

Отметим также, что у нас имелась также одна больная с язвой желудка (диагноз поставлен клинически и рентгенологически в Москве); ухудшения в секреции и в жалобах мы здесь также не наблюдали.

Жалобы на обычные явления у желудочных больных после лечения коровьим кумысом совершенно прекращались, как и после кобыльего кумыса.

Сопоставляя наши данные, правда немногочисленные, позволим себе сделать заключение, что разницы в действии кобыльего и коровьего кумыса на желудочную секрецию не имеется.

Литература. 1) Зарницын и Григорьева. Курортное дело № 2—3, 1924.—2) Кондрашкин. Ibid. № 5, 1928.—3) Вишневский и Жаров. Ibid.—4) Вишневский. Курортно-санат. дело, № 3—4, 1931 г.—5) Захарова. Ibid., № 9, 1930.—6) Вишневский. Сиб. архив теор. и клин. медицины, том 2, книга 8—10.—7) Левин-Плетнев. Основы клинической диагностики.—8) Горяев. Материалы по вопросу о кумысолечении при легочном туберкулезе.—9) Крамов. Кумысолечение и кумысолечебн. „Тарловка“.—10) Штанге. Цит. по Омелянскому.—11) Зимницкий и Мамиш. Каз. мед. журнал, № 2, 1931.

Из тубсанатория и кумысолечебницы „Обсерватория“ Татнаркомздрави.
(Научн. руковод. проф. Н. К. Горяев, ст. врач Н. А. Крамов).

Результаты кумысного и бескумысного лечения тбс р. в местных условиях—„Обсерватория“ ТР¹⁾.

Н. А. Крамова и А. А. Победимской.

(С 8 табл. кривых)

Кумысолечение, как метод организованного лечения туберкулезных больных, имеет уже 70—80-летнюю историю, однако еще до сих пор научно не выяснен целый ряд вопросов как относительно сущности кумысолечения, так и отдельных вопросов методики. Особенно выдвигался и выдвигается вопрос о самом кумысе. Наряду с авторами, видящими в кумысе специфическое противотуберкулезное средство, есть ряд врачей, которые признают за кумысом только питательное значение. С другой стороны, некоторые ценят только степной, ковыльный кумыс, отрицательно относясь ко всякому внестепному кумысолечению; последние же годы дали значительное количество сторонников внестепного кумысолечения (Михайлов, Жебровский и др.).

Тубсанаторий „Обсерватория“ в сезон 1930 г. поставил себе задачей: 1) испробовать внестепное нековыльное кумысолечение в условиях „Обсерватории“ и 2) сравнить полученные результаты от санаторного бескумысного и кумысного лечения. Первый вопрос здесь нами не затрагивается, так как мы прорабатываем отдельную тему о степном и нестепном кумысолечении на основании опыта работы в Шафранове, Тарловке (Татреспублика) и Обсерватории; темой же настоящего сообщения являются сравнительные результаты кумысного и бескумысного лечения туберкулезных легочных больных в местных условиях (Татреспублика).

Поставив себе целью проследить эти результаты, мы для проработки материала взяли наиболее объективные, с нашей точки зрения, данные:

1) Сообщено на Всесоюзн. совещании кумысн. раб. в Москве 1/XI 1930 г.

Т, прибыль в весе, спирометрия, Е, Нб, F_i, изменение лейкоцитарной кривой, РОЭ.

За летние месяцы с 15/V по 1/X прошло 280 кумысных и 220 бескумысных больных. Все больные были размещены в 3 больших павильонах, имели одинаковое питание, одинаковый санаторный режим и процедуры: солнцелечение, купанье, гимнастика, труд-процессы; короче говоря, все жили в одних и тех же условиях, причем только одна группа больных в дополнение пользовалась кумысом, а другая группа проводила лечение без него. Чтобы избежать возможных нареканий на то, что одним дают, а другим кумыса не дают, санаторий еще до открытия летнего сезона, распределяя койки по страховым организациям, предупредил, что столько-то коек будет кумысных и столько-то бескумысных.

