

Грязелечение воспалительных заболеваний женской половой сферы в условиях курорта.

Проф. Д. Е. Шмундак.

Для восстановления трудоспособности у женщин, страдающих воспалительными заболеваниями половой сферы, в настоящее время применяются как консервативные, так и радикальные методы лечения. Если раньше эти методы являлись конкурирующими, то в данный момент они рассматриваются как части одного целого, дополняющие друг друга и в целом ряде случаев применяемые один вслед за другим. Среди консервативных методов лечения воспалительных заболеваний половой сферы грязевое лечение в условиях курорта издавна получило широкое распространение. По данным статистики украинских курортов, гинекологические больные по количеству занимают второе место, причем в большинстве это больные с воспалительными заболеваниями органов малого таза. Благоприятные результаты грязевого лечения при данных страданиях, обуславливая его широкое применение, дают возможность накапливать материал и уточнять показания к данному методу лечения, а, с другой стороны, совершенствовать и методику данной терапии. Несмотря на хорошие результаты при грязелечении воспалительных заболеваний женской половой сферы, оно не во всех случаях показано. В некоторых стадиях воспалительного процесса грязелечение может только ухудшить болезненный процесс и потому необходимо точно фиксировать те случаи, которые показаны для грязелечения.

В этом отношении чрезвычайно ценна схема, предложенная проф. Мироновым на VII Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов в Ленинграде. По этой схеме все воспалительные процессы органов малого таза по клиническому течению разделяются на 4 группы: 1) острое воспаление с высокой температурой и нелокализованным, еще прогрессирующим течением; 2) острое воспаление с повышенной еще температурой, но уже локализованное; сюда же относятся и обострившиеся старые воспаления с повышенной температурой; 3) затихшее старое воспаление без повышения температуры, но обостряющееся от различных вредных влияний и вызывающее у больной боли, бели и т. п. жалобы; 4-а) старые воспалительные заболевания, подвергавшиеся уже раньше, но безрезультатно, различным способам консервативного лечения, как-то: плотные экссудаты в брюшине или в параметрии, или на операционных культиях матки, или ее придатков, или оплотневшие гнойники в трубах, и б) различные пластические периметриты и пельвео-перитониты, осложняющие неправильное положение матки или ее придатков, или без этого.

По данной схеме грязелечению могут быть подвергнуты только те случаи воспалительных заболеваний, которые входят в третью и четвертую группы. Группы же первая и вторая безусловно противопоказаны.

Руководствуясь данной схемой, я проводил в течение шести летних сезонов на Славянском курорте грязевое лечение у больных с воспалительным заболеванием органа малого таза, причем из 2016 больных у 1417 было применено только грязевое лечение, а у остальных комбинированное лечение. По возрасту эти больные распределяются следующим

образом: до 20 лет—129 (6,4%), от 20—30 лет—902 (44,7%), от 30—40 лет—645 (32%), от 40 лет и выше—340 (16,9%). По давности заболевания все больные распределяются следующим образом: меньше одного года—249 больных (12,4%), от 1—5 лет—1181 (63,4%), от 5—10 лет—324 (16,1%), свыше 10 лет—162 (8,1%).

По характеру заболевания мы всех больных разделили на 3 группы, причем в первую группу выделили больных, у которых процесс поразил матку и придатки без того, чтобы изменить резко брюшину и клетчатку. Сюда относятся все односторонние и двусторонние сальпингиты и сальпингоофориты, а также и воспалительные изменения матки при отсутствии резких проявлений со стороны периметрия и параметрия.

Во вторую группу нами выделены все случаи, где в процесс вовлечены не только придатки матки, но также и брюшина или клетчатка, причем изменения здесь со стороны последних преимущественно адгезивного характера, в силу чего в ряде случаев ограничивается подвижность матки и придатков.

