

ЭСТОНСКИЙ ИНСТИТУТ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ АМН СССР

ЭСТОНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ
ПО УПРАВЛЕНИЮ КУРОРТАМИ ПРОФСОЮЗОВ

ЭСТОНСКОЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЕ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОЕ
ОБЩЕСТВО ФИЗИОТЕРАПЕВТОВ И КУРОРТОЛОГОВ

*

*125-ЛЕТИЕ
КУРОРТА ПЯРНУ*

*

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

**VI РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ ПО КУРОРТОЛОГИИ
И ФИЗИОТЕРАПИИ**

г. Пярну, 26, 27 и 28 сентября 1963 г.

11502

ЭСТОНСКИЙ ИНСТИТУТ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ АМН СССР

ЭСТОНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ
ПО УПРАВЛЕНИЮ КУРОРТАМИ ПРОФСОЮЗОВ

ЭСТОНСКОЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЕ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОЕ
ОБЩЕСТВО ФИЗИОТЕРАПЕВТОВ И КУРОРТОЛОГОВ

*

*125-ЛЕТИЕ
КУРОРТА ПЯРНУ*

*

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

VI РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ ПО КУРОРТОЛОГИИ
И ФИЗИОТЕРАПИИ

г. Пярну, 26, 27 и 28 сентября 1963 г.

ЭТОНОКОН ЛИНКВАТ АКЦИОНЕРНАТА БУЛГАР
И КАПИТАЛАТО НА БУЛГАРИЯ
ПОСРЕДСТВО НА БУЛГАРСКИТЕ КОМПАНИИ
И ПРЕДПРИЯТИЯ ЗА ОБЩО ПОСРЕДСТВО
ПОСРЕДСТВО НА БУЛГАРСКИТЕ КОМПАНИИ
И ПРЕДПРИЯТИЯ ЗА ОБЩО ПОСРЕДСТВО

135-13110
КАРТОГРАФИЧЕН

ТЕХНИЧЕСКИ ДОКУМЕНТИ
И ПРОЕКТИ
КОМПЛЕКСИ ПО ОБЩО ПОСРЕДСТВО
И ПРЕДПРИЯТИЯ ЗА ОБЩО ПОСРЕДСТВО
135-13110

ARHIIVKOGU

3

Tartu Ülikooli
RAAMATUKOGU

135410

КУРОРТУ ПЯРНУ — ЦЕНТРУ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ — 125 ЛЕТ

Л. А. ВЕРНИК

(Из санатория «Эстония» курорта Пярну)

Курорт Пярну существует с 1838 г., когда была открыта первая водолечебница и на берегу моря построены купальные мостики с кабинками для переодевания.

Вначале в водолечебнице отпускали только теплые морские ванны; грязелечение же, воздушные и солнечные ванны не применялись. В середине прошлого века курорт Пярну развивался значительно медленнее, чем другие курорты на острове Сааремаа и в Хаапсалу.

В 1889 г. курорт перешел во владение городской управы. В 1890 г. была открыта новая водо-грязелечебница, где отпускали грязевые, торфяные, морские и другие ванны. Грязевые ванны отпускались разведенные водой, позже, кроме того, применялись и местные аппликации натуральной грязью.

Многочисленные перестройки и дальнейшие усовершенствования грязелечебницы позволили использовать еще гидротерапевтические процедуры, массаж, световые ванны, гальванизацию и фарадизацию. Особое значение в развитии курорта Пярну имело основанное в 1904 г. отделение механотерапии и ортопедии, которое работало круглый год, имело много аппаратов и оборудование для лечебной гимнастики и ортопедии. В этом же году на берегу моря был построен аэросолярий.

В 1910 г. в водо-грязелечебнице отпускалось уже 14.616 грязевых и других ванн, и курорт Пярну стал лучшим медицински оборудованным курортом в Эстонии.

Во время первой мировой войны, в августе 1915 г., все лечебные сооружения курорта были полностью разрушены.



Главный корпус базового санатория «Эстония»

Ныне работающая грязелечебница была построена в 1927 г. и в 1930 г. дополнена ваннным отделением, а в 1936 г. душевым отделением и внутренним бассейном. Хотя в некоторые годы в летний сезон на курорте отдыхало более 6000 человек, из них использовали процедуры в грязелечебнице только 800—850 человек. Грязелечебница являлась единственным лечебным учреждением курорта Пярну, так как лечебных учреждений санаторного типа в то время не было. Курорт работал только в летние месяцы.

С восстановлением в 1940 г. Советской власти в Эстонии лечебные учреждения курорта стали доступны широким массам трудящихся. Был претворен в жизнь декрет, подписанный в 1919 г. В. И. Лениным о национализации курортов и передаче их в руки трудящихся.

В период фашистской оккупации Эстонии курортные здания были опустошены и оборудование разграблено.

После освобождения Эстонии от немецко-фашистских оккупантов началось интенсивное восстановление курорта Пярну. Впервые за время его существования было организовано стационарное санаторное лечение в трех санаториях со специальными профилями. Впервые

стали отпускать круглый год грязевые и бальнеопроцедуры.

В 1956 г. в Пярну было открыто новое лечебное учреждение — курортная поликлиника.

С 1957 г. на базе санатория «Эстония» работает сектор ревматологии и курортологий Эстонского института экспериментальной и клинической медицины АМН СССР.

За годы Советской власти в практику курорта введено много новых лечебно-диагностических методов, значительно расширена материальная база его.

В настоящее время курорт Пярну является крупнейшим лечебным учреждением республики. Число больных, прошедших за год курс лечения только в одной водо-грязелечебнице возросло в 17 раз по сравнению с буржуазным периодом, а число произведенных процедур — в 20 раз.

Курорт Пярну является не только самым крупным курортом, но и республиканским центром научно-методической работы по курортологии.

РАЗВИТИЕ КУРОРТОЛОГИИ В ЭСТОНИИ

Канд. медицинских наук Э. Ю. ВЕЙНПАЛУ
(Из Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР)

По данным литературы, курортология как целенаправленная практика и наука об использовании различных факторов и преформированных ресурсов природы для здоровья человека стала развиваться в Эстонии в начале XIX века. По существу, общественность республики отмечает в этом году не только 125-летие курорта Пярну, но и примерно 150-летний путь развития курортологии в Эстонии.

Первые организационные мероприятия в Эстонии по применению морских купаний и грязей проводились в 1805—1825 гг. Известно, что до этого времени местное население пользовалось морскими грязями как лечебным средством народной медицины.

Впервые исследовал терапевтическое действие эстонской морской грязи и применил ее при лечении разных заболеваний городской врач города Хаапсалу К. А. Хунниус. Описание и химический анализ этой грязи были сделаны профессором Д. Х. Гринделем и ре-

зультаты его исследований опубликованы в 1825 г. С этим периодом связано создание первой грязелечебницы в Хаапсалу и в других местностях на западном побережье Эстонии (Кихельконна, Куресааре, Роомасааре, Хийумаа и др.).

В середине XIX века эстонские морские грязи (в основном хаапсалуская и куресаарская) исследовались химически, литологически и лимнологически Г. Норманом, К. Гебелем, К. Эйхвальдом, А. Шренком, Ц. Шмидтом и другими. Лечебное применение морской грязи в Эстонии нашло в прошлом столетии признание по всей России.

В первой половине XX века изучением лечебных свойств и терапевтического действия эстонской морской грязи занимались в основном профессора Тартуского университета — К. Шлосман, В. Вади, И. Рийвес, А. Палдрок, И. Миляндр, С. Лёве и др., а также практические врачи Х. Альвер, П. Теас, Б. Цитович и др.

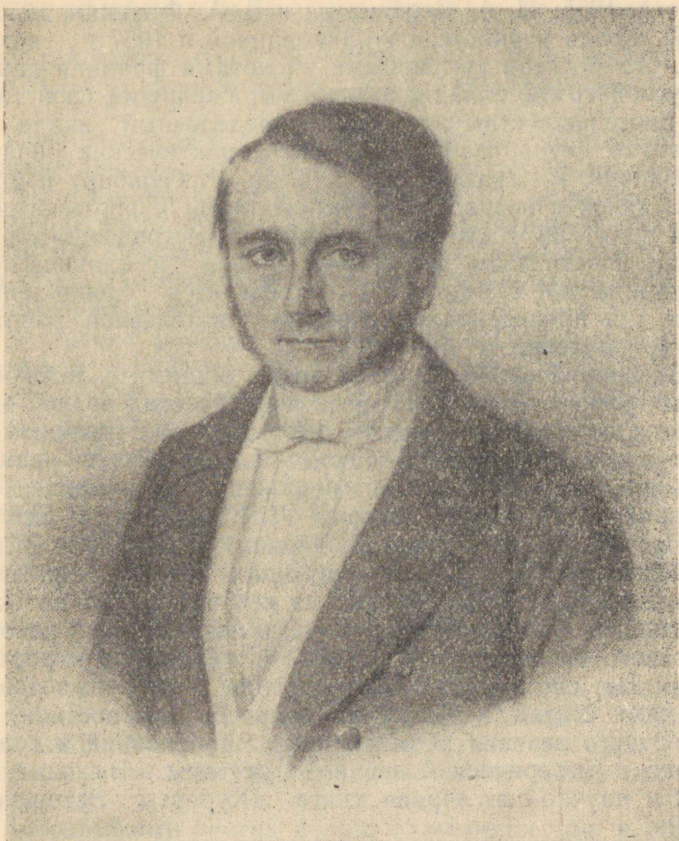
В 1939 г. была опубликована монография К. Шлосмана «Estonian Curative Sea-muds and Seaside Health Resorts», в которой на основании собственных и других исследований автор дает подробный обзор о местонахождениях, физико-химических свойствах и лечебного применения эстонской морской грязи.

Дальнейшее развитие курортологии после восстановления в Эстонии Советской власти было прервано Великой Отечественной войной. Временная фашистская оккупация Эстонии нанесла большой урон курортно-лечебным учреждениям.

По окончании войны сеть курортно-лечебных учреждений Советской Эстонии была быстро восстановлена и расширена. Санатории были реорганизованы в стационарные учреждения со специальными профилями лечения; впервые стали отпускаться круглый год грязевые и бальнеопроцедуры, что открыло широкий доступ трудящихся в санатории.

В этот период вопросы лечебных свойств эстонских морских грязей и их практического применения вновь становятся актуальными.

Уже в 1947 г. выходит из печати монография профессора В. Вади «Eesti tervismuda», в которой освещаются вопросы бальнеологии и методов применения лечебных грязей. В 50-х годах Институт экспериментальной и клинической медицины АН Эстонской ССР занимается



К. А. ХУННИУС

По его инициативе в 1825 г. была построена в Хаапсалу первая грязелечебница

более подробным изучением эстонской морской грязи, обращая особое внимание на биологически активные соединения в ее органическом составе. Б. И. Эмбрих в своей работе (1952) подчеркивает, что жидкая фаза грязи содержит биогенные стимуляторы. Исследования последующих лет касались вопроса антибактериальных свойств паровых дистилатов и водных экстрактов эстонской лечебной грязи (Н. А. Дербенцева и А. М. Хо-

ванова, 1955; Н. А. Дербенцева и В. А. Фрадкин, 1956). Э. И. Кеель в работе, опубликованной в 1957 г., показал, что богатая гуминовыми кислотами фракция хаапсалуской грязи обладает очень выраженными свойствами биогенных стимуляторов. Определенный вклад в развитие курортологии внесли практические врачи Л. Верник, В. Знаменский, В. Туур, Р. Гельбарт и др.

В связи с возросшими требованиями курортологической практики в 1957 г. в санатории «Эстония» курорта Пярну Институтом экспериментальной и клинической медицины АН Эстонской ССР создается специальная база для проведения научно-исследовательской работы по курортологии.

За сравнительно короткое время общими силами научных работников и некоторых практических врачей выяснен ряд важных вопросов, касающихся механизмов действия и эффективности грязе-бальнеотерапии ревматических заболеваний и поражений периферической нервной системы. Э. Вагане, Л. Кыпман, Э. Кеель, А. Сяяритс, М. Роосааре, Л. Верник, Э. Вейнпалу и др. опубликовали ряд соответствующих научных статей. Кроме этого, в 1963 г. вышли из печати «Труды по курортологии I», содержащие данные исследований нового грязевого препарата «Гумизоль», и «Труды по курортологии II», состоящие в основном из научно-исследовательских статей, касающихся вопросов диагностики и курортного лечения ревматических заболеваний и поражений периферической нервной системы. Выходит в свет и научно-популярная книга «Курорты Эстонской ССР».

