

Из нервной клиники Казанского гос.института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (Завед. проф. А. В. Фаворский).

Наблюдения над нервно-легочными больными Шафрановского кумысолечебного курорта сезона 1928 года ¹⁾.

А. М. Миропольской.

Летом 1928 года я была консультантом по нервным болезням Шафрановского кумысолечебного курорта. Курорт находится в Башрееспублике у железнодорожной станции того же названия. Объединяет собою шесть отдельно расположенных санаторий, развернутых на 500 коек. При курорте имеется поликлиника со специально оборудованной лабораторией, небольшим рентгеновским кабинетом и элементарно оборудованными водолечебницей и электрическим кабинетом. Возможность пользования данными кабинетами создавала для работавших там врачей благоприятные условия для клинического подхода к больному. Врачи, работавшие в санаториях, были квалифицированными работниками в области туберкулеза, в большинстве имеющими клиническую или специальную подготовку по туберкулезу. Консультантом терапевтом в этом году был проф. А. Н. Рубель. Тот интерес, который был проявлен врачами, работавшими в санаториях, к больным с неустойчивостью нервной системы, то желание, с которым они шли для совместного со мной разбора больных, создавало благоприятные условия для моих наблюдений. В сезоне 1928 года мною проведены наблюдения над 305 санаторными больными, истории болезни которых мною проработаны. Следует отметить, что на консультацию ко мне попадали больные с более выраженными нервными явлениями. Приблизительно через меня прошло около 20% всех больных из расчета пропускной способности в три месяца 1500 человек.

Прежде чем перейти к ответу, с какими же группами нервных заболеваний я встретилась на легочном курорте и как сочетались заболевания нервной системы с легочным туберкулезом, я считаю необходимым отметить, с каким национальным, социальным и партийным составом больных я имела дело, так как это важно для разъяснения моментов, способствующих развитию заболеваний нервной системы. Шафрановский кумысолечебный курорт принадлежит к курортам общегосударственного значения, поэтому неудивительно, что национальный состав данного курорта самый разнообразный: на моем, например, материале отмечалось 17 национальностей: 70% русских, 6% евреев, 5% белоруссов, 4% украинцев, 3,5% татар, 3% туркмен, 2% латышей и марийцев, 1% башкир и узбеков, 0,7% чуваш и армян, 0,3% поляков, литовцев, болгар, мордвы и турков. Рассматривая социальный и партийный состав моих больных, я получила следующую сводку: из 305 больных оказалось 49% партийцев и 51% беспартийных, причем из 49% партийных больных 38% занимали ответственные должности, 28% — служащие различных учреждений, которые несут еще общественную нагрузку, 23,5% рабочие различных производств, 10,5% учащиеся. Из 51% беспартийных больных ответ-

¹⁾ Доложено в заседании представителей Социального Страхования и в Туберкулезной секции г. Казани.

ственных работников 2,8%, врачей 4,5%, служащих различных учреждений 34%, педагогов 10,5%, учащихся 12%, рабочих 26%, крестьян 0,6%, военных 0,6% и свободных профессий 9%. Возраст наблюдаемых больных 62% от 20 до 30 лет, 33% от 30 до 40 лет, 5% от 40 до 50 лет. Мужчин 56%, женщин 44%.

У этих больных мною отмечены следующие нервные заболевания: неврастеников со средней степенью выраженности объективных данных 24,5%, с выраженными объективными данными 15%, неврастеников с истерической реакцией 11,5%, чистые формы истерии 13,5%, психастеники 2,5%, Nevrositas 11%, легкие формы травматического невроза 5,5%, группа с заболеваниями желез внутренней секреции, с преобладанием объективных данных со стороны щитовидной железы 8,5%, сборная группа—8% (в эту группу вошли центральные заболевания нервной системы 1%, заболевания периферической нервной системы 1,5%, заболевания вегетативной нервной системы 5,5%). Что касается форм туберкулеза, при которых встретились данные нарушения со стороны нервной системы, то нужно учесть, что Шафрановский кумысолечебный курорт имеет летнего типа санатории, куда больные направляются на 1—1½ месяца; неудивительно поэтому, что с случаями декомпенсированного туберкулеза не пришлось встретиться, наблюдались главным образом формы субкомпенсированные и та обширная группа, где когда-то туберкулез был, а теперь кроме „слабых легких“ ничего нет, т. е., компенсированные формы туберкулеза.

