

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 протеинотерапией, 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. Брусилловский и М. С. Туркельтауб. Курортное дело, № 2, 1926 г.—?) Е. М. Брусилловский. 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. „Протеинотерапия при хирургических заболеваниях“. Сборник работ, посвящ. проф. Курлову.—17) Брусилловский 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 полиартритов<sup>1)</sup>.

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 оборота койки (Брусилловский). С другой стороны, имеются формы хроничес-

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

ких полиартритов, которые мало или совсем не поддаются одному курортному лечению. Сюда нужно отнести первичный хронический ревматизм, особенно один из видов его—это так наз. *Polyarthritus chronica progressiva primitiva destruens*. Это заболевание встречается приблизительно в 2—3% общего числа хронических полиартритов. Клиническая картина заболевания достаточно известна. С этиологической точки зрения, случаи первичного хронического ревматизма можно разделить на 3 группы: 1) инфекционную (Предтеченский, Munk, Aschenbach), 2) эндокриннотоксическую (Вельяминов, Levi и Rotschild, Гуревич и др.) и 3) эндокринно-инфекционную (Umbert), т. е. развитие инфекционного хронического полиартрита на фоне эндокринных расстройств. Клинически все три формы почти идентичны и дифференцировать их чрезвычайно трудно. Некоторые современные исследователи полагают, что для развития первичного хронического ревматизма необходимы две причины: 1) наличие предрасположенного к ревматизму организма, т. е. с пониженной сопротивляемостью всей мезенхимы то, что французы называют *terrain articulaire* и 2) воздействие ослабленной инфекции, гнездящейся где-нибудь в организме (носовая или ротовая полости, кишечный канал, мочеполовые органы и пр. Duverney, Jond, Landouzy, Bernard, William Willcox). В результате этой инфекции, пораженные суставы являются сенсibilизированными к введению даже минимальных доз токсина бактерий, виновников данного ревматизма (Landouzy, Gougeot и Salin), а также реагируют неспецифической реакцией на введение других токсинов бактериальных и небактериальных. На влияние эндокринных расстройств, особенно щитовидной железы и яичников, при хроническом ревматизме указывает Langdon, Brown.

При первичном ревматизме, особенно в далеко зашедших случаях, одно грязелечение иногда мало действительно<sup>1)</sup>. Здесь можно ожидать еще некоторого эффекта только от комбинированного лечения. Комбинированное лечение показано и при других хронических полиартритах—где грязелечение не оказывает терапевтического эффекта и где нужно более энергичное воздействие. Наконец, безусловно подлежат комбинированным методам лечения все эндокринно-токсические полиартриты. Ménard, Levi и Rotschild выделили тиреогенный ревматизм вследствие „*instabilité thyroïdienne*“. Также выделяется другая эндокриннотоксическая форма полиартрита—на почве расстройства половых желез у женщин (Вельяминов, Assmann, Straus, Levi и Rotschild, Umbert, Menge, Novak и пр.). *Arthritis deformans* (Payer, Оппель), а также „Бехтеревская форма“ *spondylos'a* могут развиваться на почве расстройств эндокринных желез (Сухов). Во всех этих эндокриннотоксических формах показано комбинированное лечение в форме сочетания грязелечения с элективной или групповой опотерапией (тиреондин, оварин, препараты гипофиза и пр.) Инициатива введения комбинированных методов лечения принадлежит французам. Они предложили сочетание грязелечения с так наз. „*orothérapie associée*“, Брусилowski, в 1923 г. впервые предложил сочетание лиманотерапии с протеинотерапией. По его мнению такое сочетание дает наибольший успех, почти во всех 100%

<sup>1)</sup> Проф. М. Н. Гремячкин. К в-су о лечении некоторых форм хронических полиартритов на Серноводском курорте.

получился благоприятный результат такого лечения. Такие же хорошие результаты получал от такого сочетания и Фельдман в 1923 г.