Дальнейшие научно-исследовательские работы по курортологии в республике, по нашему мнению, должны развиваться в следующих основных направлениях:

1) сравнительное физико-химическое исследование лечебных грязей на содержание различных органических соединений, особенно на содержание биологически высокоактивных веществ;

2) исследование физиологических механизмов действия лечебных грязей и содержащихся в них биологически активных веществ;

3) исследование вопросов применения минеральных вод и климатотерапии.

ЭСТОНСКИЕ МОРСКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ГРЯЗИ

Канд. географических наук Л. С. ИВАНОВА и А. М. МАЛАХОВ
(Из Центрального института курортологии и физиотерапии)

Лечебные грязи морского генезиса применяются сравнительно редко. В Советском Союзе кроме курортов Пярну и Хаапсалу (Эстонская ССР), морские грязи применяются на курортах Садгород (Владивосток), Мурманск (г. Мурманск) и на курорте Жданов (Донецкая обл.). По своему составу эти грязи довольно сильно отличаются друг от друга.

Эстонские морские грязи многих месторождений по составу и свойствам могут быть отнесены к числу лучших, их запасы достаточны для широкого использования.

Изучение состава эстонских морских грязей проводилось неоднократно. В послевоенные годы комплексное изучение их проводилось экспедициями Центрального института курортологии и физиотерапии в 1947—49 гг. и в 1963 г. Поисковой разведкой была охвачена прибрежная зона от границы с Латвийской ССР до порта Виртсу, район г. Хаапсалу, г. Нарва-Йыэсуу, залив Суурлахт (остров Сааремаа) и некоторые другие месторождения были разведаны детально.

Месторождения морских грязей образуются там, где не бывает активных волнений и течений воды, мешающих накоплению тонкодисперсных, медленно оседающих и легко взмываемых минеральных и органических веществ.

Минеральный состав пород, слагающих дно и берега в зонах формирования морских грязевых месторождений, не является фактором, определяющим возможность грязеобразования.

В 1963 г. изучение грязевых месторождений проводилось с целью обеспечения грязевыми ресурсами растущих курортов Пярну и Хаапсалу, в будущем для грязелечения в г. Кингисеппе (остров Сааремаа) и в Нарва-Йыэсуу и организации централизованного грязеснабжения ряда курортных и внекурортных грязелечебниц за пределами Эстонской ССР.

Для курорта Пярну рекомендуется использование грязей порта Айнажи, для Хаапсалу — Большого хаапсалуского залива, а в грязелечебницах Кингисеппа и Нарва-Йыэсуу своих местных грязевых ресурсов. Грязи за-

лива Воозе (10—12 км к северо-западу от г. Хаапсалу) рекомендуется рассматривать как базу для централизованного снабжения.

Грязи всех названных месторождений по своему составу несколько различны и характеризуют основные разновидности эстонских морских грязей.

ОБ ИЗУЧЕНИИ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЛЕЧЕБНЫХ ГРЯЗЕЙ ЭСТОНСКОЙ ССР

Л. Ю. КЫПМАН

(Из Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР)

В целях дополнительного изучения ресурсов эстонских лечебных грязей и их свойств весной 1963 г. состоялась экспедиция в окрестности Пярну, Хаапсалу, Виртсу и Кингисеппа.

Проведенные работы показали, что по химическому составу и физическим свойствам эстонские морские грязи сильно различаются. В основном, их можно разделить на 3 группы:

1) грязи Кингисеппского района с большим содержанием воды и сильной коллоидной системой, содержащие свыше 30% органических веществ;

2) хаапсалуские грязи, содержащие песок, более минерализованные по сравнению с предыдущей группой (около 20% органических веществ);

3) глиносодержащие грязи из района Виртсу—Матсалу с незначительным содержанием (до 10%) органических веществ.

ПРИРОДНЫЕ УСЛОВИЯ КУРОРТА ПЯРНУ ДЛЯ КЛИМАТОТЕРАПИИ

А. А. РАЙК

(Из кафедры географии Тартуского государственного
университета)

Для выяснения возможности применения климатотерапии в комплексе с другими факторами курортного лечения важным является изучение климата каждого курорта.

Местные природные условия курорта Пярну (обширный парк на берегу мелководного залива, песчаный

пляж) в общем благоприятны для применения климатотерапии. Однако преобладание юго-западных ветров часто снижает приток теплого воздуха и препятствует применению воздушных и солнечных ванн на пляже. Но, как показывают сравнительные расчеты эффективно-эквивалентных и радиационно-эффективно-эквивалентных температур, термические условия для проведения климатотерапевтических процедур в аэросолярии курорта вполне благоприятные.

Чтобы увеличить продолжительность периода климатотерапии и использовать малооблачные погоды апреля и мая для применения солнечных ванн, следовало бы на курорте Пярну построить для этой цели специальный павильон.

Температура воды в районе пляжа курорта относительно высокая, но морским купаниям препятствуют, опять-таки, прохладные ветры, под воздействием которых тело человека при выходе из моря сильно охлаждается. Условия применения купаний как лечебной процедуры существенно улучшились бы строительством в районе пляжа купальных мостиков.

О ПИЩЕВЫХ РАЦИОНАХ В САНАТОРИЯХ ЭСТОНСКОЙ ССР

Канд. фармацевтических наук Э. П. ВАГАНЕ и А. Х. РИХМА
(Из Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР
и Республиканской сан-эпидстанции ЭССР)

Проведенные в 1961—1962 гг. в санаториях Пярну («Эстония» и «Раху») и Хаапсалу исследования пищевых рационов показали, что общий стол (№ 15) высококалорийный — в среднем 4200—4700 калорий в день, богат белками — 140—150 г в день, жирами — 130—170 г в день и углеводами — 590—630 г в день.

Животные белки составляют 59—61% от общего количества белка в рационе. Растительных масел мало, в среднем только 8—10 г в день. Из углеводов 37—47% приходится на картофель, овощи и фрукты, 53—63% — на хлебо-булочные изделия, сахар и т. п.

Картофеля в рационах достаточно, но весной и ранним летом овощей не хватает. Свежих фруктов мало (осенью в среднем 30—60 г, в другие времена года только до 20 г в день).

81—82% больных названных санаториев, находившихся на этом рационе, за время лечения прибавили в весе до 7 кг (взвешено и измерено 654 больных, использовано 1519 историй болезни). 40—47% больных были выписаны из санаториев с излишним весом, причем у 14—17% излишний вес составлял 10—35 кг.

При назначении режима необходимо обращать больше внимания на регулирование питания, во избежание лишнего прироста веса у больных.

Наряду с обилием основных пищевых веществ рационы санаториев бедны витаминами. Так, дневной рацион санатория «Эстония» только в осенние месяцы содержал свыше 70 мг, а в другие времена года лишь 25—50 мг витамина С (исследовано 98 дневных пищевых рационов).

Рационы не удовлетворяют потребности санаторных больных в витамине С (исследованы баланс и потребность в витамине у 350 больных хроническим полиартритом), в витамине В₁ (исследовано у 152 больных) и в витамине В₂ (исследовано у 58 больных). Поэтому, в санаториях следует витаминизировать пищу витаминными препаратами.

По нашим данным, у больных полиартритом, находящихся на грязелечении, потребность в витамине С 100—200 мг, в витамине В₁ — 5—10 мг и в витамине В₂ — 3—6 мг в день.

ФАКТОРЫ ДЕЙСТВИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ГРЯЗЕЙ И ПРЕПАРАТ «ГУМИЗОЛЬ»

Э. И. КЕЕЛЬ

(Из Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР)

Терапевтическое действие лечебных грязей относят за счет содержащихся в них химических веществ, а также их физических свойств. С течением времени взгляды на роль указанных факторов менялись. В прошлом столетии одни авторы предполагали, что терапевтическое действие лечебных грязей зависит от наличия в них химических веществ, другие же считали, что терапевтическое действие лечебных грязей объясняется их физическими свойствами, высказывалось также мнение о комплексном действии химических и физических факторов.

В настоящее время образовались две противоположные точки зрения — одни авторы придают основное значение химическому, другие физическому фактору действия лечебных грязей.

Проводимыми до сих пор исследованиями еще не удалось выделить из грязей отдельные вещества, с которыми можно было бы связать характерное для них терапевтическое действие. При анализе грязей особое внимание уделяют некоторым группам органических веществ (гуминовые кислоты, битумные вещества). Из физических свойств (термические, механические, сорбционные) наибольшее значение придают термическим.

Значение химического фактора доказано многими полученными из грязей лечебными препаратами. Экспериментальные и клинические исследования, а также результаты лечения препаратом «Гумизоль» показали, что характерные проявления действия гумизоля совпадают с действием грязелечения. Это приводит нас к выводу, что химический фактор играет основную роль в терапевтическом действии лечебных грязей.

ВЛИЯНИЕ ГУМИЗОЛЯ НА ФОСФОРНЫЙ ОБМЕН СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ

Х. К. НОРМАН

(Из Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР)

При применении гумизоля в лечебной практике представляет особый интерес влияние его на фосфорный обмен сердечной мышцы, так как от этого зависит функциональная способность ее.

У морских свинок изучалось влияние гумизоля на включение радиоактивного изотопа фосфора (^{32}P) в различные фосфорные фракции сердечной мышцы и на концентрацию общего фосфора в них.

Препарат вводили ежедневно в течение 11—21 дня в дозах, соответствующих максимальной терапевтической дозе для человека (3 гаммы ГФ/кг) и в три раза выше ее (10 гамм ГФ/кг). Достоверность сдвигов определяли методом вариационной статистики (по тесту t).

После недлительного введения гумизоля (14 раз по 10 гамм ГФ/кг и 11 раз по 3 гаммы ГФ/кг) концентра-

ция общего кислоторастворимого фосфора у подопытных снизилась почти на 25%, а сдвиги в показателях включения ^{32}P (удельная и относительная удельная активность) указывали на то, что фосфорный обмен в этой фракции ускорился. При более длительном введении препарата (в течение 21 дня) указанные сдвиги больше не наблюдались.

Замеченные сдвиги нельзя было отнести за счет макроэргических соединений (АТФ + КФ), поскольку концентрация последних не изменялась, а сдвиги в поглощении ^{32}P свидетельствовали о том, что после недлительного введения меньших доз гумизоля включение фосфора в эти соединения, наоборот, уменьшалось. При более длительном же введении препарата в обмене макроэргических соединений сдвигов больше не наблюдалось.

У морских свинок, получавших по 1 мг тироксина (до 10 раз), введение гумизоля по 10 гамм ГФ/кг усиливало падение веса тела и в ряде случаев приводило к гибели животных.

У морских свинок, получавших тироксин в меньших дозах (по 0,1 мг 14 раз), после недлительного введения гумизоля (11 раз по 3 гаммы ГФ/кг) концентрация фосфора макроэргических соединений снижалась, а обмен их замедлялся. При более длительном введении (в течение 21 дня) таких же доз гумизоля указанных сдвигов также больше не наблюдалось. Это свидетельствовало о том, что в процессах синтеза и распада макроэргов произошло уравнивание.

О ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТОМ «ГУМИЗОЛЬ» ДЕТЕЙ, БОЛЕЮЩИХ РЕВМАТИЗМОМ

Канд. медицинских наук В. М. СУЙ и Ю. Э. ТОМИНГАС

(Из Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР
и Таллинской детской больницы)

В I Таллинской детской больнице был применен гумизоль при лечении 24 больных детей, из них 20 ревматизмом в инактивной фазе и 4 непрерывно рецидивирующим ревматизмом с подострым течением. У всех детей имелось ревматическое поражение сердца, но без явлений недостаточности кровообращения. Из них 22 страдали артралгиями, у 5 имелись более или менее выраженные остаточные явления хорей.

Курс лечения в большинстве случаев состоял из 20 внутримышечных инъекций по 1 мл ежедневно.

