

ПЕДІАТРІЯ, АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

О Р Г А Н
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УРСР І
УКРАЇНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО НАУКОВО-ДОСЛІДНОГО
ІНСТИТУТУ ОХМАТДИТУ



№ 4
1947

ДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО

ПЕДІАТРІЯ, АКУШЕРСТВО і ГІНЕКОЛОГІЯ

ДВОМІСЯЧНИЙ ЖУРНАЛ

ОРГАН МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УРСР і УКРАЇНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО
НАУКОВОДОСЛІДНОГО ІНСТИТУТУ
ОХМАТДИТУ

РІК ВИДАННЯ ДЕВ'ЯТИЙ

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Засл. лік. УРСР П. Г. Радченко (відп. редактор),
проф. О. Ю. Лур'є і проф. О. М. Хохол
(заст. відп. редактора), засл. лік. УРСР проф.
В. М. Хмилевський (відп. секретар).

ЧЛЕНИ РЕДКОЛЕГІЇ:

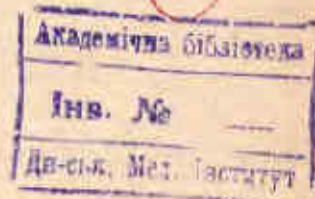
Проф. І. І. Грищенко, засл. діяч науки
проф. О. З. Лазарев, проф. Г. М. Лопатін,
доц. Л. І. Медвідь, засл. діяч науки проф.
О. М. Ольшанецький, О. Г. Пап, М. І.
Пилипенко, проф. А. І. Скроцький,
проф. Є. Я. Янкелевич.

ЗА УЧАСТЮ:

Проф. В. Г. Балабан, проф. М. Б. Голомба,
проф. С. С. Каган, проф. Л. Д. Мельнік,
проф. Г. І. Тена, проф. Л. О. Фінкельштейн.

№ 4

1947



ДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО УРСР

З М І С Т

ПЕДІАТРІЯ

Проф. Е. Л. Левітус. Ревматизм у дитячому віці в післявоєнний період і організація боротьби з ним.	3
Проф. А. І. Скрацький, доц. П. С. Соснова і В. П. Чернюк. Методика і показання до лимфатичного лікування в дитячому віці.	6
Доц. П. С. Соснова. Серцево-судинна система у дітей-ревматиків при ранньому грізелькуванні.	9
Проф. Е. Л. Левітус і А. І. Уманська. Ангін і ревматизм.	14
Н. Г. Гінабург і С. М. Ямпольський. Тромбофлебітична спленомегалія у дітей.	15

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

Від редколегії. До шестидесятиріччя заслуженого діяча науки проф. О. М. Ольшанецького.	18
Член-кор. АН УРСР проф. О. Ю. Лур'є. Жіночі онкопрофілактиці при консультативних і методи їх роботи.	19
Доц. М. Г. Окронтідзе. Спроби вживання пеніциліну в акушерстві і гінекології.	24
Засл. діяч науки проф. О. М. Ольшанецький. Новий метод діагностики цілості плаценти.	28

З ПОРТФЕЛЯ РЕДАКЦІЇ

Асист. Д. Д. Каганова. Клініка і лікування дистрофій у дітей раннього віку.	29
Доц. Н. Г. Степін. Про деякі особливості ревмії Бузінгаба-Ясинського і РОЕ при хорей і декомпенсованих пороках серця.	29
Полковник м/с В. В. Орлов. Вживання п'явок в акушерстві і гінекології.	30
Асист. Д. Є. Крісін. Дошування і методика вживання пеніциліну в акушерсько-гінекологічній практиці.	30
Засл. лікар УРСР Г. М. Трегуб. Усвадження з боку печінки і жовчних шляхів в період вагітності.	31
Заслуж. лікар УРСР Г. М. Трегуб. Пислі у вагітних.	32
РЕФЕРАТИ	2 стор. обг.
ХРОНІКА	3 стор. обг.

РЕВМАТИЗМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ В ПІСЛЯВОЄННИЙ ПЕРІОД І ОРГАНІЗАЦІЯ БОРОТЬБИ З НИМ

Проф. Е. Л. ЛЕВІТУС

Ревматична клініка (зав. — проф. Е. Л. Левітус) Українського науководослідного інституту
Охорони дитинства (директор — М. І. Корнієнко)

Умови життя й харчування, що змінилися в період війни, тяжкі умови блокади й окупації дуже впливали на структуру захворюваності. Особливо позначалися тяжкі умови життя на ростучому дитячому організмі, що відрізняється великою лабільністю. Ревматизм — типове захворювання для певного віку. Діти дуже схильні до сенсibiлізації, до алергічних реакцій, які легко виникають як у результаті специфічних впливів, так і в порядку паралергічних подразників. Ця здатність дитячого організму до швидкої зміни реактивності деякою мірою пояснює схильність дітей до захворювання на ревматизм. Коливання реактивності дуже властиві ростучому організмові. Захворюють на ревматизм здебільшого діти старшого віку, переважно в пренубертатному періоді. Санітарні наслідки війни яскраво відбилися на кривій захворюваності на ревматизм в дитячому віці.

В довоєнний період однією з основних проблем патології старшого віку був ревматизм.

В роки війни різко знизилась захворюваність на ревматизм у дітей (в 1,5—2 рази). Під час блокади Ленінграда ревматизм серед дітей майже зник (Воловик).

В школах різних міст РСФРР, за даними Міністерства охорони здоров'я, в 1943-1944 р. дітей-ревматиків виявилось не більше 0,8—1%. За матеріалами ряду радянських педіатрів (Едельман, Ковальова, Лейтес та ін.), зменшилась не тільки загальна захворюваність на ревматизм дітей у період війни в багатьох місцях СРСР, але й знизилась кількість екссудативних форм. Воловик вважає, що у дітей під час блокади Ленінграда на ґрунті дистрофії згасли алергічні механізми, які беруть участь у розгортанні клінічного симптомокомплексу при ревматизмі. Стражеско, Сковрцов, Гельштейн та ін. вказують, що тяжкі умови життя під час війни змінюють реактивність дорослого і дитячого організму, особливо щодо неспецифічних алергенів. Сковрцов пояснює підвищену схильність до сенсibiлізації організму порушенням або послабленням бар'єрних функцій ендотелію судин. Основна причина зниження захворюваності на ревматизм, на думку Сковрцова, залежить від зміни біологічних властивостей і вірулентності вірусу в даний період.

Стражеско вказує, що при недоданні рідко зустрічаються екссудативні форми ревматизму.

Це свідчить про те, що алергічні реакції при ревматизмі у воєнний період менш виявлені або зовсім не виявлені. Неповноцінне харчування обмежує сенсibiлізацію організму до ревматичного вірусу, знижує реактивність організму (Молчаков).

Особливо стерті алергічні прояви у дітей-дистрофіків. Треба гадати, що зниження смертності від ревматизму залежить не тільки від зменшення захворюваності і зменшення екссудативних форм ревматизму, але й від того, що у дітей ревматизм проходив безсимптомно, особливо у дітей, що були в стані дистрофії. Треба також взяти до уваги і те, що діти-ревматики з безсимптомним перебігом або в міжприступній фазі процесу часто вмирали під аліментарної дистрофії. В умовах блокади Ленінграда, німецько-фашистської окупації ряду місцевостей величезна кількість дистрофіків не була зареєстрована. Серед дистрофіків в м. Харкові в 1942-1943 рр. ми знайшли прізвиська дітей-ревматиків, які були під нашим спостереженням до війни. Серед цих дистрофіків, смерть яких було зареєстровано, виявилося 5% дітей-ревматиків. Важко сказати скільки ревматиків загинуло під час німецько-фашистської окупації. Безперечно, що в місцевостях, окупованих німецько-фашистськими варварами, основною патологічною формою була дистрофія.

В 1945-1946 р. спостерігається помітне підвищення кривої захворюваності на ревматизм у дитячому віці. Про збільшення захворюваності на ревматизм у післявоєнні роки свідчать спостереження багатьох радянських педіатрів (Молчанов, Едельман, Левітус та ін.). В 1945 р. (Левітус і Ясна) обстежували понад 2000 дітей віком 9—16 років, які під час війни перебували на окупованій німцями території. При погололому обстежуванні ревматизм був діагностований в 2,4% випадків. При масовому обстежуванні в м. Харкові в 1934 р. дітей-школярів від 8 до 14 років частота ревматизму становила 2,2% (Левітус). Трохи вищий процент поширення ревматизму в 1945 р., очевидно, можна віднести за рахунок вікового складу обстежуваних (переважали підлітки віком 15—16 років).