Теоретически это сочетание вполне обосновано. По механизму воздействия на организм как бальнеотерапия, так и протеинотерапия очень близки друг к другу и представляют иммуно-биологическую реакцию в смысле „Reiztherapie“. Для обоих методов характерна очаговая и общая реакция с последующим накоплением в организме противотел, разнообразных изменений крови, одинаковая перестройка тонуса вегетативной нервной системы, и тут мы имеем активирование защитных сил организма, повышение агглютинационного титра. Кривая колебания величины комплемента одинакова при обоих методах. При сочетании этих двух методов—оба они действуют синергетически и, сочетая свое аналогичное действие, вызывают к защите все реактивные силы организма. Защитная реакция протекает главным образом в мезенхимальной ткани и при протеинотерапии в первую очередь активизируется эта ткань. По мнению Аничкова, клетки и ткани, находящиеся в состоянии раздражения, сильнее реагируют на всякое новое раздражение, путем повышения до максимальных размеров своих функций.

Таким образом протеинотерапия, активируя клетки, повышает их восприимчивость к последующим раздражениям, в форме грязелечения. Искусство и цель комбинированных методов лечения состоит в том, чтобы, взвешивая и следя за ходом реакции, осторожно дозировать как грязелечение, так и протеинотерапию. Кроме опло- и протеинотерапии, предложено еще сочетание вакцинаотерапии с грязелечением. Эта комбинация чаще применяется при гонорройных артритах, где она давно уже завоевала себе прочное место в терапии. Мы пользовались еще сочетанным лечением с аутогэмотерапией, главным образом при полиартритах, в этиологии которых можно было обвинять гонококковую инфекцию. Инъекции собственной крови больных теперь широко практикуются при всевозможного рода заболеваниях, особенно инфекционных. С большим успехом гэмотерапия применяется при остром ревматизме. Не останавливаясь на теоретических обоснованиях аутогэмотерапии, благоприятный лечебный эффект аутогэмотерапии при остром ревматизме побудил нас применить сочетание аутогэмотерапии с грязелечением при хронических полиартритах.

Мы поставили себе задачей в прошедший сезон проследить на больных Серноводского курорта влияние разных комбинированных методов на течение хронических полиартритов. Наблюдения проведены нами на Сер. Мин. Водах в летний сезон 28 года. Материалом для наших наблюдений служили санаторные больные хронич. артритами разной этиологии. Мы выбирали случаи с резко выраженными объективными изменениями в суставах и резкими функциональными расстройствами. Протеинотерапия в наших случаях являлась вынужденным методом лечения и применялась только в случаях, где грязелечение, само по себе, не давало должного эффекта, почему мы предпочитали выбирать больных, повторно и безрезультатно лечившихся на грязевых курортах. При группировке больных, мы пользовались классификацией, основанной на этиологическом моменте. По условиям работы мы не имели возможности прибегать к рентгеновскому исследованию и применять такие сложные лабораторные методы, как исследование базального азотистого обмена, все-

возможные бактериологические и серологические методы исследования и пр. Каждый больной исследовался на гоноррею, на tbc, lues, исследовались придаточ. полости носа и глотки. Об эндокринном характере заболевания мы судили главным образом по ряду типичных клинических признаков: струма, явления гипер- или гипо-тиреоза, инфантилизм, состояние кровяного давления, нарушение месячных, клиническое течение полнартрита, характер поражения суставов, анамнестические данные и пр. При проведении комбинированных методов лечения мы также не могли проводить биохимического контроля как реакция осаждения эритроцитов, систематической учет комплемента и пр., и ограничивались только клиническим критерием, т. е. подробным наблюдением за клиническим течением болезни. Этот критерий, по нашему мнению, является самым надежным. При применении протеинотерапии с грязелечением важно, чтобы отрицательная фаза одного не совпала с отрицательной фазой реакции другого и таким образом, чтобы не получилось суммирования и наслаивания отрицательных фаз. Для этого мы приступали к протеинотерапии или вначале курортного лечения, когда бальнеологическая реакция еще не выявилась, или тогда, когда реакция от грязелечения затихала. Таким образом заметного суммирования реакции не наблюдалось и, во всяком случае, реакция получалась несильная.

