространенный

<sup>1)</sup> По имеющимся у нас сведениям в одном из этих случаев в течение месяца после курортного лечения наступило улучшение—боли прекратились, объем движений увеличился.

ненный до последнего времени— „arthritis deformans“, так как нам кажется более правильным взгляд, высказанный новейшими авторами, отметившими, что при этом заболевании несомненно преобладает не воспалительный, а дегенеративный процесс в костно-хрящевой ткани суставов, т. е. имеется не артрит, а артроз.

Из 48 наших больных лишь в одном случае имелся деформирующий процесс в одном суставе (правом коленном), о котором можно говорить как о моноартикулярной форме деформирующего остеохондроартроза, во всех остальных имелось множественное поражение суставов и, следовательно, они должны быть отнесены к полиартикулярным формам. В значительном числе наших случаев деформирующего остеохондроартроза имелось более или менее резко выраженное общее истощение, но было и несколько больных хорошо упитанных. Лечение применялось обычное серногрязевое согласно вышеописанной методике, но у ряда этих больных курс лечения бывал продлен на 10—15 дней, часто применялся массаж и мототерапия. Результаты лечения были таковы: значительное улучшение в 4 случаях, улучшение в 33, без перемен в 9, ухудшение в 2. Ухудшение проявилось в усилении болей.

„Деформирующий артрит“ в официальных справочниках стоит в группе „противопоказаний“ для лечения на С. М. В. На основании наших наблюдений мы считаем, что вопрос этот должен быть пересмотрен, и заболевание это, как несомненно в ряде случаев дающее хороший эффект, должно быть включено в число показанных для курортного лечения. В этом смысле мы и высказались на заседании медконференции С. М. В. при обсуждении вопроса о показаниях и противопоказаниях для лечения на С. М. В., причем было вынесено постановление о включении „деформирующего артрита“ в группу показаний. По нашим наблюдениям особенно хороший эффект получается после повторных курсов курортного лечения. Благоприятного результата от лечения можно ждать со стороны тех суставов, где деформирующий процесс еще не закончен, т. е. не наступило полного анкилоза. В таких случаях наступает прекращение или уменьшение болей, увеличивается объем движений. В тех суставах, где наступил анкилоз, никакого результата, конечно, не получается так же, как и при анкилозе суставов на другой почве. Последних у нас было 6 и во всех 6 случаях ни наступило не малейшего эффекта.

В заключение остановимся на лечении на С. М. В. заболеваний позвоночника. Всего больных с поражением позвоночника у нас было 22 человека, которых мы разделили на 2 группы: *Spondylosis ankylopoëtica* (называемый некоторыми авторами *Spondyloarthritis ankylopoëtica*) и *Spondyloarthritis chronica*. В первую группу вошли 7 наших больных с ясно выраженной картиной анкилозирующего процесса позвоночника, с резко выраженным кифозом, полным отсутствием или резким ограничением движений. В части этих случаев болезненный процесс не ограничивался позвоночником, но захватывал и тазобедренные суставы. Последние случаи с прогрессирующим анкилозирующим процессом в позвоночнике и тазобедренных суставах можно отнести к описанной Пьер-Мари форме *Spondylosis rhizomelica*. В отношении терапии надо отметить, что в 4 из 7 случаев, кроме грязевых компрессов на спину, применялся ионтофорез через грязь. Результаты лечения были таковы: в 5 случаях удалось достигнуть не-

которого улучшения процесса, выразившегося, главным образом, в прекращении болей, в части случаев—некоторого увеличения объема движений, в 2-х случаях никакого результата не было достигнуто. Во вторую группу—*Spondyloarthritis chronica*—мы отнесли 15 случаев заболевания позвоночника различного происхождения (вследствие травмы, длительного физического перенапряжения, инфекции), в клинической картине которых не наблюдалось анкилозирующего процесса, а имелась лишь боль в определенной группе позвонков, чувствительность остистых отростков при давлении, более или менее выраженная ригидность. К сожалению, в виду отсутствия на курорте рентгена, мы не имели возможности выделить из этой сборной группы отдельные клинические формы и принуждены говорить обо всех этих случаях вообще как о спондилоартритах, без более углубленной дифференцировки. У большинства наших больных имелось поражение поясничной части позвоночника (люмбаартрит), значительно реже встречалось поражение грудных и шейных позвонков. В 10 случаях больные выписались с улучшением, в некоторых случаях весьма значительным, в 5 случаях улучшения не наступало.