У 305 мною наблюдаемых больных

А1	было у 108 человек	В1	—	у 20 человек
Ап	„ 66 „	Вп	—	25 „
Аш	„ 2 „	Вш	—	8 „
Bronchoadenitis	В —	у 26 человек		
Bronchoadenitis	А —	у 26 „		

Данные диагнозы по мере надобности подтверждались рентгенологическими данными и серологическими реакциями.

Об отношениях туберкулеза к функциональным заболеваниям нервной системы много писалось и пишется, и травму от туберкулеза, действительно, нужно считать одним из моментов, ведущих к нарушению равновесия нервной системы, а если к этому прибавить такие факторы, как интеллектуальную и эмоциональную перегрузку, психические и физические травмы, да еще у женщин добавочные половые моменты, то для нас могут быть вполне понятны те клинические картины нервных заболеваний, которые мы наблюдали. На некоторых субъектах больше отразился один определенный момент, например, интеллектуальное переутомление, которое особенно сказалось на людях, раньше занимавшихся физическим трудом, а потом перешедших на интеллектуальный труд (их у меня 49%), он вывел из равновесия мало тренированную нервную систему и давал чаще всего неврастению. У конституционально неуравновешенных субъектов такие моменты как психическая, физическая и травма от туберкулеза, чаще способствовали проявлению таких заболеваний, как истерия и психастения. Люди же с более устойчивою нервной системой обычно реагировали нерезко и давали такую нервозность, которая у меня идет под диагнозом Nevrositas.

Более интересными являются взаимоотношения между туберкулезом и классическою Базедовою болезнью и так называемым гипертиреонизмом

(*formes frustes*). Уже давно многие авторы отмечают, что туберкулезные больные обнаруживают некоторые объективные симптомы, относящиеся к нарушению деятельности щитовидной железы, таковы наблюдения Lae vi, Бялокура, Лоффлера, Бауэра и др. авторов. Так, Kocher говорит, что туберкулезные токсины несомненно действуют на щитовидную железу, и что прежде чем проявится туберкулез, появляются симптомы увеличения щитовидной железы и симптомы гипертиреонизма. Chvostec также полагает, что симптомы гипертиреонизма служат первым признаком туберкулеза, который выявляется только впоследствии.

Я на своем материале старалась к этому вопросу подойти объективно, так как мне казалось, что больные с нарушением деятельности щитовидной железы могут симулировать начальную форму туберкулеза: субъективные жалобы на общую слабость, падение в весе, субфебрильную температуру, лабильность вазомоторов, потливость, сердцебиение и повышенную возбудимость нервной системы могут быть и при начальном туберкулезе, и при гипертиреонизме, как самостоятельном заболевании. На своем материале я отмечала следующие объективные симптомы, показывающие на нарушение деятельности щитовидной железы в сторону ее гиперфункции:

I — симптомокомплекс. Увеличение перешейка щитовидной железы. С. Graefe, с. Kocher'a, вазомоторные расстройства, нерезко лабильный пульс, потливость, раздражительность, падение веса;

II — увеличение перешейка и обеих долек щитовидной железы, резкую тахикардию, *exophthalmus os. utriusque* и субъективные жалобы;

III — увеличение перешейка и обеих долек, *exophthalmus os. ut. S. Graefe*, пульсацию крупных сосудов, тахикардию.

Анализируя эти чаще встречающиеся объективные симптомы, показывающие на нарушение деятельности щитовидной железы, можно отметить, что из глазных симптомов чаще встречается *exophthalmus* и с. Graefe, реже с. Kocher'a. Тахикардия и вазомоторная лабильность встречаются часто, реже встречается асимметрия в пульсации крупных сосудов по сравнению с пульсацией мелких сосудов. Только больных с этими объективными симптомами я причислила в мою группу эндокринных расстройств и думаю, что эти данные делают убедительным мое утверждение, что я имела дело с гипертиреонизмом. Но нужно еще отметить, что около 20% из 8,5% больных с эндокринными расстройствами имели еще добавочные нарушения со стороны деятельности *ovariorum*, объективно сказывающиеся в перебоях *menses*. Что касается одновременного наличия симптомов, указывающих на функциональную возбудимость нервной системы, то они в большинстве случаев были налицо, но превалирование симптомов со стороны эндокринной системы, дало мне право включить всех больных в эндокринную группу. Из всех больных с эндокринным нарушением 82% падало на женщин и 12% на мужчин.

