

*Доц. В. В. ГУК, д-р Е. Я. КЛИСТЕР и д-р Р. О. РУХЕЛЬМАН*

## **О заключительной части курса грязелечения при хронических заболеваниях суставов**

Из терапевтической клиники (зав. доц. В. В. Гук) и артрологической клиники (зав. доц. Э. А. Зарницкий) Украинского института курортологии и бальнеологии в г. Одессе

Вопросам методики грязелечения посвящено очень много работ. До самого последнего времени выдвигаются и рекомендуются различные новые или модификации старых способов лечения грязью: „насыщенный метод аппликационного грязелечения“ (Черкес, Налбандов), метод интенсивных кратковременных грязевых процедур (Дрягин) и т. д. Укорочение срока пребывания больного на грязевом курорте с 45 до 30 дней выявило настоятельную необходимость пересмотреть многие общепринятые способы грязелечения.

В различных методах грязелечения, предлагавшихся многими авторами (Мочутковский, Либов, Бегак, Щербаков, Лозинский, Брусилковский, Великанов, Киш и др.), общим основным моментом является настоятельно рекомендуемая постепенность повышения и снижения нагрузки бальнеопроцедурами. В начале курса рекомендуется назначать индифферентные по температуре, более слабые по действию „выходные“ минеральные или рапные ванны; затем—грязевые процедуры, увеличивающейся интенсивности по температуре и продолжительности; а к концу курса грязевые процедуры обычно даются снова более умеренной силы.

Заканчивается грязелечение так называемыми „выходными“ ваннами понижающейся температуры. После курса грязелечения многими бальнеологами рекомендуется еще последующее лечение индифферентными морскими или минеральными ваннами, купаньем в лимане и даже в открытом море.

Если трактовать грязелечение как неспецифический метод лечения раздражением, то указанное правило соблюдения постепенности в повышении и понижении интенсивности раздражающих процедур находит себе полное оправдание. К сожалению, очень многие лечащие врачи на наших курортах не придерживаются указанных выше общих правил нагрузки бальнеопроцедурами, особенно в заключительной стадии лечения.

Мы нередко наблюдаем, как больной из необычной для него санаторно-курортной обстановки, иногда даже с незакончившейся бальнеореакцией переходит сразу в свою будничную обстановку работы и быта, а от этого намного иногда теряется эффективность санаторного лечения. При невозможности организации настоящего последующего лечения предоставление хотя бы кратковременного отдыха после грязелечения или же более правильная организация заключительной части курса грязелечения (выходные ванны или

гидропатические процедуры в большом количестве, понижающей температуры) несомненно оказали бы большую пользу.

Вопрос об увеличении количества выходных ванн упирается в необходимость сгущения грязевых процедур к началу лечения; здесь естественно могут возникнуть два вопроса: 1) как будет переноситься больным такое „сгущенное“ грязелечение и 2) можно ли отказаться от подготовки больного к грязевым процедурам предварительным назначением так называемых „входных“ ванн.

На первый вопрос нам отвечают многочисленные клинические наблюдения различных авторитетнейших бальнеологов (Брусилловский, Лозинский, Щербаков, Либов, Налбандов, и др.). Наши наблюдения на Куяльнике (1926—1933 гг.), а в последнее время опыт применения „насыщенного аппликационного метода грязелечения“ А. А. Черкес (из клиники проф. С. С. Налбандова) нам определенно указывают на то, что такое „сгущенное“ грязелечение (4 грязев. процедуры в 6-дневку) переносится больными обычно без всяких неприятных побочных явлений (раздражительной слабости, утомления и проч.)

Что же касается „входных ванн“, то тут сомнений у нас несколько больше. Мы никак не можем с легким сердцем отказаться подобно А. А. Черкес от назначения „трафаретных“, по его словам, входных ванн, исходя из того соображения, что основное действие грязелечения, по видимому, заключается в десенсибилизирующем его влиянии на организм, а в процессе десенсибилизации важным моментом является постепенное повышение дозировки десенсибилизирующего агента (Рише, Безредка, Сторм ван Левен). Тем не менее, мы считаем более рациональным пожертвовать входными ваннами в пользу выходных. Но настойчиво рекомендуем при назначении грязевых процедур в начале курса обязательно постепенно повышать нагрузку, медленно увеличивая продолжительность и температуру грязевых процедур (начиная с 38°C 10' для общей грязевой аппликации), чем и достигается подготовка больного к более интенсивному грязелечению и соблюдается правило постепенного повышения дозировки десенсибилизирующего агента.

