

✓ 18477

ХАБАРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

Э. А. СВЕТАЧЕВА

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ПОЛИАРТРИТОМ
В КУЛЬДУРЕ

АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ НА
СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ
КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК



ХАБАРОВСК — 1964

ХАБАРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

Э. А. СВЕТАЧЕВА

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
ИНФЕКЦИОННЫМ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ
ПОЛИАРТРИТОМ В КУЛЬДУРЕ

АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ НА
СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ
КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК

ХАБАРОВСК — 1964

Из кафедры госпитальной терапии (зав. — профессор Б. А. ТЕМПЕР);

Хабаровского Государственного медицинского института (ректор — профессор С. К. НЕЧЕПАЕВ).

Научный руководитель

доктор медицинских наук, профессор Б. А. ТЕМПЕР.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор М. А. ХЕЛИМСКИЙ

и кандидат медицинских наук, доцент И. В. КИМАРСКАЯ.

Автореферат разослан « 19 » *апреля* 1964 г.

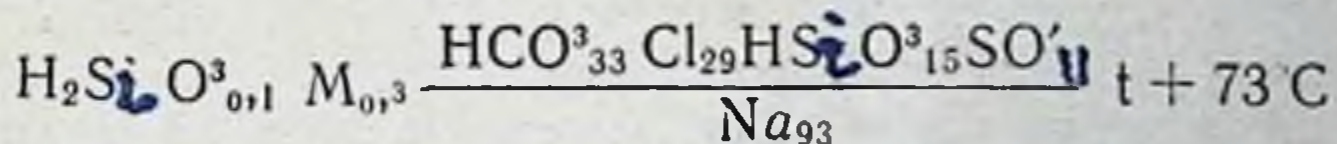
Защита состоится « 19, *мая* 1964 г.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Хабаровского медицинского института.

Адрес института: г. Хабаровск, ул. Карла Маркса, 32.

В комплексе многих факторов терапевтического воздействия санаторно-курортное лечение при болезнях суставов еще с давних времен занимает одно из первых мест. Эта терапия, по современным воззрениям, не только способствует восстановлению трудоспособности, но и нередко предупреждает рецидивы заболевания и, следовательно, имеет значение как фактор патогенетической терапии (Е. М. Брусиловский, 1928; З. Е. Быховский, 1948; М. С. Беленький, 1958; А. И. Нестеров, 1958; Г. А. Невраев, 1959 и др.).

На Дальнем Востоке заслуженной известностью пользуется старейший курорт Кульдур, расположенный на территории Хабаровского края. По своему составу минеральная вода является кремнистой хлоридно-гидрокарбонатно-натриевой акротермой и содержит небольшое количество сероводорода (до 0,0015 г/л), газ азот (99% всего газа) и некоторые металлы, в частности, медь, вольфрам, молибден. Имеет слабую радиоактивность — 0,14—2,40 единиц Махе. Химический состав воды, выраженный формулой М. Г. Курлова, следующий:



Высокие целебные свойства кремнистых термальных вод, близость расположения и удобный путь сообщения привлекают в Кульдур ежегодно около 12.000 больных, и среди них около 30% — с поражением суставов.

Если на центральных и некоторых других курортах Советского Союза санаторно-курортное лечение больных инфекционным неспецифическим полиартритом более или менее изучено (В. В. Гук, 1954; М. П. Аветисян, 1957; М. М. Шихов, 1959; П. Г. Царфис, 1960; З. Е. Быховский, 1962 и др.), то на курорте Кульдур этому вопросу почти не уделялось серьезного внимания.

Научной литературы по затронутому вопросу очень мало: имеются всего лишь отдельные работы, указывающие на положительные результаты лечения (В. А. Игошин, 1934; Я. А. Павлюченко, 1941; М. Я. Нишневич, 1952). Необходимо подчеркнуть, что немногочисленные и кратковременные наблюдения указанных авторов базируются в основном на разра-

ботке архивного материала, причем единственным показателем эффективности лечения на курорте помимо общеклинических послужили данные, полученные при определении реакции оседания эритроцитов.

В настоящее время, когда Законом об охране природы в РСФСР (1960 г.) подчеркивается необходимость изучения местных природных лечебных ресурсов, исследование культурских источников приобретает особую актуальность, так как сюда направляется из различных районов Дальнего Востока и Сибири основная масса больных с поражением суставов.

Следует учесть и то, что данные наших исследований на курорте Кульдур могут послужить исходным материалом для суждения и о других многочисленных кремнистых источниках Дальнего Востока: Анненские воды, Талая на Колыме, Вангоу в Приморье, многочисленные источники Камчатки.

Цель настоящей работы: с помощью различных клинико-лабораторных исследований проследить за эффективностью лечения больных инфекционным неспецифическим полиартритом на курорте Кульдур как в ближайшие, так и в отдаленные сроки; уточнить показания и противопоказания для лечения на курорте больных с данной формой заболевания.

Для оценки эффективности лечения на курорте Кульдур, помимо клинического обследования, были проведены в динамике следующие исследования: гониометрия, динамометрическое измерение ручной и становой силы, электротермометрия кожи суставов, артериальная осциллография, электрокардиография, рентгенография суставов и некоторые биохимические исследования крови (белковые фракции, сахар крови), проводились наблюдения за титром реакции гемагглютинации sensibilizированными эритроцитами барана (реакция Ваалера-Роуза).