За даними проф. Молчанова в дитячій клініці І Московського медичного інституту кількість ревматиків різко підвищилась і досягла довоєнного рівня. Треба також відзначити безперечний ріст ревматизму у дітей і за даними дитячої клініки Харківського інституту Охматдиту. В 1944 р. в клініку вступило разом 11 дітей-ревматиків протягом 3 кварталів (клініка була відкрита в березні), 1945 р. — 13 дітей, в 1946 р. — 47 (з них 6 повторних), в першому кварталі 1947 р. — 18 дітей.

До того ж слід відзначити, що в клініку вступали за звітний період поодинокі діти-ревматики, які були до війни під нашим спостереженням. Між тим, величезна більшість дітей-ревматиків до війни була охоплена нашим динамічним спостереженням.

Ріст захворюваності, за даними ревматологічної клініки за 1946 р., є показовим, тому що у 71% дітей-ревматиків тривалість захворювання становила від 2 днів до 6 місяців. Це були діти, в яких ревматичний процес почався в 1946 р. Більшість з них вступила в клініку на 2—20-й день захворювання. Рецидивуючі форми також у більшості випадків належали до післявоєнного періоду (1944-1945 р.). І лише 5 дітей-ревматиків із тих, що вступили, захворіли в довоєнний період. Всі діти-ревматики (за винятком двох) були в окупації.

Смертність становила 7,3% переважно за рахунок дітей, що захворіли до війни. Процент смертності в 1946 р. не відбивав тяжкості перебігу ревматизму в 1946 р. тому, що дані клініки за 1946 р. подані переважно за рахунок ревматичних спалахів цього ж року; діти ж від ревмокардитів протягом перших шести місяців захворювання вмирають рідко. Цікаво відзначити, що, за даними масового обстежування дітей в 1945 р. (Левітус і Ясна), спостерігалось лише два випадки мітрально-аортальних пороків.

За довоєнними даними (Воловик, Едельман і Фрідман, Аш та ін.), мітрально-аортальні пороки становили 16,5—30% усіх кардитів. Можливо, що в зв'язку з частотою стертого синдрому ревматичного процесу і досі в широкій лікарській практиці кількість діагностованих випадків ревматизму знижена.

Характерними особливостями ревматичного процесу, який спостерігався нами в 1946 р., є монотонний, млявий, затяжний перебіг без вираженої температурної реакції, невеликий процент високих показників РОЕ (здебільшого РОЕ не підвищене при явному поліартриті або ревмокардиті). Больовий суглобовий синдром при перших і повторних суглобових і кардіально-суглобових спалахах держиться протягом тривалого строку, однак у стерпій формі, без великої болісності, часто з легким припуханням окремих суглобів. Спостерігалось тривале значне висипання, причому події висипали ханлями, рецидивуючи у тих самих хворих протягом ряду місяців. Ні одного випадку акутарної еритеми в клініці в 1946-1947 році не спостерігалось. Треба підкреслити, що, незважаючи на значне збільшення частоти реєстрації ревматизму в 1945-1946 рр., клінічний синдром ревматизму зберігає риси знижених алергічних проявів (монотонний перебіг процесу, у великому проценті випадків низька РОЕ і т. ін.). Ці дані, одержані через два роки після німецько-фашистської окупації, показують, що уявне благополуччя щодо захворюваності на ревматизм дітей у воєнний період слід розглядати як результат важкого пригнічення реактивності в зв'язку з віком.

Безперечно, підвищення матеріально-побутового рівня трудящих і дальший ріст добробуту, підвищення емоціонального тону сприяли і все більше сприятимуть нормалізації реактивності, зв'язаної з віком.

Диференційоване обслуговування дітей-ревматиків і організація боротьби з ревматизмом, як і в довоєнний період, диктується великою поширеністю ревматизму серед дітей і підлітків, інвалідністю, смертністю від нього, тривалістю ревматичного процесу. Організація боротьби з ревматизмом до війни тільки починала широко заглиблюватись у лікарську педіатричну практику. В ряді міст були організовані антиревматичні кабінети (Москва, Ленінград, Харків, Казань та ін.), ревмокардіологічні клініки (Москва, Харків), ревмосанаторії (Ленінград, Харків).