В третью группу нами выделены все случаи мешчатых опухолей придатков с одновременным поражением брюшины и клетчатки, а также экссудативные выпоты различной плотности и давности. С целью учета результатов лечения, случаи, где после лечения прекращались все субъективные жалобы больных, а также происходило одновременно и полное рассасывание всех воспалительных наслоений в органах малого таза, мы рассматривали в дальнейшем как случаи „клинического выздоровления“.

Уменьшение воспалительных изменений, при одновременном прекращении субъективных жалоб больных, нами трактовалось как „улучшение“.

В ряде случаев воспалительные изменения оставались стойкими и после лечения, причем субъективные жалобы больных не прекращались. Таких больных мы выделили в группу „без изменений“. Все же случаи резкого обострения процесса, когда состояние больной и объективно и субъективно ухудшалось, когда приходилось прекращать лечение, выделены нами в группу „ухудшение“.

Результаты лечения после применения грязевых процедур можно видеть из следующей таблицы (см. след. стр.).

Среди случаев „клинического выздоровления“ чаще наблюдаются воспалительные процессы более свежего происхождения, даже те, которые попадали на курорт с недавно затихшим воспалением. В большинстве эти случаи принадлежат к первой группе (26,7%), значительно меньше таких случаев из третьей группы, в общем же процент клинического выздоровления достигает 19,6%. Наличие в анамнезе гонорейной инфекции всегда исключало возможность получить у таких больных клиническое выздоровление, между тем как воспалительные изменения послеродового или послеабортного (септического) происхождения во многих случаях быстро ликвидировались.

В случаях разлитого пластического периметрита или пельвеоперитонита, если не имелось одновременно фиксированного неправильного положения матки или придатков, грязевое лечение давало хороший эффект. Если же имелась ретрофлексированная и фиксированная матка или ущемленные и фиксированные кзади придатки, то грязевое лечение давало в большинстве случаев только субъективное улучшение и незначительное умень-

Диагноз заболеваний	Общее число больных	Клинич. выздоровление	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Воспалительные заболевания матки и придатков без резких изменений со стороны брюшины и клетчатки.	712	1 90 (26,7 ⁰ / ₀)	438 (61,5 ⁰ / ₀)	54 (7,6 ⁰ / ₀)	30 (4,2 ⁰ / ₀)
Воспалительные заболевания матки и придатков, осложненные процессами со стороны брюшины и клетчатки с ограничением подвижности матки и придатков.	431	61 (14,1 ⁰ / ₀)	328 (76,1 ⁰ / ₀)	24 (5,6 ⁰ / ₀)	18 (4,2 ⁰ / ₀)
Воспалительные заболевания придатков и воспалительные опухоли, осложненные процессами со стороны брюшины и клетчатки, с отсутствием подвижности матки и придатков.	274	28 (10,2 ⁰ / ₀)	217 (78,8 ⁰ / ₀)	21 (8 ⁰ / ₀)	8 (3 ⁰ / ₀)
В с е г о	1417	279 (19,6 ⁰ / ₀)	983 (69,4 ⁰ / ₀)	99 (7 ⁰ / ₀)	56 (4 ⁰ / ₀)

шение воспалительных изменений и по существу являлось подготовительным моментом для последующей операции.

В случаях более хронических, леченных уже раньше другими консервативными способами, результаты лечения сказывались более медленно и бывали менее удовлетворительны. Случаи послеоперационных экссудатов на культиях матки или придатков и очень плотные старые пюссальпингсы или плотные пери-параметритические экссудаты обычно мало поддавались лечению и объективно очень мало редуцировались, хотя во многих случаях субъективные жалобы больных совершенно прекращались.

Наблюдая действие грязевых ванн, можно нередко отметить обострение воспалительного процесса, чаще всего после 3—5-й ванны в виде так называемой „купальной реакции“, причем иногда такое обострение наблюдается повторно уже в конце лечения. Однако появление такой купальной реакции не дает еще права предполагать, что в данном случае эффект лечения будет более успешным, чем без такового обострения. Между купальной реакцией и результатами лечения нет никакого параллелизма. Такие наблюдения отмечены и другими авторами, так, напр., М и р о н о в при наличии „купальной реакции“ имел улучшение в 74⁰/₀, а без таковой реакции наблюдал улучшение в 87,3⁰/₀, к таким же выводам в смысле роли купальной реакции на результаты лечения приходит и Н е с т е р о в с к и й.

