

случаи Базедовой болезни, наблюдавшиеся нами в Железноводске, не дали никаких благоприятных результатов, а в одном случае получилось резкое ухудшение. Возможно, что для базедовиков внешние условия местности этого курорта являлись неблагоприятным фактором: при лабильном сердце, которое наблюдается у базедовиков, подъемы по высоким лестницам и поднятия по горам легко могут вызвать у них крайне тяжелые сердечные явления и усилить их легкую утомляемость.

Напротив, в наблюдавшихся нами единичных случаях гипотиреозов наблюдались хорошие результаты. Но можно ли отсюда сделать какие либо обобщения, сказать затрудняемся.

Итак, наши наблюдения и впечатления в течение 2-месячной врачебной работы в Железноводске дают нам некоторое право выставить следующие положения:

I. Курортные факторы Железноводска как бальнеологические, так и климатические благоприятны для лечения некоторых форм нервных заболеваний, каковы: а) висцеральные невроты как самостоятельные заболевания, так и осложняющие органические страдания пищеварительных органов; г) миалгии, невралгии и невриты на почве нарушенного обмена; с) общие функциональные расстройства нервной системы после истощающих болезней и другие невроты, не сопровождающиеся сердечно-сосудистыми расстройствами или раздражительными явлениями.

II. Тиреозы, Базедова болезнь (базедовизм, базедовод) являются противопоказанными для лечения в Железноводске, а потому должны быть исключены из списка болезненных форм, показанных для Железноводска.

Аутогэмотерапия как метод Reiztherapie при ревматических, суставных и некоторых гинекологических заболеваниях.

(По материалам сезона 1928 года курорта „Озеро Горькое“ Челябинского округа *).

Профессор **А. А. Опокин** (Томск) и д-р **Р. И. Зан** (Казань).

Интерес к комбинированным способам лечения при грязелечении стал дебализироваться в печати, на съездах и в обществах сравнительно недавно. По вопросу о так. наз. „дублировании“ процедур мнения авторов и до сих пор расходятся. Большое внимание к комбинированной методике при грязелечении уделено на некоторых наших русских грязелечебных курортах; так, на Куяльницком лимане при участии профессора **Е. М. Брусиловского** созданы даже особые схемы комбинатного лечения ревматических заболеваний (Врач. дело, 1926 г., № 9. Отдел консультат. практики). Многие другие курорты, в частности и близкие к нам сибирские курорты—Карачи, Шира, Усолье—вели и ведут работы по комбинированным установкам в периоды грязевого лечения. Мы остановились на комбинированном лечении в виде протеинотерапии и баль-

*) Доложено на 5-й Научной конференции врачей курорта „Озеро Горькое“ Челябинского Округа, 4 сентября 1928 года и на 109-м Научн. собрании врачей Госуд. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани 27/XI 1928 г.

неотерапии. Этот метод был особенно проводим в эпоху, когда Weichardt'ом была создана протейнотерапия, захватившая столь много врачебных дисциплин. Была отдана большая дань протейнотерапии и со стороны физиотерапии. Работы в направлении комбинированного метода лечения в виде протейнотерапии и бальнеотерапии велись за границей, напр. Schöber'ом, Krebs'ом и Weskott'ом и мн. др., у нас в Союзе проф. Е. М. Брусиловским и М. С. Туркельтаубом, А. А. Опокиным, С. П. Ходкевичем, С. М. Рубашевым. Е. М. Брусиловским выставлены три комбинации: 1) Комбинация бальнеотерапии с неспецифической протейнотерапией (инъекции молока, казеоза, ятрен-казеина). 2) Комбинация бальнеотерапии со специфической протейнотерапией (вакцинация поливалентной гонококковой аутоактивной, аутогемотерапией, аутосеротерапией, аутоэритроцитотерапией). 3) Комбинация бальнеотерапии по смешанному типу со специфической и неспецифической протейнотерапией (Gonojatrein, Staphylojatrein). Мы заинтересовались наиболее доступной в условиях курортной работы комбинацией грязелечения со специфической протейнотерапией, а именно с аутогемотерапией. Мы предпочли инъекции крови, действующей на организм своими альбуминами, глобулинами, рядом аминокислот, связанных с эритроцитами, самими эритроцитами и т. п. инъекциям чистого молока, действующих белком, имея ввиду, что при проведении протейнотерапии на организм действуют и имеют для него значение все составные компоненты, входящие в вводимое вещество.