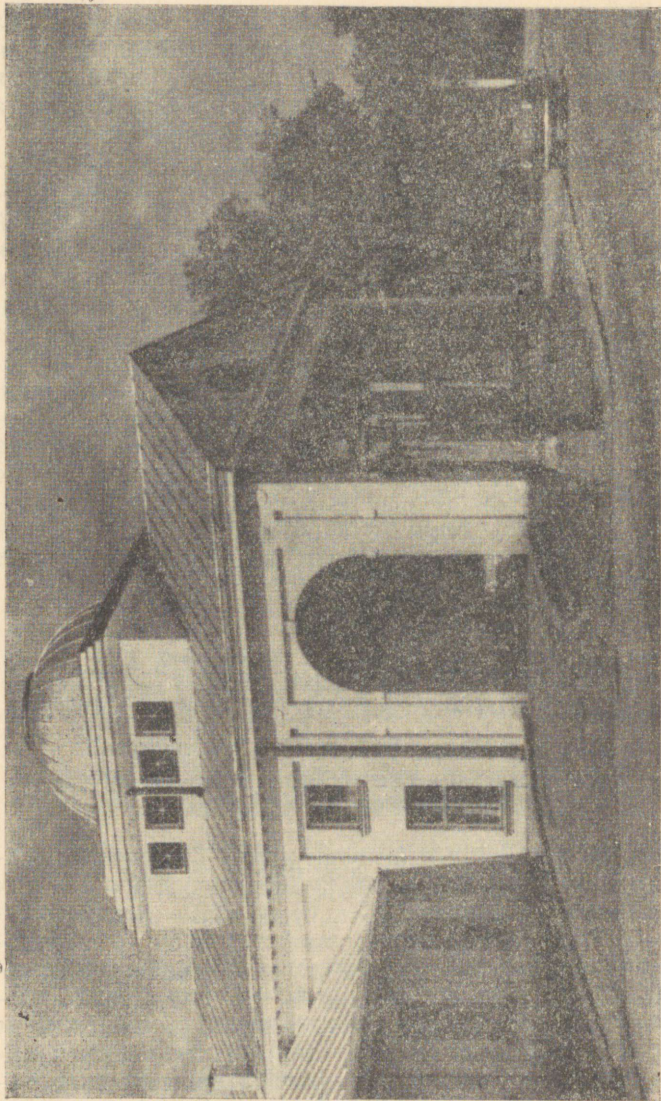
По нашим наблюдениям, гумизоль в основном дал хорошие результаты: у одной девочки исчезли остаточные явления хореи; у ряда детей, ранее лечившихся безуспешно, препарат дал явно выраженный эффект, а у некоторых из них — менее заметные результаты.

Различные жалобы больных уменьшались или исчезали уже на первой или на второй неделе лечения. Временное обострение болей в суставах (к концу первой недели лечения) отмечалось у двух детей, повышенная сонливость — у одного ребенка. В конце первой недели лечения у подавляющего большинства детей наблюдалось повышение РОЭ на 2—11 мм/ч. К концу курса лечения РОЭ снижалась почти до исходного уровня. Выделение 17-кетостероидов с мочой, пониженное до лечения, заметно увеличивалось, но обычно не достигало нормального уровня. Пониженная до лечения температура кожи на пальцах рук и ног в среднем повышалась до нормы. Терморегуляционный рефлекс ускорился. К концу курса лечения у детей улучшалась способность к умственной работе (установленная при помощи таблиц Анфимова).

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГУМИЗОЛЕМ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПОЛИАРТРИТАМИ

Канд. медицинских наук Э. Ю. ВЕЙНПАЛУ
(Из Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР)

Гумизоль применялся амбулаторно у 55 больных хроническими полиартритами различной этиологии. Из них ревматоидным полиартритом было 29, дистрофическим — 19 и ревматическим полиартритом — 7 больных. Гумизоль вводили больным ежедневно внутримышечно по 2 мл, за курс лечения 10—20 инъекций. Больных обследовали клинически до и после лечения и 2—3 раза в ходе лечения. Наряду с клиническими обследованиями проводили и лабораторные: клинический анализ крови, реакция Ваалера-Розе, определение белковых фракций сыворотки крови и дифениламиновая реакция.



Поликлиника курорта Пярну

Положительные результаты лечения были получены у 47 больных (85%). Наилучший эффект наблюдался у больных дистрофическим полиартритом (улучшение у 100% исследуемых). Сравнительно менее эффективным оказалось лечение гумизолем больных ревматоидным полиартритом во II и III стадиях (процент положительных результатов достиг 55).

У некоторых больных гумизоль вызывал изменения титра реакции Ваалера-Розе, белковых фракций сыворотки крови и содержания мукопротеидов крови.

Гумизоль является сильнодействующим лечебным средством, дающим сравнительно высокую лечебную эффективность у больных хроническими ревматоидным, ревматическим и дистрофическим полиартритами.

ПРИМЕНЕНИЕ ГУМИЗОЛЯ В НЫММЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ БОЛЕЗНЯХ

С. А. ИОХАНСОО

(Из Ныммеской больницы г. Таллина)

Гумизоль применялся амбулаторно у 74 больных ревматоидным полиартритом, спондилоартрозом, радикулитом и пародонтозом.

Препарат вводили больным ежедневно внутримышечно по 2 мл, за курс лечения они получали 20—30 инъекций. Больные пародонтозом получали гумизоль методом электрофореза или в виде инъекций в десны.

Одновременно наблюдали за больными и проводили лабораторные исследования: клинический анализ крови, содержание сахара в крови и др.

На основании исследований и наблюдений было установлено следующее:

1) положительный результат лечения оказался у 62 больных из 74 (84%), в том числе при ревматоидных полиартритах у 29 из 34 (85%), при пародонтозах у 21 из 29 (80%), при спондилоартрозах у всех 7 больных и при радикулитах у 5 из 7 больных;

2) гумизоль является хорошим лечебным средством, дающим сравнительно высокую эффективность при амбулаторном лечении хронического ревматоидного полиартрита, спондилоартроза, радикулита и пародонтоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГУМИЗОЛЕМ БОЛЬНЫХ ЛОР ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Р. Я. МЮЮРСЕПП

(Из Поликлиники Таллинской Харьюмяэской больницы)

В оториноларингологии при многих хронических заболеваниях успешно применяют грязелечение.

Предполагая аналогичные результаты при лечении полученным из хаапсалуской лечебной грязи препаратом «Гумизоль», его применили у 30 больных с диагнозами: хроническое гнойное воспаление среднего уха (21), отосклероз (4), заболевания придаточной пазухи носа (4), хронический рецидивирующий ларингит (1). Больные получали гумизоль внутримышечно 1 раз в день, всего за курс лечения 30 инъекций. При более тяжелых случаях проводили повторные курсы лечения.

У всех больных были получены положительные результаты, выразившиеся в следующем:

а) при хроническом гнойном воспалении среднего уха наблюдалось исчезновение или значительное уменьшение гноетечения, а также изменение характера выделений, исчезновение грануляционной ткани и улучшение остроты слуха;

б) при отосклерозе отмечалось исчезновение или уменьшение шума в ушах и повышение остроты слуха;

в) при гиперпластических и гипертрофических заболеваниях (аллергические постоперационные формы) придаточной пазухи носа, а также при хроническом рецидивирующем ларингите наблюдалась нормализация слизистой оболочки.

О ПРИМЕНЕНИИ ГУМИЗОЛЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ

Г. А. СИЛЛАРД

(Из кафедры дермато-венерологии Тартуского государственного университета и Тартуского городского диспансера кожно-венерических болезней)

В Тартуском городском диспансере кожно-венерических болезней с сентября 1962 г. по май 1963 г. проводилась апробация препарата «Гумизоль» с целью определения эффективности его при лечении некоторых дерматозов. Из 24 больных были с диагнозами: псориа-

за — 17, диффузного нейродермита — 5, красного гипертрофического лишая — 1, хронического лихеноидного дерматита — 1.

Больные были в возрасте от 17 до 65 лет, длительность болезни — от 5 до 20 лет.

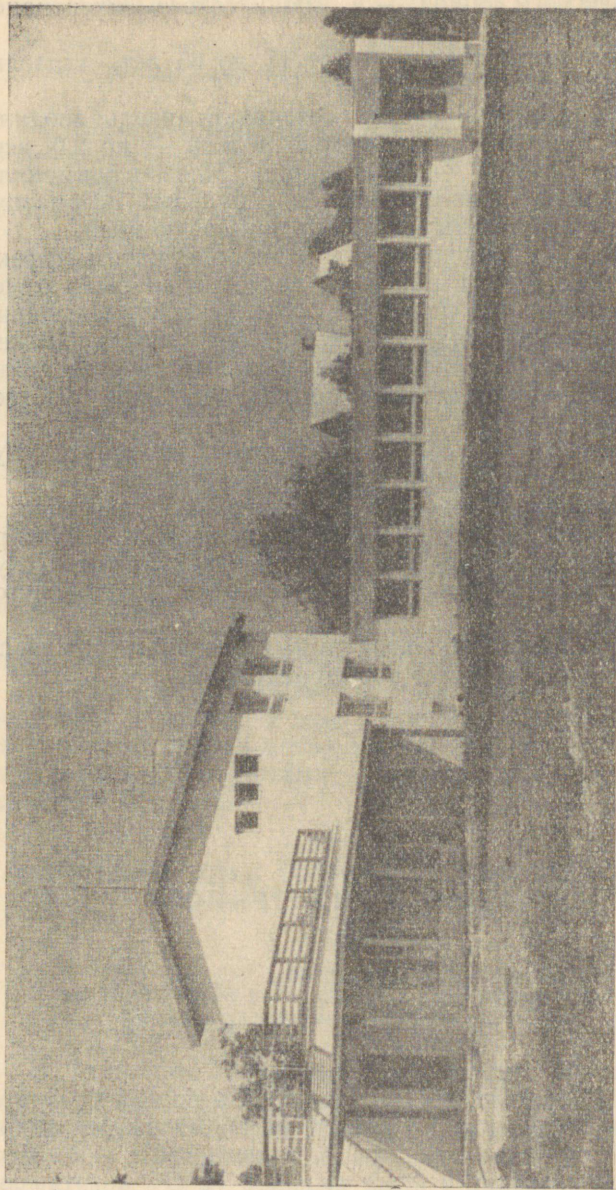
В течение первой недели лечения гумизоль вводили по 1,0 внутримышечно, со второй недели — по 2,0, всего за курс лечения — 30 инъекций. Местно применяли индифферентные мази, кремы, а у больных псориазом, кроме того, 2-процентную серносалициловую мазь.

У 6 больных псориазом и у 2 нейродермитом эффект лечения был хорошим, в 8 случаях можно было отметить частичное улучшение — субъективно уменьшение или исчезновение зуда, в 5 случаях перемены в картине болезни не наблюдались. У трех больных лечение гумизолем пришлось прекратить, так как наступило обострение болезни.

Наблюдения за лечебным действием препарата «Гумизоль» позволяют сделать следующие выводы:

1) гумизоль оказывает положительное действие у больных с непрогрессирующим псориазом и нейродермитом. Его можно рекомендовать, и особенно в тех случаях псориаза, которые вяло поддаются другим методам лечения;

2) у больных с вышеназванными болезнями гумизоль не всегда предотвращает нового рецидива.



Новый корпус базового санатория «Эстония». В правом флигеле находятся помещения для научной работы сектора ревматологии и курортологии Эстонского института экспериментальной и клинической медицины АМН СССР

МУКОПРОТЕИДЫ И СИАЛОВАЯ КИСЛОТА СЫВОРОТКИ КРОВИ КАК ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО И РЕВМАТОИДНОГО ПРОЦЕССОВ

Канд. медицинских наук К. Х. КЫРГЕ, К. А. ВАЛГМА
и В. И. ПООЛАК

(Из кафедры факультетской терапии
Тартуского государственного университета)

Мукопротеиды сыворотки крови определяли (по методу Janoušek'a) у 75 больных ревматизмом и у 25 — ревматоидным артритом, сиаловую кислоту (по методу Hess'a, Coburn'a и Bates'a) у 36 больных ревматизмом и у 13 ревматоидным артритом. Соответствующие анализы проводили в начале и по окончании стационарного лечения и спустя 2 месяца амбулаторно. Полученные результаты сравнивали с реакцией оседания эритроцитов и показателями протеинограммы сыворотки крови.

У 25 обследованных здоровых лиц (контрольная группа) средние показатели мукопротеидов достигли $0,203 \pm 0,066$ единицы, средние показатели сиаловой кислоты — $0,224 \pm 0,044$ единицы.