Что касается вегетативных нарушений у туберкулезных, то многие симптомы туберкулеза, как пот, кашель, сонливость, лабильность вазомоторов и др. симптомы могут быть рассматриваемы как вегетативные нарушения. На учет этих симптомов нужно было бы обратить внимание. Но принимая во внимание, что исследование вегетативной нервной системы требует соответствующей обстановки и времени, я поставила себе это темой будущей моей работы. Общее впечатление (при грубом исследовании)

довании) заставляет меня присоединиться к мнению тех авторов, которые отмечают при начальном туберкулезе симпатикотонические реакции, а в более поздних стадиях — симптомы ваготонии. Из выраженных нарушений вегетативной нервной системы 5,5% больных у меня обнаружили резкие симптомы ваготонии или симпатикотонии. На практически важные зоны гиперэстезии мускулатуры и спазматические ее состояния соответственно пораженной части легкого мною обращалось внимание, но не всегда, и цифровые данные в силу этого я не могу привести.

Что касается анизокории у туберкулезных больных, которая объясняется поражением симпатического нерва, возникающего вследствие давления заболелших лимфатических желез или вследствие рубцового сморщивания легочной верхушки, то по моим данным она встречается в 27%, причем несколько чаще при субкомпенсированном туберкулезе, чем при компенсированном.

Из 108	А ₁ анизокория у 26	20 ч.	В ₁ анизокория у 5
66	А _п анизокория у 27	25	В _п анизокория у 8
2	А _ш анизокория у 1	8	В _ш анизокория у 3

Bronchoadenitis A из 26 ч. анизокория у 2, Bronchoadenitis B из 26 человек, анизокория у 6 человек.

При этом, по моим данным, расширение зрачка часто не совпадает с наиболее пораженным легким. В 75% $S > D$ и в 25% $D > S$. Я не настанвала бы, чтобы считать ли анизокорию за один из ранних симптомов туберкулеза, но одно можно подтвердить, что анизокория встречается в такой последовательности: В_ш, В_п, В₁, Bronchoad. В субкомпенсированного туберкулеза, и А_ш, А_п, А₁, Bronch. А компенсированного туберкулеза.

Относительно органических заболеваний периферической нервной системы на почве туберкулезной интоксикации сделать выводов не могу, так как имела всего два случая ишалгии. Полиартритов острых и подострых туберкулезного происхождения на моем материале не было.

При попытке выяснить, как сочетались те или иные заболевания нервной системы с различными формами легочного и железистого туберкулеза, я получила интересные данные относительно нарушения деятельности эндокринной системы. Оказывается, что самый большой процент гипертиреозидизма встречается при активной форме Bronchoadenitis B.

Из 108 чел.	А ₁ гипертиреозидизм у 8 человек,	20 В ₁ у 3 гипертиреозид.
„ 66 „	А _п „ „ 4, „	25 В _п „ 2 „
		8 В _ш „ 1 „

Bronchoadenitis B 26 человек, из них у 7 гипертиреозидизм.

Просматривая литературу, я нашла указания, что Поксэ и Нейман чаще всего находят при выраженных явлениях гипертиреозидизма легчайшую форму гаматогенного туберкулеза, или пролиферирующего первичного комплекса, что особенно с их точки зрения характерно для этих форм туберкулеза. Это вполне подтверждают и мои данные, так как туберкулезное заболевание бронхиальных желез может быть первичным признаком tuberculosis fibrosa densa. Такая этиологическая точка зрения в некоторых случаях нарушения функции щитовидной железы должна быть еще лишний раз подчеркнута, и для невропатологов это позволяет вести обоснованное специфическое лечение туберкулином некоторых случаев гипертиреозидизма.

В одном из случаев была нарушена пигментация кожных покровов лица, сказывавшаяся в появлении бурых пятен на лице. Вольхард, Шверманн и др. считают такую пигментацию показателем начинающегося туберкулеза.

Перехожу к результатам влияния кумысолечения как на нервную систему, так и на различные формы туберкулеза, а также и к противопоказаниям „питья кумыса“ при некоторых заболеваниях нервной системы. Само собою разумеется, что, посылая легочных больных на кумысолечебные курорты, мы вовсе не рассчитываем на лечебный эффект одного кумыса. Под „кумысолечением“ мы понимаем суммарное действие компонентов, с которыми обычно сопряжено питье кумыса в степи (проф. Рубель). Жизнь современного человека протекает в условиях постоянных забот, тревог, т. е. таких моментов, которые держат нервную систему в условиях напряжения, когда же человек попадает в степь с ее широким простором, обилием свега, солнца, воздуха, аромата полей, когда у него появляется сознание, что не о чем беспокоиться, волноваться, то уже одна такая возможность оказывает благотворное влияние на организм. А если к этому прибавить хорошие условия питания, питье кумыса, рациональное использование времени с наибольшей пользой для организма, вспомогательные лечебные мероприятия в виде водолечения и физкультуры, то суммарное действие всех приведенных агентов должно дать соответствующие результаты пребывания на кумысе. Помимо „питья кумыса“ наши больные, смотря по состоянию здоровья, пользовались водолечением, начиная от обтираний, душей Шарко и шотландского и кончая ваннами, аэротерапией, гелиотерапией, занимались физкультурой и имели диетический стол. Медикаментозное лечение было строго ограничено.