Уже на первых порах нашей работы выяснилось, что вопрос этот потребует много времени и во всей широте не может быть разрешен. В частности, многие необходимые исследования (напр. красной крови, исследование на стойкость красных кровяных шариков, белой крови на формулу и сдвиг по Schilling'у и количество), имеющие значение, как сопутствующие изменения при аутогемотерапии, как методе Reiztherapie при грязелечении, нами выполнены быть не могли за недостатком времени. Схема выполнения задуманной работы в плановом порядке заключала в себе целых десять пунктов.

Однако опыт показал, что многие задания не пришлось выполнить в силу неясности наступающих клинических реакций и малого количества объективных данных. Кроме того, очевидно, конституциональные особенности организма и защитная их реакция настолько индивидуальна и многообразна, что общего подхода сделать нельзя и нужен большой материал, чтобы эти особенности организма выявить для надобности Reiztherapie. К сожалению, материал наш очень невелик, все же мы считаем необходимым поделиться им, так как вопрос об АГТ, как методе Reiztherapie при грязелечении, еще далеко не выяснен и нуждается в большем его освещении.

Всего нами было обследовано 47 человек больных, из которых 22 были ревматические больные (все они были с выпотными процессами, острыми, подострыми и хроническими) и 25—гинекологические. Из второй группы 25 человек с чисто гинекологическими процессами (oophoritis, salpingo-oophoritis, parametritis, periparametritis и т. п.) было 16 человек и со смешанным заболеванием (гинекологическое заболевание и мышечный или суставной ревматизм, причем преобладающим страданием являлось гинекологическое заболевание)—9 человек. Из всех обследо-

дованных нами 47 человек, 20 больных проделали купальную реакцию (местную, общую или ту и другую вместе) и не были подвергнуты АГТ, а лишь находились под контролем RS до начала лечения, в середине его и в конце. Остальные 27 человек подверглись АГТ, как непроредававшие купальной реакции. RS делалась всем больным по способу Панченкова. АГТ была проделана 13 больным один раз, 7 больным, не давшим реакции после первой АГТ, два раза и, наконец, 7 больным, не выявившим реакции и после второй АГТ, три раза. RS и АГТ больные подвергались натошак и до ванной процедуры. В первый раз бралось пять кб. снт. крови из локтевой вены и вводилось в ягодицу, во второй раз 7 кб. снт. и в третий раз вводилось 10 кб. снт. крови.

По роду заболевания 27 человек больных, подвергнувшихся АГТ, разделялись на 18 ревматиков и 9 гинекологических больных. Из 18-ти человек ревматиков 10 человек было с хроническим суставным ревматизмом, остальные 8—с острым и подострым. Все они подразделялись по количеству проделанных АГТ на 3 группы. Первую группу составляли 6 человек, давших реакцию уже после первой АГТ. У всех них после первой же инъекции собственной крови наступила большая местная реакция в виде сильных болей в области суставов, а у 5-ти из них и общая реакция в виде температуры (до $37,8^{\circ}$), общей слабости, разбитости. В одном случае появилось как бы анафилактическое состояние: высыпание сыпи по всему телу, зуд, $t^{\circ} 37,2-37,3^{\circ}$, зноб. Уже через несколько дней у всех этих больных было заметно резкое объективное улучшение: опухоль в суставах у одних совсем, у других почти совсем исчезла, больные получили возможность свободного движения, чего были лишены раньше. Интересна в этом отношении одна история болезни.