Под нашим наблюдением находилось 72 больных, преимущественно мужчин (женщин всего 4). Мы взяли под наблюдение только 2 формы хронических заболеваний суставов: хронический вторичный ревматический полиартрит—19 сл. и первичный хронический доброкачественный полиартрит—53 случ.

По этиологии, патогенезу и клиническому течению эти формы заболеваний суставов, как известно, заметно отличаются друг от друга. Но у них есть и характерные общие черты—наклонность не к постепенному прогрессированию процесса, а к проявлению болезненного состояния как бы толчками, вспышками (рецидивирование). Затем—значительная чувствительность как тех, так и других больных к метеорологическим факторам и, наконец, заметная эффективность грязелечения и салициловой терапии как для одной, так и другой формы артритов. Все это и некоторые другие данные позволяют считать, что эти обе формы заболевания суставов имеют аллергическое происхождение: для них больше, чем для других форм артритов, грязелечение является десенсибилизирующим фактором.

В значительном большинстве случаев наши больные получали грязелечение в виде общих аппликаций или 1/2 аппликаций (от пояса

до стопы включительно) на курс от 8 до 12, в среднем—10 грязевых процедур. Известная часть больных (16 случ.) подвергалась лечению по обыкновенной методике, т. е. с небольшим количеством т. наз. „входных ванн“ (3—4) и выходных ванн (1—4).

Грязевые процедуры этим больным назначались через день. У остальной части больных грязевые процедуры начинались после одной, максимум двух входных ванн и назначались обычно по „сгущенному“ методу (4 ванны в 6-дневку). 9 больных из этой группы получали грязевые процедуры также через день. Но всем этим больным так наз. выходные ванны назначались в значительно большем количестве, а именно 5—8 и больше.

За небольшими исключениями все наши больные переносили грязевые процедуры (и аппликации и общие грязевые ванны) по „сгущенному методу“ очень хорошо, только в 3—4 случаях пришлось от него отказаться (невротики с явлениями обнаружившейся функциональной слабости сердечно-сосудистой системы). В заключительной части курса грязелечения с переходом к выходным ваннам и особенно к концу лечения общее самочувствие больных было прекрасное. Перед выпиской из санатория отмечалось бодрое настроение и прилив энергии, иногда даже несмотря на продолжавшееся вплоть до выписки обострение болей в суставах (2 из 5 случ.). Результаты лечения у группы больных, получавших большое количество выходных ванн, не уступали таковым же при обычном методе лечения и даже несколько превышали их (улучшение и значительное улучшение 80,8%, а в группе с небольшим количеством выходных ванн—улучшений 73,3%).

Тщательно отмечая у наших больных все изменения клинического status'a, мы проводили еще следующие исследования: 1) определение изменения количества Hb, 2) РОЭ и 3) кожные пробы на адреналин и туберкулин по ходу лечения, в начале его и за 1—2 дня до выписки больного. РОЭ определялась по методу Панченкова, а кожные пробы по методике, применяемой в нашей учетно-терапевтической клинике<sup>1)</sup>.

Всех наших больных мы разделили на 3 группы по числу полученных выходных ванн (см. табл.). Сравнивая характер РОЭ в различных группах, мы ясно видим, что первая группа с небольшим количеством выходных ванн дает относительно большее количество случаев с усилением РОЭ к концу лечения, и, наоборот, значительно меньшее число случаев с уменьшением РОЭ. Если это и не говорит определенно о недостаточной эффективности лечения, то во всяком случае до известной степени свидетельствует о том, что в первой группе (1—4 вых. ванны) лечение как бы не совсем закончено, может быть продолжается еще бальнеореакция и т. п. Нарастание количества Hb также несколько менее заметно в первых двух группах с меньшим количеством выходных ванн.

Изменения кожных реакций на адреналин и туберкулин указывают по нашим наблюдениям и исследованиям других авторов (Шталь, Карчагина, Маршалкович и др.) на колебания тонуса вегетативной нервной системы под влиянием бальнеопроцедур, а изменения интенсивности туберкулиновой реакции—и на изменения аллергического состояния организма (Бурденко, Карчагина). Усиление реакции на

\*) См. „Вопросы курортологии“, 1937.

