

кишечек, с которых снята оболочка, то это можно объяснить только тем, что оболочка эта предобразована, не имеет тесной органической связи с кишками, является как бы чужой для них,—а все это мыслимо только при эмбриональном происхождении оболочки.

Мы привели это наблюдение в заключение своей статьи, главной целью которой было, кроме доказательства необходимости выделения х. ф. и. п. в самостоятельную единицу, привести доказательства в пользу гипотезы эмбрионального происхождения оболочки при этой болезни.

Выводы.

1. Хронический фиброзный инкапсулирующий перитонит характеризуется тем, что тонкие кишки закутаны в плотную, толщиной 0,2—0,8 см., блестящую, довольно гладкую оболочку, не сращенную с кишечными петлями; последние, хотя тесно сжаты в этой оболочке, друг с другом однако не сращены, и серозный покров их воспалительных изменений не представляет. Симптомы этой болезни состоят из наличия хорошо определяемой опухоли живота и кишечной непроходимости в той или иной степени.

2. Это заболевание должно быть выделено в самостоятельную единицу и его нельзя смешивать с другими.

3. Патогенез характерной для этого заболевания оболочки еще не выяснен, но больше всего данных за то, что она эмбрионального происхождения.

Литература. 1. Труды II съезда Росс. хирургов, стр. 104.—2. Абрамович, Нов. Хирург. Арх., т. VIII.—3. Москаленко, там же, т. IX.—4. Волкович, там же, т. XII.—5. Он же. Апендикит, желчно-кам. болезнь, туберкулезный перитонит. Киев, 1926.—6. Полопин. Нов. Хир. Арх., т. XXXII.—7. Фарберова, Русск. клиника, 1927 г., № 34.—8. Гринберг. Вестн. хир. и Погр. обл., т. XII.—9. Шубин, там же, т. XIV.—10. Новиков. Мед. мысль Узбекистана, 1929 г., № 4.—11. Гусев. Клинич. медицина т. XI.

Из Гинекологического отделения курорта „Сергиевские минеральные воды“
(главврач М. А. Неймарк, консультант проф. О. С. Парсамов).

О сероводородном и грязевом лечении гинекологических больных в связи с этиологией и давностью процесса.

Л. Н. Старцева.

Вопрос методики лечения больных на курортах и назначения того или другого курорта больным для достижения наибольшей эффективности лечения является одним из кардинальных вопросов в санаторно-курортном деле.

Результаты лечения больных на курорте находятся в зависимости не только от степени анатомических и функциональных изменений, не только от видов отпускаемых процедур¹⁾, но и от этиологии заболевания, и от давности процесса, и от ряда других причин.

Для освещения этого вопроса по отношению к гинекологическим больным мною было проведено наблюдение над 514 больными на курорте „Сергиевские минеральные воды“.

1) Л. Н. Старцева. О способах и результатах лечения гинекологических больных на курорте „Сергиевские минеральные воды“. Журн. „Физиот. и курорт“, 1934 г.

При учете эффективности лечения учитывались субъективные давные, функциональные (менструация и секреция) и анатомические изменения. Для обозначения улучшения, без перемены — ухудшение. Под значительным улучшением подразумевается достижение нормальной секреторной и менструальной функции и значительное улучшение со стороны анатомических изменений (полная подвижность внутренних половых органов, при бывшей раньше резко ограниченной подвижности, полное рассасывание экскретов). Субъективные данные особенно не принимались во внимание, т. к. вследствие травмы от процедуры, сохраняется иногда некоторая болезненность (обострение) во все времена лечения, которое проходит, однако, вскоре по окончании лечения. Под улучшением — подразумевается улучшение субъективное, функциональное и отчасти анатомическое, но неполное восстановление. Под некоторым улучшением подразумевается улучшение субъективное и функциональное без изменения со стороны анатомических данных, или улучшение анатомическое без функциональных и субъективных перемен. В графе „ухудшение“ всплыли больные с обострениями, потребовавшими прекращения лечения.