Прежде чем перейти к обсуждению полученных результатов, кратко сообщим о постановке лечебно-санаторного дела в „Обсерватории“. Все больные до санатория прошли через местные Тубдиспансеры или ВКК, по справкам которых и прибывали в санаторий на 1 месяц. Санаторный режим и правила внутреннего распорядка были организованы по типу старых кумысолечебниц Шафранова и Оренбурга. Питание производилось 4 раза в сутки, калорийность стола была 4200—5000, солнцелечение и купание проводились под наблюдением медперсонала. В нынешнем году в санатории были введены, как обязательные процедуры, гимнастика и трудпроцессы, и, хотя санаторий столкнулся с выраженным протестом некоторых б.б., обязательность указанных процедур была введена.

Кумыс вырабатывался в собственной куммастерской из молока санаторских кобылиц и приготавливался на закваске, полученной из Оренбург. Бакт. Ин-та (*b. bulgaricus, torula kumys*); приготовление кумыса производилось под постоянным наблюдением лаборатории санатория. По вкусовым, физико-химическим и бактериологическим свойствам кумыс был хорошего качества и удовлетворял всем существующим современным требованиям кумысолечения. Кумыс давался больным в первые месяцы (май—июль) 4—5 бутылок и в последние месяцы 4—3 бутылки в день на человека.

Общее санаторное обследование б.б. включало, кроме общего физического и рентгеноскопического, непременным условием широкое лабораторное исследование крови (Нб, Е, F_i, L, лейкоцит. кривая, РОЭ), мокроты; моча, желуд. сок и др. исследовались по мере надобности. Общее руководство за постановкой лечебного дела в санатории проводилось консультантом проф. Н. К. Горяевым.

В целях однородности материала и наибольшей полноты данных для проработки взято 211 историй болезни кумысных больных и 132 истории бескумысных больных. Приводимые ниже таблицы в целях сравнения и наглядности построены в ‰‰. Распределение б.б. по диагнозам дает таб. 1, из нее видно, что обе группы б.б. были довольно близко однородны.

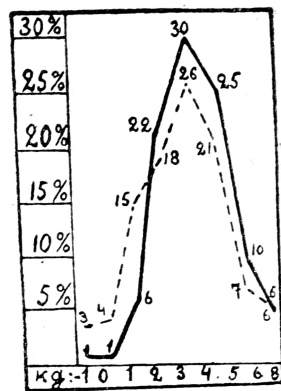
Таб. 1.

Число случаев в ‰

		беск.	кум.	беск.	кум.
А I	31	29	23	22	
А II	10	13	6	2	
В I	26	31	4	3	

Вес. Первое, на что обращает внимание больной в санатории—это прибавь в весе. Мы далеки от обычного увлечения прибавь в весе; одна прибавь без других объективных данных говорит очень мало, а иногда и ничего не говорит о течении легочного процесса. Но учитывая тот факт, что почти 90% всех туб. больных имеют, как результат интоксикации и деструктивных процессов, резкий дефицит веса, мы должны признать, что оценка веса при сопоставлении с другими клиническими данными имеет важное диагностическое значение: продолжает ли организм терять питательные вещества или начинает восстанавливать потерянное. Поскольку в нашем материале при оценке общего состояния больных % без перемен был равен только 11, а ухудшение—всего 3%, т. о. основная масса 86% б.б. уехала с теми или другими явлениями улучшения, прибавь в весе заслуживает внимания.

Из таблицы 2 видно, что прибавь в весе колебалась от 1 до 8 kg. и основная масса б.б. дала прибавь в весе в среднем от 3 до 5 kg на человека в месяц. Средняя прибавь у бескумысных больных на 1 человеко-месяц 3,42 kg, у кумысных больных—4,13 kg. У кумысных больных больше не только средняя прибавка на 1 человеко-месяц, но и выше % больных, прибавивших более высокие цифры, и значительно меньше % б.б. с малой прибавь в весе, чем у бескумысных б.б. (В таблице прерывистая линия—бескумысные б-ые, сплошная кумысные б-ые).



