

Лещь. Врач. газета, № 21, 1927 г.—12) Loewe. Münch. med. Woch. № 27, 1928.—13) Маркузе. Вестник соврем. медиц., № 10, 1928 г.—14) Mendel. Ther. Monatsch. April, 1904.—15) Mëndel. Münch. med. Woch., № 4, 1905.—16) Morawitz. Münch. med. Woch. № 1, 1928.—17) Морозкин. Врач. газета, № 22, 1927 г.—18) Ротштейн. Казанск. мед. журн., № 2, 1930 г.—19) Sachs. W. Klin. Woch., № 16, 1921.—20) Sorter. Med. Klinik. № 19, 1926.—21) Стежинский. Врач. газета, № 24, 1927 г.—22) Fahr. Klin. Woch., № 46, 1927.

Из Костенеевской больницы Елабужского района ТССР (Старший врач М. К. Державин).

Лечение ифтиолом острого и хронического суставного ревматизма в практике участковой больницы.

М. К. Державина и В. М. Осиповского.

В настоящее время освещению ревматических заболеваний отводится большое место в периодической медицинской литературе.

В связи с неясностью их этиологии и патогенеза, с одной стороны, а с другой—высокой их распространенностью, несомненно, небезинтересны собираемые опытом фактические материалы как статистического, так и терапевтического порядка. Поделиться своими наблюдениями в этом смысле и есть цель настоящего сообщения.

Нами обработаны карточки амбулаторных и стационарных больных за период времени с 1922 по 1931 г.

Наша больница обслуживает 35.000 смешанного населения (татары и русские). По роду занятия большинство связано с сельским хозяйством и меньшее количество занято в производстве, водном транспорте, охотничьих и рыболовных артелях. Носителями ревматических заболеваний являются в большинстве представители последних групп, но и у лиц, связанных с сельским хозяйством, ревматические заболевания занимают почетное место.

Наш материал за период 1922 по 1931 года распределяется следующим образом:

По годам через больницу прошло ревматических больных:								
1922 г.	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.	1928 г.	1929 г.	1930/31 г.
180;	516;	357;	588;	582;	797;	972;	695;	204.
Общее количество больных за те же годы составляет								
2550.	12921.	30731.	36697.	33596.	34682.	38592.	27153.	26358.

По возрастным группам наш материал распределяется след. образом: в 72% ревматическими заболеваниями поражен цветущий возраст с 16 до 37—40 л., остальной % падает на возраста выше 40 лет. В отношении сезонности ревматизма, зависимости его от времени года наш материал позволяет подметить нарастание кривой заболеваний весной и осенью (это совпадает с началом рыбной ловли, охоты, навигации).

До 1929 г. в качестве лечебного средства нами применялся *Natr. salicyl.* в растворах из больших доз (8,0; 10,0; 12,0) в сочетании с сердечными, *aspirin* в порошках по 0,5. Но несмотря как будто на „специфичность“ препарата все же имеется большой процент рецидивов (38—47%).

В 1929 году мы применяли на целом ряде больных хронических (40) и острых (20) полиартритиков протеиновую терапию. Последняя проводилась амбулаторно (хроника) и стационарно (острые). Употреблялось стерилизованное кипячением обезжиренное молоко; впрыскивались малые дозы (0,2; 0,3; 0,5; до 1,0) *in regio glutei* с промежутками 1—2 дня, внутримышечно. Хронические ревматики, как правило, давали не-

большую общую температурную реакцию (37,5—37,7), не всегда сопровождающуюся местную очаговую (обострение болей в суставах), что на нашем материале составляет 5,4%. Количество инъекций от 10 до 22. Острые ревматизмы (10), прослеженные нами стационарно на парэнтеральное введение молока (0,3; 0,5) реагировали сильной общей температурной реакцией (39,5—40°) и большим обострением болей в суставах, сильным распуханием их. Количество инъекций в этих случаях (через 1—2 дня) равнялось—10—12—21.

Мы можем отметить в общем лучшее действие протеинотерапии в хронических случаях, чем в острых, что особенно проявлялось при сочетании ее с назначением внутрь салицилатов. У нас есть случаи хронических ревматических артритов, прослеженные до настоящего времени без рецидива (3 года). Острые же случаи все дали рецидивы. В 1929 году мы применили в 20 случаях аутогемотерапию. Здесь обстоит дело лучше, нежели с лактотерапией, т. к. аутогемотерапия почти совсем не давала общей температурной реакции и очаговых обострений. После первых 2 уколов боли значительно уменьшались, самочувствие больных улучшалось. Инъекции по 5,0 и 10,0 куб. см. *in regio glutei*, внутримышечно. Количество уколов от 10 до 15. Кровь бралась из локтевой вены.

АГТ, примененная нами и в острых случаях, когда имелись один-два распухших сустава, дала хорошие результаты, не вызвав общей и местной реакции. Случаи рецидивов при АГТ наблюдались.