Наличие заметной очаговой клинической реакции при протеинотерапии мы считали обязательной как индикатор интенсивности лечения. В настоящее время еще не решен вопрос о необходимости при грязелечении для терапевтического эффекта общей и очаговой купальной реакции. Проблема купальной реакции еще не решена. Тогда как одни (Лозинский, Милк, Брусилковский и др.) считают ее необходимой, другие (Стефанович, Буйко, Великанов и пр.) считают ее необязательной. Мы придерживались середины и добивались умеренной реакции, и на основании наших наблюдений пришли к заключению, что хотя непосредственной связи между интенсивностью очаговой и общей реакцией и степенью терапевтического эффекта нет, но все-таки после выраженной очаговой реакции впоследствии получился лучший терапевтический эффект, чем при отсутствии ее. Протеинотерапию вначале мы применяли в форме инъекций растворов казеозана, но скоро перешли на молочную терапию. Молоко приготавливалось и стерилизовалось с соблюдением всех установленных правил. Впрыскивания делались 2 раза в неделю. Каждое последующее впрыскивание делалось после затихания общей и очаговой реакции. Дозы мы применяли минимальные, т. к. при грязелечении больные сильно реагируют на протеинотерапию. Чтобы не форсировать лечение, мы начинали с дозы 0,5, иногда даже с 0,1 и не превышали дозу в 3 к. с. Курс состоял из 2—5 инъекций, судя по реакции. Из опотерапевтических препаратов нами применялись—тиреоидин в виде подкожных впрыскиваний ежедневно по 0,1 или тиреоидин давался внутрь по 0,1 в день, оварин впрыскивался под кожу по 1 ампулле в день. Мы предпочитали пользоваться подкожным введением опопрепаратов, так как убедились в превосходстве и лучшем терапевтическом эффекте этого способа. Для сравнения действия различных комбинированных методов, мы одной группе больных проводили сочетание грязелечения с протеинотерапией, другой—сочетание опотерапии с грязелечением, третьей—опо и- протеинотерапию с грязелечением и, наконец, 4-й группе—сочетание грязелечения

с аутогэмотерапией и отчасти вакцинотерапией, в одном случае—сочетание грязелечения с внутримышечным введением ихтиола, предложенного для лечения хронического ревматизма Suessmann'ом и Georg Bitto. Все больные получали сначала входные серные ванны от 28 до 31° по R, а затем получали или общие грязевые ванны от 34 до 36°, или грязевые компрессы от 35 до 40°, попеременно с серными ваннами. Лечение заканчивалось отходными серными ваннами, а у некоторых еще углекислыми ваннами и душем Шарко.

Протеинотерапия проведена на 14 больных<sup>1)</sup>. Результаты лечения мы разделили на 3 группы: 1) отсутствие терапевтического эффекта, 2) небольшое улучшение, 3) значительное улучшение.

Из 14 больных в 2 случаях со стойкими изменениями в суставах—деформацией и контрактурой, терапевтического эффекта не получилось, в 6 случаях получилось незначительное улучшение, в остальных 6 случаях—явное улучшение. Больные, со стойкими изменениями в суставах, где развилась стойкая фиброзная ткань, даже несмотря на резкую общую и очаговую реакцию, улучшения на курортах не получают—здесь уже никакое терапевтическое вмешательство, в том числе и комбинированное лечение, не поможет.

Комбинированное лечение бальнеопроцедур с опотерапией нами проведено в 7 случаях. Из них в 3 случ. получилось незначительное улучшение, в 4—хороший результат.

Комбинация бальнеопроцедур с опо- и протеино-терапией проведена на 9 больных. Из них в 1 случае незначительное улучшение, в 8 же случаях—выраженный терапевтический эффект. Это сочетание действует „d'une façon merveilleuse et comme par enchantement“, почему комбинацию опо-протеино и бальнеотерапию в случаях хронического ревматизма мы считаем наиболее действительным и целесообразным методом лечения. Протеинотерапия в сочетании с грязелечением, сенсibiliзируя организм, создает благоприятные условия для действия опо-препаратов (оварин, тиреоидин). Аутогэмотерапия проведена на 5 больных. Из 5 больных в 3 случаях получился хороший эффект. От ихтиола особых результатов не получилось.

Доказать преимущество того или другого метода комбинированного лечения можно только в том случае, если провести ряд параллельных наблюдений при совершенно одинаковых условиях, комбинируя разные методы при идентичных формах полиартритов, что в наших случаях невозможно мы и старались сделать. Продолжительные (до 10 лет) клинические наблюдения одного из нас над группой больных хроническим полиартритом ясно доказывают преимущество комбинированных методов лечения.