Боротьбі з ревматизмом дітей і підлітків у післявоєнний період органи охорони здоров'я і педіатри повинні приділяти особливу увагу, тому що велика кількість підлітків працює на виробництві, сотні тисяч дітей навчаються в ремісничих і залізничних училищах, а також у школах фабрично-заводського навчання (ФЗН), і шідти є основними трудовими резервами нашої країни.

Ревматизм, як і туберкульоз, є інфекційно-алергічним захворюванням. Ревматизм, як і туберкульоз, характеризується наявністю різних фаз процесу (періоди спалахів, період затихання, мікроступіна фаза).

Медико-санітарне обслуговування ревматиків-дітей і підлітків слід організувати за зразком обслуговування туберкульозних хворих (антиревматичний кабінет, стаціонар, санаторії місцевого значення, курортна допомога).

В системі диференційованого обслуговування дітей-ревматиків організація антиревматичного кабінету має дуже велике значення. Антиревматичні кабінети для дітей повинні бути організовані в дитячих поліклініках, в дитячих амбулаторіях районних центрів.

Завдання і методи роботи антиревматичного кабінету дуже різноманітні і складні. Основними завданнями є: а) охоплення всіх хворих дітей-ревматиків і дітей із захворюваннями суглобів неревматичної етіології; б) лікувально-профілактична консультативна допомога дітям-ревматикам; в) систематичний облік їх згідно з класифікацією Всесоюзного комітету по вивченню ревматизму; г) рання діагностика, клініко-динамічні спостереження за дітьми-ревматиками, облік ефективності оздоровчих заходів; д) допомога дітям-ревматикам на дому, госпіталізація їх, зв'язок з клініками, санаторіями, курортами; е) розгортання роботи по профілактиці ревматизму серед населення; ж) пропаганда правильних знань по ревматизму серед медичних працівників, педагогів і трудящих.

Лікарі-педіатри, виділені для організації антиревматичної роботи, повинні мати достатню підготовку в галузі дитячої ревматології і кардіології.

В місцях, де поки що не можна створити спеціальну мережу для диференційованого обслуговування ревматиків, районним лікарям разом із шкільними лікарями необхідно провести облік дітей-ревматиків шляхом щорічного огляду (школи, РУ, дитячі садки) і обліку хворих з чітко виявленими формами ревматизму. Відповідальність за це треба покласти на педіатра, спеціально виділеного для даної роботи.

Необхідно використати для дітей-ревматиків санаторії місцевого значення, створивши спеціальний режим (без сонячних ванн, холодних душів, купань у річці, з положенням відпочинком). Показання до направлення дітей на курорти ще недостатньо пророблені.

Однак курортна допомога повинна знайти своє місце при лікуванні дітей-ревматиків. Робота по лінії диференційованого обслуговування дітей-ревматиків, що почалася до війни, повинна бути відновлена і реалізована в період мирного будівництва радянської охорони здоров'я на сучасному рівні наших знань.

МЕТОДИКА І ПОКАЗАННЯ ДО ЛИМАННОГО ЛІКУВАННЯ В ДИТЯЧОМУ ВІСІ

Проф. А. І. СКОРОЦЬКИЙ, доц. П. С. СОСНОВА і В. П. ЧЕРНЮК

Клініка дитячих хвороб № 1 (директор—проф. А. І. Скороцький) Одеського медичного інституту (директор—проф. А. М. Гаспарян) і курорт ім. Жовтневої революції

Введення в бальнеологічну практику „шадящих“ методів лиманолікування, а також очевидна ефективність їх дозволили розширити показання для лиманогрязелікування в дитячому віці при цілому ряді захворювань.

Досвід показав, що необгрунтований страх перед грязелікуванням в дитячому віці треба розвіяти. Діти не тільки не гірше, а навіть краще переносять лиманолікування.

Дитяча бальнеологія в галузі лиманолікування щині перебуває на такій стадії розвитку, коли багато чого з методики позичається з методики грязелікування дорослих. А між тим дитячий вік, через властиві йому анатомо-фізіологічні особливості, потребує в галузі бальнеотерапії спеціального вивчення.

У даній статті ми маємо намір поділитися нашим досвідом лиманогрязелікування дітей на підставі спостережень, проведених у дитячому санаторії „Холодна балка“ протягом багатьох років.