Больная М., страдавшая подострым суставным ревматизмом, не дала никакой купальной реакции после рапы. После 5 рапных ванн ей была проделана первая АГТ, после чего у 6-ой была резко выраженная местная и общая реакция в виде лихорадочного состояния, обильного пота, общей слабости, разбитости и сильных болей в суставах. Б-ая принуждена была на несколько дней лечь в постель. Через неделю 6-ая отмечает в своем состоянии резкое улучшение. Опухоль в суставах почти исчезла, б-ая совершенно свободно ходит, спускается сама с лестницы, чего раньше не была в состоянии сделать. Впоследствии б-ая выписалась в стадии резкого улучшения, почти выздоровления. Моментальная RS у этой 6-ой в начале лечения резко выраженная, ускоренная (64 мм. за 1 час), потом она спустилась до стадии малого ускорения (15 мм. за 1 час), после первой АГТ снова выросла до выше среднего ускорения (31 мм. за час) и оставалась среднеускоренной (26 мм. за час) перед выпиской. Суточная RS все время была в одном состоянии (55—60 м.) как до, так и после лечения.

У остальных 6 больных не было единой картины в RS. У 2-х больных моментальная RS была в норме (7—8 мм. за 1 час.) как до, так и после АГТ. У 2-х—высокая в начале лечения, усиливалась после первой АГТ и дошла почти до нормы к концу лечения. У остальных 2-х больных высокая моментальная RS до АГТ оставалась в таком же положении и после нее. Что касается суточной RS, то за исключением 2-х больных, у остальных 4-х она являлась все время неизменно в цифрах 50—60 мм.

6 больных, совсем не проявивших купальной реакции или очень слабо выявивших ее как после первых 5-ти рапных ванн, так и после первой АГТ, были подвергнуты вторичной АГТ. После этого у всех 6-ти б-ых наступила местная и общая реакция в виде болей в суставах, по-

вышенной t^0 , зноба, общей разбитости и слабости, что вынудило некоторых б-ых слечь в постель. Через 3—4 дня все эти явления исчезли, самочувствие б-ных несколько улучшилось, они констатировали обычно исчезновение или довольно резко выраженное уменьшение болей в суставах и возможность ходить. Объективно почти исчезал выпот в суставах; хруст также исчезал, движения в суставах были безболезненны и свободны. Помоментная RS у этих б-х, повышенная вначале, доходила до нормы к концу лечения. Суточная RS была неизменно в пределах 50—55 мм.

6 ревматических больных, не давших реакции и после второй АГТ, подверглись ей в третий раз. Трое из этих б-ых были с хроническим суставным процессом (один с явлениями деформаций) и трое с подострым процессом. Все эти больные после третьей АГТ проделали и местную и общую реакции. Через несколько дней уже у всех этих больных отмечались более свободные движения в суставах и значительное уменьшение выпота.

Так, б-ая Н. с диагнозом „Polyarthritidis deformans progressiva infectiosa“ после третьей АГТ отмечает, что движения в коленных и голеностопных суставах настолько стали свободны, что она могла бы с помощью костыля ходить (раньше б-ая не могла ходить и на костылях), если бы не появившиеся впервые боль и опухоль в лучезапястном суставе, мешающая ей опереться на костыль. Помоментная RS у этой б-ой высокая вначале (35 мм. за 1 час) дошла до нормы после первой АГТ (9 мм. за час) и снова резко увеличилась после второй и третьей АГТ (стадия реакции). Суточная RS все время была в пределах 61—69 мм.

У больного Р. с диагнозом хронический деформирующий артрит левого тазобедренного сустава после третьей АГТ было констатировано увеличение степени отведения бедра, более свободное движение в левом тазобедренном суставе (флексия, отведение бедра при поступлении 110, при выписке 95). Помоментная RS у него несколько пониженная вначале (3—5 мм. за 1 час) доходит до нормы (8 мм.) к выписке, суточная RS все время нормальна (40 мм.).