Для иллюстрации сказанного, приведем очень краткие выдержки из историй болезней больных, находящихся под наблюдением в течение нескольких лет.

1) Больная С-ева (№ 15)—в течение трех сезонов лечилась на грязевых курортах, в том числе 2 года в Серноводске, без всякого улучшения. Проведенная в зимнее время—на дому—интенсивная протеинотерапия, а также продолжительный прием тиреоидина и оварина per os—никакого эффекта не оказали. Между тем комбинированное лечение на курорте оказало безусловно заметный эффект.

<sup>1)</sup> Приложенные к статье подробные таблицы по техническим причинам не могли быть помещены.  
Ред.

2) К-ова П. Т. (№ 25)—В зимнее время провела интенсивную протеинотерапию и принимала месячами тиреоидин и оварин—безрезультатно. Значительное улучшение в Серноводске после проведения комбинированного лечения.

3) К-ва Е. М. (№ 24)—Ранее лечилась протеинотерапией безрезультатно—При комбинированном лечении значительное улучшение.

4) Больные: В-ца (№ 14); Ш-ка (№ 17); О-ов (№ 21); П-ев (№ 23); В-ев (№ 31); К-ов (№ 12); Р-ва (№ 26) и Е-ва (№ 35) лечились ранее на грязях—без заметного улучшения. Применение комбинированных методов лечения принесло существенную пользу.

5) Большой Н-ев (№ 1)—первую половину курса лечения проделал без протеинотерапии—никакого улучшения, никакой очаговой реакции не было; после комбинированного лечения получилась сильная очаговая реакция и послед.—значительное улучшение.

Известно, что максимум благоприятного результата от грязелечения получается при повторном лечении грязями. Поэтому можно было бы думать, что вышеупомянутые больные получили улучшение не от комбинированных методов лечения, а благодаря повторному лечению грязями. Однако целый ряд больных, как С-ва, Б-ца, В-ев, К-ца, лечились неоднократно ранее на грязевых курортах и без особого результата. Последние наблюдения, нам кажется, заслуживают особого внимания: они ясно доказывают преимущество именно комбинированных методов лечения. Ускоряя обратное развитие процесса, комбинированное лечение дает возможность рано приступить к механотерапии, что является чрезвычайно важным и необходимым, особенно при тугоподвижности, ригидности мышц и контрактурах.

Проблема комбинированных методов лечения очень сложна и требует многолетних наблюдений на многих грязевых курортах. Однако, и из приведенных наблюдений намечаются некоторые выводы, а именно:

1) Комбинированные методы лечения повышают лечебный эффект грязелечения. 2) Сочетанное лечение оп- и протеинотерапии с грязелечением, в случаях эндокринотоксических артритов, а также при polyarthr. chr. p. p. destruens, является наиболее целесообразным и дает максимальный эффект.

*Литература:* 1) Проф. Брусиловский. Кур. дело, 23 г. № 11, 12, 3, 4 и 22; 2) Он-же. Бюллетень VI кур. съезда; 3) Он-же и Стоянов и Туркельтауб. К. дело, 24 г. № 9—10; 4) Он-же К. д. 25 г. № 9 и К. дело, 26 г. № 2. 5) Звоницкий. К. д. 24 г. № 6; 6) Розе. Успехи эксп. биологии, том 3 в. 1—2. 7) Якушевич. В. д. 25 г. № 9. 8) Труды VII съезда терапевтов 25 г. 9) Аничков. Kl. W. 24 г. № 38. 10) Assmann. K. W. 25 г. № 31—32. 11) Munk. Врач. обзор., 25 г., № 11. 12) Fraite de Landouzy, Bernard p. 440 á 446. 13) Landouzy, Gougerot et Salin. Rev. de med., 1910 г. 14) Duvergnaу. Presse med. 28 г., № 73. 15) Он-же. Journ. de med. de Lyon, 1921. 5 mai. 16) Paуег. Bruns Beiträge, 1926 г. S. 260. 17) Оппель. Вестник хир. 27 г., т. IX. 18) Бобров. Там же.