Нозологічні форми, з якими діти вступають на курорт, визначені Українською науково-курортною радою. В першу чергу підлягають лікуванню діти-ревматики в міжприступному періоді захворювання, артритики з неясною етіологією захворювання і хворі з різними видами інфекційних артритів. Поряд з цими хворими на наш курорт направляють невелику кількість хворих з хронічним остеомієлітом і з резидуальними явищами після поліомієліту не пізніше, ніж через 1½—2 роки після гострого періоду.

Лікування ревматизму можна проводити не тільки через 6—8 місяців після перенесеної гострої атаки, як це вказано в офіціальних інструкціях, але значно раніше, а саме через 2—3 місяці, причому прискорена РОЕ не є протипоказанням.

Основним методом лікування на курорті є грязелікування. Застосовуючи грязелікування, ми маємо на увазі одержати як місцевий ефект у розумінні розсасання запальних утворів, так і загальне діяння в розумінні глибокої внутрішньої перебудови організму. Ми при лікуванні дітей, як і терапевти при лікуванні дорослих, не домагаємось виявлених клінічних реакцій організму, чого домагалися раніше, а навпаки, уникаємо клінічно виявлених загальних і місцевих реакцій. Ми поділяємо точку зору проф.

С. С. Налбандова, згідно з якою створення навіть орієнтовних схем лімаполікування для всіх курортів не досягає мети. Встановити тривалість грязьової процедури, кількості грязі, що відпускається на певні процедури, допустимі норми зміни їх температури, тобто стандартизувати ропні і грязьові ванни, необхідно на кожному курорті зокрема, хоча й тут вони мають відносне значення, тому що методика лікування кожного хворого повинна бути індивідуалізована.

На курорті ім. Жовтневої революції „Холодна балка“ методика лімаполікування проводиться в основному таким способом: грязь, зогріта у відрах на водяному огрівнику до бажаної температури, застосовується у вигляді загальних або місцевих аплікацій. Крім того, ми проводимо грязелікування на березі лимана за „єгипетським методом“, він називається так тому, що був відомий ще давнім єгиптянам, які використовували з метою лікування мул з ріки Ніл.

Лиманну ропу ми використовуємо у підогрітих ваннах або ж при купаннях у відкритому лимані.

Наводимо декілька найбільш вживаних на нашому курорті схем лікування.

І. ЗАГАЛЬНІ ГРЯЗЬОВІ АПЛІКАЦІЇ (ЗА)

Процедура полягає в тому, що дитину укладають на заздалегідь приготовлену підстилку з ковпир, касейони і простину, на яку безпосередньо перед укладанням дитини, випалюють і розмазують відро зогрітої грязі. Потім тіло дитини вкривають шаром грязі завтовшки в 3—4 см, залишаючи тільки тільки ділянку серця, накриту наведеним рушником, після чого швидко загортають простинкою, касейонкою і ковдрою.

На процедуру витрачається від 40 до 60 кг грязі. Через 15 хвилин хворого розгортають, знімають з нього частину грязі (що легко відється зробити), відводять під душ і змивають залишки грязі. Потім дитину витирають, одягають і укладають в кімнати відпочинку на 40—60 хвилин. Між процедурою і прийманням їжі повинен бути проміжок не менше, ніж 1½—2 години. Ми призначаємо загальні грязьові аплікації без попередніх ропних ванн. Початкова температура грязі—38°, протягом дальших процедур її доводять до 40—41°. Тривалість кожної окремої процедури—15—20 хвилин. Процедура призначається через день або два дні після з односторонньої глазою (так званий згущений метод). Курс складається з 12—15 аплікацій. Після закінчення курсу хворий одержує 3—6 заключних ропних ванн тривалістю по 8—10 хвилин і при температурі 36° з поступовим зниженням до 32° з метою загартовування. В теплу пору року деяким хворим ми дозволяємо ще двічі (2—3) купання у відкритому лимані, якщо температура води не нижче 22—24°. На цьому і закінчується курс.

Лікуванню загальними грязьовими аплікаціями піддають ревматиків у міжриступному періоді з ясним ревматичним анамнезом. Ми не застосовували цих процедур до хворих, у яких після останньої атаки минуло два роки і більше, тому що в цьому немає потреби: такі хворі одержують грязелікування за „єгипетським методом“. Діти з пороками серця прекрасно переносять грязьові процедури. Трохи гірше реагують хворі з міокардіопатіями і невротиками (треба сказати, що остання група дітей усієї балнеологічної процедури переносять погано). Курс загальних грязьових аплікацій призначається у нас також хворим з хронічними інфекційними поліартритами, з хворобою Штіля та ін. Звичайно ці хворі одержують більш енергійний курс: 18—20 процедур при трохи вищих температурах грязі.