Наши клинико-лабораторные наблюдения были проведены в Кульдуре в 1960—1962 гг. у 170 больных инфекционным неспецифическим полиартритом.

Наибольшее число больных (65,4%) было в возрасте от 31 до 50 лет, более часто это заболевание поражало женщин (69,4%).

По степени клинических проявлений и течению заболевания наши больные были разделены на две группы. Наиболее многочисленной была группа из 120 больных с хроническим процессом, подострое течение заболевания отмечалось у 50 больных. Характерным для обеих групп было длительное и

прогрессирующее течение с склонностью к ограничению функции, малая обратимость суставных явлений.

Явные или скрытые очаги хронической инфекции были выявлены в наших наблюдениях у 119 больных (70%), причем у большинства из них (40,4%) инфекционный очаг локализовался в миндалинах в виде хронического гнойного тонзиллита.

Постепенное начало заболевания отмечалось чаще — в 65,3% случаев, острое начало — в 34,7% случаев.

Ведущим симптомом болезни у всех наших больных были боли в суставах различной интенсивности (99,4%). Одним из основных проявлений заболевания было ограничение движений в суставах в той или иной степени (84,7%). Большинство больных указывали на чувство скованности по утрам (90%), чувствительность к перемене погоды (85,3%), потливость (68,2%), плохой сон (52,3%), головную боль (50,5%). Часть больных (70,5%) отмечала болезненные судороги в мышцах конечностей, особенно в области голеней.

Методика лечения была следующей. Больные получали 5 дней в неделю общие минеральные ванны температуры $+36$, $+37^{\circ}\text{C}$, продолжительностью 10—15 минут, всего на курс лечения — 16—18 минеральных ванн. Общие ванны применялись в сочетании с «местными», более высокой температуры ($+38$, $+39$, $+40^{\circ}\text{C}$), продолжительностью 10—15 минут, на курс лечения от 6 до 10 таких процедур (ручные и ножные ванночки).

В подострой стадии заболевания проводилось щадящее лечение: общие ванны более низкой температуры ($+35^{\circ}\text{C}$), продолжительностью 10 минут, 4—5 раз в неделю, а также «местные» ванны температуры $+38$, $+39^{\circ}\text{C}$.

Лечебной физкультурой занимались все больные, массаж назначался почти всем больным. В процессе бальнеологической терапии проводилось целенаправленное лечение обнаруженного очага инфекции.

Согласно нашим наблюдениям, все больные хорошо переносили минеральные ванны. Подавляющее большинство из них (97%) отмечало хорошее общее самочувствие после приема ванны. К концу лечения в Кульдуре припухлость в суставах и периартикулярных тканях исчезла или уменьшилась в 97,6% и лишь в 2,4% случаев эти явления не претерпели изменений и после проведенной терапии.

По мере уменьшения припухлости нормализовалась конфигурация суставов. Одновременно с этим в конце курса ле-

чения полное исчезновение болей или уменьшение их отмечалось у 89,4% больных. Ко дню выписки боли оставались лишь у 10,6% больных, тогда как до лечения они отмечались почти у всех больных (99,4%).

Уменьшение или исчезновение хруста в суставах после курортного лечения наступило у 81,2% больных, хруст оставался без перемен у 18,8% больных.

В большинстве случаев снизилась либо исчезла чувствительность к перемене погоды (93,2%) и осталась без перемен у 6,8% больных.

То же следует отметить в отношении чувства скованности и судорог. Так, чувство скованности исчезло и уменьшилось после лечения у 96% больных. Следует указать на то, что уже после приема двух—трех ванн исчезали или уменьшались судороги в мышцах конечностей почти у всех больных (97,5%).

Наряду с улучшением субъективных показателей у больных мы могли отметить и увеличение веса тела у 119 больных (77,7%) — в среднем на $1,92 \pm 0,08$ кг.

После проведенного лечения одновременно с уменьшением болей и припухлости в суставах и периартикулярных тканях наступило увеличение подвижности в суставах почти у всех больных. Так, из 144 больных (84,7%), у которых до начала лечения отмечалось ограничение активных и пассивных движений в том или ином суставе, к моменту выписки у 34 больных (23,6%) наступило полное восстановление функций суставов, у 62 (43,1%) — значительное увеличение подвижности (на 35°). В случаях с выраженными деформациями в суставах (41 больной — 28,4%) отмечалось незначительное увеличение подвижности, в отдельных суставах на $5-15^\circ$, у 7 (4,9%) из этих больных с анкилозом отдельных суставов улучшения после лечения не наступило.

Для суждения о функциональном состоянии опорно-двигательного аппарата, помимо объема движений в суставах, мы определяли мышечную силу.

По нашим данным, средние показатели мышечной силы у 102 больных с поражением верхних конечностей (первая группа) были до лечения значительно снижены: сила мышц правой кисти составляла в среднем $11,26 \pm 0,67$ кг, левой — $9,66 \pm 0,64$ кг; также была резко снижена и станова́я сила — $26,35 \pm 1,82$ кг.

Отмечалось снижение мышечной силы и у 65 больных инфекционным неспецифическим полиартритом с непораженными верхними конечностями (вторая группа): правой кисти

— $32,27 \pm 1,1$ кг, левой — $29,63 \pm 1,0$ кг, станова́я сила — $84,6 \pm 4,57$ кг.