По типу этиологии заболевания мы имели следующие группы б-ных: послеродовых — 179 (31,8%), послегодовых — 114 (22,2%), гонорейных — 98 (19,1%), с гипоплазиями и гиофункциями — 38 (7,4%) и прочих — 85 (16,5%). В число „прочих“ вошел целый ряд этиологических групп, незначительных по числу больных: послеоперационных (после гинекологических оперативных вмешательств — аппендикита, заворота кишок и т. д.), после общего инфекционного заболевания (скарлатина, тифы, колиты дисентерии) травматические и невыясненные.

По результатам лечения наилучшие результаты дали послеродовые заболевания: „значительное улучшение“ в 16,2% и „улучшение“ — в 46,4%, втого — в 62,6%.

На последнем месте по результатам лечения стоят гонорейные заболевания, которые дали только 7,1% „значительных улучшений“ и 48% „улучшений“ при сравнительно проц. „ухудшений“ — обострений 3,1%. Гонорейная инфекция устанавливалась, главным образом, по клинической картине течения болезни, а также по анамнезу и лабораторным исследованиям.

Для лечения гинекологических больных применялись сероводородная вода и грязь в следующих комбинациях:

1. Сероводородная ванна 36—37° (10—15 мин.) плюс сероводородное орошение 38—45° (15—20 мин.) в большинстве случаев под давлением (давление 20—40 м/м ртутного столба, оклюзия д-ра Ягунова).

2. Сероводородная ванна 36—37° (10—15 мин.) плюс вагинальный грязевой тампон 48—50° (15 мин.), одновременно с ванной.

3. Грязевой компресс на газ 46—48° (12—15 мин.) плюс сероводородное орошение, как указано выше. Орошение производилось до грязевого компресса.

4. Грязевой компресс на газ 46—48° (12—15 мин.) плюс вагинальный тампон 46—50° (15 мин.), одновременно с компрессом.

Во всех случаях, где можно подозревать вирулентную инфекцию, получалось резкое обострение с выпиской больной с „ухудшением“ при употреблении сероводородной воды и ни в одном случае не имело место при чисто грязевом лечении.

Перенес же „значительных улучшений“ плюс „улучшений“ в случаях с этиологией гонорейной или острой послеродовой был на стороне чисто грязевого лечения (грязевый компресс плюс грязевой вагинальный тампон) или смешанного (грязевый компресс плюс орошение).

При явлениях течения процесса и функциональных расстройствах лечение сероводородной водой (орошение плюс сероводородная ванна, или орошение плюс грязевые компрессы) давало больший проц. „значительных улучшений“ и „улучшений“, чем другие методы лечения. Обострения в процессе лечения при применении сероводородной воды в этих случаях являются желательными и сдвигают процесс с мертвых точек, не давая слишком резких обострений и не препятствуя лечению.

Лечение при гипоплазиях и гиофункциях дало: „значительное улучшение“ в 5,2%, „улучшение“ в 50%, „некоторые улучшения“ — в 36,9%, „без перемен“ — в 7,9%. В отношении наступления беременности наблюдений не имеется (нет сведений). С длительной аменорреей, свыше 2-х лет, было 9 случаев, из которых в 5 наступили после лечения менструаций; в 2-х случаях нормальные и прослежены в течение 3-х месяцев. Кроме того, в большинстве случаев со стороны полового аппарата женщин, страдавших гипоплазией и гиофункцией, имелся в более или менее выраженной форме воспалительный адгезивный процесс, в большинстве случаев

очень легко поддающейся лечению. Во многих случаях этот процесс надо рассматривать, как воспалительный процесс на почве расстройства кровообращения и малом тазу.