В ряді випадків загальному грязелікуванню підлягають хворі з хронічним туберкульозним остеомієлітом і хворі з поліомієлітом.

II. МІСЦЕВІ ГРЯЗЬОВІ АПЛІКАЦІЇ (МА)

Місцеві аплікації ми застосовуємо в тих випадках, коли насамперед маємо на меті безпосередньо вплинути на хворобливе вогнище, або коли бажано вплинути посередньо, наприклад через вегетативну нервову систему (грязьовий комір при хореті).

Призначаються місцеві аплікації при температурі грязі 40°, доводяться до 43—46°, тривалість процедури—15—20 хвилин; місцеві аплікації, як і загальні, призначаються через день або за згущеним методом.

Місцеві процедури також широко застосовуються при багатьох хірургічних захворюваннях органів руху: негострих ревматичних артритах, остеомиєлітах і т. д. Користь від процедур збільшується, коли вони сполучаються з механотерапією, масажем і т. ін.

III. РОПНІ ВАННИ

Ванни з підогрітою ліманою водою ми застосовуємо або як самостійний курс лікування, або в комбінації з грязелікуванням. Курс ропнікування складається з 12—15 ропних ванн тривалістю в 8—10 хвилин кожні. Температура води змінюється залежно від показань; для дітей-ревматиків показана температура води 33—37°, причому на кінець курсу вона поступово знижується з метою загартовування.

Крім ревматиків, ропніми ваннами користуються в нас хворі з артралгіями неясної етіології, ослаблені діти, реконвалесценти після виснажливих хвороб. Ванни підвищують загальний життєвий тонус. При артралгіях ми нерідко комбінуємо ванни з місцевими грязьовими аплікаціями. Ропні ванни в комбінації з масажем показані також при резидуальних ливщах після перенесеного поліомієліту, при деяких хірургічних захворюваннях (наприклад, при м'язових, сухожилкових і рубцьових контрактурах). При хорей ропні ванни комбінуються з грязьовим коміром за Щербакіом.

IV. ЄГИПЕТСЬКИЙ МЕТОД

Крім описаної вище методики, з успіхом застосовується також грязелікування на березі лиману за „єгипетським методом“. Шкіру хворого змащують тонким шаром (1½—2 см) грази на березі лиману і піддають дії прямого сонячного проміння протягом 15—20 хвилин, після чого обливають ліманою водою.

Наукова перевірка цього способу, проведена Всеукраїнським інститутом курортології показала, що ефективність методу цілком задовільна. При проведенні цього методу грязелікування не слід забувати, що: 1) голова хворого має бути покритою; 2) перед процедурою хворому треба відпочити після прохідки від корпусу до пляжу; 3) кількість сонячної енергії треба враховувати (ми починаємо від 5 калорій і доводимо до 50 калорій на процедуру). При відсутності актиометра дозування ведеться за часом (15—20 хвилин). Температура води повинна бути не нижче 22°. Тривалість купання—5—8 хвилин. Після повернення до корпусу хворому треба відпочити ¼—1 годину. Курс складається з 12—15 процедур, які призначаються через день.

Грязелікування за „єгипетським методом“ призначають у нас переважно дітям із скаргами на невизначеної етіології біль в суглобах, якщо ці болі незначні.

Лікуванню піддають дітей-ревматиків у міжприступному періоді через 2—3 роки після гострої атаки при доброму самопочутті, повній компенсації серцевої діяльності і добре виражених функціональних пробах серця.

Купання у відкритому лимані звичайно комбінується з дозованою геліотерапією. Температура води повинна бути не нижче 18—20°. Після приходу в корпус діти обов'язково протягом півгодини відпочивають. Курс складається з 12—15 купань, які призначаються через день.

Купанням у відкритому лимані користуються діти, які потребують підвищення загального життєвого тонусу, досить міцні, щоб процедура їх не втолювала. Ми призначаємо купання також більш міцним дітям-ревматикам у міжприступному періоді, якщо від останньої атаки минуло 1½—2 роки і самопочуття хворого добре. Пороги серця в цьому відношенні не є перешкодою, аби була повна компенсація серцевої функції.