Под влиянием лечения мышечная сила конечностей закономерно повышалась. Сила мышц правой кисти у больных первой группы увеличилась с $11,26 \pm 0,67$ кг до $17,82 \pm 0,71$ кг, левой кисти — с $9,66 \pm 0,64$ кг до $16,06 \pm 0,65$ кг, станова́я сила — с $26,35 \pm 1,82$ кг до $47,0 \pm 2,05$ кг. У больных второй группы сила мышц правой кисти увеличилась с $32,27 \pm 1,1$ кг до $36,47 \pm 1,1$ кг, левой кисти — с $29,63 \pm 1,0$ кг до $35,45 \pm 1,0$ кг, станова́я сила — с $84,6 \pm 4,57$ кг до $104,1 \pm 4,82$ кг.

Приведенные результаты могут быть использованы для объективного учета эффективности лечения и восстановления трудоспособности у этих больных.

Исходя из того, что при инфекционном неспецифическом поллартрите в патологический процесс чаще вовлекаются лучезапястные и голеностопные суставы, термометрические исследования кожи у наших больных проводились над областью этих суставов.

Средняя температура кожи над областью правых лучезапястных суставов в группе больных с подострым течением (32 человека) составляла до лечения $31,25 \pm 0,28^\circ\text{C}$ (при колебаниях от $29,67^\circ$ до $32,83^\circ\text{C}$). В группе больных с хроническим течением (54 человека) она составляла $30,71 \pm 0,17^\circ\text{C}$ (при колебаниях от $29,4^\circ$ до $32,02^\circ\text{C}$).

Средняя температура кожи над областью голеностопных суставов в группе больных с подострым течением (35 человек) составляла $30,54 \pm 0,25^\circ\text{C}$ (при колебаниях от $29,01^\circ$ до $32,07^\circ\text{C}$). В группе больных с хроническим течением (62 человека) — $29,98 \pm 0,2^\circ\text{C}$ (при колебаниях от $28,38^\circ$ до $31,58^\circ\text{C}$).

Под влиянием лечения общекурортным комплексом закономерных изменений в показателях средних температур по области суставов не выявлено. Индивидуальные колебания температуры кожи суставов отмечены к концу курса лечения при подостром течении процесса как в сторону понижения (над правым лучезапястным суставом у 31,2%, над голеностопным — у 40%), так и в сторону повышения (над лучезапястным суставом у 31,2%, над голеностопным — у 31,4% больных). У остальных больных с подострым течением температура оставалась без изменения.

Подобные колебания отмечены и у больных с хроническим течением заболевания.

В связи с тем, что нам не удалось выявить каких-либо закономерных явлений в динамике средних показателей температуры кожи над областью суставов наше внимание было сосредоточено на динамике температурных асимметрий.

Асимметрия температуры кожи отмечена у 46 из 86 больных (53,5%) с поражением лучезапястных суставов и у 42 из 97 больных (43,3%) с поражением голеностопных суставов. Она колебалась в пределах от 0,5° до 3,5°С. Асимметрия температуры кожи наблюдалась главным образом в случаях с преобладанием суставного процесса на одной стороне.

Под влиянием лечения асимметрия над областью лучезапястных суставов полностью исчезла у 32-х больных (69,5%), у 9 — отмечалось выравнивание асимметрий (19,5%), и лишь у 5 больных (11%) она остается без заметных сдвигов (колебания до 0,5° в расчет не принимались). Из 42-х больных с термоасимметриями под областью голеностопных суставов полное исчезновение асимметрий наступило после лечения у 26 больных (61,9%), выравнивание — у 6 (14,3%), термоасимметрии остались без перемен у 10 больных (23,8%).

Подобное выравнивание асимметрии кожной температуры при инфекционном неспецифическом полиартрите под влиянием сероводородных, радоновых ванн и грязелечения наблюдали и другие авторы. Оно связано, по-видимому, с восстановлением нарушенной регуляции сосудистого тонуса со стороны высших вегетативных центров.

Мы отметили взаимосвязь между изменениями термоасимметрий и эффективностью проводимой терапии. Сглаживание асимметрий кожной температуры в наших исследованиях, как правило, совпадало с благоприятной динамикой общеклинических данных. В этом отношении мы разделяем мнение С. М. Петелина, считающего, что исчезновение кожной термоасимметрии отображает в известной мере процесс выздоровления и свидетельствует об улучшении адаптационных свойств кожного покрова.

При изучаемом заболевании нам удалось отметить, помимо выраженных изменений со стороны суставов, вовлечение в патологический процесс в большей или меньшей степени и других органов и систем.

Так, изменения функции сердечно-сосудистой системы были обнаружены в 71,1% случаев.

В первую группу были включены 39 больных инфекционным неспецифическим полиартритом, у которых был выявлен атеросклероз, причем 14 из них страдали гипертонической бо-

лезью I—II стадии. Вторую группу составила 4 больных с пороками сердца: у трех из них была недостаточность митрального клапана, у одной больной — комбинированный митральный порок сердца. В третью наибольшую группу вошли 79 больных с явлениями миокардиодистрофии.

Таким образом, нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы проявлялись главным образом в тех или иных дистрофических изменениях в миокарде, что связано, по-видимому, с основным страданием — инфекционным неспецифическим полиартритом. Эти изменения, выявленные нами у лиц молодого возраста (16—30 лет), подтверждают в известной мере высказываемое предположение. Здесь важно подчеркнуть и то, что при тщательном обследовании не удалось выявить у них каких-либо других причин, приведших к развитию дистрофического процесса в сердечной мышце.