При общем благоприятном эффекте грязелечения наблюдается ряд случаев, где оно не дает положительных результатов даже при повторном применении в течение нескольких сезонов или не может быть проведено достаточно энергично, или, наконец, может быть применено только частично. Так, например, резкая лабильность вегетативной нервной системы часто не дает возможности применить грязелечение в том виде, в каком требовало бы данное гинекологическое заболевание. С другой стороны, ряд

случаев латентных заболеваний внутренних органов выявляется в процессе лечения и часто заставляет либо прерывать, либо ослаблять грязелечение. Поэтому целый ряд бальнеологов комбинирует грязевое лечение с другими способами лечения, стремясь таким путем усилить лечебный эффект и сделать его наиболее стойким.

С целью более быстрого и более успешного рассасывания воспалительных изменений нами было проведено комбинированное лечение грязевыми процедурами и электроионотерапией, причем вводился иодистый калий. Более энергичное воздействие электроионотерапией по сравнению с другими процедурами находит свое объяснение, во-первых, в непосредственной обработке пораженного участка, во-вторых, в действии и лекарственного вещества на ткани *in statu nascendi*, что делает его химически более активным и, в-третьих, во внутриклеточном проникновении ионов иода.

При проведении лечения нами применялась сила тока от 20 до 70 м/амп. в зависимости от выносливости больной, продолжительность сеанса колебалась от 15 до 30 минут. Количество сеансов, отпущавшихся каждой больной, колебалось от 10 до 22. Сеансы проводились через день, а в дни, свободные от электроионотерапии, больные получали грязевые или рапные ванны (от 12 до 16 ванн грязевых). За все время лечения больные не отмечали никаких болезненных ощущений во влагалище, на крестце же при всех сеансах было ощущение легкого жжения или покалывания.

В тех случаях, где при воспалительных заболеваниях придатков наблюдались укорные и обильные кровотечения, нами проводилось несколько сеансов электроионотерапии хлористым кальцием (5—6 сеансов), что быстро ликвидировало кровотечение и позволяло продолжать курс комбинированного лечения грязи и электроионотерапии иодистым калием.

Всего под нашим наблюдением было 282 больных, причем результаты лечения следующие:

Диагноз заболеваний	Общее число больных	Клинич. выздо- ровлен.	Улучше- ние	Без изме- нений	Ухудше- ние
Воспалительные заболевания матки и придатков без резких изменений со стороны брюшины и клетчатки.	64	37 (58 ⁰ / ₀)	25 (39 ⁰ / ₀)	2 (3 ⁰ / ₀)	—
Воспалительные заболевания матки и придатков, осложненные процессами со стороны брюшины и клетчатки с ограничением подвижности матки и придатков.	130	42 (32,3 ⁰ / ₀)	81 (62,3 ⁰ / ₀)	6 (4,6 ⁰ / ₀)	1 (0,8 ⁰ / ₀)
Воспалительные опухоли и воспалительные заболевания придатков, осложненные процессами со стороны брюшины и клетчатки с отсутствием подвижности матки и придатков.	88	27 (30,7 ⁰ / ₀)	56 (63,6 ⁰ / ₀)	4 (4,6 ⁰ / ₀)	1 (1,1 ⁰ / ₀)
В с е г о	282	106 (38⁰/₀)	162 (57,1⁰/₀)	12 (4,2⁰/₀)	2 (0,7⁰/₀)

При такой комбинированной терапии обращает на себя внимание быстрое исчезновение болей, а также прекрасное регулирующее влияние на менструальную функцию.