При учете результатов лечения необходимо еще учесть предшествовавшее лечение. По предшествовавшему лечению больные разделены: на лечившихся уже в курорте, на лечившихся до курорта на местах физиотерапевтическими методами (грязь, искусственные минеральные воды, электротерапия) и на лечившихся только амбулаторно медикаментозными средствами. Повторно лечились в курорте 29,6% (152 чел.), физиотерапевтическими методами 17,1%—88 чел. (и амбулаторно 53,3% (274 чел.). Повторные случаи лечения на курорте дают наилучшие результаты только в случаях гонорейных заболеваний и заболеваний, развившихся после вприскивания иода в матку с abortивными целями. Гонорейные: „значительное улучшение“ плюс „улучшение“ после повторного уже лечения на курорте дали в 61,1%; после предшествующего только медикаментозного лечения—в 51%. Заболевания, прошедшие после вприскивания иода в полость матки, дали, после повторного курортного лечения, „значительное улучшение“ плюс „улучшение“ в 72,8% и после предшествующего лечения физиотерапевтического—в 66,6% и после предшествующего медикаментозного—в 57,2%. При всех прочих этиологиях этот процесже или почти одинаков.

По давности заболевания до 1 года было только 37 больных (7,2%), от 1 года до 3-х лет—102 больных (19,8%) и свыше 3-х—375 б-х (73%). По результатам лечения наилучшие результаты получались при меньшей давности процесса, но в то же время при меньшей давности получается больший процент обострений, что гравитирует в „ухудшении“. Этот факт указывает на наличие, очевидно, еще активной инфекции.

По возрасту было наибольшее число больных от 25 до 40 л.—77,8%, до 25 лет—12,8% и свыше 40 лет—9,3%. Наилучшие результаты лечения получились в возрасте 25—40 лет: 12,8%—„значит. улучшени“ и 50% „улучшени“. Обострение—„ухудшени“ до 25 л.—1,5%, от 25 до 40 лет—1,7% и свыше 40 лет—0%.

Для определения влияния рода занятий на развитие и течение заболевания и на успешность лечения мы разделили всех больных на следующие 3 группы: первая—лица физического труда, вторая—интеллектуального труда (служащие и учащиеся) и третья—домашние хозяйки. Первой группы было 27,2% (140 чел.), второй 46,9% (241 чел.) и третьей 25,9% (133 чел.).

Среди лиц физического труда на первом месте стоят послеродовые заболевания—27,8%, на следующем—послеабортные и гонорейные одинаково по 22,8% и на последнем месте гипоплазии и гипофункции—5,7%. Среди лиц интеллектуального труда на первом месте стоят послеабортные заболевания—41,5%, значительно превышая тот же процент среди рабочих, очевидно, среди этого слоя населения аборты более распространены. На следующем месте стоят послеродовые заболевания, которые в этой группе значительно ниже, чем среди рабочего населения,—17,4%, очевидно, ввиду большей культурности этой группы, последняя чаще обращалась к квалифицированной помощи при родах. На третьем месте стоят гонорейные заболевания—15,3%. На последнем месте гипоплазия (10,8%), почти в 2 раза превышая цифру гипоплазии среди группы лиц, занятых физическим трудом.

Среди второй группы (лиц интеллектуального труда) в некоторых случаях результаты лечения получились выше, чем у лиц физического труда (в случаях с этиологией гонорейной и острой послеабортной), очевидно, ввиду меньшей запущенности случаев и благодаря более раннему и щадительному предшествующему лечению. В остальных случаях результаты лечения приблизительно одинаковы.

Подводя итоги всему вышесказанному, можно сделать следующие выводы:

1. Результаты лечения гинекологических больных на курорте находятся в зависимости не только от степени анатомо-функциональных поражений, но и от целого ряда других причин: этиология заболевания, давность, предшествовавшее лечение и правильность выбора метода лечения в данный момент, не говоря уже о конституции и общем состоянии больной.