Следует обратить внимание и на то, что у 4-х больных с выраженными явлениями инфекционного неспецифического полиартрита, у которых был найден митральный порок сердца, также не удалось при самом тщательном опросе установить в прошлом заболевание ревматизмом. Не исключается, что в этих случаях имело место сочетание двух заболеваний — ревматизма и инфекционного неспецифического полиартрита. Возможно, что эти пороки сердца явились следствием неревматического поражения суставов, о чем имеются указания ряда авторов (И. Е. Сперанская, В. В. Оржешковский, А. И. Нестеров и Я. А. Сигидин и др.).

После приема курса кульдурских минеральных ванн, наряду с улучшением общего состояния, боли в области сердца исчезли у 79,5% больных, уменьшились — у 16,3%, сердцебиение прекратилось у 97,0%, одышка при ходьбе — у 95,1% больных. Тоны сердца в 77,1% случаев стали значительно яснее.

Из 117 больных с нормальной до лечения величиной пульса урежение пульса после лечения наступило у 75, учащение — у 23, пульс оставался без изменений у 19 больных. Следует отметить, что у тех 23-х больных, у которых пульс после лечения участился, число пульсовых ударов колебалось в пределах нормы. Брадикардия до лечения отмечалась у 6 больных, после лечения пульс стал нормальным у 5, у одного больного он остался без изменений. Из 47 больных с тахикардией после лечения отмечено урежение пульса у 42 больных (в 31 случае — до нормы), у трех больных пульс уча-

стился на 5—10 ударов в минуту, у двух — величина пульса не претерпела изменений.

У большинства наших больных (91,8%) до лечения цифры артериального давления колебались в пределах возрастной нормы. У 22 больных (13%) максимальное артериальное давление находилось на нижней границе возрастной нормы — 90/60 мм ртутного столба. У 14 больных установлена гипертоническая болезнь, как сопутствующее заболевание.

Снижение максимального артериального давления на 10—40 мм после проведенного лечения наступило у 48 (28,2%) больных, минимального на 6—30 мм — у 42 больных (24,7%).

Повышение максимального артериального давления наступило у 85 (50%), минимального — у 64 больных (37,6%). При этом следует отметить, что наблюдавшиеся в наших случаях понижение и повышение максимального и минимального давлений колебались в пределах верхней и нижней границ возрастной нормы, — за исключением больных гипертонической болезнью.

Из 22-х больных, у которых до лечения максимальное давление было в пределах 90—95 мм, отмечалось после лечения его повышение на 10—20 мм у 20 больных (90,9%).

Из 14-ти больных, направленных на курорт с сопутствующей основному заболеванию гипертонической болезнью, максимальное давление после лечения снизилось на 11—40 мм у 10, минимальное — на 11—30 мм у 11 больных.

Обобщая эти данные, следует отметить, что курсовое лечение на курорте Кульдур оказало нормализующее влияние на частоту пульса и уровень кровяного давления у большинства наших больных.

Осциллографические исследования артерий проведены в динамике у 100 больных, причем в 41% случаев среднее артериальное давление при поступлении не было определено из-за волнообразной осциллографической кривой, на которой не удалось выявить наибольшую осцилляцию. Таким образом, анализ среднего давления определен у остальных 59 больных. При этом у 22% из них обнаружен пониженный уровень среднего артериального давления (ниже 80 мм ртутного столба), у 40,6% — нормальный и у 37,4% больных выявлен повышенный уровень среднего давления (до 120 мм рт. столба).

За период лечения среднее давление по средним данным существенно не изменилось. Так, при поступлении оно состав-

ляло $89,66 \pm 0,15$, перед 10 ванной — $87,4 \pm 1,2$ и при выписке — $88,6 \pm 1,2$ мм рт. столба.

Незначительные индивидуальные колебания среднего давления, выявленные у 51% наших больных, свидетельствуют об устойчивости компенсации артериального давления.

Величина осциллографического индекса — основного показателя сосудистого тонуса — колебалось как при поступлении, так и при выписке от 1 до 17 мм. По величине этого показателя можно разделить наших больных на три группы. К первой группе мы отнесли 86% всех обследованных больных с высоким тонусом артерий (осцилляции от 1 до 6 мм), ко второй — 11% больных с нормальным тонусом артерий (осцилляции от 7 до 10 мм); к третьей — 3% больных с пониженным тонусом артериальной стенки (осцилляции от 11 до 17 мм). Наличие повышенного сосудистого тонуса у большинства наших больных соответствует наблюдениям других авторов. При этом повышение тонуса сосудов обнаружено у больных с большой давностью заболевания с явлениями функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата III степени.

В процессе лечения осциллографический индекс по средним данным существенно не изменился.

За весь период лечения индивидуальные колебания осциллографического индекса зарегистрированы у 82% больных. Эти колебания чаще склонялись в сторону увеличения его величины (в 45%).

Не отмечая существенных изменений сосудистого тонуса под влиянием терапии на курорте, все же следует отметить здесь тенденцию к некоторому его понижению, что указывает на улучшение периферического кровообращения.

Асимметрия осциллографического индекса выявлена до лечения в 61% случаев. После проведенного лечения наметилась тенденция к некоторому уменьшению артериальных асимметрий на правой и левой плечевых артериях. Полное исчезновение асимметрий наблюдалось в 49,2%, выравнивание асимметрий — в 16,4% случаев. Наряду со сглаживанием асимметрий появились новые асимметрии в 10,0%.