Таб. 2

Вес. Прибавь в весе.

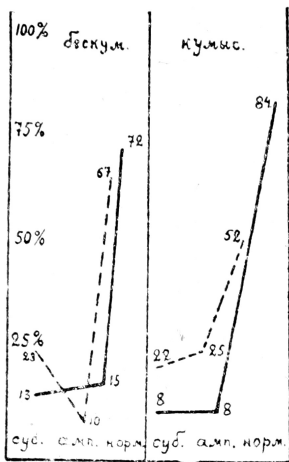
Температура. В таблице 3 б-ые распределены на 3 группы: 1) с нормальной Т, 2) с выраженной суточной амплитудой (0,8°—1,2°) 3) с субфебриальной Т. Если для бескумысных б.б. мы имеем, хотя и незначительное, но все же улучшение температурной кривой к концу месячного лечения, то у кумысных б.б. мы видим резкий сдвиг в сторону нормальной Т, и уменьшение % случаев с субфебриальной Т, и случаев с большой амплитудой у этих больных резко выражено, чем у бескумысных больных.

Здесь нет оснований останавливаться на значении Т-ой кривой в течении туб. процесса—таблица 3 говорит с определенностью о повороте в течении легочного процесса у кумысных б.б.

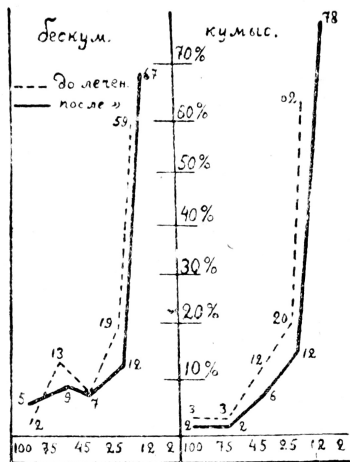
Если в табл. 2 в прибавь в весе мы видели только количественную разницу у бескумысных и кумысных больных, то в табл. 3 результаты преимущественного влияния кумысолечения в смысле наиболее скорого и активного воздействия на туб. процесс выступают, по нашему мнению, особенно ярко. Учитывая далее тот факт, что изменения температурной кривой произошли к концу месяца лечения хронического процесса, мы можем говорить об определенном укреплении иммунобиологических сил организма.

Реакция оседания эритроцитов, как это установлено большинством исследователей, взятая сама по себе, лишена диагностического значения; наблюдение же за РОЭ в течение легочного процесса значительно дополняет картину болезни. Вполне соглашаясь с указаниями некоторых авторов (Листенгаerten), что в известном % случаев (15—20%) РОЭ стоит в полном несоответствии как с картиной, так и с течением болезни, и имея в своем материале несколько случаев, где при

выраженной картине легочного процесса мы никак не могли объяснить понижения РОЭ, все же мы должны признать, что сопоставление РОЭ с другими клиническими данными в основной массе случаев помогало нам разобраться в сущности процесса.



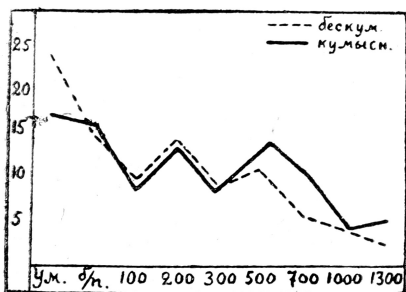
Таб. 3.
Температура.



Таб. 4.
РОЭ.