У всех остальных б-ых этой группы помоментная RS несколько повышенная вначале, выравнивается до нормы к концу лечения, суточная же—несколько повышенная и все время без изменений.

Пять человек ревматиков с выпотными процессами, неподвергшиеся совсем АГТ, вследствие наблюдавшейся у них купальной реакции как после рапы, так и после грязи, были хронические больные. После грязевого лечения все они выписались с некоторым улучшением. Помоментная RS, за исключением двух б-ых, у всех была высокой, также как и суточная RS и к концу лечения оставалась без перемен.

Рассмотрим теперь вторую группу гинекологических б-ых из 9-ти человек, подвергнувшихся АГТ. Из них: 5-ти б-ым инъекция собственной крови была сделана один раз, 3-м два раза, и одной три раза. Все эти б-ые были по преимуществу с диагнозом: выпотные воспалительные процессы в женской половой сфере. Пять б-ых, подвергнувшихся АГТ, проделали общую и местную реакции. Все эти явления в два-три дня стихали и больные выписывались впоследствии с резким улучшением в женской половой сфере. Помоментная RS и суточная у 2 б-ых была нормальной, у 3-х—суточная оставалась все время без изменения и несколько повышенной, а помоментная RS, немного повышенная вначале (до 15 мм. за 1 час), доходила до нормы после первой АГТ (7—8 мм. за 1 час).

Трем б-ым, вследствие отсутствия реакции после первой АГТ, была сделана вторичная АГТ. Все эти б-ые дали сильную местную и общую

реакцию после второй АГТ, но у одной 6-ой реакция после второй АГТ совпала со временем после 5-ой ректальной грязи, когда (на озере Горьком) также может наступить реакция. В силу этого здесь реакцию можно с одинаковым правом отнести как за счет АГТ, так и за счет действия ректальной грязи. Все эти 6-ые выписались со значительным улучшением в женской половой сфере. Помоментная RS у 2-х 6-ых, повышенная вначале, выравнилась к концу лечения, у одной 6-ой она все время выпадала нормально. Суточная RS у всех 3-х 6-ых все время выпадала без изменения (от 50 до 55 мм.).

Одной 6-ой АГТ была проделана и в третий раз. Ее история болезни заслуживает особого интереса.

Б-ая К. с диагнозом «Salpingoophoritis dextr. Periparametritis chronica», после первых пяти рапных ванн купальная реакция как местная, так и общая отсутствует. Помоментная RS 31 мм. за 1 час., суточная—58 мм. Сделана первая АГТ. Реакция снова отсутствует. Реакция седиментирования эритроцитов почти без изменения (26 мм. за 1 час и 59 мм. за 24 часа). Сделана вторая АГТ. Реакции почти нет; очень незначительное усиление болей внизу живота. RS почти без изменения (26 мм. и 48 мм.). Объективного улучшения нет. Сделана третья АГТ. Субъективно реакции нет, но увеличение RS (34 мм. за 1 час и 60 мм. за 24 часа) говорит за объективно протекающий процесс обострения после третьей АГТ. Объективно—значительное улучшение в женской половой сфере: размягчение инфильтрата, лучшая подвижность матки, «матка как-бы вытаяла из инфильтрата крutom и стала подвижной».

Что касается группы из 16-ти гинекологических 6-ых, давших купальную реакцию, а посему неподвергнутых АГТ, то, за исключением одной 6-ой, все они выписались со значительным улучшением в женской половой сфере. Почти у всех их повышенная помоментная RS вначале доходила до нормы к концу лечения, суточная RS была без изменения в пределах 50—60 мм.