Количество больных, получивших клиническое выздоровление, здесь достигает 38%, причем среди больных первой группы такое выздоровление доходит до 58%, между тем как во второй группе и в третьей группе, где имеются более тяжелые формы заболеваний, процент этот спускается до 30,7—32,3, при чистом же грязелечении число случаев подобных заболеваний в смысле выздоровления в 2 раза меньше. Здесь также приходится отметить, что в тех случаях, где заболевание связано с послеродовой и послеабортной (септической) инфекцией, результаты значительно лучше, чем в тех случаях, где в этиологии имеется гонококковая инфекция; в последних случаях результаты значительно хуже. Среди больных, получивших клиническое выздоровление, имеется большое количество случаев с фиксированной ретрофлексированной маткой, которая становилась подвижной и устанавливалась в положении *anteversio-flexio*. Довольно быстро наступало рассасывание периметритических выпотов, причем выпоты даже более давнего происхождения и большей плотности подвергались рассасыванию, между тем как при чистом грязелечении такие результаты были единичны. Что же касается опухолей придатков, то они уменьшались в размерах, частично сморщивались, но ни в одном случае не поддавались окончательной редукции. Последняя группа больных с мешетчатыми опухолями придатков, главным образом гнойными, несомненно в дальнейшем должна закончить лечение радикальным оперативным вмешательством.

Желая выяснить на большом материале значение комбинированных методов лечения в условиях курорта, а также в этом смысле диатермии, которая в настоящее время широко применяется при воспалительных заболеваниях органов малого таза, мы провели такое наблюдение над 317 больными.

При диатермии тепло не проводится извне, а развивается эндогенно в самих тканях, благодаря действию переменного незатухающего тока большой частоты и высокого напряжения. При проведении лечения нами применялись абдоминально-сакральные электроды, причем количество сеансов колебалось от 12 до 18, продолжительностью в 15—20 минут через день, в дни же свободные от диатермии больные получали грязевые или рапные ванны (от 16 до 12).

Результаты лечения при таком комбинированном воздействии грязевых процедур и диатермии у наших 317 больных оказались следующие (см. таб.).

При таком комбинированном методе лечения нами также наблюдалось быстрое прекращение болей, на что указывают и другие авторы, применявшие только диатермию (Гамбаров, Левит, Полубинский). Особенного внимания заслуживает такая комбинированная терапия при хронических гоноройных процессах. В целом ряде случаев, где анамнестически была установлена гоноройная инфекция, мы получили или клиническое выздоровление или значительное улучшение, чего мы не получали в таком количестве ни при грязевом лечении, ни при комбинации грязи с электрононотерапией.

Особенно ценно применение данной комбинации при адгезивных процессах и ретрофлексированной матке. Ни при какой другой терапии не

Диагноз заболеваний	Общее число больных	Клинич. выздоровление	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Воспалительные заболевания матки и придатков без резких изменений со стороны брюшины и клетчатки.	48	27 (56,2%)	20 (41,7%)	—	1 2,1%
Воспалительные заболевания матки и придатков, осложненные процессами со стороны брюшины и клетчатки с ограничением подвижности матки и придатков.	162	52 (32,1%)	102 (62,9%)	8 (5%)	—
Воспалительные опухоли и воспалительные заболевания придатков, осложненные процессами со стороны брюшины и клетчатки с отсутствием подвижности матки и придатков.	107	29 (27,1%)	70 (65,4%)	6 (5,6%)	2 (1,9%)
В с е г о	317	108 (34%)	192 (60,6%)	14 (4,4%)	3 (1%)