В фазе обострения ревматизма и ревматоидного артрита оба показателя были значительно повышены: при ревматизме — мукопротеиды 0,433, сиаловая кислота 0,356, при ревматоидном артрите — соответственно 0,420 и 0,396 единицы. При антиревматическом лечении показатели названных анализов снижались с одновременным затиханием явлений болезни. Существенно отметить, что при нормализации других показателей активности ревматизма (реакция оседания эритроцитов, протеинограмма сыворотки крови) мукопротеиды и сиаловая кислота оставались довольно часто повышенными как при выписке больных из больницы, так и спустя 2 месяца при амбулаторном контроле. Это указывает на высокую чувствительность названных показателей при определении активности ревматического процесса. Описанные методы исследования имеют важное значение при оценке эффективности антиревматического лечения. Необходимо, однако, подчеркнуть, что для получения более полного представления о характере ревматического процесса показатели активности ревматизма следует определять и оценивать комплексно, так как при нормальных показателях мукопротеидов и сиаловой кисло-

ты в некоторых случаях о наличии активного ревматического процесса могут сигнализировать также повышенная РОЭ или патологические сдвиги в протеинограмме сыворотки крови.

Показатели мукопротеидов и сиаловой кислоты в общем проходят параллельно. Описанный метод определения сиаловой кислоты можно рекомендовать для внедрения в практику.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СВОБОДНЫХ ПРОТИВОТКАНЕВЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ОЦЕНКЕ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЗМА И ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИНФЕКЦИОННОГО ПОЛИАРТРИТА

Канд. медицинских наук Л. Т. ПЯИ и А. А. РАУДСЕПП

(Из кафедры госпитальной терапии
Тартуского государственного университета)

В связи с концепцией, приписывающей аутоаллергическим процессам значительную, возможно и ведущую роль в развитии коллагенозов, интерес представляет изучение методов, позволяющих определять наличие аутоантител у больных этими заболеваниями.

В клинике отсутствует возможность определения фиксированных в тканях антител, что вынуждает изучать лишь свободные противотканевые антитела в сыворотке. С этой целью на кафедре госпитальной терапии Тартуского государственного университета в течение нескольких лет изучается пригодность метода фиксированных на целлюлозе антигенов. Этот метод, разработанный А. Е. Гурвичем, позволяет определять как преципитирующие, так и неprecипитирующие антитела.

Предварительные исследования, проведенные при помощи фиксированных на целлюлозе экстрактов сердца, почки, печени, околосуставной соединительной ткани, показали, что в сыворотке крови больных ревматизмом, ревматоидным артритом и некоторыми другими неревматическими заболеваниями наблюдается повышенное содержание свободных противотканевых антител. Однако органоспецифичность последних выявить данным методом не удалось.

При сравнении динамики противотканевых антител с динамикой показателей РОЭ, СРБ, протеинограммы у больных ревматизмом и ревматоидным артритом, а так-

же ревматоидного фактора у больных ревматоидным артритом оказалось, что показатели противотканевых аутоантител проявляют некоторую корреляцию с данными гамма-глобулинов.

В ряде случаев показатели свободных противотканевых антител позволяли лучше охарактеризовать течение болезни, чем другие лабораторные тесты. Таким образом, определение свободных противотканевых антител методом фиксированных на целлюлозе антигенов может служить дополнительным показателем при оценке течения ревматизма и ревматоидного артрита.

О КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ТИТРА АНТИ-О-СТРЕПТОЛИЗИНА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

Канд. медицинских наук И. А. ШЕФФЕР

(Из кафедры госпитальной терапии
Тартуского государственного университета)

Изучался титр анти-О-стрептолизина у 52 больных с различными клиническими формами ревматизма и у 24 здоровых людей. Для определения этого титра пользовались модифицированной методикой Ранца и Рендаля. Исследования проводились на базе терапевтического отделения Тартуской республиканской клинической больницы в 1962—1963 гг.

Результаты исследования оказались следующими:

1) в активной фазе ревматизма титр анти-О-стрептолизина был повышен у 29 из 41-го и в инактивной — только у 1-го из 11 больных;

2) у больных с острым течением ревматизма, а также при первых атаках болезни отмечались чаще повышенные и более высокие титры анти-О-стрептолизина, чем у больных с подострым, затяжным и латентным течением, а также при повторных атаках;

3) в результате лечения у большинства больных наблюдалось понижение титра анти-О-стрептолизина, однако, он не достигал нормы у всех больных при выписке из стационара;

4) при комплексном клиническом обследовании больных ревматизмом титр анти-О-стрептолизина может быть использован в качестве вспомогательного критерия для ранней диагностики, определения активности процесса и прогноза.

О КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ДИНАМИКИ ТИТРА РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ПОЛИАРТРИТОМ

А. А. ШЕФФЕР

(Из кафедры госпитальной терапии
Тартуского государственного университета)

Изучалась динамика титра ревматоидного фактора (РФ) у 103 больных с различными клиническими формами инфектартрита в зависимости от изменений активности и течения болезни, а также от результатов применявшегося лечения. Параллельно проводилось динамическое наблюдение за показателями белковых фракций сыворотки крови и РОЭ.

Исследования проводились на базе терапевтического отделения Тартуской республиканской клинической больницы в 1960—1963 гг. При постановке диагноза инфектартрита, определении активности и стадии процесса руководствовались критериями, предложенными А. И. Нестеровым и Ленсбери. Для определения РФ в сыворотке крови больных пользовались реакцией Валера-Розе в модификации Шварца-Шлоссмана и предложенной нами модификацией реакции преципитации гамма-глобулина.

На основании динамических, клинических и серологических исследований было установлено:

а) реакции на РФ в фазе обострения болезни оказались положительными чаще (у 58,3% больных) и в более высоких титрах, чем в фазе ремиссии (у 46,6% больных);

б) при большей давности и прогрессирующем злокачественном течении болезни отмечалось увеличение количества положительных реакций и значительное повышение их титра;

в) появление и наличие РФ в сыворотке крови больных говорит о глубоких патоморфологических изменениях в локомоторном аппарате и значительных иммунобиологических сдвигах в реактивности организма;

г) у больных с хорошими результатами лечения и клинически стабильной ремиссией наблюдалось исчез-

новение РФ из сыворотки крови или значительное понижение его количества;

д) высокие и стационарные титры РФ свидетельствуют о необратимых нарушениях иммуногенеза и являются показателями неблагоприятного прогноза;

е) наблюдение за динамикой титра РФ при комплексном клиническом обследовании больных инфектарtritом является ценным критерием для объективной оценки изменений активности процесса, течения, эффективности лечения и прогноза болезни.

ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

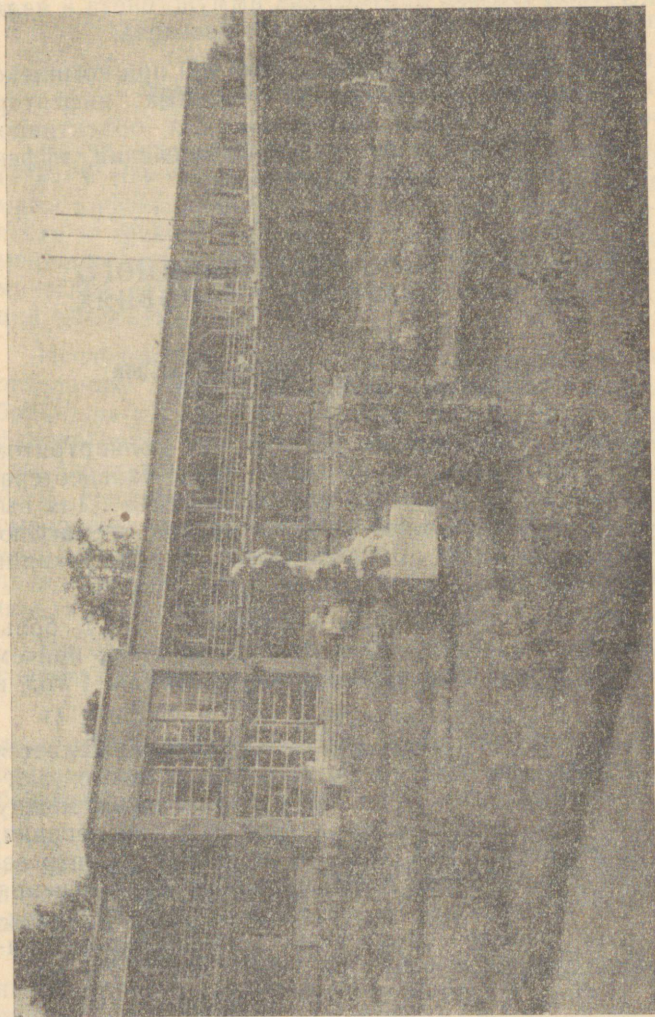
Л. Э. ВЕЙНПАЛУ

(Из Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР)

Исследован 171 больной хроническим полиартритом различной этиологии, получивший грязе-бальнеотерапию или курс лечения препаратом «Гумизоль». Для выявления ревматоидного фактора применяли гемагглютинационную реакцию Ваалера-Розе в модификации Шварца-Шлоссмана.

Ревматоидный фактор был обнаружен у 62% больных хроническим инфекционным полиартритом, причем у 58% — в ранней стадии болезни (давностью 1 год и менее).

Названная гемагглютинационная реакция является важным критерием для постановки правильного диагноза. Выяснилось, что существует параллелизм между величиной титра этой реакции и тяжестью заболевания, однако, длительность заболевания не влияет на титр ее. 26-дневный курс грязе-бальнеотерапии и курс лечения препаратом «Гумизоль», состоявший из 10—20 инъекций, в титре реакции Ваалера-Розе значительной динамики не вызывали.



Главный корпус санатория «Сыпрус»

МАТЕРИАЛЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЗМА И РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

А. Н. ВАПРА и Э. П. АМБРЕ

(Из кафедры госпитальной терапии
Тартуского государственного университета
и Тываской городской больницы)

Число госпитализированных больных ревматизмом и ревматоидным артритом с каждым годом увеличивается. Это можно объяснить, с одной стороны, увеличением заболеваемости, и с другой — более частой госпитализацией в целях обеспечения комплексного лечения.

По клиническим материалам Тартуской республиканской клинической больницы за 1958—1962 гг., проведен анализ заболеваемости и клинического течения у 541 больного ревматизмом и у 347 больных ревматоидным артритом. Среди больных преобладали женщины.

Больные ревматизмом были в возрасте от 20 до 40 лет и ревматоидным артритом — от 41 до 60 лет.

Наибольшая заболеваемость ревматизмом (по числу госпитализированных) наблюдалась в декабре, марте, январе и в I—IV кварталах.

Больных ревматоидным артритом наиболее часто госпитализировали во II квартале (96 больных).

Повышение заболеваемости в эти периоды, по всей вероятности, связано с неблагоприятными метеорологическими факторами.

Следует отметить, что в последнее время приступы острого суставного ревматизма наблюдаются значительно реже, причем суставные поражения теряют типичные черты свои.

Сердечные поражения при ревматизме наблюдаются чаще, преобладают поражения эндокарда.

Из пороков сердца наиболее часто встречаются недостаточность митрального клапана и комбинированный митральный порок.

Для эффективной борьбы с ревматизмом и ревматоидным артритом требуется комплексное проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на раннее выявление больных, а также своевременная госпитализация и лечение. Очень важны активная диспансеризация и проведение систематического курортного лечения.

О НЕКОТОРЫХ МЕХАНИЗМАХ ДЕЙСТВИЯ БАЛЬНЕО-ГРЯЗЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Канд. медицинских наук Г. Я. ГУОБИС
(Из Института экспериментальной медицины
Академии наук Литовской ССР)

Механизм действия бальнеологических, грязевых и преформированных физических лечебных факторов до настоящего времени остается неразрешенным. Это относится и к изучению механизма действия курортных лечебных факторов при лечении больных ревматизмом, ревматоидным артритом и другими заболеваниями суставов.

В последние годы общие понятия о действии курортных факторов до некоторой степени изменились в связи с влиянием концепции Селье. Но эта теория односторонняя и совершенно недостаточна для объяснения частных, конкретных звеньев механизма действия курортного лечения.