туберкулин к концу лечения в первой группе (с небольшим количеством выходных ванн) встречалось значительно чаще, чем в двух других группах. Изменения реакции на адреналин также довольно характерны. В первой и второй группе больных мы реже наблюдаем усиление реакции и чаще отмечаем уменьшение ее интенсивности. По наблюдениям некоторых авторов (Осипов, Черников, Шталь) теплые и горячие бальнеопроцедуры, в том числе и грязевые, повышают тонус блуждающего нерва; особенно это заметно в середине курса грязелечения в период бальнеореакции, к концу же курса лечения (с понижением интенсивности раздражения) начинает повышаться тонус симпатического нерва. Появляется, как некоторые говорят, „симпатизация“, что считается даже показателем успешности лечения. Если с этой точки зрения рассматривать полученные нами данные, то они в известной степени свидетельствуют о том, что у той группы больных, где выходные ванны применялись в большем количестве (8 и больше), случаи с выраженной „симпатизацией“ наблюдались чаще, и параллельно с этим, может быть, и лечение получилось более успешнее.

### Изменения к концу лечения.

Реакции на адреналин и туберкулин, РОЭ и кол. Нб.

Кол-во вых-ных ванн		Всего случ.	Адреналин			Туберкулин			РОЭ			Нб	
			Уменьш.	Без пер.	Усилен.	Уменьш.	Без пер.	Усилен.	Уменьш.	Без перем.	Усилен.	Увеличен.	Без перем.
1—4	Кол.	16	7	7	2	3	6	4	1	7	5	12	4
5—7	Кол.	32	17	11	4	3	15	3	7	19	5	19	10
8 и больше	Кол.	24	5	12	6	4	6	2	6	13	5	18	3

Необходимо только упомянуть о следующем. Мы знаем, что бальнеопроцедуры обладают свойством выравнивать тонус вегетативной нервной системы. Может быть, мы встречаемся здесь с таким же явлением, т. е., возможно, в первой группе у нас до лечения реакция на адреналин чаще была более интенсивной, чем в третьей группе, и наоборот. То же можно предполагать и относительно туберкулина. Но этого мы не наблюдали. В первой группе больных первоначальная реакция на адреналин была не более интенсивной, чем в третьей (в среднем 1,0 и 1,1 см), а реакция на туберкулин в первой группе была ничуть не слабее, чем в третьей группе (в среднем 1,0 и 0,9 см).

Нужно думать, что характер заключительной части курса грязелечения (количество выходных ванн) играет известную роль в смысле того или иного воздействия на вегетативную нервную систему даже независимо от первоначальной установки (ее тонуса).

В общем же, все наши наблюдения в совокупности указывают с достаточной очевидностью на то, что метод грязелечения с применением большого количества выходных ванн более благоприятен в смысле „перестройки“ вегетативной нервной системы и уменьшения аллергического состояния организма к концу курса лечения.

Резюмируя все сказанное, мы приходим к следующим выводам:

I. Заключительной части курса грязелечения современные бальнеотерапевты уделяют слишком мало внимания.

II. При сроке лечения на грязевом курорте в 30 дней вопрос о рациональной организации заключительной части курса грязелечения приобретает особенно актуальное значение.

III. При назначении метода грязелечения „сгущенного к началу“— без входных ванн, но с большим количеством выходных ванн (8 и больше) ближайшие результаты лечения не уступают таковым же при обычном методе (3—4 входных и 1—4 выходных ванн), а в некоторых случаях даже превосходят их.

IV. Метод „сгущенного к началу“ грязелечения обычно переносится больными очень хорошо и может быть назначаем во всех тех случаях, где нет особых показаний для применения только „митигированного“ грязелечения.

V. Изменения РОЭ и кожных реакций на туберкулин и адреналин под влиянием грязелечения более благоприятно выпадают у тех групп больных—артритиков, где количество „выходных“ ванн превышает обычное.

VI. Для получения большей эффективности от лечения грязью артритиков, необходимо заканчивать курс грязелечения достаточным количеством (5—8 и больше) так называемых „выходных“ бальнеопроцедур (ванны, души понижающейся температуры) с целью закрепления результатов лечения.

Поступила 21. III. 1938.