Больные с компенсированным туберкулезом и одновременным функциональным заболеванием нервной системы получили на моем материале до 80% объективного и субъективного улучшения со стороны нервной системы и общего укрепления организма, 20% больных объективного улучшения со стороны нервной системы не получили, но было общее укрепление организма; данный процент падает на выраженные формы истерии, психастении и конституциональной неврастении. Что касается компенсированного туберкулеза, то в 80% было обострение туберкулезного процесса, приходящееся на Ап; 10% больных с компенсированным туберкулезом и одновременным заболеванием нервной системы пользовались 1½ месячным пребыванием на курорте; остальные имели месячную путевку. Средняя арифметическая прибавка в весе для этой группы 3,5 кг. Насколько благоприятные результаты получились от пребывания на кумысе у лиц с заболеванием нервной системы и компенсированным туберкулезом, настолько мало утешительные результаты получились у больных с субкомпенсированным туберкулезом. Объективное улучшение со стороны субкомпенсированных форм легочного и железисто-плеврального туберкулеза с заболеванием нервной системы при максимальном пребывании в 1½ месяца получилось в 32%, тогда как субъективное улучшение и общее укрепление организма отмечалось в 60. Обострение субкомпенсированных форм туберкулеза не превышало 8%. Под объективным улучшением субкомпенсированных форм легочного и железисто-плеврального туберкулеза мною понимались объективные улучшения аускультации, перкуссии, температурной кривой, ВК в мокроте и др. Серо-

логические реакции не всегда проводились по окончании кумысолечения, возможно последним объясняется небольшой (32%) процент объективного улучшения субкомпенсированных форм туберкулеза. Средняя арифметическая прибавка веса этой группы 3,2 кг. Что касается результатов кумысолечения на нервную систему при одновременном сочетании с субкомпенсированными формами туберкулеза, то объективное улучшение со стороны нервной системы было в большем проценте (60%), тогда как 40% не имели объективного улучшения. Сюда относятся выраженные функциональные заболевания нервной системы—истерии, психастении и эндокринные нарушения. Возможно, что такое объективное улучшение со стороны нервной системы при субкомпенсированных формах туберкулеза объясняется уменьшением туберкулезной интоксикации.

В заключение приношу благодарность за предоставление историй болезни докторам Крюкову (Харьков), Киль, Белоус, Юдину, Давыдовой (Москва).

Лечебное значение Ижевского источника.

Проф. Б. А. Вольтер (Казань).

Советская медицина поставила перед курортами очень серьезную задачу—быстро, возможно полно и прочно восстановить здоровье трудящихся. Для выполнения этого задания потребовалась громадная работа по восстановлению курортов и приспособлению их для массового пропуска трудящихся. Однако спрос на курортное лечение значительно перерос возможное предложение, общереспубликанские курорты не удовлетворяют нужды, ощущаемой в курортном лечении. Кроме того поездка на дальние курорты с совершенно чуждыми для больного климатическими условиями заставляет больного затрачивать много времени и сил на акклиматизацию, а возвращение с южных курортов в суровые климатические условия севера часто сводит почти на нет достигнутые на курорте результаты.

Все эти обстоятельства и соображения заставляют нас обратить должное внимание на целый ряд, имеющих у нас, весьма ценных в лечебном отношении курортов *местного* значения.

К таким курортам принадлежит и возникший за последние годы новый курорт на Ижевском минеральном источнике. Хотя Ижевская минеральная вода известна давно и приобрела уже широкую популярность по всему СССР, но подробное клиническое изучение влияния этой воды в курортной обстановке стало возможным лишь в последние годы, когда при Ижевском источнике был организован специальный санаторий, где было приступлено к выработке точных показаний и противопоказаний, а также и к изучению наиболее подходящих условий применения этой минеральной воды.

Спецификация показаний и противопоказаний должна особенно строго проводиться на курортах местного значения, так как большинство этих молодых курортов еще очень слабо оборудовано подсобными установками (гидротерапевтическими, электротерапевтическими и другими) и таким образом являются чистыми питьевыми курортами и пользуются лишь естественными природными богатствами данного курорта и его главным факто-