Начиная с 1930 г. мы начали применять при острых и хронических ревматических заболеваниях *парэнтеральное введение водного раствора ихтиола*. В доступной нам литературе мы не нашли работ с указанием на применение ихтиола внутримышечно при ревматических заболеваниях, в программном докладе на XI Съезде терапевтов проф. Гуревич также не указывает на этот способ. Нам кажется, что мы являемся в этом отношении пионерами.

Сульфохтиоловый аммоний или ихтиол добывается из битуминозных сланцев и содержит в виде органических соединений около 11% серы. Ихтиол обладает антисептическими, анальгезирующими и сосудосуживающими свойствами. Выделяется ихтиол через почки, повышая содержание серы в моче, частью через кишечник (Эйдерман, Лихачев).

Парэнтеральное введение ихтиола было применяемо при кожных и венных болезнях *Straszynsky*, Кушелевским, Сокольским и Кенис. Одним из нас парэнтеральное введение ихтиола с успехом применялось при острых и хронических заболеваниях женской половой сферы (В. М. Осиповский¹).

Действие ихтиола, введенного парэнтерально в человеческий организм, экспериментально не изучено. Возможно, ихтиол играет роль активатора протоплазмы (*Protoplasmaaktivierung nach Weichardt*), а может быть действие ихтиола укладывается в теорию раздражения *Bier'a* (действие самого ихтиола и благодаря отщепляющимся при выскывании и всасывающимся протеинам). *Straszynsky* (*Derm. Woch.*, № 24, 1928), Кушелевский (*Врач. Газ.*, 1926) Сокольский и Кенис (*Врач. газ.*, № 3, 1928) рассматривают действие ихтиола, как протеинотерапию. Здесь не надо также забывать и широкого резорбтивного действия ихтиола. В большом резорбтивном действии ихтиола, введенного парэнтерально, мы не раз убеждались, оперируя гинекологических больных, подвергавшихся до того ихтиоловой терапии (В. М. Осиповский).

Техника применения ихтиола крайне проста. Приготавливается 5% водный раствор ихтиола и стерилизуется. По обычному способу производится выскывание внутримышечно *in regio glutei*. Дезинфекция поля спиртом и *t. jodi*.

1) Работа сдана в печать.

Вначале мы пользовались малыми дозами (ориентировочные), но последующие все проводили по 2 куб. см. с промежутками в один день. Раствор перед инъекцией лучше подогреть до t° тела, но это необязательно. Количество инъекций от 10 до 25.

Таким образом нами было лечено свыше 100 хронических ревматиков амбулаторно и 20 острых случаев стационарно. Впечатление от применения парэнтеральной ихтиоловой терапии, сложившееся на основании субъективных жалоб больных и объективного наблюдения за ними, осталось самое благоприятное. На громадное количество уколов мы ни разу не видели никаких осложнений, побочных действий ихтиола, анафилактического шока. Хронические ревматики на введение ихтиола не реагировали ни общей, температурной, ни очаговой реакциями. После первых же уколов ноющие боли постепенно начинали пропадать, и больные часто считают себя уже излеченными.

Количество инъекций, при которых мы имеем полное (клинически) выздоровление, сильно варьирует. Иногда процесс очень быстро поддается ихтиолу и после 10—12 уколов больные становятся совершенно работоспособными, а порой лишь солидное количество уколов (20—25) дает улучшение. Нельзя обойти молчанием, что этот факт находится в тесной связи с длительностью заболевания, а отсюда а priori и с патолого-анатомическими изменениями. Длительность заболевания в наших случаях была от 1 года до 12 лет и более.

В сочетании с салициловыми препаратами инъекции ихтиола дают лучшие результаты и сокращают сроки излечения.

Все леченные больные находятся до настоящего времени под нашим наблюдением, периодически навещают нас и информируют о своем здоровье. Рецидивов пока не было.

Весьма эффективным является применение инъекций ихтиола и при острых ревматических заболеваниях. У нас прошли очень тяжелые случаи, когда больных приносили в больницу с абсолютно пораженной двигательной способностью ног, с сильно опухшими суставами и с высокой температурой (38,8—39,0—40,0). После первых 2—3 уколов боли стихали и температура понижалась.

На введение ихтиола острые ревматики общей температурной реакцией в большинстве не реагировали, очаговой реакции в наших случаях совсем не было: последнее особенно нам кажется ценным, т. к. условия покоя инфицированному суставу необходимы.

В некоторых случаях нами было применено комбинированное лечение ихтиол + салицилаты. Такая комбинация по нашим наблюдениям имеет большие преимущества в смысле укорочения срока лечения, для чего параллельно инъекциям ихтиола вводится внутривенно 10%—20% Sol. natr. salicylic. в количестве 5 куб. см., через день с физиологическим раствором.

Анализируя наш материал, мы позволим себе сделать следующие выводы:

1) Наши наблюдения над лечением ревматических заболеваний рядом мероприятий подтверждают невозможность абсолютно излечить ревматизм. 10—12% неизменно рецидивируют.

2) Парэнтеральное введение 5% водного раствора ихтиола в сочетании с салицилатами (внутри или внутривенно) дает наилучшие результаты и наибольшее количество успешных безрецидивных длительных