

3. Наиболее целесообразной методикой рентгенотерапии считаем насыщенные дробные дозы от $1/4$ — $1/3$ НЕД, в 100—150 НЕД и больше в зависимости от случая. Уплотнение узлов при рецидивах не является препятствием для повторного лечения.

4. Успех рентгенотерапии в известной мере зависит от времени применения, наибольший эффект следует ожидать в ранней стадии заболевания (случай М.).

5. Нет никаких преимуществ при рентгенотерапии у новой аппаратуры с жесткими лучами перед старой—с более мягкими.

6. Рентгенотерапия при лимфогранулематозе является методом выбора и при правильной методике и технике количество больных с отрицательным результатом все больше и больше будет уменьшаться.

О сроке лечения на грязевом курорте при болезнях суставов.

Доцент В. В. Гук.

Зав. терап. отдел. сан. им. Д. Н. Ефимова на Куяльницком лимане.

Для повышения эффективности курортного лечения в настоящее время проводится целый ряд мероприятий: общее улучшение обслуживания больных, рационализация и улучшение техники лечебных процедур, введение новых методов лечения (комбинированное лечение—проф. Е. М. Брусиловский¹⁾ и т. п. Вместе с этим, для указанной цели играют весьма важную роль: правильность отбора больных, а также и вопрос о сроке лечения. Отбору больных посвящено много современной бальнеологической литературы, но вопрос о сроке лечения как-то остается в тени.

При просмотре медицинских отчетов, как старых (с 1883—1895 г.)—Сморчевский²⁾, Козловский³⁾, Дитерихс⁴⁾, Чаушанский⁵⁾, так и новых—Кишкин⁶⁾, Брусиловский⁷⁾, Стоянов⁸⁾—бросается в глаза одно обстоятельство: нигде нет точных цифровых данных о результатах в зависимости от срока лечения. Некоторые авторы указывают, правда, на то, что результаты лечения зависят от срока пребывания больного на курорте и считают, что у больных с недостаточным сроком лечения (30 дней) результаты хуже. Но распределение больных по заболеваниям и вместе с тем по срокам лечения при учете результатов нет. Нормальным, как-бы освященным традицией, сроком лечения на грязевом курорте считается 6 недель. При чем для застарелых хронических заболеваний этот срок по мнению некоторых авторов (Чаушанский) недостаточен и должен быть удвоен. Между тем, если взять статистический материал за последние 5-6 лет, мы увидим, что сроки лечения больных на грязевых курортах из года в год уменьшаются (матер. стат. отдела ОКУ⁹⁾). Организации, направляющие больных на грязелечение, постепенно сокращают срок лечения с 45-ти до 40 и даже до 35-ти дней. Есть-ли это только необходимая, в силу обстоятельств, экономия или же на местах и в центре создается впечатление, что сокращение срока не ухудшает результатов лечения. При отборе больных нет дифференцировки по роду и характеру заболеваний. Срок лечения

для всех один. Целесообразно ли это? Не кроются ли здесь некоторые ошибки, могущие значительно влиять на эффективность лечения на грязевых курортах? Выяснению этих весьма интересных вопросов и посвящена наша настоящая работа.

Мы пользуемся материалом, прошедшим через наше терапев. отделение с 1926 по 1929 г. (810 случаев). При обработке материала за 26-27 г. мы пользовались исключительно случ. полиартритов различной этиологии. К материалу 28 и 29 г. примешивается незначительная часть (около 10%) других заболеваний (перифер. нервн. системы, орган. брюшн. полости и пр.) Наш материал, следовательно, на 90—95% — терапевтический, составляющий вообще главную массу больных на грязевых курортах. Вопросы о сроке лечения гинекологических, нервных и проч. заболеваний мы не касаемся.

Таблица № 1.

	1 м е с я ц			40—45 д н е й		
	Улучш.	Без перемен	Неопр. сост. с обостр.	Улучш.	Без перемен	Неопр. сост. с обостр.
1926—27 г.	84 сл.	11 сл.	25 сл.	173 сл.	13 сл.	40 сл.
М.—201	70%	9,2%	20,8%	76,5%	5,8%	17,7%
Ж.—145						
1928—29 г.	199 сл.	27 сл.	51 сл.	155 сл.	15 сл.	17 сл.
М.—70	71,8%	10,1%	18,1%	82,8%	8,1%	9,1%
Ж.—394						
В общем	283 сл.	38 сл.	76 сл.	328 сл.	28 сл.	57 сл.
М.—271	71,2%	9,6%	19,2%	79,3%	6,7%	14,0%
Ж.—539						

Из таблицы 1 ой мы видим, что для всех категорий больных вместе увеличение срока лечения повышает % улучшений. Но если взять отдельные разновидности артритов (табл. № 2), то мы ясно заметим, что не при всех формах заболеваний это одинаково выражено.