На основании анализа данных автора и сотрудников сектора курортологии, а также данных литературы, делаются выводы, что основными звеньями терапевтического действия бальнео-грязевых факторов при лечении ревматических заболеваний являются:

- а) изменения в функциях гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы;
- б) сдвиги в иммунобиологическом состоянии и соединительной ткани организма.

О ВЛИЯНИИ ГРЯЗЕ-БАЛЬНЕОЛЕЧЕНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ АРТРИТАМИ

Р. Ф. ТРИНК

(Из Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР)

Для изучения функционального состояния коры надпочечников у больных различными хроническими артритами в период грязе-бальнеотерапии у 119 больных (59 ревматоидным, 39 — ревматическим и 21 — дистрофи-

ческим полиартритом), лечившихся в санатории «Эстония», исследовались лейкоцитарная формула периферической крови и эозинопеническая реакция на введение АКТГ (тест Торна) до лечения, после 3—5 грязевой процедуры и в конце грязелечения.

Было установлено, что в большинстве случаев при ревматоидных, ревматических и дистрофических полиартритах под влиянием грязе-бальнеотерапии в конце курса лечения чаще наблюдается увеличение эозинопенической реакции (как при положительных, так и при отрицательных долечebных тестах Торна) с одновременным уменьшением индекса $\frac{\text{мононуклеары}}{\text{нейтрофильные полинуклеары}}$, что рассматривается как повышение некоторых функций коры надпочечников от примененного лечения. Увеличение эозинопенической реакции наблюдалось чаще у тех больных, которым грязевые аппликации применяли и на пояснично-крестцовую область, что указывает на частичную зависимость направления названных изменений и от места приложения лечебной грязи.

В ряде случаев в конце курса лечения отмечалось уменьшение эозинопенической реакции на введение АКТГ (у некоторых больных появлялись даже парадоксальные реакции), с одновременным увеличением индекса $\frac{\text{мононуклеары}}{\text{нейтрофильные полинуклеары}}$. Причина уменьшения эозинопенической реакции и появления парадоксальных реакций на введение АКТГ у некоторых больных в процессе грязе-бальнеолечения не ясна и нуждается в дополнительном исследовании. Можно, однако, предполагать, что в этих случаях имеет значение особое реактивное состояние системы гипофиз-кора надпочечников.

СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ ДО И ПОСЛЕ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

В. А. МЕШКА

(Из Института экспериментальной медицины
Академии наук Литовской ССР)

Температура кожи (один из показателей физической терморегуляции) до и после лечения на бальнео-грязевом курорте Бирштонас исследована у 100 больных, из них 50 ревматоидным артритом, 25 ревматизмом в неактив-

ной фазе с пороком сердца и полиартралгиями и 25 дистрофическим доброкачественным полиартритом. Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики.

Для лечения больных назначался индивидуальный комплекс лечебных курортных факторов (санаторный режим, лечебная физкультура, массаж, грязевые аппликации — 42—46°C, 15—20 мин., через день, всего на курс 8—12, углекислые ванны — 36—35°C, 10 мин., через день, всего на курс 8—10 и др.).

Исследования температуры кожи показали, что физическая терморегуляция у больных ревматоидным артритом, ревматизмом в неактивной фазе и дистрофическим доброкачественным полиартритом очень часто нарушена. После лечения патологически измененные орально-каудальные и проксимально-дистальные показатели, а также термоасимметрии в большинстве случаев не изменяются, что указывает на глубокие нарушения физической терморегуляции. В ряде случаев, при клиническом улучшении, показатели термометрии кожи, имея явную тенденцию к улучшению, границ нормы не достигают. Отмечалось, что при доброкачественной форме ревматоидного артрита положительные сдвиги показателей термометрии кожи наблюдались чаще, чем при экссудативно-пролиферативной и фиброзно-склеротической формах. При назначении комплекса курортных факторов малой интенсивности у больных ревматизмом в неактивной фазе в ряде случаев появлялись положительные сдвиги в термотопографии кожи. При назначении же интенсивных лечебных комплексов у больных ревматизмом в неактивной фазе отмечалось в некоторых случаях даже ухудшение показателей термометрии кожи.

На основании проведенных исследований можно утверждать, что наблюдающиеся при некоторых заболеваниях суставов патологические сдвиги физической терморегуляции являются довольно стойкими и могут свидетельствовать об органической природе этих изменений. Следовало бы более подробно изучать действие комплексов курортного лечения различной интенсивности, искать новых, более эффективных методов курортного лечения названных заболеваний.

ДИФЕНИЛАМИНОВАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ПОЛИАРТРИТАХ В ПЕРИОД ГРЯЗЕ-БАЛЬНЕОЛЕЧЕНИЯ

Р. Ф. ТРИНК

(Из Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР)

Дифениламиновую (ДФА) реакцию с сывороткой крови определяли у 128 больных (61 ревматоидным, 42 ревматическим и 25 дистрофическим полиартритами) до и в период грязе-бальнеолечения в санатории «Эстония».

На основании полученных данных можно сказать, что при хронических полиартритах (особенно ревматоидном) ДФА реакция является хорошим неспецифическим показателем активности патологического процесса. Повышение его наблюдается в основном при активной (экссудативной) фазе болезни. При названных заболеваниях ДФА реакция более чувствительна, чем РОЭ.

У больных хроническими ревматоидным, ревматическим и дистрофическим полиартритами в процессе грязе-бальнеолечения происходят определенные сдвиги в показателях ДФА реакции. При этом, в разных лечебно-диагностических группах названных заболеваний эта динамика различна, но в основном отмечается направленность к нормализации данной реакции.

Изменения в показателях ДФА реакции вместе с другими клинико-лабораторными данными позволяют более углубленно наблюдать за течением болезни и лучше оценивать воздействие применяемого лечения.

О НАЛИЧИИ ОДОНТОГЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОЧАГОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИАРТРИТОМ И ПОЯСНИЧНО- КРЕСТЦОВЫМ РАДИКУЛИТОМ

Л. Я. РООСААРЕ

(Из санатория «Эстония» курорта Пярну)

У больных хроническим полиартритом и хроническим пояснично-крестцовым радикулитом, находившихся на грязе-бальнеотерапии в санатории «Эстония»,

исследовалась частота наличия одонтогенных инфекционных очагов.

По полученным данным исследований, при хронических полиартритах одонтогенные фокальные инфекции были обнаружены у 38 из 63 обследованных (63%), а переболевшие ангиной составляли 36%, с гинекологическими заболеваниями 22% и имевшие другие инфекционные очаги 4,5% больных.

У больных хроническим пояснично-крестцовым радикулитом одонтогенные инфекции были обнаружены у 25 из 44 обследованных (57%). Ангиной переболело 36% больных. Других фокальных инфекций у этого контингента больных обнаружено не было.

У всех больных наблюдали также за изменениями белковых фракций сыворотки крови, в зависимости от наличия или отсутствия одонтогенных очагов инфекции.

При хроническом пояснично-крестцовом радикулите в межприступном периоде изменений в белковых фракциях сыворотки крови, связанных с одонтогенными очагами инфекции, не выявлено. При хронических полиартритах в протеинограмме наблюдались значительные сдвиги. У больных с одонтогенными очагами инфекции отмечается повышенный показатель гамма-глобулиновой фракции по сравнению с таковым у больных без одонтогенной инфекции. При этом показатель альбуминовой фракции соответственно снижен.

По нашим данным, можно предполагать, что в этиопатогенезе болезни при полиартритах одонтогенные очаги инфекции имеют большее значение, чем при пояснично-крестцовых радикулитах.

Определенных достоверных различий в динамике протеинограммы в зависимости от наличия или отсутствия одонтогенных очагов инфекции при названных заболеваниях в процессе грязе-бальнеотерапии не установлено.

ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ В СОЧЕТАНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ПОЛИАРТРИТОМ С ВЫЯВЛЕННЫМ ОЧАГОМ ИНФЕКЦИИ

А. А. ФИВЕЙСКАЯ и канд. медицинских наук
В. Н. ГЕРАСИМЕНКО

(Из Центрального института курортологии и физиотерапии)

Излагаются результаты лечения грязью и антибиотиками широкого спектра действия (террамицин и биомицин) больных инфекционным неспецифическим полиартритом с выявленным очагом инфекции.

Наблюдения проведены над 100 больными инфекционным неспецифическим полиартритом в возрасте от 20 до 50 лет, преимущественно со средней активностью и тяжестью процесса, функциональной недостаточностью суставов I—II степеней.

Наиболее частая локализация очаговой инфекции наблюдалась в миндалинах, реже в желчевыводящих путях и значительно реже в мочеполовой системе.

На фоне клинического режима, дифференцированной диеты с добавлением витаминов С, В₁ и В₂, смирновской минеральной воды, лечебной гимнастики и массажа назначались антибиотики.

Больным инфектарtritом, при наличии очага инфекции в ЛОР органах, лечение проводилось по следующей методике.

Первый этап: террамицин-электрофорез на область двух или одного наиболее пораженных суставов (площадь электродов 100 см²); электродную прокладку, соединенную с положительным полюсом аппарата для гальванизации, смачивали раствором террамицина 500.000 ед. в 10—15 мл физиологического раствора, 3—5 ма, процедуры продолжительностью 10—20 минут ежедневно, всего 10 на курс.

Второй этап: грязевые аппликации на область пораженных суставов. Температура грязи 38—42°, продолжительность процедуры 15—20 минут через день, всего 10—14 на курс.

В случаях локализации очаговой инфекции в желчевыводящей системе, помимо грязевых аппликаций на область пораженных суставов, отпускалось 5—6 аппли-

каций на область печени той же продолжительности и температуры, что и на суставы. Грязелечение при этом проводилось в сочетании с биомицином — 2 цикла по 5 дней каждый, с перерывом между ними 4—6 дней. В первые два дня каждого цикла назначалось по 200.000 ед. 3 раза в день, в последующие 2 дня — по 100.000 ед. 4 раза в день и на 5-й день — по 100.000 ед. 3 раза в день.

Наряду с витаминами (С и В) для предотвращения побочного действия антибиотиков назначался антигистаминный препарат — димедрол по 0,02 мг 3 раза в день.

При указанном комплексном лечении положительный терапевтический эффект был отмечен у 90% больных. Бальнеологическая реакция наблюдалась в 20% случаев, обострения очаговой инфекции не отмечались.

Проведенные наблюдения подтверждают целесообразность применения антибиотиков, вводимых как внутрь, так и методом электрофореза при грязелечении больных инфекционным неспецифическим полиартритом с выявленным очагом инфекции.

ЛЕЧЕНИЕ БАЛЬНЕО-ГРЯЗЕВЫМИ ПРОЦЕДУРАМИ В СОЧЕТАНИИ С МАЛЫМИ ДОЗАМИ ПРЕДНИЗОЛОНА БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ ПОЛИАРТРИТОМ

Канд. медицинских наук И. Я. ЛИЕПИНЯ

(Из научно-исследовательской лаборатории
курортологии Латвийской ССР)

Исследовалось влияние малых доз преднизолона (2,5—5,0 мг в сутки, 80—100—120 мг за курс лечения) на эффективность бальнео-грязевого лечения больных ревматоидным полиартритом различной стадии заболевания при наличии или отсутствии фокальной инфекции.

Сопоставление результатов лечения больных, получавших (44 основной группы) и не получавших (20 контрольной группы) преднизолон в процессе бальнео-грязевого лечения показало, что малые дозы преднизолон несколько повышают эффективность курортной терапии больных ревматоидным полиартритом, главным образом при экссудативных формах и при подостром течении болезни.

Так, из больных основной группы, леченных бальнеогрязевыми процедурами в сочетании с преднизолоном, значительное улучшение или улучшение наступило у 43, а из контрольной — у 14 больных. Обострение болезни наблюдалось только у 4 больных контрольной группы, на что указывали клинико-биохимические показатели.

После лечения исходно повышенная РОЭ наблюдалась у больных основной группы чаще, чем в контрольной группе.

Более выраженная тенденция к нормализации спектра белков сыворотки крови отмечалась у больных основной группы, а именно: снижение количества глобулинов, повышенных до лечения, наблюдалось у 50% больных основной группы и у 25% контрольной группы; снижение количества гамма-глобулинов, повышенных до лечения, так же как повышение количества альбуминов, пониженных до лечения, наблюдалось у 50% больных основной группы и у 33% контрольной группы.