Аутогемотерапевтический способ Reiztherapii, как показали наши данные, может быть назван сравнительно нежным физиологическим раздражителем. Реакции протекали хотя и сильно в некоторых случаях, но все же высоких цифр t^0 не достигала (самая большая t^0 у одного 6-ого $37,8^0$); выпоты, как реактивное явление, хотя и наступали, но в дальнейшем быстро спадали с общим улучшением местного процесса. Инъекций собственной крови, повторяемых много раз, нам не пришлось делать: единичная инъекция собственной крови была достаточной для 13 больных, две инъекции для 7-ми и 3-кратное повторение у 7-ми больных. Таким образом, один раз проделанная АГТ служила толчком почти в половине всех наших случаев. Что касается усиления реакций организма после последующих инъекций собственной крови в сравнении с реакциями у 6-ых, проделавших одну АГТ, то на основании нашего материала мы сказать не можем и ставим в зависимость это от особенностей конституции организма и общей ответной реакции организма на аутогемотерапевтическое вмешательство.

Выше мы уже сказали, что в половине наших случаев нам потребовалась всего лишь одна инъекция собственной крови, чтобы считать АГТ серьезным толчком для начала процесса улучшения или выздоровления. Суммирование аутогемотерапевтических эффектов в виде местных и общих реактивных явлений при производстве двух или трех сеансов АГТ по нашим данным не только улучшало состояние больных и воспалительные явления, но даже вело, можно сказать, к выздоровлению в зна-

чительно короткие сроки. Это дает нам основание, имея в виду ограниченное время лечения б-ых на курорте по трехсезонной системе, высказаться за безусловно желательную комбинацию АГТ с бальнеотерапией.

В отношении процессов, где АГТ дала нам возможность констатировать лечебный эффект, мы могли бы сказать, что главным показанием для АГТ являются хронические суставные процессы вторичного типа, а также гинекологические заболевания в виде выпотных процессов в околоматочной и тазовой клетчатке. Следующими наиболее выгодными показаниями для АГТ являются подострые процессы. Что касается острых процессов, то к ним подход должен быть строго индивидуальный, и АГТ применяться должна только в особые периоды состояния организма, т. е. период, когда организм истощается защитительные силы.

Что касается вопросов дозирования инъекций собственной крови, то, как выше сказано, мы брали 5,0, 7,0 и 10,0 куб. ст. Опыт показал нам, что большего количества вводимой крови (до 15, даже до 30 куб. см.), как это делалось многими авторами, и не требуется, тем более что в половине всех случаев был достаточен всего лишь один сеанс АГТ, чтобы вызвать реакцию организма. Клинически мы могли констатировать, что с каждой новой инъекцией собственной крови, если она показана, повышается лечебный эффект, особенно там, где наступила ответная реакция. Наш грязелечебный опыт показал, что одного чистого грязелечения недостаточно в случаях длительно существующих, хронически текущих воспалительных процессов, если нет ответной реакции организма. Такие объекты неблагоприятны для чисто грязевой терапии, и вот в этих-то случаях АГТ может улучшить положение, как это и было в нескольких наших наблюдениях (гинекологическая б-ая К., приводимая выше).

К сожалению, мы не имеем данных реакции крови как ткани, что, несомненно, было бы чрезвычайно ценным подсобным моментом для оценки аутогемотерапевтических лечебных эффектов. Что касается RS при проведении комбинированного метода лечения в виде грязелечения и АГТ, то в отношении ревматических суставных процессов приходится говорить, что у ряда б-ых (12 сл.) после первой АГТ была заметна резко усиленная помоментная и общая RS. Впоследствии, после окончания реакции от АГТ и дальнейшего проведения грязелечения RS выравнивалась до нормы (8 мм. за 1 час) за исключением 4-х случаев, где больные выписались в стадии тянущейся реакции оседания. Этот объективный критерий состояния организма с очевидностью подтверждал наличие ответной реакции организма на резорбирующийся под влиянием инъекции собственной крови воспалительный процесс. Если у некоторых больных при инъекциях собственной крови не было высоких подъемов оседания эритроцитов как помоментного, так и суточного, то это касается случаев с затяжными инфекционными артритами, преимущественно деформирующей природы, где RS вообще стоит на низких цифрах (Опокин и Мирецкая). Что касается гинекологических б-ых с выпотными процессами в женской половой сфере, то почти у всех б-ых после АГТ помоментная RS усиливалась (к одному часу) и выравнивалась до нормы к концу лечения, суточная RS оставалась без изменения.