Кремнистые минеральные ванны, таким образом, оказывают благоприятное влияние на динамику показателей асимметрий, что является наглядным показателем влияния ванн на улучшение периферического кровообращения.

При анализе электрокардиограмм 113 больных мы не обнаружили до лечения каких-либо грубых отклонений от нормы.

В незначительной части случаев выявлялись те или иные признаки поражения сердечной мышцы — отклонение электрической оси сердца влево, снижение величины зубца Т, смещение интервала ST от изоэлектрической линии.

Электрокардиографические исследования, проведенные при поступлении и при выписке, не дают оснований считать, что после бальнеологического лечения наступило ухудшение кровоснабжения сердечной мышцы и снижение ее сократительной способности.

Таким образом из приведенных данных следует, что под влиянием лечения кремнистыми минеральными ваннами на курорте Кульдур улучшается функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных инфекционным неспецифическим полиартритом.

Данные наших наблюдений также указывают на некоторые нарушения органов пищеварения. Жалобы на тупые давящие боли постоянного характера в правом подреберье отмечены у 20,5% больных, в подложечной области — у 4,7%, тошнота — у 7,0%, отрыжка — у 10%, чувство горечи во рту — у 9,4%, вздутие живота — у 2,9%, запоры — у 7% больных. Пониженный аппетит отмечали у 71,7% больных.

Болезненность в правом подреберье и в области желчного пузыря наблюдалась при пальпации у 41 больного (24,1%), в эпигастральной области — у 5,2% больных. У 12 больных печень была увеличена и выступала из-под края реберной дуги на 1—3 см. Двое этих больных перенесли в прошлом болезнь Боткина. Увеличение печени у остальных 10 больных связано, по нашему мнению, с основным заболеванием, так как нам не удалось выявить другие причины, вызвавшие указанные изменения в этом органе. В дуоденальном содержании у этих больных не обнаружено во всех порциях патологических элементов, указывающих на изменения в желчных ходах и желчном пузыре.

У 34-х больных было найдено в дуоденальном содержимом повышенное содержание лейкоцитов (до 100 в поле зрения), главным образом в порции В. Эти данные при соответствующей клинической картине явились основанием для установления у указанных больных воспалительного процесса в желчном пузыре.

Под влиянием комплексного лечения исчезли в большинстве случаев диспептические явления: тошнота — в 75%, отрыжка — в 82,3%, горечь во рту — в 87,5% случаев. Исчезновение болей в правом подреберье отмечено у 88,5% боль-

ных. Ни в одном случае мы не могли отметить во время и после лечения обострения хронического холецистита. Данные повторных исследований дуоденального содержимого указывают на затухание воспалительного процесса в желчных путях.

На основании изложенного мы считаем возможным рекомендовать питье кремнистых вод кульдурских источников больным: инфекционным неспецифическим полиартритом с явлениями хронического холецистита.

Почти у всех наших больных наблюдались функциональные нарушения нервной системы. Они выражались в неустойчивости эмоционального состояния, плохом настроении, вялости. Эти явления были отмечены нами у 79,4% больных. У некоторых больных (44,1%) наблюдалась склонность к слезам, обидчивость. На плохой сон жаловались 52,3% больных.

В большинстве случаев (93,4%) выявлено общее повышение сухожильных рефлексов и только в 6,6% (с большой давностью заболевания) — некоторое снижение.

Заметное мышечное похудание наблюдалось в 64,1% случаев. Нарушения болевой чувствительности (гипералгезии с симпаталгическим оттенком) выявлены у 38 больных из 100 обследованных. В 4% случаев наблюдался зуд и ощущение жжения в конечностях.

Вегетативные нарушения в той или иной форме наблюдались у всех наших больных. Особенно часто (68,2%) встречались нарушения потоотделения, у 19,4% больных потливость была выражена только в дистальных отделах рук и ног.

У многих больных были выражены значительные трофические нарушения кожи и ее придатков. Кожа была истончена, гладкая, блестящая с просвечиванием кожных вен (у 30,5% больных); сухость кожи и ее шелушение наблюдалась у 40,5% больных. Гиперпигментация стоп и кистей выявлена у 16,4% больных, гипертрихоз конечностей — у 12,3%, акроцианоз кистей и стоп — у 12,3% больных; утолщение ногтей, чаще стоп, с поперечной исчерченностью отмечалось у 42,3%.

Реакция гемагглютинации с сенсibilизированными бараньими эритроцитами (Ваалера-Роуза) была проведена в динамике у 83 больных.

Она оказалась положительной у 69,9% больных инфекционным неспецифическим полиартритом. (Средний титр ее равен 139). Во всех случаях неинфекционного (дистрофического) полиартрита, а также и у здоровых указанная реакция

выпала отрицательной. (Средний титр ее был соответственно равен 10 и 8).

Высота титра реакции Ваалер-Роуза зависела в известной степени, по нашим наблюдениям, от тяжести клинических проявлений болезни: она выпадала резко положительно у больных с выраженными пролиферативными изменениями в суставах.

Наблюдения за изменением реакции гемагглютинации у 62 наших больных под влиянием проводимой терапии показали, что в конце курса лечения титр реакции не изменился. Оказываясь положительной при поступлении, она оставалась такой же и при выписке, несмотря даже на благоприятные результаты лечения.