Отже, лиманолікуванню на курорті ім. Жовтневої революції підлягають такі групи хворих:

- 1) ревматики в міжприступному періоді захворювання (серцево-суглобова форма і хорей);
- 2) хворі з хронічними артритами неревматичного походження (хвороба Штієля, дизентерійні артрити, подіартрити);

- 3) хворі з хронічним остеомієлітом;
- 4) хворі з полімієлітом;
- 5) хворі з деякими хірургічними формами захворювань (рубці, травматичні артрити, кісткові мозолі, які довго не розсисаються після переломів, т. ін.).

СЕРЦЕВОСУДИННА СИСТЕМА У ДІТЕЙ-РЕВМАТИКІВ ПРИ РАННЬОМУ ГРЯЗЕЛІКУВАННІ

Доц. П. С. СОСНОВА

Клініка дитячих хвороб № 1 (директор — проф. А. І. Сирощенко), Одеського медичного інституту (директор — проф. А. М. Гаспар'ян) і курорт ім. Жонгівської революції

В світлі сучасних поглядів на ревматизм як на алергічний стан десенсибілізуючій терапії належить перше місце. Одним з потужних факторів, що викликає перебування організму в розумінні його десенсибілізації, є грязелікування.

Це доведено експериментальними роботами (Лозінський, Снешнікова, Срібнер, Розенфельд) і клініко-експериментальними спостереженнями (Ясіновський, Гук, Брусилівська та ін.).

Ми вважаємо дуже доцільним користуватись грязелікуванням в ранніх фазах розвитку захворювання, коли процес є найбільш оборотним і швидше можна досягти десенсибілізації. На це вказує і Талалаєв при експериментальному вилікуванні гіперергічного стану з наступною неспівзвучною десенсибілізацією. Про це свідчать і клінічні спостереження, які показують, що раннє грязелікування у ревматиків більш ефективно щодо запобігання рецидивам (Гук, Скроцький, Соснова).

Однак більшість багнєологів не поділяє такої точки зору і вважає, що грязьові процедури травмують серцевосудинну систему (с. с. с.). Цим слід пояснити і те, що в офіціальних інструкціях показаними для грязелікування вважаються випадки із строками не менше пізроку після перенесеної ревматичної атаки.

Враховуючи особливості с. с. с. у дітей, її велику витривалість і життєдіяльність, ми вважали можливим застосовувати мітигроване (мідікаційне) грязелікування у дітей-ревматиків у більш ранні строки — через 2—2½ місяця після ревматичного приступу.

Багата література, присвячена питанню дії грязелікування на с. с. с., дуже суперечлива і стосується майже виключно дорослих. Щодо дитячого віку ми маємо лише поодинокі спостереження (Шаферштейн, П'ятигорський, Шейнман, Соколова-Пономарьова), проведені переважно при пізньому грязелікуванні. Це спонукало нас поділитися результатами своїх спостережень над ставом с. с. с. у дітей-ревматиків при ранньому грязелікуванні. Ми вивчали вплив окремих грязьових процедур і цілого курсу.

За літературними даними, найбільш характерним у реакції с. с. с. у дорослих на окрему грязьову процедуру є зниження кров'яного тиску і прискорення пульсу. Ми вважали потрібним провести аналогічні спостереження в „гострому досліді“ на дітях. Методика дослідження впливу окремих процедур на с. с. с. зводилась до обліку суб'єктивного стану хворих під час грязелікування і після нього, до визначення кров'яного тиску і пульсу перед грязьовою процедурою і на протязі її через різні проміжки часу (через 2, 7, 15 хвилин), після закінчєння (через одну і через дві години). До і після процедури були поставлені також функціональні проби Крехтєова і Генча. Крім того проведені спостереження над змінами стану с. с. с. під впливом цілого курсу грязелікування. Для цієї мети ми користувались удосконалєними методами дослідження: електрокардіографією, ортокардіографією, а також функціональними пробми Крємптєона, Мартіна, Генча і реакцією Мак-Клєора.