При Polyarth. chr. rheum. primaria, особенно у мужчин, увеличение срока лечения не отражается заметно на результатах. В то же время удлинение срока лечения при Pol. chr. urica и Polyarth. rheum. subacut. резко отзывается на % улучшений. Следовательно, форма и характер заболевания играет существенную роль при решении вопроса о необходимости удлинения срока лечения (такие же почти данные получены и д-ром Ясиновским¹⁰). Кроме того, мы видим, что при тех формах заболеваний суставов, где объективные изменения в суставах и окружающих тканях выражены резко, удлинение срока лечения как-бы больше оправдывает себя. Это можно отметить даже в пределах одной формы заболеваний: так, у женщин при Polyarth. chr. rheum. primaria объективные изменения чаще отмечались (в 42%), чем у мужчин (31%), и удлинение срока у них больше отражается на % улучшений. Странным на первый взгляд кажется отсутствие влияния удлинения срока лечения на результаты при Pol. chr. destruens deformans, где объективные изменения особенно резко выражены. Но это объясняется следующим — наш материал сборный за 3 года. Часть этих больных пользовалась чистым

Таблица № 2.

Матер. 1926—28 г. 587 сл. артритов.

	1 месяц			40—45 дней		
	Улучш.	Без перемен	Неопр. сост. с обостр.	Улучш.	Без перемен	Неопр. сост. с обостр.
Pol. chr. Rheum primar. }	55 сл. 71,3 ⁰ / ₀	8 сл. 10,4 ⁰ / ₀	14 сл. 18,3 ⁰ / ₀	90 сл. 75 ⁰ / ₀	10 сл. 8,4 ⁰ / ₀	20 сл. 16,6 ⁰ / ₀
Pol. chr. rheum. sec. }	40 сл. 72,7 ⁰ / ₀	9 сл. 16,2 ⁰ / ₀	6 сл. 11,1 ⁰ / ₀	45 сл. 80,4 ⁰ / ₀	4 сл. 7,1 ⁰ / ₀	7 сл. 12,5 ⁰ / ₀
Polyarth. rheum. subac. }	11 сл. 84,6 ⁰ / ₀	1 сл. 7,7 ⁰ / ₀	1 сл. 7,7 ⁰ / ₀	17 сл. 100 ⁰ / ₀	—	—
Pol. chr. urica }	39 сл. 75 ⁰ / ₀	7 сл. 13,5 ⁰ / ₀	6 сл. 11,5 ⁰ / ₀	20 сл. 95,2 ⁰ / ₀	—	1 сл. 4,8 ⁰ / ₀
Pol. chr. destruens deform. }	8 сл. 66,6 ⁰ / ₀	4 сл. 33,4 ⁰ / ₀	—	8 сл. 66,6 ⁰ / ₀	3 сл. 25,1 ⁰ / ₀	1 сл. 8,3 ⁰ / ₀

При Polyarth. chr. rheum. primaria.

У женщин . .	34 сл. 68 ⁰ / ₀	5 сл. 10 ⁰ / ₀	11 сл. 22 ⁰ / ₀	36 сл. 72 ⁰ / ₀	5 сл. 10 ⁰ / ₀	9 сл. 18 ⁰ / ₀
У мужчин . .	21 сл. 77,8 ⁰ / ₀	3 сл. 11,1 ⁰ / ₀	3 сл. 11,1 ⁰ / ₀	54 сл. 77,1 ⁰ / ₀	5 сл. 7,2 ⁰ / ₀	11 сл. 15,7 ⁰ / ₀

лимфатическим лечением, другая часть подвергалась комбинированному лечению (грязелечение + опотерания + малые дозы йода). Комбинированное лечение дает лучшие результаты при этом заболевании (проф. Брусилковский¹¹), Гук¹²). И как раз в эту вторую группу вошли в большем % случаев больные с месячным сроком лечения и это повысило заметно для них % улучшений. Эти заболевания суставов (Polyarth. chr. destr. deform.) мы постоянно выделяем из общей группы Polyarth. chr. rheum. primar, так как по клиническим особенностям, течению болезни, и патолого-анатомическим изменениям обе эти формы артритов значительно разнятся друг от друга.

Влияние срока на результаты лечения довольно заметно и при Polyarth. rheum. chr. secundaria (см. таблицу № 2). Инфекционные артриты (гонорройные, тифозные и проч.) по нашим наблюдениям также требуют более продолжительного срока лечения. Они вообще несколько хуже поддаются лечению, чем ревматические и подагрические, и наравне с последними, дают частые обострения во время лечения (проф. Брусилковский¹³), Гук¹²). Это заставляет лечение замедлять, вводить паузы, смягчать его и растягивать. При всех тех заболеваниях суставов, независимо от этиологии, где имеются сопутствующие заболевания внутренних органов (сердца, легких и проч.) необходимо также более длительное, осторожное лечение. Это как будто само собой понятно и ясно.