РОЭ ставилась у всех наших больных не менее 2 раз в месяц, у б.б. с повышенной РОЭ исследование ее проводилось через 2 недели. РОЭ проводилась по Вестергрену утром натощак. Таб. 4 говорит хотя и о нерезко выраженном, но определенном улучшении РОЭ, причем в правой половине таблицы (у кумысных больных) это улучшение РОЭ выступает резко. Эти данные вместе с Т-кривой и прибавку в весе достаточно определенно говорят о выраженном повороте в борьбе организма с инфекцией.

Спирометрия. „Рядом авторов показано, что изменения жизненного объема легких у тbc больных идут параллельно с течением легочного процесса“ (Hutchinson, Necht, Küss и др.—цитир. по Невраеву). Несмотря на то, что методика спирометрии недостаточно проработана и пока не получила широкого применения, оценка спирометрических данных при сопоставлении с прочими методами исследования в наших случаях значительно дополняла клиническую картину болезни и подтверждала полученные другими методами данные.



Таб. 5.
Спирометрия.

Если у наших больных Т улучшалась, вес увеличивался, РОЭ снижалась, то увеличение показаний спирометра говорило об определенном уменьшении степени поражения дыхательного аппарата.

Таб. 5 говорит не только об увеличении жизненной емкости легких у обеих групп б.б., но и о значительно более высоких результатах на кумысе. Д-р Невраев в своей работе „Сравнительная оценка результатов лечения тbc

больных на кумысах и на южном берегу Крыма“ говорит, что средняя прибавка жизненной емкости легких

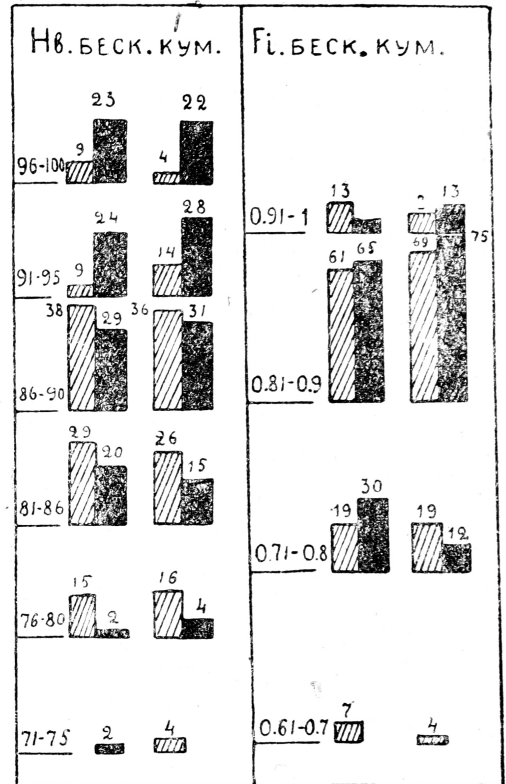
при кумысолечении более чем в 3 раза превышает прибавку в Крыму. В наших данных у бескумысных больных средняя прибавка была 248 куб. с., у кумысных—323 куб. с., т. о. здесь мы имеем цифры близкие к указанным д-ром Невраевым, подтверждающие преимущество кумысолечения.

Кровь. Исследование крови производилось одним и тем же работником в определенное время: натощак утром в первые 2—3 дня при поступлении и за 1—2 дня до выписки больного из санатория, а в случаях выраженных отклонений от нормы кровь исследовалась каждые 10—15 дней. В целях наибольшей точности в значительном % случаев счет телец проводился одним и тем же смесителем; подсчет формулы бел. телец производился по камере Bürker'a.

Определение % Hb и Fі, будучи обязательным для решения вопроса о степени малокровия, до сих пор, к сожалению, не вошло в практику туб. учреждений. Нами уже подчеркивался тот факт, что из присылаемых в санаторий б.б. с диагнозом анемия 80% и даже более б.б. малокровия не имеют. Ошибка объясняется тем, что диагноз малокровия ставится обычно только на основании бледности покровов и без соответствующих исследований крови.