Сравнив результаты лечения больных ревматоидным артритом различных форм как по клиническим, так и по биохимическим показателям, выяснилось, что при комплексном бальнеогрязевом лечении в сочетании с малыми дозами преднизолона лучшие результаты получены у больных хроническим ревматоидным полиартритом с экссудативно-пролиферативными изменениями в суставах, чем с фиброзно-склеротическими изменениями в них.

Наличие фокальной инфекции (в миндалинах, зубах и др.) уменьшало эффективность лечения, что отражалось в клиническом состоянии больного и в белковом спектре сыворотки крови.

Преимущество метода бальнеогрязевого лечения с преднизолоном в основном то, что он позволяет проводить лечение с бальнеогрязевыми процедурами больных ревматоидным полиартритом с подострыми явлениями болезни, помогает избежать бальнеореакции и дает лучший лечебный эффект у больных с экссудативно-пролиферативными изменениями в суставах.

Наш опыт позволяет рекомендовать комплексное лечение бальнеогрязевыми факторами в сочетании с малыми дозами преднизолона больных подострым и хроническим ревматоидным полиартритом с экссудативно-пролиферативными изменениями в суставах, подсказывает практически не всегда учитываемую необходимость ликвидации фокальной инфекции до курортного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ НА КУРОРТЕ СОЧИ

Канд. медицинских наук В. В. ОРЖЕШКОВСКИЙ

(Из Сочинского научно-исследовательского института
курортологии и физиотерапии МЗ РСФСР)

Нашей целью было выработать рациональные методы и проследить результаты комплексного лечения больных анкилозирующим спондилоартритом на курорте Сочи. В клинике заболеваний суставов Сочинского научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии под наблюдением находилось 214 больных анкилозирующим спондилоартритом — 20 женщин и 194 мужчин в возрасте от 12 до 60 лет. Давность заболевания от нескольких месяцев до 30 лет. У 30 больных была первая стадия заболевания (по Ф. Р. Богданову), у 86 — вторая и у 98 — третья. У большинства, кроме позвоночника, были поражены также суставы конечностей, чаще всего тазобедренные и плечевые. Функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата (по А. И. Нестерову) первой степени отмечались у 60, второй — у 129 и третьей — у 25 больных.

Состояние больных анкилозирующим спондилоартритом в значительной мере определяется степенью активности воспалительного процесса. В этой связи учитывались: интенсивность болей в суставах конечностей и в позвоночнике, выраженность экссудативных явлений в суставах, местная и общая температура, РОЭ и ФРОЭ, степень диспротеинемии (особенно увеличение альфа₂ и гамма-глобулиновых фракций), дифениламиновая реакция, количество мукопротеидов и полисахаридов в сыворотке крови. В зависимости от изменений этих показателей все больные были разделены на три группы: I группа (85) с низкой, II группа (102) со средней и III группа (27) с высокой степенью активности воспалительного процесса.

Лечение проводилось в основном в зависимости от степени активности воспалительного процесса и наличия у больных сопутствующих заболеваний. Так, больным с низкой степенью активности воспалительного процесса назначались общие мацестинские ванны 100—150 мг/л сероводорода, 36°, 8—15 минут, на курс лече-

ния 10—14 ванн в сочетании с лечебной гимнастикой и массажем, а в летнее время воздушные, солнечные ванны, морские купания. Больные со средней степенью получали такое же лечение, но в сочетании с противовоспалительной лекарственной терапией или ультразвуком. Больные с высокой степенью активности воспалительного процесса, а также с сопутствующими заболеваниями, при которых сероводородные ванны противопоказаны, мацестотерапию не получали, а лечили их противовоспалительными лекарственными препаратами (пиразолидином, АКТГ, преднизоном, кортизоном, преднизолоном).

Результаты лечения оценивались на основе динамики клинических данных (боли, скованность, объем движений в позвоночнике и суставах конечностей, дыхательная подвижность грудной клетки, некоторые показатели функции внешнего дыхания, сердечно-сосудистой и других органов и систем, температура тела и т. п.) и показателей лабораторных исследований (общий анализ крови, РОЭ, дифениламиновая реакция, белковая формула, мукопротеиды, глюкoпротеиды сыворотки крови и т. п.).

Исследования показали, что в большинстве случаев комплексное лечение больных анкилозирующим спондилоартритом с низкой и средней степенями активности воспалительного процесса на курорте Сочи дает положительные результаты.

К ВОПРОСУ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ ПРИ НАЛИЧИИ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

В. А. КИРСНИС

(Из Института экспериментальной медицины
Академии наук Литовской ССР)

Анализировались ближайшие и отдаленные (от 3 до 12 месяцев) результаты курортного лечения 66 взрослых (в возрасте от 16 до 50 лет) больных ревматизмом при наличии некоторых показателей активности ревматического процесса. Из них 44 (1-я группа) получали курс минеральных ванн — хлоридно-натриево-кальциево-магниевую воду с общей минерализацией 10 г/л, 8—14 ванн на курс при 35—36°С, от 10 до 15 минут. Ос-

тальные 22 (2-я группа), кроме некоторого климатического воздействия (длительное пребывание на свежем воздухе), бальнеолечения не получали. Медикаменты (витамины, аспирин или пирамидон) получали только 6 больных из каждой группы, а некоторые — антибиотики.

После бальнеотерапии или только после пребывания на курорте со значительным улучшением выбыло 6 первой и 3 второй групп больных, с улучшением соответственно 31 и 15. без улучшения — 5 и 4, с ухудшением 2 и 0 больных.

Существенных изменений РОЭ, числа лейкоцитов, дифениламиновой реакции, реакции Коста, Малена и Кимбаровского в обеих группах больных не произошло. Отмечена более выраженная тенденция к нормализации белковых фракций сыворотки крови (разница статистически достоверная — $p < 0,02$) и количества серомукоидов ($0,1 > p > 0,05$) у больных первой группы.

Изучение отдаленных результатов показало, что бальнеотерапия в подавляющем большинстве случаев имела некоторое положительное влияние на дальнейшее течение ревматического процесса. Обострение его непосредственно после пребывания на курорте наступило только у 2 больных первой группы (у 8 самочувствие осталось без изменения, у остальных явно улучшилось). В течение года повторные ревматические атаки наступали почти одинаково часто в обеих группах больных (27% — из первой и 37% — из второй групп) и в основном спустя более 4 месяцев после пребывания на курорте. Очень часто непосредственной причиной повторной ревматической атаки было обострение хронического тонзиллита.

Проведенные исследования не позволяют рекомендовать бальнеотерапию больным с латентно и вялотекущим ревматическим процессом. Однако, с другой стороны, наши данные говорят о том, что щадящие бальнеопроцедуры, какими являются соленые ванны, в ряде случаев при определенной степени активности могут оказать положительное влияние на изменение реактивности организма больного ревматизмом. Этот вопрос заслуживает дальнейшего серьезного изучения, а также решения о целесообразности комплексного десенсибилизирующего воздействия физическими факторами и медикаментами.

тельной толщины эпидурального пространства. Пневмомиелография является простой, легко выполнимой и безопасной процедурой, не вызывающей остаточных явлений.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО РАДИКУЛИТА У ШАХТЕРОВ СЛАНЦЕВЫХ ШАХТ ЭСТОНСКОЙ ССР

А. Т. СИЛЛАМ

(Из Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР)

У 170 шахтеров сланцевого бассейна Эстонской ССР с заболеваниями периферической нервной системы наибольший процент составил пояснично-крестцовый радикулит.

Невропатологические и спондилографические исследования (термотопография, потоотделение и моторная хронаксия нижних конечностей) показали, что у 50% больных причиной радикулита явилась патология межпозвонкового диска.

Температурная асимметрия встречалась у 60% больных. В большинстве случаев отмечалось снижение температуры кожи на больной ноге (в основном на стопе). Асимметрия потоотделения встречалась реже, чем температурная.

Изменение моторной хронаксии имелось у 63% обследованных. У одной трети из них наблюдалось поражение нервного корешка L_5 и у 2/5 — S_1 .

Более чем у половины обследованных отмечалось удлинение моторной хронаксии на больной ноге.

При диагностике дискогенного пояснично-крестцового радикулита необходимо учитывать температурную асимметрию и удлинение моторной хронаксии.

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИКЕ ШЕЙНО-ПЛЕЧЕВОЙ НЕВРАЛГИИ У ТЕКСТИЛЬЩИКОВ

А. Я. ВЕРНИК

(Из кафедры неврологии
Тартуского государственного университета)

Па частоте заболеваний периферической нервной системы шейно-плечевые невралгии занимают второе место. Данные литературы указывают на то, что шейно-плечевые невралгии, как и другие болевые синдромы в верхней конечности, являются следствием дегенеративного процесса в шейном отделе позвоночника.

Нами отмечена довольно частая заболеваемость шейно-плечевыми невралгиями у текстильщиков комбината «Кренгольмская мануфактура». Для выяснения особенностей этиопатогенеза и клиники были проведены неврологические и рентгенологические исследования у 80 больных с жалобами на боли в плече, шее и верхней конечности. Кроме того, исследовали у них температуру кожи, потоотделение и моторную хронаксию по корешковым зонам.

В 72% случаев были обнаружены деформирующий спондилез и межпозвонковый остеохондроз шейного отдела позвоночника. В клинических проявлениях болезни наблюдалась связь с особенностями профессиональной нагрузки. Проводимые исследования позволяют назначать этиопатогенетическое лечение и осуществлять соответствующую профилактику.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ДИСКОГЕННЫХ РАДИКУЛИТАХ

Л. Л. ЛУТС

(Из кафедры неврологии
Тартуского государственного университета)

В кабинете лечебной физкультуры неврологического отделения Тартуской республиканской клинической больницы за два года проведено лечение 214 больных методом вытяжения, из них 192 с диагнозом дискогенного пояснично-крестцового и 22 шейного радикулита. При по-

яснично-крестцовых радикулитах применялось вытяжение через ноги или при помощи специального корсета из двух частей, модель которого нами получена из кафедры неврологии Новокузнецкого института усовершенствования врачей. Вытяжение шейного отдела позвоночника проводилось петлей Глиссона, причем больной при этом находился в сидячем положении.

У подавляющего большинства больных болевой синдром уменьшался или исчезал уже после нескольких сеансов вытяжения. Положительный лечебный эффект наблюдался в среднем у 80% больных. Как правило, сеансу вытяжения предшествовала местная физиотерапевтическая тепловая процедура.

Лечение вытяжением является методически простым и достаточно эффективным мероприятием при дискогенных радикулитах, в связи с чем оно заслуживает более широкого применения как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ВЫПЯЧИВАНИЯ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

Р. И. ПАЙМРЕ

(Из нейрохирургического отделения Тартуской
республиканской клинической больницы)

Опыт хирургического лечения 330 больных показывает, что после операции выпячивания межпозвонковых дисков поясничной области больные нуждаются в последующем лечении, особенно те, у кого имеются нарушения чувствительности, гипотония мышц, парезы, тяжелые изменения конфигурации позвоночника, или те, у кого на операции были отмечены воспалительные нарушения корешков и эпидуральной клетчатки.

Лечебные мероприятия должны быть направлены на излечение воспалительных изменений, на улучшение тонуса и силы гипотонических-атрофических-паретических мышц, а также на восстановление физиологической формы и подвижности позвоночника. Показано комплексное лечение, включая физиотерапию, лечебную физкульту-

ру, водо-грязелечение и медикаменты. Наилучшие условия для проведения такого лечения имеются в санатории.

В настоящее время в Эстонии только незначительное число оперированных по поводу выпячивания межпозвонковых дисков обеспечиваются необходимым санаторным лечением, поэтому следует требовать, чтобы оперированные по поводу выпячивания межпозвонковых дисков обеспечивались в обязательном порядке путевками санаторно-курортного лечения.

О СОСУДИСТОМ ТОНУСЕ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЯСНИЧНО- КРЕСТЦОВЫМ РАДИКУЛИТОМ В ПЕРИОД ГРЯЗЕ-БАЛЬНЕОЛЕЧЕНИЯ

М. А. РООСААРЕ

(Из Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР)

У 110 больных хроническим пояснично-крестцовым радикулитом исследовалась артериальная осциллография. Из них 26 — в стадии обострения, а 84 — в межприступный период (т. е. в период, когда показано грязелечение). Из числа последних у 65 применялось грязелечение. Мы стремились выявить характер и степень функциональных нарушений кровеносных сосудов, а также установить изменения этих нарушений и сосудистого тонуса, возникающие от воздействия хаапсальской морской грязи. Контрольную группу составляли 20 здоровых людей.