Резюмируя все сказанное, мы видим, что лечение хронических заболеваний суставов на С. М. В. дает весьма хороший результат. Наибольший процент улучшений мы получили при вторичном хроническом ревматическом полиартрите (88,1%) и хроническом полиартрите вследствие острых общих инфекций (87,9%). Почти одинаковый результат при серногрязевом лечении этих форм является лишним доказательством того, что они—родственные заболевания. Худший результат мы получили при первичном хроническом ревматическом полиартрите: улучшение в 78,5%. Последнюю группу заболеваний мы считаем весьма целесообразным разделить на вышеописанные нами 2 подгруппы: *Polyarthritis rh. chr. lenta* и *Polyarthritis rh. chr. exacerbata*, причем при лечении больных, относящихся к первой подгруппе, в ряде случаев, по нашим наблюдениям, обычный курс лечения может быть сокращен, т. к. конечные результаты получались иной раз уже через 2—3 недели. Очень хорошие результаты, как видно из сказанного, мы получали при лечении гонорейных артритов. Относительно деформирующего остеохондроза надо сказать, что этих больных, несомненно, стоит посылать на курорты, т. к. наши наблюдения показывают, что в значительном проценте случаев удается достигнуть положительных результатов и, если не удастся достигнуть восстановления трудоспособности, на что в далеко зашедших случаях нельзя и рассчитывать, то, по крайней мере, больной получает облегчение в своих страданиях и нуждавшийся в постороннем уходе получает возможность самообслуживания.

Диагностика многих форм заболевания суставов на С. М. В. чрезвычайно затрудняется отсутствием рентгеновского кабинета, что является совершенно ненормальным явлением для курорта, пропускающего за лечебный сезон около 3.000 больных.

На основании всего вышеизложенного мы считаем возможным сделать следующие выводы:

1. Вопрос об установлении единой общепринятой классификации суставов является в высшей степени актуальным, но до сих пор не разрешенным.



2. Больные с различными формами хронических заболеваний суставов с успехом лечатся на С. М. В., давая в среднем около 80% улучшения.

3. Деформирующие артрозы должны быть включены в число заболеваний, показанных для лечения на Сергиевских минеральных водах.

4. Больные с последним заболеванием должны направляться на курорт в течение ряда лет подряд, и курс лечения у них, по сравнению с другими артритиками, должен быть более продолжительным.

5. В ряде случаев инфекционного и ревматического артрита курс лечения может быть сокращен.

6. Больных с туберкулезным поражением костей и суставов не следует направлять на С. М. В.

7. Анкилозы суставов какого бы то ни было происхождения безусловно подлежат курортному лечению.

8. В ряде случаев целесообразно проводить комбинированное лечение, сочетая обычное серногрязевое лечение со специфическим антилюэтическим, вакцинотерапией, опотерапией, нонтофорезом, мототерапией.

---

Из санатории Упр. Кав. мин. вод № 8 в Кисловодске. (Руков. приват-доцент  
З. И. Малкин, главврач И. Л. Шагинов).

## К вопросу о влиянии нарзанных ванн на кровяное давление у больных с гипертензией и гипотонией.

А. Н. Беловой и Е. П. Мищенко.

С 4 кривыми.

Имеется много работ по вопросу о действии углекислых нарзанных ванн на сердечно-сосудистую систему, в частности на кровяное давление; но приходится отметить, что до сих пор данные о влиянии нарзанных ванн на кровяное давление довольно противоречивы и спорны.

Еще не решен вопрос даже о том, что главным образом влияет на кровяное давление, сама ли нарзанная ванна, температура ванны или чисто механические факторы.

Наблюдения последних лет над больными в пустых ваннах с последующим наполнением их водой приводят к выводу, что механические моменты играют в этом вопросе незначительную роль и что все колебания кровяного давления следует отнести за счет действия самих ванн (Бейер, Рабинович и др.).

Чтоб исключить спорный термический фактор, большинство проводили наблюдения над действием ванн индифферентной  $t^0$ , т. е. в пределах  $28^0-25^0$  R.

Все ав. согласны с тем, что при погружении в нарзанную или мацестинскую ванну индифферентной  $t^0$  кровяное давление падает у всех больных, а также и у здоровых, и в продолжение всего времени пребывания больного в ванне держится на пониженных цифрах; по выходе из ванны кровяное давление повышается (иногда, очень резко), а затем,