Изменения Hb, Fі, числа E (эритроцитов), по нашему мнению, говорят не только об изменении функции костного мозга и ретикуло-эндотелиальной системы, но и о состоянии дыхательной поверхности легких (окислительные процессы). Общее укрепление и улучшение легочного процесса, как это установлено, сопровождается улучшением и картины красной крови: увеличение % Hb, Fі.

Таб. 6 и 7 показывают, что % Hb и Fі увеличился в результате пребывания б.б. в санатории, и что увеличение % Hb и Fі у кумысных больных значительно более выражено, чем у бескумысных больных. Нами уже на материале Шафрановских и Тарловской (Татреспублика) кумысо-лечебниц отмечалась исключительная прибавка % Hb в результате кумысолечения; указанная выше работа д-ра Невраева на опыте сравнения результатов санаторного лечения в Крыму и на кумысах также говорит о значительно более высоких цифрах прибыли % Hb при кумысолечении. Возможны две причины увеличения % Hb: или увеличилось число E в 1 куб. мм., или увеличилось количество красящего вещества в каждом эритроците.



Таб. 6.

Таб. 7.

Табл. 8, сообщая об увеличении числа E в 1 куб. мм. в результате санаторного лечения, говорит, что число Eросло значительно больше у бескумысных б.б., чем у кумысных. Учитывая далее тот факт, что у кумысных б.б. % Hb и E повысился больше, чем у бескумысных б.б., а число E у кумысных б.б. изменилось незначительно—мы можем заключить, что повышение % Hb у кумысных б.б. произошло в результате увеличения количества красящего вещества в эритроците. Этот вывод подтверждает высказанное нами ранее предположение о том, что кумыс, как таковой, является существенным условием для обогащения крови гемоглобином (Hb). Данный факт имеет особенное значение, потому что по большинству авторов (Панченко, Чуйко, Pribram, Jolles и др.) при tbc p. окислительные процессы в организме понижены, и увеличение Hb создает благоприятные условия в борьбе организма с tbc.

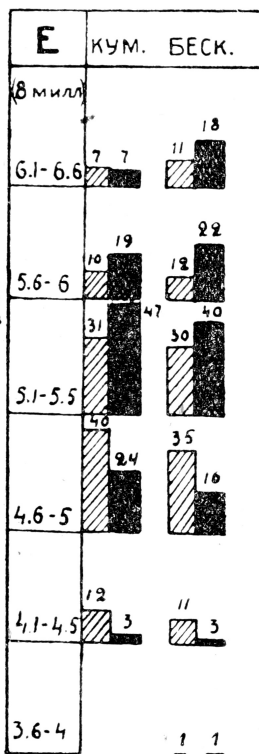


Табл. 8.

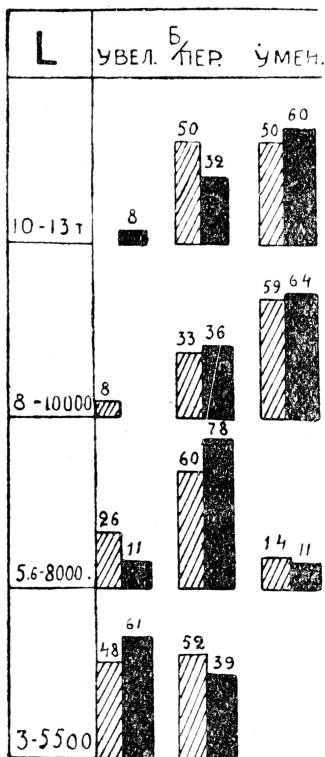


Табл. 9.

Белая кровь „Объективная определенность гемограммы“ (Горяев) за последнее время почти не вызывает сколько-нибудь серьезных возражений. Систематически и с достаточной тщательностью проводимая гемограмма в ряду других объективных критериев занимает одно из первых мест в клинической картине tbc p. Не останавливаясь на значениях лейкоцитарной кривой при tbc p. (подробные сведения и литературу по этому вопросу можно найти в монографии проф. Горяева и наших работах), мы только вкратце рассмотрим таблицы.