удавалось получить такого быстрого разрыхления спаек и возможности восстановления нормального положения матки, как при комбинации грязей и диатермии. Что же касается гнойных мешетчатых опухолей придатков, то они при данной комбинации также мало поддаются лечению и, видимо, все же их в дальнейшем приходится подвергать радикальному оперативному лечению. Применение грязи и диатермии не показано в тех случаях, где имеется склонность к упорным и обильным кровотечениям. Обычно у таких больных кровотечение при этом усиливалось. В этих случаях более уместна комбинация грязи и электроионотерапии хлористым кальцием. Все же надо отметить, что результаты лечения при комбинации грязей и диатермии значительно превосходят те результаты, которые мы получали при чистом грязелечении и по существу приближаются к тем результатам, которые были получены у нас при комбинированном лечении грязями и электроионотерапией иодистым калием. Если мы при грязелечении имели 19,6% клинического выздоровления, то при комбинации с диатермией этот процент достигает 34, причем ценно здесь то обстоятельство, что клиническое выздоровление наступает в случаях с гонорной этиологией, чего при чистом грязелечении и даже при комбинации его с электроионотерапией почти не наблюдается.

На основании нашего материала мы приходим к выводам:

1. Грязевое лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы в условиях курорта, как один из методов консервативной терапии, дает несомненно хорошие результаты в смысле восстановления трудоспособности у женщин-работниц. В ряде случаев грязевое лечение является только терапией предварительной, подготовляющей больную для последующего оперативного вмешательства.

2. С целью усиления лечебного эффекта лиманотерапии необходимо применять комбинированное лечение грязевыми процедурами и электроионо-

терапией, так как при этом количество выздоровлений наблюдается вдвое больше (38%), чем при чистом грязелечении (19,6%). Применяя кроме того электроионотерапию хлористым кальцием, мы имеем возможность расширить показания и проводить грязевое лечение в тех случаях, где на почве воспалительных изменений в придатках наблюдаются длительные и обильные кровотечения.

3. Комбинированная терапия грязевыми ваннами и диатермией должна широко практиковаться в условиях курорта. Получая при этом лучший эффект в смысле процента выздоровлений (34%) по сравнению с чистым грязелечением (19,6%), мы в этих случаях наблюдали очень хорошие результаты при хронических воспалительных процессах органов малого таза гонококкового происхождения, чего обычно не удается получить ни при чистом грязелечении, ни при комбинации с электроионотерапией в таких границах.

4. Ввиду того, что грязевое лечение в комбинации с электроионотерапией, а также в комбинации с диатермией дает больший процент выздоровлений, чем при чистом грязелечении, а также ввиду того, что при этом в значительной степени укорачивается срок лечения, необходимо на грязевых курортах организовывать физиотерапевтические институты, мощные как по качеству своей аппаратуры, так и по своей пропускной способности.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор-проф. И. Ф. Козлов) Казанского госуд. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина и Казанского научно-исследовательского института теоретической и клинической медицины (директор проф. В. К. Трутнев).

О меланофорной функции гипофиза.

Ст. асс. Г. М. Шарафутдинов.

Нормальная окраска кожи у лягушки легко меняется под влиянием окружающей среды. Лягушка, имеющая темнозеленую окраску во влажной темной среде, бледнеет в течение 15—20 мин. при переводе ее в сухое светлое помещение. Иногда достаточно бывает даже изменения цвета среды (опыты А н а ш к и н а), чтобы вызвать потемнение или побледнение лягушки. Такого рода приспособляемость последней к окружающей среде, путем изменения своей окраски, зависит от реакции пигментных клеток (меланофор), покрывающих ее кожу. Потемнение лягушки в темной среде происходит вследствие расширения (экспансии) меланофор, а побледнение в светлой среде наступает при максимальном сокращении их. При этом, в первом случае расширившиеся меланофоры принимают звездообразную форму и покрывают собою клетки с желтым пигментом (ксантолейкофоры). Во втором случае, наоборот, последние расширяются, а первые максимально сокращаются и принимают округлую форму.

Механизм происхождения приспособительной или меланофорной реакции Biedergerman объяснял непосредственным действием среды (света, темноты) на пигментные клетки кожи лягушек. Однако Schwingel (1921 г.), Hogben, Winton (1922 г.), Fischer и многие другие доказали гормональную сущность этого процесса, находящуюся в связи с возбуждением, получаемым из глаза и пе-