Однако нам, бальнеологам, работающим на грязях, очень часто приходится слышать от больных ревматиков с компенсированными пороками сердца мнение направлявших их на лечение врачей о том, что „длительное пребывание их на лимане будет очень вредно“. Все, конечно, относительно. Но следует еще раз подчеркнуть, что краткий интенсивный курс лечения гораздо более вреден в таких случаях.

Мы уже говорили (см. таблицу № 2), что Polyarth. chr. rheum. primaria менее других форм требует длительного срока лечения. Но ввиду упорного хронического течения этого заболевания необходимо проводить довольно частое повторное лечение. Мы считаем очень важным при этом присоединять к обычному лечению ваннами врачебную гимнастику и массаж; хотя здесь и нет в большинстве случаев резких объективных изменений в суставах. Очень полезно также умеренное потогонное лечение. И особенно важным мы считаем закалывание таких больных. Пользование открытым лиманом дает прекрасные результаты. Во многих случаях, особенно когда нет явных объективных изменений в суставах, можно даже без большого ущерба отказаться от применения грязевых ванн, ограничиваясь рапными ваннами и открытым лиманом. В большинстве случаев, больные этой категории не нуждаются в строгих санаторных условиях лечения. Амбулаторное лечение, с пребыванием в пансионатах, вполне достаточно. Это, конечно, значительно удешевило бы лечение этих больных и тем самым дало бы возможность более широкого пользования лиманным лечением, что особенно важно, т. к. эта форма заболевания суставов чрезвычайно распространена. Из 587 случаев хронических артритов (в нашем материале 1926—28 г.) к Polyarth. chr. rheum. primaria относилось 197 случаев (34%). При этом следует заметить, что курортная статистика еще недостаточно точно иллюстрирует значительное распространение этой формы заболевания суставов (Гук¹⁴).

Мы считаем необходимым, чтобы распределение больных для лечения по группам производилось бы уже на местах и там же определялся бы срок и форма лечения (санатор., пансионат, амбулатор. лечение, общее грязевое, рапное, открытый лиман); т. к. сортировать больных в напей обычной курортной спешке очень затруднительно, а переводить их в большом количестве из одного положения в другое еще труднее. Конечно, для успешности проведения этой кампании на местах, врачи, особенно члены отборочных комиссий, должны на много поднять свою „ревматологическую“ квалификацию, чтобы уже не встречались такие, например, диагнозы, как: „артрит с хрустом“ или „ревматизм левого коленного сустава“.

Теперь нам следует остановиться еще на одном важном моменте. В нашей настоящей работе мы учитываем только ближайшие результаты лечения—при выписке больных. Отдаленные результаты могут быть несколько иными. Это очень важное обстоятельство для определения эффективности курортного лечения в зависимости от срока и других факторов. Учет отдаленных результатов—это задача настоящего дня. Но в том виде, как он производится сейчас, например, в Одессе (д-р М. А. Ясиновский), он не достигает вполне своей цели (это сознает и сам автор—М. А. Ясиновский). Конечно, нам очень интересно знать, как изменились размахи движений тех или других суставов—насколько они приблизились к норме; эти данные дополняют и освещают результаты, полу-

ченные при выписке. Но повторяем, эти изменения углов и периметров еще не решают главного вопроса о восстановлении трудоспособности, т. к. приспособляемость организма огромна и кроме того, ценность различных суставов и различных движений в профессионально-производственном отношении не одинакова. Некоторые работы, правда, уже несколько продвинули нас вперед по этому пути, например, работы Шкловского¹⁵⁾, Гуревича, Невраева и др.¹⁶⁾ где учтены потери трудоспособности по некоторым заболеваниям до курортного лечения и после. К сожалению, в этих работах не учтены изменения производительности труда и, кроме того, нет достаточно точного клинического освещения материала (работа Шкловского). Подразделение заболеваний по группам, например, в отделе болезней органов движения, отсутствуют. В группе артритиков, терявших трудоспособность до лечения, возможно находились случаи острого суставного ревматизма (истинного), который, как всем известно, в период острого процесса может давать длительную нетрудоспособность, а затем в течение продолжительного времени трудоспособность может в некоторых случаях почти или совсем восстановиться и без курортного лечения. Затем, если после курортного лечения на фоне какого-нибудь хронического инфекционного или токсического артрита вспыхнет настоящий острый ревматизм, результаты лечения могут быть поколеблены в отрицательную сторону, независимо от эффективности курортного лечения.