Осциллографические показатели на плече и голени у больных хроническим пояснично-крестцовым радикулитом редко превышали названные данные контрольной группы. Асимметрия, превышающая дифференцию (правой и левой сторон) у здоровых людей, при различных показателях, наблюдалась у 8—30% обследованных. При асимметрии на плече осциллографические показатели были почти закономерно сравнительно повышены на правой стороне. На голени эта закономерность была менее выражена. Сосудистый тонус голени на пораженной стороне до лечения был чаще понижен, чем повышен. После грязелечения наблюдалось обрат-



Лечебно-диагностический корпус санатория «Сыпрус»

ное явление. Под воздействием грязелечения сосудистый тонус верхней конечности в основном не изменялся или повышался. На нижних конечностях как на пораженной, так и на непораженной стороне, тонус кровеносных сосудов чаще уменьшался, чем повышался. По данным анализа, можно предполагать, что при пояснично-крестцовом радикулите метод артериальной осциллографии позволяет достаточно точно дифференцировать функциональные сосудистые нарушения от органической пораженности.

О ПРИМЕНЕНИИ ПРОБЫ ТИФНО-ВОТЧАЛА У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Канд. медицинских наук Ю. Ф. ЛЕПП и Х. А. ПЫДЕР
(Из кафедры патологической физиологии и факультетской
терапии Тартуского государственного университета
и Эстонского института экспериментальной
и клинической медицины АМН СССР)

У 150 больных с митральным стенозом спирографическим способом был определен объем максимально выдохнутого в 1 секунду воздуха (проба Тифно-Вотчала), что имеет практическое значение для выяснения расстройств легочной вентиляции, обусловленных легочным застоем.

С целью оценки и сравнения максимально выдохнутого воздуха за 1 секунду с другими показателями внешнего дыхания наиболее целесообразным можно считать вычисление процента этого объема от должной жизненной емкости легких.

У 100 больных с митральным стенозом этот процент уже во II стадии (по классификации Бакулева) заболевания был ниже физиологической границы. Начиная с III стадии во всех случаях наблюдалось более сильное понижение процента.

При расстройствах легочной вентиляции этот показатель оказался более чувствительным, чем определение процента максимальной вентиляции в минуту к соответствующему нормативу.

О ВЛИЯНИИ АЭРОИОНИЗАЦИИ И ДРУГИХ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

П. К. ПРЮЛЛЕР и канд. медицинских наук Я. Я. РИЙВ

(Из кафедр общей физики и пропедевтики внутренних
болезней Тартуского государственного университета)

Целью исследования было выявление влияния аэро-ионизации и других метеорологических факторов на заболеваемость в г. Тарту за время 1960—1962 гг. Данные о заболеваемости получены из материалов Тартуской городской клинической больницы, Тартуской республиканской клинической больницы и Бюро записей актов гражданского состояния г. Тарту.

Метеорологические данные получены из Актинометрической станции АН Эстонской ССР и из метеорологического наблюдательного пункта кафедры общей физики ТГУ.

Число заболеваний воспалением легких было самым высоким в марте, апреле и мае, затем падало в июне и июле и достигало максимума в августе. Число обострений бронхиальной астмы шло в общем параллельно с заболеванием воспалением легких, но падало уже в мае и стало повышаться в октябре. Эти данные позволяют заключить, что в наших климатических условиях обострения бронхиальной астмы обусловлены в первую очередь факторами погоды, а не экзогенными аллергенами в виде цветочной пыли. Число обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки повышалось в осенние и зимние месяцы и достигало максимума в октябре. Метеорологические факторы влияют и на заболеваемость коронарной болезнью и тромбо-эмболическими болезнями.

Влияние метеорологических факторов на заболеваемость следует рассматривать комплексно, причем наиболее неблагоприятное влияние оказывают в первую очередь атмосферное давление значительно ниже среднего, резкое падение атмосферного давления, резкое падение температуры воздуха, сильные ветры, увеличивающаяся влажность воздуха и осадки, резкое повышение концентрации тяжелых и низкий уровень концентрации легких ионов.

На фоне низкого атмосферного давления, особенно в случаях резкого падения давления, наблюдаются чаще обычного сосудистые кризисы, стенокардии и инфаркты миокарда.

Нарастание соответствующих заболеваний было особенно очевидно тогда, когда проявлялись комбинации вышеприведенных отрицательных факторов. Учащение тромбо-эмболических случаев наблюдалось на фоне более интенсивной циклональной деятельности, увеличившегося количества осадков и резкого повышения концентрации тяжелых ионов.

При организации профилактики и терапии выше-названных болезней рекомендуется учитывать и метеорологические условия.

ОБ ИЗМЕНЕНИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ К ПОГОДНЫМ УСЛОВИЯМ ПОД ВЛИЯНИЕМ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ

Канд. медицинских наук В. Н. ГЕРАСИМЕНКО

(Из Центрального института курортологии и физиотерапии)

В результате наблюдений над 390 больными гипертонической болезнью (15 первой стадии фазы А, 170 — первой стадии фазы Б, 142 — второй стадии фазы А, 63 — второй стадии фазы Б) выявлено 145 больных (36,5%), отличающихся повышенной чувствительностью к погодным условиям.

Метеорочувствительность появилась у больных через 1—2—3 года после начала заболевания. Чувствительность к погодным условиям наблюдается чаще у больных в I Б и II А стадиях гипертонической болезни. А именно, в I Б стадии было выявлено 47,6% больных с метеорочувствительностью и во II А стадии — 38,7%, во II Б стадии только 14% больных. Достоверность этих данных подтверждена статистической обработкой.

При наблюдениях в условиях Москвы и подмосковного санатория «Тишково» было установлено, что возникновение у больных гипертонической болезнью метеоротропных реакций связано с изменениями погоды, обусловленными прохождением фронтов и циклонов.

Метеоротропные реакции у большинства больных выражались различными субъективными симптомами, повышением артериального давления и сдвигами показателей оптической хронаксиметрии и электроэнцефалографии, свидетельствующими об изменении функционального состояния центральной нервной системы в сторону торможения.

Под влиянием комплексного лечения, основным компонентом которого была бальнеотерапия, чувствительность больных гипертонической болезнью к погодным условиям изменялась. Так, при изменении погоды в первой половине курса лечения реагировало 100—97% больных. Во второй половине лечения, после 7—10 ванн, реакция на изменение погодных условий отмечалась у 33—52% больных. Разница между показателями первой и второй половины курса лечения подтверждается статистической обработкой. После проведенного комплексного лечения чувствительность к изменению погоды утратили 87 больных (60%). Среди них 48 были в I Б стадии, 37 — во II А и 2 — во II Б стадиях заболевания.

Существенного различия в действии радоновых и сероводородных ванн на метеорочувствительность не установлено.

У 14 из 17 больных, получавших пресные ванны, метеорочувствительность оставалась, что подтверждают наши данные о влиянии радоновых и сероводородных ванн на чувствительность больных к изменению погодных условий. Чувствительность к изменению погоды утратили 85 из 87 больных, имевших подвижные нервные процессы, а у 42 из 44 с инертными нервными процессами чувствительность осталась.

Можно предполагать, что в случаях изменения метеорочувствительности играет роль ряд факторов, и в первую очередь индивидуальные особенности больных.'

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕЗОНОВ ГОДА

Е. А. ДМИТРИЕВА

(Из санатория «Сыпрус» курорта Пярну)

Изучалась эффективность лечения больных гипертонической болезнью в зависимости от сезонов года, в условиях микроклимата курорта Пярну.

В 1962 г. под наблюдением находился 521 больной гипертонической болезнью, из них I стадии было 245 и II стадии 276.

Все больные получали преимущественно однотипное лечение, в комплекс которого входили диетпитание, двигательный режим, активная климатотерапия и водные процедуры. По мере надобности, в названный комплекс включали медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

Проведенные исследования показали следующее:

1) лечение больных гипертонической болезнью I и II стадий на курорте Пярну дает относительно хорошие результаты;

2) в 1962 г. наиболее благоприятными сезонами для лечения больных гипертонической болезнью I стадии были осенний, зимний и летний, а для больных гипертонической болезнью II стадии осенний и летний;

3) из всех сезонов менее благоприятным для лечения больных гипертонической болезнью I и II стадий оказался весенний.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В САНАТОРИИ «СЫПРУС» КУРОРТА ПЯРНУ

В. В. ПУШКАРЕВА

(Из санатория «Сыпрус» курорта Пярну)

Под наблюдением находилось 120 больных гипертонической болезнью, из них 44 в I стадии и 76 — во II стадии заболевания. Мужчин было 59, женщин — 61.

Больные были разделены на две группы, из которых одна получала соляно-хвойные ванны, другая — искусственные углекислые ванны в комплексе с климатическими факторами, лечебной гимнастикой, диетпитанием.

Изучалось субъективное состояние больных, определялось артериальное давление по Короткову и осциллографически до и после курса лечения. Критерием эффективности лечения служили: уменьшение или исчезновение ранее предъявляемых жалоб, нормализация или значительное снижение максимального и минимального артериального давления.

Проведенные наблюдения позволяют считать, что:

1) лечение больных гипертонической болезнью в условиях курорта Пярну благоприятно. Лучшие результаты были отмечены у больных в I стадии заболевания. Выявить преимущество тех или других ванн не удалось;

2) показатели артериального давления, зарегистрированные осциллографическим методом, не идут параллельно с данными аускультативного метода;

3) среднее артериальное давление как при гипертонической болезни I стадии, так и II стадии менее склонно к снижению, чем максимальное и минимальное.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА КУРОРТЕ ПАЛАНГА

Канд. медицинских наук Е. П. САСНАУСКАЙТЕ

и канд. медицинских наук Я. П. ЮШЕНАЙТЕ

(Из Института экспериментальной медицины
Академии наук Литовской ССР)

Изучалось непосредственное влияние местной минеральной воды на организм больных неврастенией и гипертонической болезнью, определялась также эффективность лечения их комплексным бальнео-климатическим методом в условиях курорта Паланга.

Обследованию подверглись 139 больных неврастенией I и II стадий, преимущественно с сердечно-сосудистыми нарушениями, и 162 гипертонической болезнью I и II стадий.

Кроме общеклинических наблюдений и электротермометрических исследований, проводили холодовую пробу. Больным неврастенией дополнительно проводили орто-клиностатическую пробу и миотонметрические исследования, а больным гипертонической болезнью — пробу с произвольной задержкой дыхания.

Результаты лечения показали, что в летний сезон наиболее целесообразным комплексом санаторно-курортного лечения больных неврастенией с гиперстеническим синдромом и гипертонической болезнью I стадии является сочетание тренирующего режима, широкого применения климатотерапии, лечебной физкультуры и морских купаний с заменой их при неблагоприятной погоде гидротерапией. Больным неврастенией с синдромом раздражительной слабости и гипертонической болезнью II стадии целесообразнее назначать щадяще-тренирующий режим, а некоторым из них в течение первых 5—7 дней — щадящий режим. Данной группе больных следует широко назначать теплые воздушные и строго дозированные солнечные ванны. Эти больные лучше переносят минеральные ванны индифферентной температуры (37—36°C), чем морские купания.

Исследования показали, что минеральные ванны курорта Паланга являются нежным раздражителем, оказывающим регулирующее воздействие на сердечно-сосудистую систему больных неврастенией II стадии и гипертонической болезнью II стадии. При лечении больных неврастенией I стадии и гипертонической болезнью I стадии лучший эффект достигается от воздействия более сильного раздражителя — морских купаний (18—16°C).