При сравнительной характеристике белковой формулы сыворотки крови и показателей реакции Ваалера-Роуза можно отметить, что с повышением γ -глобулинов эта реакция определялась положительной.

Сниженное содержание гемоглобина отмечалось при поступлении у 56% больных с подострым течением и у 28,3% больных с хроническим течением. После лечения содержание гемоглобина повысилось у 58,2% больных в среднем на $5,86 \pm 0,4\%$.

Пониженное содержание эритроцитов до лечения наблюдалось в 21,8% случаев. Количество их повысилось к концу лечения в 44,7% случаев в среднем на 734000 ± 33300 .

Лейкопения отмечалась у 36,4% больных, лейкоцитоз — у 15,3%, свыше 10000 лейкоцитов в 1 мм^3 крови наблюдалось у 2,9% больных. В середине курса лечения наступало перемещение к нормальному содержанию лейкоцитов (с 45,4 до 50,6%), соответственно уменьшалось число случаев с лейкопенией и лейкоцитозом. В конце курса лечения увеличилось число случаев с лейкоцитозом с 18,2 до 25,8%, при этом выяснилось, что количество лейкоцитов до лечения у этих больных (в 81,8%) колебалось в пределах нормы. Выявленный здесь после лечения лейкоцитоз можно рассматривать, как проявление скрыто протекающей бальнеореакции. Следует заметить, что эти больные были выписаны с улучшением.

Состав лейкоцитарной формулы характеризовался до лечения наклоном к лимфоцитозу (у 51,2% больных). Эозинофилия (от 5 до 14%) выявлена до лечения у 21,1% больных.

После лечения в лейкоцитарной формуле существенных изменений не обнаружено. У ряда больных отмечено некоторое увеличение процентного содержания сегментоядерных

(число таких случаев увеличилось с 22,9% до 45,9%), уменьшилось число случаев с эозинофилией (с 21,1% до 15,3%) и лимфоцитозом (с 51,2 до 28,9%).

Реакция оседания эритроцитов отмечалась ускоренной до лечения в 81,2% случаев и достигала у отдельных больных 65 мм в час. Замедление РОЭ уже стало наблюдаться в 18,1% случаев в середине курса лечения. При выписке ускоренная РОЭ оказалась в 57% случаев, нормализовалась — в 29,7% случаев. При сравнении средних величин РОЭ до лечения ($24,2 \pm 0,92$ мм), в середине ($22,2 \pm 1,0$ мм) и после курса лечения ($20,6 \pm 0,9$ мм в час) можно отметить закономерную тенденцию к ее замедлению (коэффициент достоверности больше 2,8).

Наряду с этим у некоторых больных (9,4%), несмотря на благоприятные результаты лечения, РОЭ ускорялась. Подобное явление связано, по-видимому, с остаточными воспалительными изменениями в суставах, возможно — и со скрыто протекающей бальнеологической реакцией.

У 41,8% больных реакция оседания эритроцитов осталась после лечения без изменений.

При инфекционном неспецифическом полиартрите важную роль играет диспротеинемия. Изучение белкового обмена проведено в динамике у 50 больных методом электрофореза на фильтровальной бумаге.

Общее количество белка до лечения у наших больных было несколько увеличено (средний показатель $8,65 \pm 0,07$ г%, у здоровых — $8,18 \pm 0,10$ г%). В белковой формуле сыворотки крови обнаружены отклонения от нормы. Относительное количество альбуминов у наших больных было значительно понижено ($51,32 \pm 0,56\%$ у больных, $57,22 \pm 0,29\%$ у здоровых), соответственно был понижен и альбумино-глобулиновый коэффициент до $1,05 \pm 0,03$ ($1,33 \pm 0,015$ у здоровых). Относительное содержание глобулинов было повышено. Увеличение глобулинов отмечено в основном за счет α_2 — и γ — глобулиновых фракций (α_2 — фракция у здоровых — $8,48 \pm 0,14\%$, у больных возрастала до $10,70 \pm 0,24\%$; γ — глобулины у здоровых $17,29 \pm 0,43\%$, у больных — до $19,90 \pm 0,40\%$). Количество α_1 — глобулиновой фракции было также повышено до $6,20 \pm 0,16\%$ по сравнению с $4,85 \pm 0,12\%$ у здоровых. Содержание β — глобулинов, наоборот, было несколько уменьшенным (средний показатель $11,88 \pm 0,18\%$, у здоровых — $12,16 \pm 0,43\%$).

Приведенные отчетливые изменения состава сывороточ-

ных белков у наших больных статистически достоверны в сравнении с их уровнем у здоровых.

В результате лечения наступили сдвиги в белковой формуле: количество альбуминов повысилось с $51,32 \pm 0,56\%$ до $53,73 \pm 0,64\%$; альбумино-глобулиновый коэффициент возрос с $1,05 \pm 0,03$ до $1,16 \pm 0,03$; содержание γ — глобулинов уменьшилось ($19,90 \pm 0,40\% — 18,33 \pm 0,39\%$). Уменьшение $\alpha_1 — (6,20 \pm 0,16\% — 5,93 \pm 0,14\%)$ и $\alpha_2 — (10,70 \pm 0,24\% — 10,15 \pm 0,24\%)$ глобулинов было крайне незначительным, а в содержании β — глобулинов почти никаких изменений не отмечено ($11,88 \pm 0,18\% — 11,86 \pm 0,21\%$). Содержание общего белка повысилось с $8,65 \pm 0,07\%$ до $8,75 \pm 0,02\%$, это повышение несущественно, так как коэффициент достоверности меньше 2,5. Увеличение относительного количества альбуминов и уменьшение относительного количества γ — глобулинов у больных после лечения можно рассматривать, как общую закономерность (коэффициент достоверности равен 2,8).