Итак, эффективность курортного лечения может быть правильно установлена только при учете результатов лечения в социально-бытовом и производственном разрезе с обязательным исследованием колебаний производительности труда и при условии достаточно правильного и точного клинического освещения материала. Задача эта может выполнена только клиникой (курортной, терапевтической, артрологической) при наличии тесно связанного с нею диспансера. Это ставит на очередь вопрос об организации специальных ревматологических институтов, что действительно позволит изучение ревматизма и практическую борьбу с ним поставить на достаточно прочное основание.

В заключение позволяем себе сделать следующие выводы:

I. Сроки лечения для различных групп больных на грязевых курортах в настоящее время устанавливаются недостаточно рационально.

II. Некоторые формы заболеваний суставов (Polyarthr. chr. grum. primaria), без явных объективных изменений, не требуют длительного лечения на курорте (не более 30 дней). В остальных случаях срок лечения должен быть не менее 40-45 дней.

III. Случай хронического полиартрита с осложнениями со стороны внутренних органов (хронич. мио-эндокардит, средние степени склероза сердца и сосудов, туберкулезные и друг. забол. легких в форме, не противопоказующей грязевого лечения, анемия, общая слабость и исхудание и проч.) требуют, как правило, более длительного срока лечения (45 дн.), чтобы можно было применить матигированное—щадящее грязелечение с необходимыми паузами—между процедурами.

IV. Отборочным комиссиям и друг. организациям, направляющим больных на грязелечение, необходимо самим дифференцировать срок лечения, руководствуясь строго медицинскими показаниями.

V. Для известной части случаев (10-15%) должна быть дана возможность изменения срока лечения в ту и другую сторону врачебной комиссией того учреждения, где больной лечится.

VI. Для некоторых форм заболева. суставов Pol. chr. rheum. primaria— без явных объект. изменений, можно с успехом ограничиться применением курса лечения, состоящего из рапных ванн, гидропатии и открытого лимана. Для этой группы больных не требуется пребывания в санатории, можно ограничиться амбулаторным лечением или пребыванием в специальных пансионатах, что значительно удешевит лечение на грязевых курортах, и даст возможность более широкого его применения.

VII. Назначение формы лечения (санаторн., пансионат, амбулаторн.) (грязевого, рапного, открытый лиман и т. д.) должно производиться уже в отборочных комиссиях. Но в известном % случаев (10-15%)— специальной врачебной комиссии на месте должно быть предоставлено право изменить общую форму лечения сообразно с особенностями различных случаев.

VIII. Для правильного определения эффективности курортного лечения необходимо наблюдать и исследовать отдаленные результаты лечения в социально-бытовом и профессиональном разрезе с определением колебания производительности труда, что возможно только при диспансерной обработке больных.

Литература. 1) Проф. Е. М. Брусиловский, „О повышении лечебных аффектов природных курортных факторов. Врач. дело, 1929 г. Он же. „Лечение ревматизма в курортно-сан. условиях“. Кур.-сан. дело, 1929 г. № 2.— 2) И. Сморгчевский. Отчеты Одесск. балн. об-ва. Вып. II, 1883 г.— 3) Козловский. „Одесса как лечебный центр“. Изд. 1896 г.— 4) Н. Дитерихс. „Отчеты Одесск. балн. о-ва“. Выпуск II, 1883 г.— 5) Д-р Чаушанский. „Одесса как лечебный центр“. Изд. 1896 г.— 6) Д-р Кишкин. „Курортное дело“. 1924 г.— 7) Проф. Брусиловский. „Хронич. забол. сус. ав. и бальнеотерапия“. Труды Всеукр. 2-го съезда терапевтов в Одессе, 1927 г.— 8) Ф. Д. Стоянов. Доклад Одесскому Балн. об-ву, 1929 г.— 9) Медицинские отчеты Одесского Курупра за 1925—30 гг.— 10) Д-р М. Я. Ясиновский. „Результаты лечения ревмат. и некоторых друг. забол. двиг. аппарата на Одесских лиманах“. Труды Б. Ф. Т. И.“. Одесса, 1932 г.— 11) Проф. Брусиловский и д-р Каган. „Эндокринно-токсические артриты и зимнее грязелечение“. Курортное дело, 1927, № 9.— 12) В. В. Гук. „О хроническом обезобра. полиартр.“. Клиническая медицина. 1930 г., №№ 21—22. „Купальная реакция“. Кл. мед. 1928 г., № 8.— 13) Проф. Брусиловский. См. литературный указатель № 7.— 14) В. В. Гук. „Заболевания ревматизмом на крупнейших предприятиях г. Одессы“. Врач. дело, 1931 г., №№ 1—2.— 15) Д-р Шкловский. „Отдаленные результаты курортной помощи“. Врачебн. дело, 1928 г., №№ 13—14.— 16) Гуревич, Невраев и Овчинский. „Эффективность лечения на курортах“. Вопросы труда, 1931 г., № 1.