На основании всего вышеизложенного и изучения литературы вопроса мы могли бы дать следующие предварительные положения.

1) АГТ, как метод *Reiztherapii* и при безреактивно протекающих при грязелечении выпотных процессов, несомненно, заслуживает внимания

и дальнейшей разработки. 2) Грязелечение, как нежный и длительно действующий физиологический раздражитель, при некоторых конституциях организма не всегда является достаточным фактором для активирования клеточных тканей организма в борьбе с воспалительными процессами. 3) Из комбинированных способов при грязелечении метод бальнеотерапии в соединении с протейнотерапией, resp. аутогемотерапией, является наиболее доступным, простым и надежным в условиях курортной обстановки. 4) АГТ показана, главным образом, при хронических и подострых воспалительных процессах. В острых случаях показания к ней должны быть ограничены и индивидуализированы. 5) Для ряда случаев (подострые процессы) достаточно даже однократной инъекции собственной крови. Хронические затяжные процессы требуют большего количества сеансов АГТ для получения ответной реакции организма. 6) АГТ, в показанных для нее случаях, безусловно ускоряя и повышая лечебный эффект грязелечения, дает возможность б-ым с ограниченным сроком их пребывания на курорте получить максимум терапевтического эффекта от курортного лечения вообще. 7) Реакция седиментирования эритроцитов, как контрольный метод оценки аутогемотерапевтического эффекта, вполне оправдывает свое назначение.

Литература. Е. М. Брусиловский и М. С. Туркельтауб. Курортное дело, № 2, 1926 г.—?) Е. М. Брусиловский. Ibid., № 11—12, 1923 г.—3) Розен П. С. Успехи экспериментальной биологии, том. III, вып. 1—2, 1924 г.—4) Якушевич С. Г. Вр. дело, № 9, 1925 г.—5) Труды 7-го Съезда российских терапевтов, Ленинград 1925 г.—6) Казанский П. П. Каз. мед. жур., № 6, 1928 г.—7) Иванов В. М. Русская клиника, № 41, 1927 г.—8) Недригайлов. Вр. газета, № 10—11, 1922 г.—9) Калинин И. К. Каз. мед. жур. № 5, 1927 г.—10) Опокин А. А. и Мирецкая Т. И. Сиб. архив теоретич. и клинич. медицины, т. 2, кн. 3—5, 1927 г.—11) Морозкин Н. И. Вр. газета, № 22, 1927 г.—12) Сараджиев В. А. Вр. газета, № 13, 1926 г.—13) Krebs и Weskott. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie. Bd. 26, 1922 г.—14) I. Schutz. Wien. kl. Wochenschr., 1923, № 22.—15) Опокин А. А. „Протейнотерапия при хирургических заболеваниях“. Сборник работ, посвящ. проф. Курлову.—17) Брусиловский Е. М. Вр. дело, № 9, 1928 г.—18) Бухштаб. Вр. дело, № 10, 1928 г.—19) Рубашев С. М. Кур. дело, № 1—2, 1925 г.

К вопросу о сравнительной оценке различных комбинированных методов лечения хронических полиартритов¹⁾.

Консультант Сергиевских мин. вод проф. **М. Н. Гремячкин** и ординатор **Н. В. Жуковская.**

Под комбинированными методами лечения хронических полиартритов разумеется сочетание бальнеопроцедур (серных и грязевых ванн) с фармако- или физио-терапевтическими средствами, т. е. одновременное проведение двух и более методов лечения. Цель комбинированного лечения—прежде всего интенсификация курортного лечения, т. е. повышение лечебного эффекта природных курортных факторов и, как следствие этого, сокращение срока курортного лечения больных и увеличение оборот койки (Брусиловский). С другой стороны, имеются формы хроничес-

¹⁾ Доложено на Научной конференции врачей Сергиевск. М. Вод 13/VIII 28 г.