Увеличение общего белка, а также изменения количества $\alpha_1 — \alpha_2 —$ и β — глобулинов являются случайными, несущественными.

Однако, как видно из изложенного, увеличение альбуминов и уменьшение γ — глобулиновой фракции не достигало нормальных величин.

Приведенные данные, таким образом, указывают до некоторой степени на десенсибилизирующее влияние кремнистых минеральных ванн.

Уровень сахара в крови определялся у 72 наших больных и почти у всех (65 человек) не выходил за пределы нормы. После лечения содержание сахара крови повысилось в 34,7% по сравнению с начальными цифрами, в 20,9% — снизилось и в 44,4% случаев осталось без изменений. При сравнении средних данных до лечения ($97,7 \pm 1,2$ мг%) и после лечения ($101,15 \pm 1,9$ мг%) видно, что под влиянием терапии уровень сахара крови существенных изменений не претерпевает (коэффициент достоверности 1,5).

Положительный терапевтический эффект при лечении больных инфекционным неспецифическим полиартритом на курорте получен у 149 (87,7%) больных. При этом значительное улучшение было отмечено у 32 больных (18,8%), улучшение — у 117 больных (68,9%), выписался без улучшения 21 больной (12,3%).

Близкие к ним результаты, по данным литературы, были получены при лечении данной группы больных на курортах

Сочи — Мацесты, Кемери, Тбилиси, Саки, Старой Руссы, Алма-Арасан, Сары-Агач и на многих других курортах различного профиля с различным химическим составом минеральной воды.

Анализ непосредственных результатов лечения показал, что наилучший эффект наблюдался у больных с небольшой давностью заболевания, у которых не было выраженных пролиферативных изменений в суставах и периартикулярных тканях. Сравнительно недостаточный эффект отличался при лечении законченных фиброанкилозирующих полиартритов. Хотя и в этих случаях наступало некоторое уменьшение контрактуры, однако оно было относительно небольшим. Увеличение объема активных движений здесь достигалось главным образом за счет уменьшения болей в пораженном суставе.

Следует отметить некоторое отрицательное влияние на результаты лечения и от возникающей бальнеореакции. Так, у 21 из 71 больного (29,6%) с бальнеологической реакцией лечение на курорте было малоэффективным. Нам удавалось в ряде случаев предупредить наступление бальнеологической реакции путем назначения щадящей методики (общие ванны температуры 35°C) как у больных с подострым течением, так и у больных с резко выраженными явлениями обострения хронического процесса.

Отдаленные результаты были прослежены у 116 больных из всех 170 (в 68,2%). Более чем в половине всех случаев (в 51,7%) улучшение, наступившее после курортного лечения держалось до 6 месяцев, от 7 до 12 месяцев — у 25% больных, от 1 года до 1,5 лет — у 14,7% и свыше 1,5 лет — у 8,6% больных. Причиной обострения, по нашим наблюдениям, послужило переохлаждение у 42 больных, интеркурентные инфекции (ангина, грипп) — у 12, отрицательные эмоции (на работе, в быту) — у 16, физическое напряжение — у 4 больных. Не удалось выявить причины обострения у 29 больных. У 13 больных улучшение сохранилось до повторного лечения в Кульдуре через 6—12 месяцев.

После первого курса курортного лечения в большинстве случаев наступало ослабление воспалительного процесса, улучшалась функция опорно-двигательного аппарата, уменьшалась в дальнейшем обращаемость за медицинской помощью. После второго и особенно третьего курсов закреп-

ляется и углубляется положительное влияние курортной терапии. Характерно, что выраженность клинических симптомов меняется, становится менее тяжелой, чем до курортного лечения.

ВЫВОДЫ

1. Значительное улучшение после комплексного лечения в Кульдуре наблюдалось у 18,8% больных, улучшение — у 68,9%, выписалось без улучшения 12,3% больных.

2. Улучшение функции опорно-двигательного аппарата выражалось: в полном восстановлении или значительном увеличении подвижности (на 35°) у 96 (66,7%) больных; в закономерном увеличении показателей средней мышечной силы: правой кисти с $11,26 \pm 0,67$ кг до $17,82 \pm 0,71$ кг, левой кисти — с $9,66 \pm 0,64$ кг до $16,06 \pm 0,65$ кг, становой силы — с $26,35 \pm 1,82$ кг до $47,0 \pm 2,05$ кг.

3. Закономерных изменений в показателях средних температур над областью суставов под влиянием лечения не наступило. Индивидуальные колебания температуры суставов отмечались к концу лечения как в сторону понижения, так и в сторону повышения.

Асимметрия температуры кожи от 0,5 до 3,5°C выявлена у 53,5% больных с поражением лучезапястных суставов и у 43,3% больных с поражением голеностопных суставов.

Под влиянием лечения термоасимметрия над областью лучезапястных суставов полностью исчезла у 69,5% больных, выравнивание ее отмечалось у 11% больных. Над областью голеностопных суставов полное исчезновение термоасимметрии отмечалось у 61,9%, выравнивание термоасимметрий наступило у 14,3% больных.