Табл. 9 дает нам указание на то, что основная масса больных уже к концу месячного лечения дает приближение цифр лейкоцитоза (L) к нормальным цифрам, причем и повышение лейкоцитоза (L) в случаях лейкопений, и снижение L в случаях гиперлейкоцитоза у кумысных б.б. выражено резче, чем у бескумысных б.б.

Как и предыдущая, табл. 10 также говорит об определенном положительном сдвиге в течении легочного процесса у обеих групп б.б.: повышение % Lu (лимфоцитов) в случаях с малым % Lu и снижение % Lu в случаях гиперлимфоцитоза. В этой таблице особенно важна

нижняя ее часть, которая говорит о том, что у группы б.б. с наиболее активной формой тbc p., которая характерна низким % Lu, улучшение лейкоцитарной кривой выражено значительно резче: здесь ни в одном проценте нет дальнейшего снижения % Lu, и нарастание % Lu у них идет быстрее, чем у бескумысных б.б.

Изучение кривой моноцитов в обеих группах б.б. не дает возможности определенных заключений.

Выводы: 1) Санаторное лечение туб. больных в „Обсерватории“ имеет выраженные результаты в состоянии организма и в течении легочного процесса (прибыль в весе, улучшение Т-ой кривой, увеличение емкости легких, снижение РОЭ, улучшение гемограммы).

2. Кумысное лечение в „Обсерватории“ по всем указанным выше показателям улучшения дает более высокие цифры, чем лечение бескумысное: а) более высокая прибыль в весе; б) более быстрое улучшение Т-ой кривой; с) более высокие цифры спирометрии; d) более высокое нарастание % Hb и Fi; e) наиболее выраженные изменения гемограммы. Все это говорит о более активном действии кумысолечения в сравнении с обычным действием санаторного бескумысного лечения.

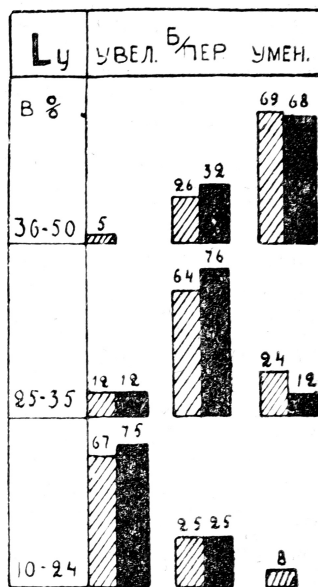
3. Кумысолечение наиболее скорый по времени и исключительно богатый по своим результатам метод санаторного лечения.

4. Бóльший % прироста Hb и Fi без относительно высокого числа E при кумысолечении говорит о кумысе, как о существенном условии в обогащении крови гемоглобином.

5. Полученные сравнительные данные о результатах кумысного и бескумысного лечения в одинаковых условиях выдвигают мысль об особом присущем кумысу, как таковому, действию на легочный тbc процесс.

6. Организация кумысолечения в местных условиях (Татария) материально вполне возможна, и опыт первого года кумысолечебницы „Обсерватория“, равно как и опыт 3-летней работы кумысолечебницы „Тарловка“, требует расширения и углубления работы указанных местных кумысолечебниц.

Литература. 1) Гор я е в. „Материалы к вопросу о кумысолечении“, Казань. 2) Учет результатов санлечения. Москва, Ин-т курортологии, —3) Кра м о в. Кумысолечение и кумысолечебница Тарловка. Основная литература указана в монографии проф. Горяева и нашей работе.



Таб. 10.

1) Табл. 6, 7, 8 заштрихованные столбики—до лечения
сплошные черные „ —после „

2) В табл. 9, 10 заштрихованные столбики—для бескумысных больных
сплошные черные „ —для кумысных „