Резон було проведено обстеження 95 дітей-ревматиків, з яких — 51, хлопчиків — 44, вік дітей: 10—15 років. Грязелікування почалося через 2—2½ міс. після гострого ревматичного приступу. Всі хворі мали в анамнезі один або декілька приступів гострого поліартриту. За кількістю перенесених приступів хворі розподілялись так: в одній приступом — 24, з двома — 22, з трьома — 38, з чотирма і більше — 11. Суб'єктивних ознак приступу у більшості хворих (74) не було, у 21 хворого були ознаки на болі в суглобах, що періодично з'являються. Об'єктивних змін суглобів у наших хворих не виявлено. Під дослідженням с. с. с. у більшості хворих (75) виявлені істотні ураження серця: недостатність мітральних клапанів — у 49 хворих, стеноз лівого венозного отвору і недостатність мітральних клапанів — у 19, недостатність аортальних клапанів і мітральний комбінований — у 7. Всі хворі були в стадії повної компенсації серцевої діяльності.

Грязелікування проводилось за аплікаційним методом при температурі в 38—40° С тривалості 15—20 хвилин. Процедура призначалась для дві підходи в наступному одягеному парову. Курс складався з 12—16 аплікацій. Після закінчення курсу хворий одягнутий з 3—6 звичайних роликів ванни вихідної температури (35—32°) з метою загартування. В подальших випадках (у 12 хворих) ми відхилялись від вказаної схеми, проводили грязелікування через день і починаючи в більш вищій температурі (37° С).

При проведенні грязелікування ми звертали особливу увагу на мікроклімат грязелікарні. Дослідження метеорологічної станції показали значення мікрокліматичні умови приміщення для проведення процедур (температура повітря 22—25° С при відносній вологості 65—70%; не досягалось належного вентиляційного грязелікарні.

Дослідження дітей у „гострому досліді“ показало, що вони дуже добре перенесли грязьові аплікації. Скарг на стомлюваність і слабкість хворі не пред'являли ні під час процедури, ні після неї. Кров'яний тиск в 91% випадків не змінювався як під час процедури, так і після неї; тільки в 9% хворих спостерігалось зниження систолічного кров'яного тиску, а в 7% — зниження діастолічного тиску в межах 10—15 мм. Кров'яний тиск знижувався на 7-й хвилині і повертався до вихідної величини через 20 хвилин — 1 годину після процедури. Прискорення пульсу до 12 ударів на 1 хвилину спостерігалось у 40% хворих (в середньому на 5 ударів в 1 хвилину). Через 20 хвилин після ванни пульс майже у всіх випадках (крім двох) вирівнювався.

Отже, наші дані не збігаються з результатами, одержаними при аплікаційному грязелікуванні дорослих, у яких, за даними Ясіновського, Гікеберг, як правило, знижується кров'яний тиск. Також була менше виявлена порівняно з дорослими реакція пульсу. Відсутність зниження кров'яного тиску в більшості дітей аж ніяк не можна віднести за рахунок значного прискорення серцевої діяльності, що спостерігається у дорослих (Ніколаєв), тому що виявленого прискорення пульсу у наших хворих не спостерігалось. Особливість с. с. с. у дітей — достатня еластичність і скоротливість самої судинної стінки, можна гадати, перешкоджають зниженню тонусу периферичного русла при грязелікуванні, і це підтримує кров'яний тиск на попередній висоті, зберігаючи нормальні умови кровообігу. При повторних дослідженнях, після 7—8-ої процедури, реакція с. с. с. взагалі мало відрізнялась від першої. Це свідчить про відсутність травматизації с. с. с. під впливом грязьових аплікацій.

Проби Кремптона і Генча також не виявили змін під впливом окремої грязьової процедури.

Оцінюючи функціональний стан с. с. с. під впливом усього курсу лікування, насамперед слід вказати, що ми не виявили тенденції до зниження кров'яного тиску і під впливом сумарного впливу всього курсу. В більшості хворих (79%) кров'яний тиск залишався в межах норми, у решті він навіть трохи підвищується. У 20 хворих, які приступили до грязелікування з гіпотензією, відсутність при грязелікуванні зниження кров'яного тиску, особливо діастолічного, свідчить про те, що кровоносні судини зберігають у достатній мірі свій тонус і скоротливу властивість; це забезпечує правильність периферичного кровообігу і створює нормальні умови для роботи серця.

Аналіз показників функціональних проб Кремптона, Мартіна і Генча, поставлених до, в середині і після курсу лікування, також не виявив будь-якого негативного впливу на кардіоваскулярний апарат. Патологічні реакції кров'яного тиску і пульсу при пробах Мартіна і Кремптона визнача-