Исчезновение и сглаживание асимметрий кожной температуры совпадало с улучшением состояния этих больных и указывало на благоприятный результат проведенной терапии.

4. Артериальное давление у большинства больных как до, так во время и после лечения колебалось в пределах нормы. У 14 больных с поражением суставов, у которых гипертоническая болезнь являлась сопутствующей, отмечалась после терапии тенденция к нормализации артериального давления.

В большинстве случаев наступало после лечения выравнивание величины пульса.

5. Осциллографический индекс, значительно сниженный до лечения в 86% случаев, увеличился после лечения в половине случаев. Увеличение этого показателя, изменение формы ос-

циллографической кривой, исчезновение или уменьшение артериальных асимметрий указывают на ослабление после лечения спастических реакций периферических артериальных стволов с улучшением кровообращения.

6. Реакция гемагглютинации с сенсibilизированными бараными эритроцитами (реакция Ваалера-Роуза) оказалась положительной у 69,9% наших больных. У всех больных неинфекционным (дистрофическим) полиартритом, а также и у здоровых она выпадала отрицательной.

Реакция Ваалера-Роузе, являясь ценным диагностическим методом при инфекционном неспецифическом полиартрите, не может однако быть использована для определения эффективности бальнеологического лечения, так как титр этой реакции и в конце курса лечения оставался таким же как и до начала лечения.

7. Процентное содержание гемоглобина повысилось после лечения у 58,2% больных в среднем на $5,86 \pm 0,4\%$. Количество эритроцитов повысилось к концу лечения в 44,7% случаев в среднем на 734000 ± 33300 .

Существенных сдвигов в динамике лейкоцитов и лейкоцитарной формулы не отмечено.

Реакция оседания эритроцитов до лечения была в 81,2% случаев ускорена до 65 мм и равнялась в среднем $24,2 \pm 0,92$ мм в час. В процессе бальнеолечения выявлена при сравнении средних величин закономерная тенденция к замедлению реакции оседания эритроцитов. При выписке ускоренная РОЭ оказалась у 57% больных и составляла в среднем $20,6 \pm 0,9$ мм в час.

8. При электрофоретическом исследовании белковых фракций сыворотки крови выявлено повышение содержания общего белка, диспротеинемия — гипальбуминемия, увеличение содержания α_1 —, α_2 —, γ — глобулинов. Выраженность этих изменений чаще всего зависит от степени тяжести заболевания.

В процессе лечения, наряду с клиническим улучшением и выравниванием других лабораторных показателей, закономерно увеличивалось содержание альбуминов, несколько снижалось количество γ — глобулинов, хотя эти элементы и не доходили до нормальных величин. Отмечавшееся у некоторых больных после лечения падение содержания альбуминов и нарастание глобулинов связано, по-видимому, со скрыто протекающей в организме бальнесореакцией.

Изучение динамики содержания общего белка и его фракций не могут сами по себе служить достаточным основанием для оценки терапии, однако в совокупности с клиникой и другими лабораторно-инструментальными исследованиями они могут быть в известной мере использованы на курорте в качестве дополнительного диагностического фактора. С его помощью можно в отдельных случаях более правильно решать вопрос о выборе метода терапии.

9. Стойкость благоприятного эффекта лечения, зависящая в определенной степени от тяжести самого заболевания, наблюдалась в течение 7—12 месяцев у 25%, более года — у 23,3% больных.

Повторное лечение в Кульдуре (на протяжении ряда лет) оказывает существенное влияние на повышение стойкости эффекта курортной терапии у больных инфекционным неспецифическим полиартритом.

10. Клинико-лабораторные наблюдения, проведенные на курорте Кульдур как непосредственно после лечения, так и в отдаленные сроки показали, что кремнистые минеральные воды этого курорта являются эффективным средством неспецифической патогенетической терапии инфекционного неспецифического полиартрита.

Эффективность лечения этих больных в Кульдуре не уступает в эффективности лечения на других курортах Советского Союза.

ОПУБЛИКОВАННЫЕ РАБОТЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДИССЕРТАЦИИ

1. О лечении больных инфекционным неспецифическим (ревматоидным) полиартритом на курорте Кульдур. Тр. Хабаровского мединститута, 1961, сб. XXI, стр. 289—296.

2. К вопросу о лечении болезней суставов на курорте Кульдур. Тез. и автореф. XIX научной сессии Хабаровского мединститута, Хабаровск, 1961, стр. 13—14.

3. Лечение больных инфекционным неспецифическим (ревматоидным) полиартритом на курорте Кульдур. Тез. докл. научно-практической конференции врачей курортов и санаториев профсоюзов Урала, Сибири и Дальнего Востока. Москва, 1961, стр. 46—47.

4. К вопросу о лечении заболеваний суставов в условиях курорта Кульдур. Сборн. научно-практических работ Дальневосточного территориального совета по управлению курортами профсоюзов. Владивосток, 1963, стр. 91—96.

5. Влияние кремнистых минеральных ванн курорта Кульдур на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных инфекционным неспецифическим полиартритом. Тр. Хабаровского медицинского института, том 24, в. 2, Хабаровск, 1964, стр. 55—60.

6. О лечении некоторых внутренних заболеваний на курорте Кульдур. В кн. Материалы 21-й научной сессии, Хабаровск, 1964, стр. 23—24.