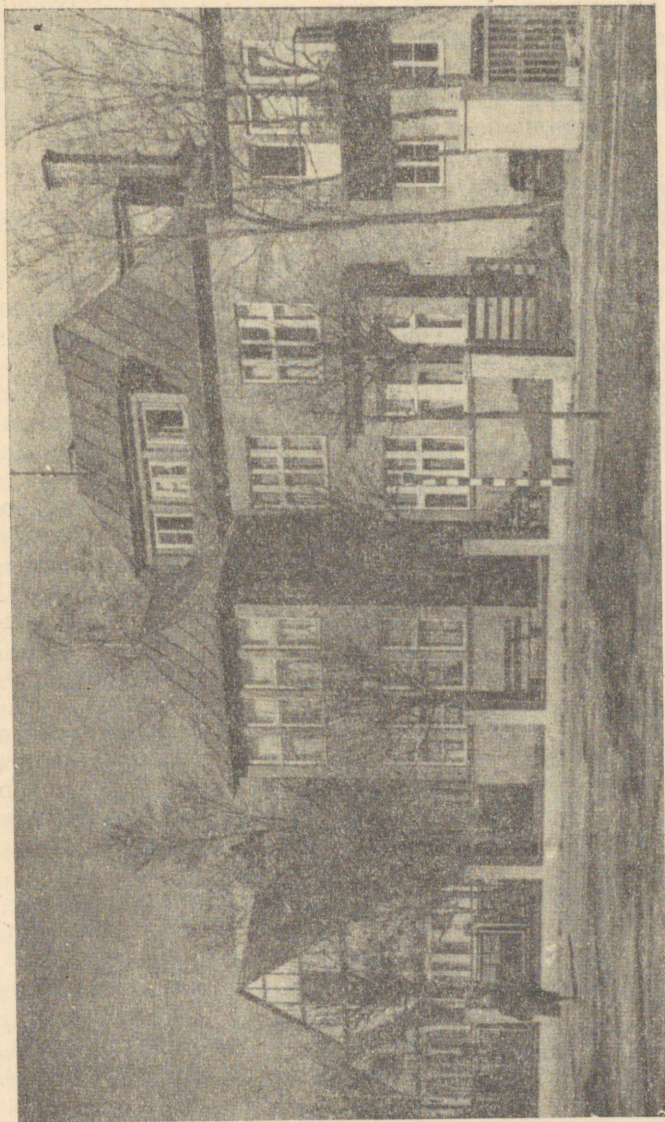
Полученные данные позволяют утверждать, что природные богатства курорта Паланга являются эффективными при лечении больных с нейроциркуляторными нарушениями.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТОГЕПАТИТОМ В САНАТОРИИ «РАХУ» КУРОРТА ПЯРНУ

А. М. БУРД, В. Н. ВВЕДЕНСКАЯ, А. Н. КАМЕНЕЦКАЯ,
А. Т. ОРЛЕНКО и Х. Н. ТАНН

(Из санатория «Раху» курорта Пярну)

В 1962—1963 г. в санатории «Раху» изучалась эффективность лечения больных холецистогепатитом. Лечение на курорте всегда проводится комплексно, куда входят общесанаторный режим, диетпитание, питье минеральной воды, бальнео-грязелечение, занятия лечебной физкультурой и медикаментозное лечение.



Один из корпусов санатория «Раху»

Всем больным проводили: клинический анализ крови и мочи, копрограмму, анализ желудочного содержимого, анализ желчи с бактериологическим посевом и определением чувствительности флоры к антибиотикам. Из биохимических анализов определяли билирубин, холестерин, реакцию Таката-Ара, пробу Квика. При необходимости проводили рентгеноскопию желудка. В конце лечения всем больным повторяли анализ желчи и у части из них некоторые другие из названных анализов.

Больные были разделены на две группы: одна из них получала грязевые аппликации на печень и на соответствующую рефлексогенную зону, ванны, диетпитание и минеральную воду. Другая группа получала гальвано-грязь на печень и на рефлексогенную зону, а также ванны, диетпитание и минеральную воду.

Результаты лечения оценивались на основе субъективных и объективных данных, а также на основе показателей лабораторных исследований, особенно динамического анализа дуоденального содержимого.

У 31% больных состояние желчи после лечения осталось с патологическими элементами в виде слизи, лейкоцитов, бурого детрита, у 5,8% отмечалось увеличение патологических элементов в порциях желчи А, В и С на фоне заметного улучшения самочувствия и значительного ослабления признаков холецистита. У 63,2% больных состояние желчи заметно улучшилось или нормализовалось.

Видимо, микроскопическая картина дуоденального содержимого нормализуется медленнее, чем улучшается общее состояние больных, что, на наш взгляд, можно объяснить результатом частых зондирований и смывом патологических элементов с верхних отделов желчных путей.

77 больных пользовались антибиотиками после определения флоры на чувствительность. Было выявлено, что состояние желчи и самочувствие у этих больных улучшалось быстрее, чем у тех, кто антибиотиков не получал.

Из 156 больных, находившихся под наблюдением, 22 (14%) были выписаны со значительным улучшением и 134 (86%) с улучшением.

Было установлено, что лечение гальвано-грязью оказывается более щадящим и не дающим бальнеореакции у больных с пониженным весом и частыми обострениями.

ми болей в прошлом. Большой разницы в эффективности лечения гальвано-грязью и грязевыми аппликациями не отмечалось.

Очень важной оказывается подготовка больных к дуоденальному зондированию (трехразовое промывание желудка и комплекс лечебной физкультуры в день зондирования).

ЗНАЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСКОГЕННОГО РАДИКУЛИТА

Э. А. РООДЕ

(Из Тартуской республиканской клинической больницы)

С декабря 1961 г. по февраль 1963 г. в неврологическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы подверглись лечению ультразвуком 59 больных дискогенным радикулитом, из них 32 женщины и 27 мужчин. Воспаление пояснично-крестцовых корешков наблюдалось у 45, шейно-плечевой радикулит у 14 больных. Для лечения применяли аппарат типа УТП-1 (Москва) с частотой ультразвука в 800 килогерц и активной площадью головки в 4 см². Озвучивание проводили во всех случаях так называемым прямым способом на область, соответствующую междужковому пространству, в котором было диагностировано выпячивание межпозвонкового диска. У части больных озвучивали область иррадиации болей. Средняя длительность сеанса колебалась в пределах 5 минут, интенсивность ультразвука в ходе лечения — 0,8—1 ватт/см².

В качестве контактного вещества использовали жидкий парафин и вазелин. Лечение ультразвуком проводили в комплексе с одновременной медикаментозной терапией и с сеансами вытяжения, у большинства больных — в комбинации с другими физиотерапевтическими методами.

Наши материалы показывают, что эффект лечения ультразвуком, в смысле ускоренного обратного развития корешкового синдрома, несколько превышает результаты применения других физикальных методов. У большинства больных болевой синдром заметно уменьшался уже со второго сеанса озвучивания.

Ультразвук показан для воздействия на болевой синдром, наблюдаемый при дискогенных радикулитах.

ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ (ЛУЧ-58) В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Г. П. МОРОЗОВА

(Из поликлиники МООП Эстонской ССР)

Генератор сантиметровых волн под шрифтом «Луч-58» имеет длину волны 12,6 см, т. е. в сто раз меньше, чем в УВЧ. Выбор именно этой длины волны определяется тем, что при такой частоте возникают оптимальные условия для поглощения энергии микроволн тканями живого организма.

Энергия поля концентрируется при помощи излучателей, а потому создается возможность четкого, местного воздействия на ткани, что не достигается при других высокочастотных методах лечения.

Глубина проникновения 4—5 см; энергия поглощается мышцами, кровью, лимфой. Прогревание тканей более равномерное и длительное, чем при диатермии и УВЧ. В облучаемом участке температура повышается на 3—10°, в то время как общая температура тела не повышается (или повышается на 0,1°). Усиленная циркуляция крови и нормализация температуры участка облучения происходят через 30 минут.

При нарушениях кровообращения и отеках применение микроволн противопоказано. В основном действие микроволн на организм близко к действию поля УВЧ, а потому и показания их к лечебному применению аналогичны, но с расширением в сторону заболеваний суставов, воспалительных заболеваний мышц и нервов.

Микроволновая терапия эффективна также при полиартритах различной этиологии. Замечено, что боли в мелких суставах исчезают гораздо раньше, чем в крупных. Выражено отчетливое положительное действие при обывственных артритах, спондилозах, деформирующих артрозах.

За два года работы в условиях поликлиники лечение получили 337 больных, а 73 по неизвестным причинам прекратили лечение после 2—3 процедур. Возраст больных от 20 до 55 лет, длительность заболевания от нескольких дней до 2—3 лет.

87 больных находились на лечении по поводу бурситов различной этиологии (травматической, воспалительной). Клинически бурситы проявились болями в области

слизистых сумок суставов. Контуры суставов не были изменены, нагрузка на суставные поверхности была безболезненной. В зависимости от расположения суставной сумки движения ограничивались болью. Улучшение наступало уже после 3—4 процедур, за счет уменьшения болевых ощущений, увеличения объема движений, улучшения функций конечностей и общего самочувствия; значительное улучшение наблюдалось у 30, улучшение — у 49, без перемен — у 8 больных.

При хронических и вялопротекающих процессах буритов хороший лечебный эффект дает сочетание этого метода лечения с иод-электрофорезом, массажем, ЛФК, водолечением.

По поводу пояснично-крестцовых радикулитов, невралгий, миозитов лечение проводилось 67 больным. У 25 выраженное анальгезирующее действие наблюдалось с первых дней лечения. Напряженность и скованность движений исчезали одновременно с болями.

Эффект лечения усиливался при сочетании ультразвука с ультрафиолетовым облучением. Такая методика сокращает срок лечения и быстро снимает острые боли в первые же дни заболевания.

О МЕХАНИЗАЦИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ КУРОРТА ПЯРНУ ТРАНСПОРТИРОВКИ, НАГРЕВА, ПОДАЧИ ГРЯЗИ В КАБИНЫ И ВОЗВРАТА ЕЕ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ

И. В. ФЕДЧЕНКО

(Из поликлиники курорта «Пярну»)

Лечебная грязь транспортируется из бассейнов электрической талью к бункеру емкостью 3,6 м³, расположенному в коридоре бассейнов для регенерации, и через сетку сливается в бункер.

К бункеру подключены 2 насоса ВМ 18×3, из которых один резервный. Дистанционный пуск насосов осуществляется тремя пусковыми кнопками из коридора, расположенного между грязевыми кабинами. Нагнетательный патрубок каждого насоса соединен гибким шлангом с двумя нагревателями через фильтр. Один из нагревателей является резервным. Нагреватель состоит

из трех концентрических труб. На входе в него приварена труба с предохранительным клапаном, который расположен в бункере. Нагреватели связаны между собой трубами, перекрываемыми пробковыми кранами на входе и выходе. Такая конструкция позволяет легко производить периодическую чистку и осмотр нагревателя. Из последнего грязь поступает в шнек, вал которого по желанию обслуживающей может приводиться в движение. Из шнека через приставку грязь поступает в нагнетательный трубопровод, имеющий паровую рубашку и отводы в каждую кабину. Отводы закрываются пробковыми кранами с угольниками.

В каждой кабине установлены два ящика для необходимого количества грязи (холодной и горячей). Насосы приводятся в движение электродвигателями 4,5—7 кВт 1440 об. через коробку скоростей ГАЗ-51 с применением первой скорости.

К нагревательной системе пар подводится низкого давления 0,2—0,4 атм. с отводом конденсата через термостаты в существующую систему. Производительность ее около 3 тонн в час с необходимой температурой нагрева. Обслуживает систему одна санитарка.

Система подачи грязи на регенерацию состоит из приемных ящиков, двух наклонных труб, идущих вдоль грязевого коридора. Ящики расположены в окнах грязевых кабин. Наклонные трубы являются всасывающим патрубком насоса ВМ 18×3. В каждом ящике помещается клапан (обычный резиновый мяч $D=125$). Нагнетательный патрубок насоса соединен с нагнетательной трубой, идущей в грязевые бассейны и имеющей отводы в каждый бассейн закрытый пробковым краном. Насос ВМ 18×3 приводится в движение электродвигателем 7кВт 1440 об. через коробку скоростей ГАЗ-51 с применением первой скорости. Пуск насоса осуществляется дистанционно несколькими пусковыми кнопками.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ХОТМАЗЕР

Сдано в набор 23 VII 1963. Сдано в печать 16 VIII 1963. Бумага 54×84 1/16.
Тираж 520. Печ. листов 4. Заказ № 1394. МВ-07949.

Типография № 2. Таллин Сюгизе 14.

Бесплатно

БЕСПЛАТНО

V A
A-11502
135 410

TÜ RAAMATUKOGU

1 0300 00663626 2