2. При назначении лечения надо учитывать все вышеприведенные факторы. В частности, в случаях небольшой давности, значительной вирулентности инфекции, недавних обострений, при курортном лечении гораздо более показанным является грязелечение, а не сероводородная вода (в особенности, орошение), которая вызывает значительное обострение. Напротив, при большой давности процесса, валости течения процесса, слабой вирулентности инфекции, при застойных воспалениях,

также врем функціональных расстройствах наиболее показанной является сероводородная вода (орощение), которая действует на ткани оживляющим, регенерирующим образом и вызывает обострение в течении процесса.

При назначении больных на курортное лечение необходимо учитывать, что группа гонорейных больных, больных с функциональными расстройствами деятельности яичников, расстройствами после высыпания яода, и отчасти с гипоплазией гипофизом отличается быстрым течением процесса и часто дает значительное улучшение только после повторного курса курортного лечения.

4. Профессия сама по себе не играет большой роли в этиологии заболевания и успешности лечения, но большую роль играет в происхождении заболевания и в течении лечения культурный уровень больной. Поэтому задачей медицины является широкое распространение элементарных медицинских знаний среди всего населения.

5. По этиологии заболевания на первом месте среди направлений на курорт стоят послеabortные больные, из которых главную часть составляют заболевшие воспалением, выписанные из abortных отделений в "здоровом состоянии". В связи с этим необходимо широко развернуть борьбу с.abortами.

Из Эпидемиологического отдела Томского института эпидемиологии и микробиологии (завед. отд. и дир. инст. проф. Г. Ф. Вограйк).

К характеристике клинических проявлений и осложнений бруцеллезной инфекции со стороны половой сферы у женщин.

Антонов Н. И. и Карпов С. П.

Клиника бруцеллезной инфекции отличается многообразием симптомов и осложнений. Наименее изученными являются клинические проявления и осложнения бруцеллезной инфекции со стороны половой сферы у женщин.

Здрадовский, Hardy, Jordan и Berls считают, что часто в числе осложнений (или проявлений) инфекции наблюдаются маститы (в 3% случаев при бруцеллезной инфекции у женщин). Тот же факт отмечали, но приводя цифровых данных, Günther, Rheindorf, Lindtrop, Besanson, Rhilibert и др. Ворошилина, среди бруцеллезных больных женщин на Урале, наблюдал припухлость и болезненность грудных желез, причем изменения грудных желез держатся недолго и наблюдаются в первые месяцы заболевания. Несколько авторов (Свердловск) отмечает неправильные менструации. Ряд авторов (Буйневич, Безансон) отмечает бели. Бели при этом могут быть слизистые, серозно-слизистые, серозно-гнойные и гнойные. По материалам Ворошилина, бели очень часты и наблюдаются в 60% при бруцеллезной инфекции женщин. Первушкин и Павлов (Омск) при обследовании бруцеллезных очагов в Сибири также наблюдали эндометриты с обильным серозным выделением.

Бели, как правило, сопровождают аменоррею. По Ворошилину, аменоррея встречается почти у 90% женщин, больных бруцеллезом. Hardy, Jordan, Berls, Besanson, Rhilibert отмечают образование софоритов. Маточные кровотечения, отмечаемые некоторыми авторами,—явление, повидимому, редкое и связано с abortами.

Прежде временные роды у женщин, работавших в хозяйствах, где среди скота имелись бруцеллезные заболевания, наблюдали Kliштег и Haapt. Ворошилина и прежде временные роды наблюдали в разные периоды болезни (в 2-х случаях у женщин возрастом 2 и 44 лет) прежде временные роды наступили на 9-м месяце беременности). Besanson и Rhilibert допускают возможность проявления бруцеллезной инфекции в послеродовом периоде, дающей картину послеродового инфекционного заболевания.

Вопрос о возможности разных abortов разными авторами спорится. Многие, основываясь на некоторых наблюдениях и по аналогии с животными-самками, только допускают их возможность (Kliштег, Haapt, Гутира, Marek,